

Н.Е. Митин,

к.м.н., зав. кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний

Т.С. Родина,

к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний

А.В. Гуськов,

к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний

А.В. Юдин,

аспирант кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний

РязГМУ

Исследование психоэмоционального состояния пациентов на стоматологическом приеме

Резюме. На стоматологическом приеме у пациентов наблюдаются психоэмоциональные нарушения, которые могут быть обусловлены боязнью предстоящего лечения (страх, тревожность, раздражительность) или психической патологией. Повышенное психоэмоциональное состояние у пациента до стоматологического вмешательства из-за болевого приступа и сопутствующего заболевания влечет за собой различные системные расстройства и осложнения. В статье исследовано психоэмоциональное состояние пациентов на стоматологическом приеме и дальнейшая разработка методов для создания психологического и физического комфорта у пациентов в стоматологической клинике.

Ключевые слова: психофизиологическое состояние, стоматологический кабинет, психические расстройства, шкалы, опросники, личностная тревожность

Современная жизнь характеризуется высокой динамичностью, быстрой сменой ситуаций, обилием чрезмерных психологических воздействий на человека. Подавляющее большинство людей отвечают на эти ситуации стрессовыми реакциями.

Большинство стоматологических заболеваний начинается развиваться в молодом возрасте. Психоэмоциональное напряжение, возникая в раннем возрасте, формируется и сопровождает пациентов на протяжении жизни, приводит к откладыванию визитов в стоматологическую клинику и усложнению лечения. В связи с этим представляется актуальным исследование психоэмоционального напряжения у пациентов молодого возраста, неотягощенных соматической патологией,

Summary. At the dental appointment, patients have psychoemotional disorders, which may be due to fear of forthcoming treatment (fear, anxiety, irritability) or mental pathology. The increased psychoemotional state of the patient before dental surgery due to a pain attack and concomitant disease entails various systemic disorders and complications. The article explores the psychoemotional state of patients at the dental appointment and further develops methods for creating psychological and physical comfort in patients in the dental clinic.

Key words: psychophysiological state, dental office, mental disorders, scales, questionnaires, personal anxiety

с целью определения индивидуально-типологических особенностей обследуемых и прогнозирования возможных физиологических реакций.

Цель исследования — изучение психоэмоционального состояния и физиологических показателей у практически здоровых пациентов на стоматологическом приеме и дальнейшая разработка методов для создания психологического и физического комфорта у пациентов в стоматологической клинике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследуемые пациенты — практически здоровые молодые люди 25–30 лет, не состоящие на диспансерном

учете ни по одной соматической патологии, по 79 мужчин и женщин. Опрос пациентов, осмотр полости рта и лечебно-профилактические мероприятия проводили в стоматологическом кабинете по стандартной методике.

Определяли стоматологический статус (индексы КПУ, гигиены по Грину—Вермильону, пародонтальный CPITN [12]), физиологические показатели (кожно-гальваническая реакция, артериальное давление, частота сердечных сокращений [2, 3]), а также проводили психологическое исследование — изучение психоэмоционального состояния по разработанной нами анкете.

Стоматологический статус определялся после осмотра полости рта с помощью стандартного стоматологического набора инструментов. Физиологические показатели оценивались путем измерения до и после лечения для выявления их изменений за время приема. Кожно-гальваническая реакция (КГР), артериальное давление (АД) и частота сердечных сокращений (ЧСС) являются индикаторами состояния симпатико-адренальной нервной системы, показателями непроизвольной активности и клиническим выражением тонуса вегетативной нервной системы [11, 14]. Измерение КГР проводили по известной методике, основанной на фиксации кожно-гальванического сопротивления [6, 13]. АД измеряли тонометром по методу Короткова, ЧСС подсчитывали на лучевой артерии. Измерения проводили трехкратно с перерывами в 15 секунд и вычисляли средний результат [1].

Психоэмоциональный статус пациентов изучали по разработанной анкете. Одна часть вопросов предлагалась до лечения, а другая — после. Анкета содержит пять блоков: первый дает представление о психологическом состоянии пациентов до приема; второй фиксирует предыдущий эмоциональный стоматологический опыт обследуемых; третий учитывает соматические последствия сильных (постоянных) стрессов; четвертый выявляет симптомы стресса, выраженные на психологическом уровне; пятый блок указывает на состояние пациентов после приема. В зависимости от выраженности того или иного признака анкеты пациенты давали ответы в баллах от 0 до 10, где 0 — полное отсутствие данного признака, 5 — средняя степень тяжести проявления признака, 10 — максимальное проявление его тяжести [7, 10].

После опроса и осмотра полости рта пациенты были распределены на две группы в зависимости от болевого синдрома на момент обращения.

I группа включала 80 пациентов, обратившихся за экстренной стоматологической помощью с нозологическими формами пульпита и периодонтита в стадии обострения. II группа составила 78 человек, обратившихся к стоматологу в плановом порядке для проведения своевременной санации полости рта. Стоматологическую патологию в данной группе составляли различные формы кариеса зубов, пульпита и периодонтита в стадии ремиссии. Мужчины и женщины распределены в группах в равных пропорциях.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Достоверных различий в значении индекса КПУ у обследуемых не выявлено, в среднем он составлял $12,58 \pm 0,30$, что соответствует высокой интенсивности кариеса зубов. Распространенность кариеса в данном исследовании — 100%. Уровень резистентности зубов к кариесу по В.Б. Недосеко определяли с учетом поражения функционально-ориентированных групп и интенсивности кариеса, который соответствовал среднему уровню [9].

Статистически значимых различий между мужчинами и женщинами по уровню гигиены не обнаружено. Значение индекса гигиены (ИГ) у мужчин — $2,24 \pm 0,06$, у женщин — $2,17 \pm 0,06$, среднее значение равно $2,21 \pm 0,04$ и соответствует удовлетворительному гигиеническому состоянию полости рта. Однако у женщин состояние пародонта по CPITN ($1,86 \pm 0,05$) было достоверно лучше, чем у мужчин ($p < 0,05$). Таким образом, прослеживается взаимосвязь между лучшим гигиеническим состоянием полости рта у женщин и состоянием пародонта.

Распространенность заболеваний пародонта составила 98,1%, кровоточивость десен — 6,3%, зубного камня — 90,5%, пародонтальных карманов 4—5 мм — 1,3%. Пациентов с пародонтальными карманами 6 мм и более в нашем исследовании не выявлено. Статистически значимых различий в стоматологическом статусе между пациентами с острой болью и обратившимися на плановый прием не обнаружено.

Изучение психоэмоционального состояния пациентов по анкете проводилось в несколько этапов. На первом этапе анализировался уровень эмоционального напряжения пациентов до и после приема по их оценке. У всех пациентов I группы уровень эмоционального напряжения во время пребывания в стоматологической клинике был достоверно выше, чем во II группе [4, 8].

На следующем этапе изучали блок вопросов, отражающий выраженность предыдущего негативного эмоционального стоматологического опыта. Бóльшее количество баллов (максимум 20), поставленное пациентом, говорит о выраженной тяжести проявления данного признака. Обнаружены достоверные различия между пациентами I и II группы, а также мужчинами и женщинами II группы. В I группе негативный предыдущий стоматологический опыт равен $17,25 \pm 0,55$ балла, а во II группе — $10,78 \pm 0,78$ балла; у мужчин II группы — $12,34 \pm 0,98$ балла, а у женщин — $9,3 \pm 1,15$ балла.

Статистически значимых различий в соматическом состоянии и в выраженности симптомов стресса на психологическом уровне между группами не выявлено. Средний балл за соматические последствия сильных стрессов равен $0,85 \pm 0,08$ из 15 возможных, за симптомы стресса на психологическом уровне — $1,61 \pm 0,14$ из 20 возможных.

На заключительном этапе изучали физиологические показатели. В обеих группах КГР до приема была достоверно выше, чем после. В стоматологической клинике пациенты после лечения испытывали возбуждение

(КГР > 60 ед.), а до приема — чрезвычайное возбуждение (КГР > 80 ед.). Статистически значимые различия значений КГР до (85,13±0,65 ед.) и после (76,23±0,73 ед.) приема выявлены у пациентов I группы, равно как и у пациентов II группы — 81,14±0,87 и 73,10±0,73 ед. соответственно. У мужчин КГР была достоверно выше (85,30±0,63 ед.), чем у женщин (81,01±0,87 ед.), во время всего пребывания в стоматологической клинике. Достоверных различий между значениями КГР у мужчин I и II группы не обнаружено.

После изучения КГР пациентов проводили измерение АД. У пациентов I группы до приема оно составило 131,25±0,79/86,88±0,59 мм рт. ст., а после лечения — 124,75±0,47/82,19±0,41 мм рт. ст. Во II группе — 127,05±0,75/83,14±0,68 и 122,56±0,59/81,08±0,44 мм рт. ст. до и после приема соответственно. Таким образом, АД у обследованных колебалось от пограничного до нормального и во всех группах статистически достоверно было ниже после стоматологического приема.

ЧСС у всех пациентов была выше 80 уд/мин, что свидетельствует о тахикардии, и находилась в пределах от 94,95±0,66 уд/мин в I группе перед лечением до 82,45±0,72 уд/мин во II группе после лечения.

Выявлены достоверные ($p < 0,05$) различия измеряемых физиологических показателей до приема и после лечения в обеих группах, а также между пациентами I и II группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все обследованные испытывали сильное психоэмоциональное напряжение, которое приобретало степень чрезвычайного возбуждения у пациентов I группы перед приемом. Мужчины испытывают большее напряжение на стоматологическом приеме, чем женщины, независимо от повода обращения.

Корреляционный анализ установил средней силы взаимосвязи физиологических показателей и анкетных данных обследуемых. У пациентов I группы прослеживается прямая зависимость между АД во время стоматологического лечения и собственной оценкой общего состояния до и после приема (коэффициент корреляции r равен 0,36 и 0,27 соответственно, $p < 0,05$). Кроме того, у них обнаружили прямую корреляцию ЧСС и симптомов стресса, выраженных на психологическом уровне (ответы на четвертый блок анкеты), до и после лечения — $r = 0,27$ и $0,41$ соответственно ($p < 0,05$).

У пациентов II группы выявлены прямые корреляционные связи средней силы между всеми физиологическими показателями и психологическим состоянием до и после приема.

Таким образом, наше исследование актуально и требуется дальнейшее изучение применения препаратов, снижающих психологическую и физиологическую нагрузку на пациентов в стоматологической клинике.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Бойко В.В.** Физический дискомфорт на стоматологическом приеме: формы, выявление, преодоление. — СПб.: Сударыня, 2003. — 80 с.
2. **Ермошин А.Ф.** Геометрия переживаний: конструктивный рисунок человека в психотерапевтической практике. — М., 2008.
3. **Сунцов В.Г., Иванова Г.Г., Иванов А.Л.** Этико-психологические основы педиатра-стоматолога. — *Институт стоматологии*. — 2003; 4 (21): 22—4.
4. **Дармограй В.Н., Морозова С.И., Митин Н.Е., Филимонова Л.Б., Дармограй С.В., Пешков В.А., Гуськов А.В.** Использование фитосредств в стоматологии: научные достижения кафедр стоматологического факультета. — В сб. матер. ежегодной научной конф. РязГМУ, посв. 65-летию работы университета на Рязанской земле. — Рязань: РИО РязГМУ, 2015. — С. 370—371.
5. **Орлов А.Н.** Клиническая биоэтика. Учебное пособие. — М.: Медицина, 2003. — 360 с.
6. **Либин А.В., Либина А.В., Либин В.В.** Психологический тест: конструктивный рисунок человека из геометрических форм. — М., 2008.
7. **Литвинов А.Г., Дмитриев Т.Н.** Оценка качества жизни подростков с психосоматическими расстройствами в процессе комплексной терапии. — *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2004; 2: 39—43.
8. **Митин Н.Е.** Варианты реабилитации пациентов после хирургической санации полости рта: автореф. дис. ... д.м.н. — Воронеж, 2008.
9. **Жулев Е.Н., Курякина Н.В., Митин Н.Е.** Ортопедическая стоматология. Фантомный курс. — М.: МИА, 2011. — 720 с.
10. **Зорян Е.В., Рабинович С.А., Анисимова Е.Н., Лукьянов М.В.** Особенности оказания стоматологической помощи пациентам с факторами риска. — М.: ВУНМЦ, 1997. — 28 с.
11. **Леонтьев В.К., Шестаков В.Т.** Оценка основных направлений развития стоматологии. — Н. Новгород: Мед. книга, 2003. — 280 с.
12. **Боровский Е.В.** Пути повышения качества лечебной работы. — *Стоматология*. — 1997; 1: 65—8.
13. **Куприянова И.Е., Семке В.Я., Трусов В.Б.** Качество жизни как критерий психического здоровья женщин. — *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. — 1999; 1: 37—41.
14. **Ермошин А.Ф.** Фобии, утраты, разочарования: саморегуляция против травм. — М., 2010.