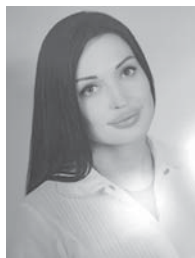


УДК 616.31:[616.176.8+617.52]-001-036-07-08-084-092



ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ РЕАКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА З ПОШКОДЖЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ІНДИКАТОРАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ

А. О. Григорова

Харківський національний медичний університет

Анотація. У статті наведені дані щодо дослідження 326-ти осіб із пошкодженнями та запальними захворюваннями щелепно-лицьової ділянки. На основі вивчення частоти та характеру неспсихотичних порушень психічної сфери при запальних захворюваннях та пошкодженнях щелепно-лицьової ділянки з'ясовано, що перебіг цих патологічних станів характеризується формуванням у пацієнтів психофізіологічної дезадаптації. У структурі невротичних розладів цих пацієнтів переважають саме невротичні розлади з затяжним перебігом, що потребує враховувати цю обставину на етапах лікування та індивідуалізації добору реабілітаційної тактики.

Ключові слова: психофізіологія, дезадаптація, пошкодження, захворювання, щелепно-лицьова ділянка, стоматологія.

Вступ

Проблема здоров'я населення названа одним із пріоритетних напрямків діяльності ВООЗ у XXI сторіччі. Негативні тенденції щодо погіршення здоров'я обумовлені впливом соціальних, екологічних та інших проблем, на розв'язання яких спрямовані сучасні зусилля європейської медичної спільноти. Зростання термінів тимчасової непрацездатності та показників первинної інвалідності внаслідок хронічних хвороб, зокрема, поєднаних, завдає значних економічних збитків і посилює соціальну значущість наукових досліджень, спрямованих на вдосконалення медико-психологічного моніторингу, ранню діагностику та на індивідуалізацію лікування і ризикометричних підходів [1–5]. Це повною мірою стосується і пацієнтів із запальними захворюваннями та пошкодженнями щелепно-лицьової ділянки (ЩЛД) [6–9].

Мета дослідження

Вивчення частоти та характеру неспсихотичних порушень психічної сфери при запальних захворюваннях та пошкодженнях щелепно-лицьової ділянки залежно від нозологічно-групового виду стоматологічної патології та рівня потреби у лікуванні пародонту.

Матеріали та методи дослідження

Первинною інформаційною базою для виконання дослідження стали результати комплексного клініко-анамнестичного обстеження пацієнтів із пошкодженнями та запальними захворюваннями ЩЛД на етапах їхн клінічного моніторингу в умовах спеціалізованої клініки хірургічної стоматології [10–14]. У дослідженнях на цьому етапі задіяно 326 осіб (з пошкодженнями ЩЛД – $n_{MP}=179$ та з 33 ЩЛД – $n_{MP}=147$). Дослідження виконано за

стандартизованою програмою збирання, накопичення та аналізу результатів [1–4, 15, 16]. Під час виконання дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні й клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз [1, 3, 14, 16], варіаційна статистика, імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів.

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідження частоти та характеру психофізіологічних реакцій дезадаптації серед пацієнтів із запальними захворюваннями (33) та з пошкодженнями щелепно-лицьової ділянки досліджено залежно від виду патології ЩЛД та рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (табл. 1). Виявлено, що частота реакцій психофізіологічної дезадаптації (РПД) серед 326 пацієнтів становила $(56,1 \pm 2,7)\%$ та коливалася від $(44,9 \pm 6,0)\%$ до $(66,7 \pm 5,3)\%$, $p < 0,05$. Фактором впливу стосовно цих достовірних відмінностей виявлено рівень потреби пацієнтів у лікуванні тканин пародонту. Слід зазначити, що частота реакцій психофізіологічної дезадаптації (ПФД) не залежала від нозологічного виду патології: при пошкодженнях – у $(55,9 \pm 3,7)\%$, при захворюваннях – $(57,1 \pm 4,1)\%$, $p > 0,05$. У цих групах обстежених найбільш частим клінічним варіантом реакцій дезадаптації визнана наявність саме реакцій ПФД.

Частота дезадаптивних психофізіологічних реакцій у вигляді соматогенного астеничного симптомокомплексу (САСК) становила $(19,6 \pm 2,2)\%$ та коливалась у групах пацієнтів у межах від $(9,0 \pm 3,2)\%$ до $(27,5 \pm 5,4)\%$: достовірно найбільш частими – у $(27,5 \pm 5,4)\%$ – ці психофізіологічні реакції зареєстровані серед пацієнтів із 33 ЩЛД з ви-

Таблиця 1

Частота та характер психофізіологічних реакцій дезадаптації серед пацієнтів із запальними захворюваннями та з пошкодженнями щелепно-лицьової ділянки залежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту

Клінічні варіанти психофізіологічної дезадаптації		Пошкодження ЩЛД (n _{MP} = 179)		Запальні захворювання ЩЛД (n _{MP} = 147)		Разом (n = 326)
		СРІТН < 2 ² n ₂ = 54	СРІТН < 2 ² n ₂ = 125	СРІТН < 2 ² n ₂ = 78	СРІТН < 2 ² n ₂ = 69	
Реакції психічної дезадаптації	абс., осіб	25	75	52	31	183
	P ± m, %	46,3 ± 6,8	60,0 ± 4,4	66,7 ± 5,3 ^a	44,9 ± 6,0 ^b	56,1 ± 2,7
		55,9 ± 3,7 ^c		57,1 ± 4,1 ^c		
Соматогенний астеничний симптомокомплекс	абс., осіб	10	28	7	19	64
	P ± m, %	18,5 ± 5,3	22,4 ± 3,7	9,0 ± 3,2 ^a	27,5 ± 5,4	19,6 ± 2,2
		21,2 ± 3,1		17,7 ± 3,1 ^c		
Гострі невротичні розлади	абс., осіб	2	5	4	3	14
	P ± m, %	3,7 ± 2,6	4,0 ± 1,8	5,1 ± 2,5	4,3 ± 2,5	4,3 ± 1,1
		3,9 ± 1,4		4,8 ± 1,8		
Невротичні розлади з затяжним перебігом	абс., осіб	7	13	8	14	42
	P ± m, %	13,0 ± 4,6	10,4 ± 2,7	10,3 ± 3,4	20,3 ± 4,8 ^b	12,9 ± 1,9
		11,2 ± 2,4		15,0 ± 2,9 ^c		
Без психофізіологічної дезадаптації	абс., осіб	10	4	7	2	23
	P ± m, %	18,5 ± 5,3	3,2 ± 1,6	9,0 ± 3,2 ^a	2,9 ± 2,0	7,1 ± 1,4
		7,8 ± 2,0 ^c		6,1 ± 2,0		

Примітки:

^a – достовірна відмінність між пацієнтами з СРІТН < 2 при p ≤ 0,05;

^b – достовірна відмінність між пацієнтами з СРІТН ≥ 2, при p ≤ 0,05;

^c – достовірна відмінність між пацієнтами в межах однієї клінічної групи, при p ≤ 0,05;

²n₀ – пацієнти з пошкодженнями ЩЛД, в т.ч.:

²n₁ – які мають високий рівень та ²n₂ – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту;

¹n₀ – пацієнти з запальними захворюваннями ЩЛД, в т.ч.: ¹n₁ – які мають високий рівень та ¹n₂ – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту

соким рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту, тоді як серед таких самих пацієнтів із рівнем СРІТН < 2 частота САСК виявлена майже втричі меншою (табл. 1). При пошкодженнях ЩЛД в цілому частота реакцій ПФД була дещо (p > 0,05) вищою, ніж при запальних захворюваннях; однак не залежала від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (відповідно при СРІТН < 2 становила (18,5 ± 5,3)%, а при СРІТН ≥ 2 – (22,4 ± 3,7)%. З наведеного вище можна дійти висновку стосовно зростання частоти реакцій ПФД на етапах лікування пацієнтів із 33 ЩЛД.

Частота дезадаптивних психофізіологічних реакцій у формі гострих невротичних розладів становила (4,3 ± 1,1)% та колилась у групах пацієнтів у межах від (3,7 ± 2,6)% до (5,1 ± 2,5)%: певною мірою (p > 0,05) частими – у (5,1 ± 2,5)% – ці психофізіологічні реакції зареєстровані серед пацієнтів із 33 ЩЛД із низьким рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту, тоді як серед таких самих пацієнтів з рівнем СРІТН < 2 частота гострих невротичних розладів (ГНР) становила (3,7 ± 2,6)%.

При пошкодженнях ЩЛД в цілому частота реакцій ПФД не відрізнялась від аналогічного показника (p > 0,05) групи пацієнтів із запальними захворюваннями ЩЛД та не залежала від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту. З наведеного можна дійти висновку, що групи пацієнтів не відрізнялись за частотою ГНР.

Частота дезадаптивних психофізіологічних реакцій невротичних розладів із затяжним перебігом становила (12,9 ± 1,9)% та колилась у групах пацієнтів у межах від (10,3 ± 3,4)% до (20,3 ± 4,8)%: достовірно найбільш частими – у (20,3 ± 4,8)% – ці психофізіологічні реакції зареєстровані серед пацієнтів із 33 ЩЛД з високим рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту, тоді як серед таких самих пацієнтів з рівнем СРІТН < 2 частота САСК виявлена майже вдвічі меншою (табл. 1). При пошкодженнях ЩЛД частота реакцій ПФД була (p > 0,05) меншою, ніж при запальних захворюваннях, однак не залежала від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (відповідно при СРІТН < 2 становила

(13,0 ± 4,6)%, а при CPITN ≥ 2 (10,4 ± 2,7)%. З наведеного можна дійти висновку, що невротичні розлади із затяжним перебігом властиві (реєструються достовірно частіше) пацієнтам з високим рівнем потреби у лікуванні пародонту на тлі ЗЗ ЩЛД.

Серед обстежених пацієнтів реакції психофізіологічної дезадаптації проявлялися переважно астенічним (39,9 ± 3,6%), соматоформним (34,4 ± 3,5%), дистимічним (16,9 ± 2,8%) та афективним (8,7 ± 2,1%) клінічними варіантами.

Так, *астенічний варіант РПД* серед пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД діагностовано однаково часто незалежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (табл. 2), тоді як серед пацієнтів із ЗЗ ЩЛД астенічний варіант РПД чітко та достовірно диференціювався залежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (відповідно у (34,6 ± 5,4)% та (15,9 ± 4,4)% пацієнтів): при зростанні потреби у лікуванні тканин пародонту зменшувалася частота, що можна пояснити перерозподілом у бік більш тяжких форм ПФД.

Соматоформний варіант РПД найбільш

часто реєструвався серед пацієнтів із ЗЗ ЩЛД насамперед з низьким рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту та достовірно частіше, ніж у відповідній групі пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД (відповідно при CPITN < 2 (24,4 ± 4,9)%; при CPITN ≥ 2 (13,7 ± 4,8)%, $p < 0,05$). У цілому зберігалася тенденція до більшої частоти соматоформних проявів саме у групі пацієнтів із пошкодженнями ЩЛД.

Дистимічний варіант РПД найбільш часто реєструвався серед пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД насамперед з високим рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту, та достовірно рідше цей варіант ПФД виявлено в групі пацієнтів із ЗЗ ЩЛД (відповідно (13,4 ± 2,5)% та (4,8 ± 1,8)%, $p < 0,05$). У цілому виявлена тенденція ($p > 0,05$) більшої частоти дистимічних проявів саме у групі пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД насамперед у разі високої потреби у лікуванні тканин пародонту (відповідно при CPITN < 2 (9,3 ± 3,9)%; при CPITN ≥ 2 (15,2 ± 3,2)%).

Афективний варіант РПД також найбільш часто реєструвався серед пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД насамперед з висо-

Таблиця 2

Частота та характер клінічних варіантів реакцій психічної дезадаптації серед пацієнтів із запальними захворюваннями та з пошкодженнями щелепно-лицьової ділянки залежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту

Клінічні варіанти психофізіологічної дезадаптації		Пошкодження ЩЛД (n _{MP} = 179)		Запальні захворювання ЩЛД (n _{MP} = 147)		Разом (n = 326)
		CPITN < 2 ² n ₂ = 54	CPITN ≥ 2 ² n ₂ = 125	CPITN < 2 ² n ₂ = 78	CPITN ≥ 2 ² n ₂ = 69	
Астенічний	абс., осіб	11	24	27	11	73
	P ± m, %	20,4 ± 5,5	19,2 ± 3,5	34,6 ± 5,4	15,9 ± 4,4	39,9 ± 3,6
		19,6 ± 3,0		25,9 ± 3,6 ^c		
Соматоформний	абс., осіб	7	21	19	14	63
	P ± m, %	13,7 ± 4,8	16,8 ± 3,3	24,4 ± 4,9	20,3 ± 4,8	34,4 ± 3,5
		15,6 ± 2,7		22,4 ± 3,4		
Дистимічний	абс., осіб	5	19	4	3	31
	P ± m, %	9,3 ± 3,9	15,2 ± 3,2	5,1 ± 2,5	4,3 ± 2,5 ⁶	16,9 ± 2,8
		13,4 ± 2,5		4,8 ± 1,8		
Афективний	абс., осіб	2	11	2	1	16
	P ± m, %	3,7 ± 2,6	8,8 ± 2,5	2,6 ± 1,8	1,4 ± 1,4 ⁶	8,7 ± 2,1
		7,3 ± 1,9		2,0 ± 1,2		
Всього	абс., осіб	25	75	52	31	183
	P ± m, %	46,3 ± 6,8	60,0 ± 4,4	66,7 ± 5,3 ^a	44,9 ± 6,0 ⁶	56,1 ± 2,7
		55,9 ± 3,7 ^c		56,5 ± 4,1 ^c		

Примітки:

^a – достовірна відмінність між пацієнтами з CPITN < 2 при $p \leq 0,05$;

⁶ – достовірна відмінність між пацієнтами з CPITN ≥ 2, при $p \leq 0,05$;

^c – достовірна відмінність між пацієнтами в межах однієї клінічної групи, при $p \leq 0,05$;

²n₀ – пацієнти з пошкодженнями ЩЛД, в т.ч.:

²n₁ – які мають високий рівень та ²n₂ – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту;

¹n₀ – пацієнти з запальними захворюваннями ЩЛД, в т.ч.: ¹n₁ – які мають високий рівень та ¹n₂ – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту

ким рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту, та достовірно рідше цей варіант ПФД виявлено у групі пацієнтів із 33 ЩЛД (відповідно $7,3 \pm 1,9$ % та $2,0 \pm 1,2$ %, $p < 0,05$). У цілому виявлено закономірність ($p < 0,05$) більшої частоти дистимічних проявів саме у групі пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД насамперед у разі високої потреби у лікуванні тканин пародонту (відповідно при $CPITN < 2$ $3,7 \pm 2,6$ %; при $CPITN \geq 2$ $8,8 \pm 2,5$ %).

Астенічний варіант САСК серед пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД діагностовано однаково часто незалежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (табл. 3), тоді як серед пацієнтів із 33 ЩЛД астенічний варіант РГД чітко та достовірно диференціювався залежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (відповідно при $CPITN < 2$ у $1,3 \pm 1,3$ %; при $CPITN \geq 2$ $18,8 \pm 4,7$ % пацієнтів): при зростанні потреби у лікуванні тканин пародонту зростала і частота астенічних варіантів САСК, що можна пояснити більш тривалим перебігом 33 ЩЛД у разі наявності високого рівня потреби у лікуванні тканин пародонту.

Астено-субдепресивний варіант САСК се-

ред пацієнтів із 33 ЩЛД діагностовано однаково часто незалежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (табл. 3), тоді як серед пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД, насамперед при $CPITN < 2$, виявлено найбільш частим (відповідно при пошкодженнях щелепно-лицьової ділянки (пЩЛД) у $5,6 \pm 3,1$ %; при 33 ЩЛД $1,3 \pm 1,3$ % пацієнтів); частота астено-субдепресивних варіантів САСК при пЩЛД дещо переважала відповідну їх частоту при 33 ЩЛД, що можна пояснити психологічно більш тяжким станом цих пацієнтів після травми.

Астено-тривожний варіант САСК діагностувався практично з однаковою частотою: при пошкодженнях ЩЛД – у $5,0 \pm 1,6$ %, при 33 ЩЛД – у $3,4 \pm 1,5$ % пацієнтів, а його частота не залежала від стану тканин пародонту.

Серед обстежених осіб невротичні розлади різної давності сформованості зареєстровані серед $12,9 \pm 1,9$ % пацієнтів, включаючи серед $11,2 \pm 2,4$ % осіб з пошкодженнями ЩЛД та серед $15,0 \pm 2,9$ % осіб із 33 ЩЛД; при цьому, якщо гострі невротичні розлади діагностовано практично з однаковою частотою у групі

Таблиця 3

Частота та характер клінічних варіантів соматогенного астенічного симптомокомплексу серед пацієнтів із запальними захворюваннями та з пошкодженнями щелепно-лицьової ділянки залежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту

Клінічні варіанти психофізіологічної дезадаптації		Пошкодження ЩЛД ($n_{MP} = 179$)		Запальні захворювання ЩЛД ($n_{MP} = 147$)		Разом ($n = 326$)
		$CPITN < 2$ ${}^2n_2 = 54$	$CPITN \geq 2$ ${}^2n_2 = 125$	$CPITN < 2$ ${}^2n_2 = 78$	$CPITN \geq 2$ ${}^2n_2 = 69$	
Астенічний	абс., осіб	3	11	1	13	28
	$P \pm m, \%$	$5,6 \pm 3,1$	$8,8 \pm 2,5$	$1,3 \pm 1,3$	$18,8 \pm 4,7^6$	$8,6 \pm 1,6$
		$7,8 \pm 2,0$		$9,8 \pm 2,5^c$		
Астено-субдепресивний	абс., осіб	3	5	1	2	11
	$P \pm m, \%$	$5,6 \pm 3,1$	$4,0 \pm 1,8$	$1,3 \pm 1,3$	$2,9 \pm 2,0$	$3,4 \pm 1,0$
		$4,5 \pm 1,5$		$2,0 \pm 1,2$		
Астено-тривожний	абс., осіб	3	6	3	2	14
	$P \pm m, \%$	$5,6 \pm 3,1$	$4,8 \pm 1,9$	$3,8 \pm 2,2$	$2,9 \pm 2,0$	$4,3 \pm 1,1$
		$5,0 \pm 1,6$		$3,4 \pm 1,5$		
Диссомнічний	абс., осіб	1	6	2	2	11
	$P \pm m, \%$	$1,9 \pm 1,8$	$4,8 \pm 1,9$	$2,6 \pm 1,8$	$2,9 \pm 2,0$	$3,4 \pm 1,0$
		$3,9 \pm 1,4$		$2,7 \pm 1,3$		
Всього	абс., осіб	10	28	7	19	64
	$P \pm m, \%$	$18,5 \pm 5,3$	$22,4 \pm 3,7$	$9,0 \pm 3,2^a$	$27,5 \pm 5,4$	$19,6 \pm 2,2$
		$21,2 \pm 3,1$		$17,7 \pm 3,1^c$		

Примітки:

^a – достовірна відмінність між пацієнтами з $CPITN < 2$, при $p \leq 0,05$;

^b – достовірна відмінність між пацієнтами з $CPITN \geq 2$, при $p \leq 0,05$;

^c – достовірна відмінність між пацієнтами в межах однієї клінічної групи, при $p \leq 0,05$;

² n_0 – пацієнти з пошкодженнями ЩЛД, в т.ч.:

² n_1 – які мають високий рівень та ² n_2 – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту;

¹ n_0 – пацієнти з запальними захворюваннями ЩЛД, в т.ч.: ¹ n_1 – які мають високий рівень та ¹ n_2 – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту

Таблиця 4

Частота та характер клінічних варіантів невротичних розладів серед пацієнтів з запальними захворюваннями та з пошкодженнями щелепно-лицьової ділянки залежно від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту

Клінічні варіанти психофізіологічної дезадаптації		Пошкодження ЩЛД (n _{MP} = 179)		Запальні захворювання ЩЛД (n _{MP} = 147)		Разом (n = 326)
		СРІТН < 2 ² n ₂ = 54	СРІТН < 2 ² n ₂ = 125	СРІТН < 2 ² n ₂ = 78	СРІТН < 2 ² n ₂ = 69	
Гострі невротичні розлади	абс., осіб	2	5	4	3	14
	P ± m, %	3,7 ± 2,6	4,0 ± 1,8	5,1 ± 2,5	4,3 ± 2,5	4,3 ± 1,1
		3,9 ± 1,4		4,8 ± 1,8		
Невротичні розлади із затяжним перебігом	абс., осіб	7	13	8	14	42
	P ± m, %	13,0 ± 4,6	10,4 ± 2,7	10,3 ± 3,4	20,3 ± 4,8 ^b	12,9 ± 1,9
		11,2 ± 2,4		15,0 ± 2,9 ^c		

Примітки:

^a – достовірна відмінність між пацієнтами з СРІТН < 2 при p ≤ 0,05;

^b – достовірна відмінність між пацієнтами з СРІТН ≥ 2, при p ≤ 0,05;

^c – достовірна відмінність між пацієнтами в межах однієї клінічної групи, при p ≤ 0,05;

²n₀ – пацієнти з пошкодженнями ЩЛД, в т.ч.:

²n₁ – які мають високий рівень та ²n₂ – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту;

¹n₀ – пацієнти з запальними захворюваннями ЩЛД, в т.ч.: ¹n₁ – які мають високий рівень та ¹n₂ – які мають низький рівень потреби у лікуванні пародонту

з пошкодженнями ЩЛД та в групі із 33 ЩЛД, то невротичні розлади із затяжним перебігом достовірно частіше реєструвалися в групі пацієнтів із 33 ЩЛД на тлі високого рівня потреби у лікуванні тканин пародонту (табл. 4).

Очевидно, що у групі пацієнтів із 33 ЩЛД існує статистичний взаємозв'язок між рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту та частотою невротичних розладів із затяжним перебігом, оскільки у разі СРІТН < 2 їх частота вдвічі менша, ніж при СРІТН ≥ 2 (відповідно у (10,3 ± 3,4) % та у (20,3 ± 4,8) % пацієнтів).

Аналіз структури пацієнтів із гострими невротичними розладами та невротичними розладами із затяжним перебігом показує, що саме пацієнти з високим рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту складають найбільшу питому вагу осіб з такими ПФР.

Висновки

1. Аналіз частоти відсутності ПФД дозволив виявити, що достовірно найбільше було таких осіб серед пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД на тлі задовільного стану пародонту (СРІТН < 2), тоді як у пацієнтів із пошкодженнями ЩЛД на тлі високих рівнів потреби у лікуванні пародонту осіб з відсутністю ПФД виявлено в 5–6 разів

менше; це дозволяє дійти висновку, що психофізіологічний стан корелює зі станом тканин пародонту (рівнем потреби у лікуванні).

2. Серед обстежених стоматологічних пацієнтів з САК у структурі реакцій ПФД складає (19,6 ± 2,2) %, а реакції психофізіологічної дезадаптації проявлялися переважно астеничним (8,6 ± 1,6) %, астено-субдепресивним (3,4 ± 1,0) %, астено-тривожним (16,9 ± 2,8) % та диссомнічним (4,3 ± 1,1) % варіантами.

3. Наведене свідчить на користь впливу тривалості 33 та первісного стану тканин пародонту на психофізіологічний стан пацієнтів із 33 ЩЛД. Окрім того, зазначаємо, що у структурі невротичних розладів як серед травмованих, так і серед хворих із 33 ЩЛД переважають саме невротичні розлади із затяжним перебігом, що потребує враховувати цю обставину на етапах лікування та індивідуалізації добору реабілітаційної тактики хірургом-стоматологом.

Перспективи подальших досліджень з цієї проблематики пов'язані з розробкою індивідуалізованих лікувально-реабілітаційних програм з урахуванням стану психофізіологічних функцій пацієнтів із 33 та пошкодженнями ЩЛД.

Література

1. Grygorova A. O. Dooperacijna stratyfikacija ryzyku patologii' parodontu sered pacijentiv z odontogennymy zapal'nymy zahvorjuvannjamy shhelepno-lycevoi' diljanky [Preoperative risk stratification periodontal pathology in patients with odontogenic inflammatory diseases of maxillofacial area]. Problemy ekologichnoi' ta medychnoi' genetyky i klinichnoi' imunologii': zbirnyk naukovykh prac', Kiev-Luhansk, 2014, no. 4 (124), pp. 209-217. (In Ukr.)

2. Grygorova A. O. Intensyvniť urazhennja karijesom ta uzagal'neni indeksy potreby u likuvanni parodontu

na etapah hirurgichnogo likuvannja zahvorjuvan' shhelepno-lycevoi' diljanky [The intensity of caries indexes and generalized periodontal treatment needs at stages of surgical treatment of maxillofacial area]. Visnyk problem biologii' i medycyny, 2014, vol. 3 (115), issue 4, pp. 320-323. (In Ukr.)

3. Grygorova A. O. Intensyvniť urazhennja karijesom ta uzagal'neni indeksy potreby u likuvanni parodontu na etapah immobilizacii' pry poskodzhennjah shhelepno-lycevoi' diljanky [The intensity of caries indexes and

generalized periodontal treatment needs at stages during the immobilization injuries maxillofacial]. *Visnyk problem biologii i medycyny*, 2014, vol. 4 (116), issue 4, pp. 324-327. (In Ukr.)

4. Grygorova A. O. Kliniko-patogenetychnyj analiz reabilitacijnoi' taktyky hirurga-stomatologa pry zapal'nyh zahvorjuvannjah shhelepno-lycevoi' lilyanky: problemni pytannja ta innovacijne udoskonalennja [Clinical pathogenic analysis rehabilitative tactics dental surgeon in inflammatory diseases maxillofacial lilyanky: Challenges and innovative improvements]. *Problemy ekologichnoi' ta medychnoi' genetyky i klinichnoi' imunologii': zbirnyk naukovykh prac'*, Kiev-Luhansk, 2014, no. 1(121), pp. 186-193. (In Ukr.)

5. Grygorova A. O. Kliniko-patogenetychnyj analiz reabilitacijnoi' taktyky hirurga-stomatologa pry poshkodzhennjah shhelepno-lycevoi' lilyanky: problemni pytannja ta innovacijne udoskonalennja [Clinical pathogenic analysis rehabilitative tactics dental surgeon in maxillofacial injuries lilyanky: Challenges and innovative improvements]. *Problemy ekologichnoi' ta medychnoi' genetyky i klinichnoi' imunologii': zbirnyk naukovykh prac'*, Kiev-Luhansk, 2014, no. 2(122), pp. 186-193. (In Ukr.)

6. Grygorova A. O. Obgruntuvannja ta zastosuvannja alorytmu nejro-stomatologichnoi' stratyfikacii' pacijentiv z poshkodzhennjamy zapal'nyh zahvorjuvannjah shhelepno-lycevoi' diljanky [Justification algorithm and application of neuro-stratification of patients with dental injuries and inflammatory diseases of maxillofacial area]. *Visnyk problem biologii i medycyny*, 2015, vol. 2 (119), issue 2, pp. 40-44. (In Ukr.)

7. Grygorov S. M., Grygorova A. O., Ruzin G. P. Pisljatravmatychni zminy central'noi' gemodynamiky pry uskladnenomu perebigu poshkodzen'lyc'ovogo cherepa [Post-traumatic changes of central hemodynamics in complicated lesions of facial skull]. *Stomatologiya slavyanskikh gosudarstv: trudy VII Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii* (31 oktyabrya 2014g.) (pod red. A. V. Tsimbalistova, B. V. Trifonova, A. A. Kopytova) [Dentistry Slavic states: Proceedings of the VII International scientific conference (31 October 2014) (ed. A. V. Tsimbalistov, B. V. Trifonov, A. A. Kopytov). Belgorod, Belgorod Publ., 2014, pp. 95-98. (In Ukr.)

8. Grygorova A. O. Reabilitacija pacijentiv z poshkodzhennjamy shhelepno-lycevoi' diljanky: ocinka stanu tkanyh parodontu [Rehabilitation of patients with injuries of maxillofacial area: assessment of periodontal tissue]. *Naukovo-praktychna konferencija z mizhnarodnoju uchastju "Suchasni problemy narodnoi' i netradycijnoi' medycyny" (16-17.10.2014 r.)* [Scientific conference with international participation «Modern problems of traditional and alternative medicine» (16-17.10.2014 year)]. Kiev, 2014, pp. 75-77. (In Ukr.)

9. Grygorova A. O. Reparatyvnyj osteogenez na etapah kompleksnogo li-kuvannja ta reabilitacii' pacijentiv z poshkodzhennjamy shhelepno-lycevoi' diljanky [Reparative osteogenesis at the stages of complex treatment and rehabilitation of patients with injuries of the maxillofacial area]. *Stomatologiya slavyanskikh gosudarstv: trudy VII Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii* (31 oktyabrya

2014g.) (pod red. A. V. Tsimbalistova, B. V. Trifonova, A. A. Kopytova) [Dentistry Slavic states: Proceedings of the VII International scientific conference (31 October 2014) (ed. A. V. Tsimbalistov, B. V. Trifonov, A. A. Kopytov). Belgorod, Belgorod Publ., 2014, pp. 99-101. (In Ukr.)

10. Grygorova A. O. Stan tkanyh parodontu na etapah likuvannja ta reabilitacii' pacijentiv z zapal'nyh zahvorjuvannjah shhelepno-lycevoi' diljanky [Condition of periodontal tissue at stages of treatment and rehabilitation of patients with inflammatory diseases of maxillofacial area]. *Visnyk problem biologii i medycyny*, 2014, vol. 1 (113), issue 4, pp. 349-354. (In Ukr.)

11. Grygorova A. O. Stan tkanyh parodontu na etapah likuvannja ta reabilitacii' pacijentiv z poshkodzhennjamy shhelepno-lycevoi' diljanky [Condition of periodontal tissue at stages of treatment and rehabilitation of patients with injuries of the maxillofacial area]. *Visnyk problem biologii i medycyny*, 2014, vol. 2(114), issue 4, pp. 312-317. (In Ukr.)

12. Grygorova A. O. Stratyfikacija ryzyku patologii' parodontu sered pacijentiv z odontogennymy zapal'nyh zahvorjuvannjah shhelepno-lycevoi' diljanky [Stratification of risk of periodontal pathology in patients with odontogenic inflammatory diseases of maxillofacial area]. *Nove u medycyni suchasnogo svitu: Zbirka materialiv naukovo-praktychnoi' konferencii' z mizhnarodnoju uchastju (28.11.2014 r.)* [New in the world of modern medicine: Proceedings of Scientific Conference with international participation (11.28.2014 year)]. Lviv, 2014, pp. 34-37. (In Ukr.)

13. Grygorova A. O. Funkcional'nyj stomatologichnyj status na etapah likuvannja ta reabilitacii' pacijentiv z poshkodzhennjamy shhelepno-lycevoi' diljanky: stan tkanyh parodontu [Functional status at stages of dental treatment and rehabilitation of patients with injuries of maxillofacial area: the state of periodontal tissues]. *The European professional scientific publication: collection of scientific articles and theses according to the results of International Scientific and Practical Congress «GLOBAL SCIENTIFIC UNITY 2014» (26-27 September 2014)*. Prague, 2014, vol. II, pp. 92-98. (In Ukr.)

14. Grigorova I. A., Nekrasova N. A., Grigorova A. A. Primenenie afobazola v lechenii panicheskikh atak u bol'nykh s travmaticheskoy bolezn'yu golovnoy mozga [Application afobazola in the treatment of panic attacks in patients with traumatic brain disease]. *Mezhdunarodnyy meditsynskiy zhurnal*, 2007, no. 5, pp. 111-116. (In Russ.)

15. Grigorova A. O. Pathogenetic substantiation of facial skeleton and cervical spine injuries severity assessment. *Tezy dopovidej naukovo-praktychnoi' konferencii' "Medycyna XXI stolittja" (27.11.2014 r.)*. Kharkiv, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education Publ., 2014, pp. 137-139.

16. Grygorova A. O. Condition of periodontal tissues during treatment and rehabilitation of patients with lesions of maxillofacial area. *Materialy naukovo-praktychnoi' konferencii' z mizhnarodnoju uchastju «Znachennja morfologichnyh nauk na suchasnomu etapi rozvytku medycyny» (26-27 lystopada 2014 r.)*, Ternopil, 2014, pp. 155-156.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ИНДИКАТОРАМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

A. A. Григорова

Харьковский национальный медицинский университет

Аннотация. В статье приведены данные по исследованию 326-ти человек с повреждениями и воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. На основе изучения частоты и

PSYCHOPHYSIOLOGICAL REACTIONS AMONG PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES AND DAMAGE TO THE MAXILLOFACIAL REGION: RELATIONSHIP WITH FUNCTIONAL INDICATORS DENTAL STATUS

A. O. Grigorova

Kharkiv National Medical University

Summary. The article presents data on the study of 326 people with damaged-tions and inflammatory diseases of the oral and maxillofacial region. On the basis of the frequency and nature of the non-psychotic psychiatric disorders in inflammatory

характера непсихотических нарушений психической сферы при воспалительных заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области установлено, что течение этих патологических состояний характеризуется формированием у пациентов психофизиологической дезадаптации. В структуре невротических расстройств у этих пациентов преобладают невротические расстройства с затяжным течением. Полученные данные будут иметь значение при индивидуализации лечебно-реабилитационной тактики.

Ключевые слова: психофизиология, дезадаптация, повреждения, заболевания, челюстно-лицевая область, стоматология.

diseases and injuries of the maxillofacial region found that during these pathological conditions characterized by the formation in patients psychophysiological maladjustment. In the structure of neurotic disorders in these patients is dominated by neurotic disorders with protracted. The data will be important for individualization of treatment and rehabilitation equipment.

Key words: psychophysiology, maladjustment, damage, disease, maxillofacial area, dentistry.

УДК 612.621.7



Б. А. Лобасюк



Л. Н. Акимова

ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕМОРА В УСЛОВИЯХ ОПЕРАТИВНОГО И ПСИХОСЕНСОРНОГО ПОКОЯ

Б. А. Лобасюк¹, Л. Н. Акимова¹, М. И. Боделан¹, К. В. Аймедов²
²Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова,
¹Одесский национальный медицинский университет



М. И. Боделан



К. В. Аймедов

Аннотация. Нами был исследован постуральный тремор с помощью разработанного авторами оригинального метода с использованием угольно-резистивного датчика у правой руки. Выявлены различные показатели в условиях оперативного покоя (глаза открыты) и в условиях психосенсорного покоя (глаза закрыты). Индексы ассиметрии треморограммы выражались положительными величинами в условиях оперативного покоя, т. е. преобладали амплитуды левой руки, а в условиях психосенсорного покоя индексы ассиметрии уменьшились. Предполагается, что механизмы управления физиологическим тремором рук в условиях оперативного и психосенсорного покоя не идентичны.

Ключевые слова: тремор, угольно-резистивный датчик, ассиметрия тремора, частота тремора.

Введение

Тремор относится к одним из наиболее часто встречаемых в неврологической практике двигательных синдромов, который может присутствовать при многих заболеваниях, а также иметь место и у здоровых людей [1]. Тремор – самый распространенный тип гиперкинеза в популяции.

В связи с отсутствием классификации тремора, Обществом по двигательным расстройствам (MDS) разработан рабочий документ, включающий определение, нозологическую

классификацию, условия возникновения и характеристику частоты встречаемости различных видов тремора. Согласно MDS, тремор определяется как ритмичное непроизвольное осцилляционное движение как минимум одной функциональной области тела.

Различают физиологический, эссенциальный, мозжечковый, паркинсонический и другие виды тремора. В свою очередь, физиологический тремор разделяют на простой физиологический тремор и усиленный физиологический тремор.