

На правах рукописи



Князева Марина Витальевна

**Комплексное лечение стоматологических пациентов, страдающих
хроническими заболеваниями, с применением методов психологической
коррекции**

3.1.7. Стоматология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2024

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Макеева Ирина Михайловна

Официальные оппоненты:

Копецкий Игорь Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра терапевтической стоматологии, заведующий кафедрой

Разумова Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Медицинский институт, кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний, заведующая кафедрой; заместитель директора по направлению стоматология

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства»

Защита диссертации состоится «16» мая 2024 года в 13:00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.27 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

С диссертацией можно ознакомиться в Фундаментальной учебной библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д. 37, стр. 1 и на сайте организации www.sechenov.ru

Автореферат разослан «___» _____ 2024 года

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент



Дикопова Наталья Жоржевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Визит к стоматологу принято рассматривать в качестве одной из моделей стресса (так называемый «стоматологический стресс»). Известно, что стоматологический стресс так же, как и другие виды острого стресса, характеризуется активацией симпатoadреналовой системы, активность которой коррелирует с выделением кортизола. Активация симпатoadреналовой системы проявляется увеличением частоты сердечных сокращений, повышением артериального давления, усилением потоотделения и другими вегетативными реакциями. Поэтому визит к стоматологу может явиться фактором риска, вызывающим обострение основного заболевания у больных артериальной гипертензией. Длительное течение хронических заболеваний и длительный период реабилитации ухудшает качество жизни пациента, способствует формированию депрессивных настроений и отказу сотрудничать с лечащим врачом. Это, несомненно, сказывается на эффективности избранной тактики лечения стоматологической патологии. Поэтому на начальном этапе лечения необходимо добиться сотрудничества с пациентом, мотивировать его на участие в лечебных манипуляциях для достижения успеха. Еще одна актуальная задача – это необходимость убедить стоматолога, что при длительном течении хронического заболевания не все проблемы можно решить с помощью одних механико-технических манипуляций. Необходимо привлечение психотерапевта для участия в комплексном лечении таких пациентов. Исходя из вышперечисленного, крайне актуальным является изучение психологического статуса пациентов с хроническими стоматологическими заболеваниями и включение методов психологической коррекции в алгоритм комплексного лечения и последующей реабилитации.

Степень разработанности темы исследования

Вопросы сотрудничества врача и пациента, проходящего длительное лечение, всегда были важны и сложны для решения в медицине вообще и в стоматологии в частности. Чаще всего внимание уделяют качеству выполнения лечебных манипуляций и правильности использования последовательных методов, однако

иногда результат лечения становится очевиден для пациента через несколько дней, недель, а иногда и месяцев. Именно поэтому важно создавать у пациента положительную мотивацию к продолжению лечения и формировать уверенность в том, что лечение, как минимум, принесет облегчение, при идеальном исходе – полное решение проблемы. Однако если направление пациента к психиатру в случае выявления показаний является нормой, то сотрудничество стоматолога с клиническим психологом пока еще не стало повседневной практикой. Сам врач-стоматолог, как правило, не обладает знаниями и навыками для проведения психологической коррекции и создания мотивации продолжить и завершить длительное лечение, что обуславливает активный поиск решения существующей проблемы, определяет цель и задачи настоящего исследования, так как завершенность лечения влияет на качество жизни пациента.

Цели и задачи исследования

Цель: повышение эффективности лечения и улучшение качества жизни пациентов, страдающих хроническими стоматологическими заболеваниями и проходящих длительную реабилитацию.

Задачи:

1. Выявить, пациенты с какими хроническими стоматологическими заболеваниями представляют для лечащего врача самые большие сложности в установлении необходимого контакта, и установить уровень их тревожности по шкале Бека.
2. Выявить, какие факторы оказывают влияние на доверие пациента врачу, его готовность продолжать лечение и выполнить намеченный план лечения и реабилитации.
3. Дать оценку стоматологического статуса (КПУ, ОНI-S, РМА) и выявить нуждаемость в лечении зубов и заболеваний пародонта у пациентов с хроническими стоматологическими заболеваниями.
4. Оценить психологический статус пациентов, страдающих хроническими стоматологическими заболеваниями, и выявить зависимость частоты обострений

хронических стоматологических заболеваний в зависимости от психологического статуса.

5. Оценить степень выраженности и эффективность коррекции болевого синдрома у пациентов с различным психологическим статусом.

6. Дать сравнительную оценку эффективности и завершенности стоматологического лечения пациентов, в ходе лечения которых применялись методы психологической коррекции и без нее.

Научная новизна

Впервые изучен психологический статус пациентов с хроническими стоматологическими заболеваниями, дана индексная оценка состояния твердых тканей зубов, пародонта, гигиенического статуса и выявлена нуждаемость в их коррекции.

Впервые выявлена взаимосвязь между обострением хронических стоматологических заболеваний и особенностями психологического статуса.

Впервые изучен вопрос эффективности купирования болевого синдрома у пациентов с различным психологическим статусом.

Впервые обоснована необходимость применения программы психологической поддержки пациентов, проходящих длительное стоматологическое лечение и реабилитацию, и доказана ее эффективность.

Теоретическая и практическая значимость работы

На основании результатов проведенного исследования автором представлено хорошо аргументированное обоснование выявления необходимости включения психологической коррекции в алгоритм лечения и реабилитации пациентов, страдающих стоматологическими заболеваниями, требующими длительного лечения. Большой интерес для клинической практики представляют данные о том, что для большинства стоматологических пациентов, как желающих скорректировать внешний вид за счет изменения цвета зубов, так и страдающих заболеваниями ВНЧС и СОР, характерно наличие высокого и среднего уровня тревожности. Установлено, что это может оказать решающее влияние на готовность пациентов к длительному

сотрудничеству с врачом-стоматологом и в подавляющем большинстве случаев реализовать план лечения полностью.

Методология и методы исследования

Диссертация выполнена в соответствии с принципами доказательной медицины и включает три этапа:

1. Выявление на основании анкетирования врачей группы пациентов, представляющих наибольшие сложности в вопросах установления сотрудничества в процессе лечения и реализации его плана.

2. Выявление уровня тревожности пациентов и их готовность к проведению психологической коррекции.

3. Сравнительная оценка результатов лечения и оценки качества жизни у пациентов различных групп.

Было проведено анкетирование 30 врачей, анкетирование по комплексу опросников, комплексное обследование и лечение 150 пациентов. Для получения необходимых данных были использованы следующие опросники: Бека, Спилбергера-Ханина, А.И. Сердюка, визуально-аналоговая шкала (ВАШ), оценка качества жизни в связи с состоянием полости рта (ОНПР).

Статистический анализ полученных результатов был проведен с использованием языка программирования R 3.6.0 (версия 2019-04-26) с оболочкой RStudio (версия 1.2.1335 2009-2019, RStudio Inc., Boston, MA) с использованием пакетов «doBy», «rstatix» и «stats». Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Положения, выносимые на защиту

1. Для стоматологических пациентов, обратившихся за коррекцией цвета зубов, страдающих заболеваниями ВНЧС и СОР, характерно наличие среднего и высокого уровня тревожности.

2. Состояние твердых тканей зубов, пародонта и гигиенический статус у пациентов с хроническими стоматологическими заболеваниями оценены как удовлетворительные.

3. Включение психологической поддержки в протокол лечения и реабилитации стоматологических пациентов позволяет полностью реализовать план лечения в 83% случаев и сформировать полную удовлетворенность результатами лечения в 60% случаев.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационное исследование соответствует паспорту научной специальности 3.1.7. Стоматология, пунктам 1 «Изучение этиологии, патогенеза, эпидемиологии, методов профилактики, диагностики и лечения поражений твердых тканей зубов (кариес и пр.), их осложнений» и 5 «Изучение этиологии, патогенеза, эпидемиологии, методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки рта» направлений ис

Степень достоверности и апробация результатов

Степень достоверности результатов диссертационной работы подтверждена достаточным количеством обследованных пациентов, правильным выбором опросников и шкал, применением современных методов статистической обработки результатов.

Результаты исследования доложены и обсуждены на:

- конференции «Актуальные вопросы стоматологии», г. Краснодар, 7 октября 2022 г., доклад «Дисколориты зубов и особенности их коррекции. Показания к проведению отбеливания» (в соавт. с Н.Н. Власовой);

- Всероссийском форуме «Вершины Кавказа – актуальные вопросы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», г. Нальчик, 19 ноября 2022 г., доклад «Синдром болевой дисфункции при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава» (в соавт. с Я.В. Самохлиб);

- X Юбилейном международном междисциплинарном конгрессе по заболеваниям органов головы и шеи, г. Москва, 25–28 мая 2022 г., доклад «Нестандартные клинические случаи в практике врача – стоматолога. Хроническая боль» (в соавт. с Я.В. Самохлиб);

•Международной научно-практической конференции «Фундаментальные научные и прикладные исследования в современном мире». г. Москва, 21 апреля 2023 г., доклад «Удовлетворенность пациентов результатами отбеливания зубов».

Апробация диссертационной работы проведена на заседании кафедры терапевтической стоматологии Института стоматологии имени Е.В. Боровского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (протокол № 5 от 17 ноября 2023 года).

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования включены в учебный процесс кафедры терапевтической стоматологии Института стоматологии имени Е.В. Боровского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), а также внедрены в практику отделения терапевтической стоматологии Стоматологического центра ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Личный вклад автора

Автором изучены отечественные и иностранные литературные источники по теме исследования, проведена систематизация литературных данных. Автор лично участвовала в формулировании темы исследования, проводила обследование и лечение пациентов, тестирование по актуальным опросникам, обработку материалов исследования.

Публикации по теме диссертации

По результатам исследования автором опубликовано 4 печатные работы, в том числе 2 научные статьи в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета/Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук; 1 статья в издании, индексируемом в международной базе Scopus; 1 публикация в сборнике материалов международной научной конференции.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 130 страницах машинописного текста, построена по традиционному монографическому принципу, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы, который включает 224 источников (162 – отечественных, 62 – зарубежных). Работа иллюстрирована 7 рисунками и содержит 22 таблицы.

Благодарности

Выражаем огромную благодарность член-корреспонденту РАН, доктору медицинских наук, Марине Аркадьевне Кинкулькиной, директору Института электронного медицинского образования, заведующей кафедрой психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) за помощь в работе при проведении исследования, за бесценную помощь при оценке психологического статуса пациентов, в трактовке результатов тестов и опросов, за опыт, полученный в процессе совместной работы с пациентами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Работа выполнена в период с 2020 по 2023 г.г. на базе ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) на кафедре терапевтической стоматологии Института стоматологии имени Е.В. Боровского (руководитель – Заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор И.М. Макеева).

Работа основана на результатах анализа результатов лечения, тестирования и анкетирования пациентов, находящихся на длительном стоматологическом лечении.

Дизайн исследования

Всех пациентов, участвующих в исследовании, анкетировали для выявления их психологических особенностей и оценки уровня тревожности, оценивали стоматологический статус и нуждаемость в лечении зубов и нормализации гигиенического статуса (помимо стоматологического хронического заболевания, с

которым пациент обратился). Всем пациентам предлагали в процессе проведения лечения получить помощь психолога. На этапах лечения на основании анкетирования оценивали отношение пациентов к результатам лечения и сравнивали оценку результатов лечения лечащим врачом и самим пациентом.

Объектом данного исследования были:

1. Пациенты с заболеваниями полости рта, сопровождающимися развитием хронического болевого синдрома.
2. Пациенты с нарушением эстетических параметров зубов.
3. Врачи-стоматологи, осуществляющие лечение указанных групп пациентов.

Предметом исследования было влияние психологического статуса пациента на уровень комплаенса пациента и на эффективность и завершенность проводимого врачом лечения. Для проведенного анкетирования были разработаны индивидуальные анкеты для:

- пациентов с длительным болевым синдромом;
- пациентов с нарушением эстетики зубов;
- врачей, осуществляющих коррекцию эстетических параметров зубов;
- врачей, осуществляющих лечение пациентов с болевым синдромом.

Анкеты были введены в онлайн-формы (Google-forms), ссылки на которые отправляли врачам и пациентам. На первом этапе оценивали уровень тревожности пациентов. В исследовании приняли участие пациенты с дисфункцией ВНЧС, пациенты с красным плоским лишаем (КПЛ) слизистой оболочки рта, а также пациенты, проходящие стоматологическое лечение по поводу нарушения эстетических параметров зубов (отбеливание).

В группу *пациентов с заболеванием ВНЧС* (группа 1, 53 человека) вошли пациенты с синдромом болевой дисфункции ВНЧС (K07.6), обусловленным изменением окклюзионных соотношений в связи с утратой зубов и некорректным ортопедическим лечением. Для всех этих пациентов характерно отсутствие зависимости между выраженностью болевого синдрома и МРТ-признаками суставной патологии. Все пациенты этой группы характеризовались повышенной тревожностью, ожиданием боли, особенно во время приема пищи, острой реакцией на возникновение любого дискомфорта в полости рта. Лечебно-диагностическим инструментом для всех

пациентов этой группы были миорелаксирующие каппы, нормализующие межокклюзионную высоту и соотношение челюстей, которые необходимо было носить в срок до 2-х месяцев, что определялось индивидуально. Затем проводили изготовление протезов или прямую реставрацию зубов (по показаниям) с фиксацией межокклюзионной высоты, созданной в процессе ношения миорелаксирующих капп.

Пациенты с КПЛ вошли в группу 2 (48 человек). В исследование включали пациентов с экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной формой и болевыми ощущениями во время приема пищи, чистки зубов. Пациентов с типичной формой, буллезной формой и более чем с двумя эрозивно-язвенными поражениями в исследование не включали.

Пациенты, нуждающиеся в отбеливании зубов, вошли в группу 3 (49 человек). Эти пациенты были выбраны для участия в исследовании, так как процедура отбеливания с поддержанием полученного результата требует длительного времени и повторных посещений врача-стоматолога.

На втором этапе оценивали роль психологической коррекции в повышении эффективности лечения и реабилитации пациентов. Характеристика участников исследования представлена в Таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика участников исследования по группам

Показатель	Группа 1 (ВНЧС) (n= 53)	Группа 2 (КПЛ) (n = 48)	Группа 3 (отб) (n=49)	Значимость различий между группами
Пол, чел. (%)				
Женский	34 (64%)	34 (71%)	38 (78%)	p=0,3393 ¹
Мужской	19 (36%)	14 (29%)	11 (22%)	
Возраст, лет				p<0,01 ²
m±sd	49,0 ± 10,1 ^a	60,2±3,1 ^b	29,5±5,8 ^c	
Медиана [Q1; Q3]	48[40; 57]	60 [58,5; 65]	29 [26; 32]	
min-max	33-65	53 - 65	20 - 44	

Продолжение Таблицы 1

Степень тревожности по шкале Бека (%)				
Низкая	-	-	-	P<0,001 ¹
Средняя	16 (30,2 %)	19(39,6 %)	35 (71%)	
Высокая	37 (69,8 %)	29 (60,4 %)	14 (29%)	
Уровень КЖ (ОНП-14), баллов				
m±sd	24,7±3,2 ^a	17,0±5,1 ^b	4,7±2,3 ^c	P<0,01 ²
Медиана [Q1; Q3]	24 [22; 27]	16 [13; 20,3]	5 [3; 6]	
min-max	19–32	10–28	1–11	

¹ – по результатам точного теста Фишера, ² – по результатам теста Фридмана, ^{a,b,c} – по результатам попарного сравнения с помощью теста Манна-Уитни, m±sd – среднее значение ± стандартное отклонение, Q1 – 25 перцентиль, Q3 – 75 перцентиль, min-max – минимальное и максимальное значение, КЖ – качество жизни

В группах 1 и 2 преобладали пациенты с высоким уровнем тревожности по шкале Бека, а в группе 3 – со средним уровнем (p<0,01). Наиболее выраженное снижение качества жизни, связанного со здоровьем полости рта, было зафиксировано в группе с заболеваниями ВНЧС (24,7±3,2).

Пациентам на этапе включения в исследование предлагали наряду с лечением у врача-стоматолога пройти консультацию у клинического психолога или психиатра. Пациентов, согласившихся пройти лечение, включали в подгруппы исследования, остальных пациентов включали в подгруппы сравнения.

Комплексное обследование пациентов проводили на момент начала исследования и после завершения терапии (либо на момент прекращения участия в исследовании), оно включало оценку стоматологического, а также психологического статуса пациентов (оценку тревожности по шкале Бека; оценку личностной и реактивной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина; оценку социальной значимости болезни по опроснику Сердюка) и оценку качества жизни, связанного со здоровьем полости рта по опроснику ОНП-14. Лечащего врача-стоматолога просили дать заключение по достижению планируемых результатов лечения: лечение

завершено полностью, лечение завершено частично, либо лечение не завершено. Всем пациентам проводили стоматологическое обследование по стандартной методике, включающей расспрос, клиническое обследование и рентгенологическое обследование (в группе пациентов с заболеваниями ВНЧС). Результаты фиксировали в медицинской карте стоматологического больного (форма №043/у). У всех пациентов с болевым синдромом оценивали его субъективную выраженность по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Оценку психологического статуса проводили с использованием общепринятых опросников тревожности Бека, тревожности Спилбергера-Ханина и опросника социальной значимости болезни А.И. Сердюка.

При работе с пациентами, страдающими хроническими стоматологическими заболеваниями, применяли методы так называемой малой психотерапии, в основном доверительные беседы. Пациент получал необходимую психологическую поддержку, и у него формировались адекватные личностные реакции на заболевание. Традиционно программа психологической коррекции заключается в последовательном проведении трех этапов: подготовительного, основного и заключительного этапов. Работа психолога с пациентами, страдающими хроническими длительно текущими заболеваниями, отличается от традиционной схемы:

1. На подготовительном этапе клинический психолог обсуждал с пациентом осознанную необходимость психологической поддержки и его готовность такую помощь получить. В процессе психодиагностической беседы врач выявлял конкретные опасения и страхи (боли, канцерофобии, невозможности принимать любимые блюда без ограничений и т. д., страх пользования съемными протезами и т. д.).

2. Основной этап, или собственно проведение целенаправленной психологической коррекции: врач помогал пациенту осознать, что его нервное и тревожное отношение к заболеванию (проблеме) и лечению является причиной психогенной декомпенсации. Цель этого этапа – изменить отношение к болезни и ее длительному лечению, так как изменение отношения к болезни меняет поведение пациента. Считается, что при устранении переживания, связанного с очень негативно значимым событием – заболеванием – можно восстановить механизмы саморегуляции организма. Одним из способов психологической коррекции является позитивно

преподносимая информация о заболевании, о возможности его длительной ремиссии. Психолог рекомендовал участие в тренингах по эмоциональному саморегулированию, социально приемлемым методам выражения огорчения и гнева.

3. Заключительный этап включал в себя оценку эффективности проводимых бесед и занятий, мотивацию на продолжение дисциплинированного выполнения врачебных рекомендаций. Психолог и стоматолог выражали уважение терпеливости пациентов, завершивших лечение, хвалили их дисциплинированность и отмечали, что достигнутый результат лечения очень важен.

При принятии решения о необходимости проведения бесед всем пациентам предлагали выбрать назначение различных седативных средств или работу с психологом в виде бесед, которые должны способствовать повышению мотивационных и адаптационных возможностей пациентов, снижать риск развития вторичных, по отношению к проблеме, психологических расстройств; улучшать результаты лечения и мотивировать пациента завершить лечение и реабилитацию.

Все данные исследования были занесены в таблицы Microsoft Excel for Mac (версия 16.66.1 сборка 22101101), входящие в офисный пакет Microsoft Office for Mac (2022). Данные экспортировали в виде файла .csv в программу для статистической обработки. Статистический анализ полученных результатов был проведен с использованием языка программирования R 3.6.0 (версия 2019-04-26) с оболочкой RStudio (версия 1.2.1335 2009–2019, RStudio Inc., Boston, MA) с использованием пакетов «doBy», «rstatix» и «stats». Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Результаты анкетирования. В анкетировании врачей-стоматологов, осуществляющих стоматологическое лечение пациентов с хроническими стоматологическими заболеваниями с болевым синдромом, приняли участие 28 респондентов, 20 женщин (71,4%) и 8 мужчин (28,6%). У большинства из них достаточно часто в практике встречались пациенты с хронической болью (64,3%) и длительными сроками лечения (67,9%). При этом самый длительный срок лечения у большинства врачей составил 1 год и больше, а у 10,7% респондентов пациенты

наблюдались до 4-х лет. 27 опрошенных врачей указали, что наибольшие сложности представляет лечение пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС и с заболеваниями слизистой оболочки рта, сопровождающимися возникновением язв и эрозий. Все опрошенные врачи уделяли важное внимание установлению контакта с пациентом и не прекращали попытки, даже если это не удавалось сделать с первого раза (67,9%). Абсолютное большинство врачей тратили 25% и более времени приема на беседу с пациентами и считали, что общение, диалог, эмпатия и индивидуальный подход помогут найти с пациентами общий язык. При этом половина респондентов отмечала, что общий язык с пациентом легко найти всегда, и 92% врачей полагали, что для этого им не требуется никаких дополнительных знаний и навыков. Вероятно, поэтому большинство (78,6%) стоматологов редко обращались за консультацией к психологам, неврологам и психиатрам, а 21,4% не вели пациентов совместно с указанными специалистами никогда. Вместе с тем, почти 40% врачей отметили, что не всегда в состоянии правильно оценить психоэмоциональный статус пациентов.

Анкетирование пациентов с болевым синдромом, проходящих стоматологическое лечение. В данном анкетировании приняли участие 90 пациентов, 63 женщины (70%) и 27 мужчин (30%). Наиболее частой причиной обращения к стоматологу у женщин была боль (47,6%), у мужчин – затруднение при жевании (55,6%). Структура жалоб у пациентов разного пола отличалась статистически значимо ($p < 0,001$). Абсолютное большинство пациентов независимо от пола отметили важность психологического контакта с врачом. Грубость и некомпетентность врача были указаны как основные причины для снижения доверия медицинскому специалисту.

Почти 90% мужчин и 67% женщин сообщили, что даже при длительном и сложном стоматологическом лечении не будут нуждаться в психологической поддержке. В случае необходимости мужчины ожидают, что эту поддержку им окажут друзья (11,1%), а женщины ожидают получить поддержку от лечащего врача (19,1%), друзей (9,5%) или специалиста с психологическим образованием (4,8%) (Таблица 2).

При оценке гигиенического состояния полости рта у пациентов обследованных групп не было зафиксировано достоверных отличий по среднему баллу индекса налета, индекса зубного камня и общему баллу индекса ОНI-S. Значения данного

индекса в группах 1 и 2 в основном соответствовали неудовлетворительному уровню, а в группе 3 – удовлетворительному уровню. Сложность осуществления качественной гигиены полости рта в группе с заболеваниями СОР была связана с болезненными ощущениями при наличии элементов поражения в области десен.

Таблица 2 – Результаты анкетирования пациентов с болевым синдромом, проходящих стоматологическое лечение

Вопрос	Варианты ответов	Частота ответов, абс.(%)		
		Всего	Женщины	Мужчины
		n = 90	n = 63	n = 27
Причины обращения к стоматологу	Боль	33 (36,7)	30 (47,6)	3 (11,1)
	Затруднение жевания	27 (30,0)	12 (19,1)	15 (55,6)
	Эстетические жалобы	18 (20,0)	15 (23,8)	3 (11,1)
	Плановый осмотр	12 (13,3)	6 (9,5)	6 (22,2)
Значение p ¹		0,000165		
Важен ли психологический контакт со врачом	Да	84 (93,3)	57 (90,5)	27 (100)
	Нет	6 (6,7)	6 (9,5)	-
Значение p		0,1728		
Легко ли идете на контакт со врачом	Да	57 (63,4)	30 (47,6)	27 (100)
	Не всегда	30 (33,3)	30 (47,6)	-
	Нет	3 (3,3)	3 (4,8)	-
Значение p		<0,0001		
Скорее обратится	К знакомому врачу	39 (43,3)	18 (28,6)	21 (77,8)
	По рекомендации	40 (44,4)	36 (57,1)	3 (11,1)
	Все равно	12 (13,3)	9 (14,3)	3 (11,1)
Значение p		<0,0001		
Нужно подробное обсуждение плана лечения и результата	Да	75 (83,3)	57 (90,5)	18 (66,7)
	Нет	15 (16,7)	6 (9,5)	9 (33,3)
Значение p		0,0111		

Продолжение Таблицы 2

Вопрос	Варианты ответов	Частота ответов, абс.(%)		
		Всего	Женщины	Мужчины
		n = 90	n = 63	n = 27
Нужно ли обсуждение нескольких планов лечения	Да	69 (76,7)	54 (85,7)	15 (55,6)
	Нет	21 (23,3)	9 (14,3)	12 (44,4)
Значение p			0,005257	
При длительном лечении нужна ли психологическая поддержка и от кого	От друзей	9 (10,0)	6 (9,5)	3 (11,1)
	От родственников	-	-	-
	От врача	12 (13,3)	12 (19,1)	-
	От психотерапевта	3 (3,3)	3 (4,8)	-
	Не нужна	66 (73,3)	42 (66,7)	24 (88,9)
Значение p			0,03076	
Какое качество врача может нарушить доверие к нему (несколько ответов)	Грубость	27 (30,0)	12 (19,1)	15 (55,6)
	Некомпетентность	24 (26,7)	9 (14,3)	15 (55,6)
	Без ответа	54 (60,0)	42 (66,7)	12 (44,4)
Значение p			0,1771	

¹ – достоверность отличий между частотой ответов в подгруппах мужчин и женщин по результатам точного теста Фишера

В группе с заболеваниями ВНЧС наибольшее количество зубных отложений было отмечено в области зубов с аномалиями положения. При оценке интенсивности кариеса с помощью индекса КПУ не было выявлено достоверных отличий между группами по общему баллу индекса и компонентам «К», «П» и «У», при этом компонент «К» вносил наименьший вклад в значение индекса во всех группах, вероятно, в результате постоянного наблюдения пациентов стоматологами по поводу основных заболеваний.

Сравнение результатов опроса пациентов исследуемых групп до начала лечения. Не было зафиксировано достоверных отличий между группами по уровню и среднему баллу личностной и реактивной тревожности по данным опросника Спилбергера-Ханина (Таблица 3).

Таблица 3 – Результаты оценки уровня тревожности по опроснику Спилбергера-Ханина у пациентов исследованных групп

	Группа 1 (n=53)	Группа 2 (n=48)	Группа 3 (n=49)	Значимость различий между группами
Уровень ЛТ, чел. (%)				
Низкий	5 (9%)	7 (15%)	5 (10%)	p=0,8591 ¹
Средний	44 (83 %)	39 (81%)	42 (86%)	
Высокий	4 (8 %)	2 (4%)	2 (4%)	
Балл ЛТ				
m±sd	35,92± 6,56	35,2±5,2	34,63±5,95	p=0,3745 ²
Медиана [Q1; Q3]	35 [31; 39]	33,5[31;39]	32 [31; 38]	
Уровень РТ, чел. (%)				
Низкий	-	-	-	p=0,1675 ¹
Средний	46 (87%)	41 (85%)	47 (95,9%)	
Высокий	7 (13 %)	7 (15%)	2 (4,1%)	
	Группа 1 (n=53)	Группа 2 (n=48)	Группа 3 (n=49)	Значимость различий между группами
Балл РТ				
m±sd	37,74± 7,10	37,5±6,8	36,24±5,31	p=0,7647 ²
Медиана [Q1; Q3]	35 [32 ; 42]	35 [32; 43,3]	35 [32; 41]	

¹ – по результатам точного теста Фишера, ² – по результатам теста Фридмана, Q1 – 25 перцентиль, Q3 – 75 перцентиль

Согласно результатам оценки тревожности по шкале Бека, были зафиксированы достоверно более высокий уровень и средний балл тревожности в группах с заболеваниями ВНЧС и СОР по сравнению с группой пациентов, проходящих коррекцию эстетических параметров зубов. Наиболее выраженное снижение качества жизни, связанного со здоровьем полости рта, было зафиксировано в группе с заболеваниями ВНЧС (24,7±3,2), затем в группе с заболеваниями СОР (17,0±5,1); в группе пациентов с нарушением эстетических параметров зубов КЖ было нарушено

минимально ($5,9 \pm 1,9$). Степень выраженности болевого синдрома по ВАШ была достоверно выше в группе с заболеваниями ВЧС по сравнению с группой с заболеваниями СОР (Таблица 4).

Таблица 4– Степень выраженности болевого синдрома у пациентов исследованных групп по визуально-аналоговой шкале

	Группа 1 (n=53)	Группа 2 (n = 48)	Группа 3 (n=49)	Значимость различий между группами
Значение по ВАШ, мм				
m±sd	43,6±11,6	34,6±11,1	-	p=0,00015 ¹
Медиана [Q1; Q3]	43 [34; 50]	32 [27; 40,25]	-	
min-max	23–71	17–59		

¹ – по результатам теста Манна-Уитни, m±sd – среднее значение ± стандартное отклонение, Q1 – 25 перцентиль, Q3 – 75 перцентиль.

По общему баллу самооценки социальной значимости болезни пациентами групп 1 и 2 по опроснику Сердюка была обнаружена тенденция к большей социальной значимости болезни в группе с заболеваниями ВЧС. Однако, эта тенденция не достигла уровня статистической значимости ($p=0,076$).

От работы с психологом отказались 17 человек из группы 1 (32%), 21 человек из группы 2 (37,5%) и 34 человека (64%) из группы 3 ($p<0,001$). Анализ причин отказа от работы с психологом представлен в Таблице 5.

Таблица 5 – Анализ причин для отказа от работы с психологом у пациентов со средним и высоким уровнем тревожности

Причина	Группа 1 (n=17)	Группа 2 (n=21)	Группа 3 (n=34)	Значимость различий между группами
1. Нехватка времени	6 (35%)	3 (14 %)	2 (6%)	p= 0,0005973
2. Нехватка финансов	5 (30%)	3 (14 %)	1 (3%)	
3. Не считают это необходимым	6 (35%)	14 (67%)	30 (88%)	
4. Считают это постыдным	-	1 (5 %)	-	
5. Другое	-	-	1 (3%)	

Результаты лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава. Пациенты с заболеваниями ВНЧС наиболее часто предъявляли жалобы на ограничение движения нижней челюсти, ощущения «зажатости», усталости жевательных мышц (49%), хруст и щелчки в области сустава при открывании рта и жевании (31%), возникновение болей в околоушной области, в области жевательных мышц, а также головных болей (56%). До начала лечения не было зафиксировано достоверных отличий по средним баллам личностной ($p=0,5395$) и реактивной ($0,6734$) тревожности между подгруппами с психологическим сопровождением и без. Средний балл по шкале личностной тревожности в обеих группах не изменился значительно после проведенного лечения. Реактивная тревожность значительно снизилась в группе с психологическим сопровождением в среднем на 5 пунктов ($p<0,0001$), а в группе без психологического сопровождения была отмечена тенденция к снижению, в среднем, на 1,4 пункта ($p=0,08889$).

Распределение по уровню личностной и реактивной тревожности не отличалось значительно между подгруппами до начала терапии. Большинство пациентов имели средний уровень как личностной, так и реактивной тревожности. Также не было зафиксировано достоверного изменения уровня личностной тревожности после проведенного лечения. Однако, в группе с психологической поддержкой после лечения изменилось распределение пациентов по уровню реактивной тревожности: не стало пациентов с высоким уровнем реактивной тревожности, а у 28% пациентов зафиксировали низкий уровень реактивной тревожности ($p=0,1088094$).

До начала лечения средние баллы тревожности по шкале Бека в подгруппах с психологическим сопровождением и без составляли 41,8 и 37,5 ($p=0,5799$), что соответствует высокому уровню тревожности. Балл по шкале тревожности значительно снизился в группе с психологическим сопровождением в среднем на 15 пунктов ($p<0,001$), а в группе без психологического сопровождения не было зафиксировано значимых изменений ($p=0,3789$).

Распределение по уровню тревожности не отличалось значительно между подгруппами до начала терапии. Большинство пациентов имели высокий уровень тревожности. Также не было зафиксировано достоверного изменения уровня тревожности после проведенного лечения в группе без психологического

сопровождения. Однако, в группе с психологической поддержкой после лечения достоверно увеличилась доля пациентов со средним уровнем тревожности с 25% до 75% и снизилось число пациентов с высоким уровнем тревожности с 75% до 11%. До начала лечения не было зафиксировано достоверных отличий по выраженности болевого синдрома, оцененного по ВАШ между подгруппами с психологическим сопровождением и без ($p=0,7748$). Средний балл по ВАШ после проведения лечения значимо снизился в группе с психологическим сопровождением (в среднем на 8 пунктов, $p<0,001$), а в группе без психологического сопровождения была отмечена тенденция к снижению данного показателя в среднем на 5 пунктов, однако не достигшая уровня статистической значимости ($p=0,05551$).

До начала терапии не было зафиксировано достоверных отличий по пунктам опросника оценки качества жизни, связанного со здоровьем полости рта, между подгруппами. Наиболее выраженное снижение качества жизни (более 3 баллов) наблюдалось у пациентов в связи с болевыми ощущениями в полости рта, с затруднением приема пищи и с неудобством для жизни. После проведения лечения у пациентов в подгруппе с психологическим сопровождением наблюдалось значимое улучшение качества жизни и в целом, и по подразделам: качество жизни, связанного с потерей вкуса к пище, болевыми ощущениям и затруднением приема пищи, неудовлетворительным питанием, прерыванием приема пищи, а также влиянием на отдых и расслабление и неловким положением в обществе. При этом в группе без психологического сопровождения несмотря на то, что в целом качество жизни улучшалось значимо, не было выявлено выраженных достоверных улучшений по конкретным подразделам.

При анализе опросника качества жизни, связанного со здоровьем полости рта по подразделам, было показано, что наибольшее снижение качества жизни у пациентов обеих подгрупп было связано с физической болью и психологическим дискомфортом. Качество жизни по данным показателям увеличивалось в среднем на 2,7 и 2,6 пункта соответственно в группе с психологическим сопровождением ($p<0,001$) и на 1,1 и 0,5 пункта в группе без психологического сопровождения ($p=0,03991$ и $p=0,04033$). Аналогичная тенденция наблюдалась по подразделам

«психические ограничения» и «физические ограничения», по которым также отмечали значительное снижение качества жизни до начала лечения.

Выявлено влияние психологического сопровождения на способность пациентов довести начатое лечение до клинически значимого результата. В группе с психологическим сопровождением 83% пациентов смогли завершить лечение полностью (11%) или частично (72%), в то время как для большинства пациентов (59%) в группе без психологического сопровождения по оценке лечащих врачей не удалось достигнуть какого-либо улучшения ($p=0,007568$).

ВЫВОДЫ

1. Наибольшие сложности в установлении доверительного контакта возникают в процессе лечения пациентов со средним и высоким уровнем тревожности: у пациентов с заболеваниями ВНЧС средний уровень тревожности встречается в 30%, высокий уровень тревожности – в 69,8%, и у пациентов с красным плоским лишаем средний уровень тревожности выявлен в 39,6%, высокий уровень – в 29%. У пациентов, обратившихся за отбеливанием зубов для улучшения эстетических параметров, средний уровень тревожности выявлен в 71%, а высокий уровень тревожности – у 29%.

2. Установлено, что для формирования доверительного отношения пациента к врачу играют роль рекомендации знакомых, возможность подробно обсудить план лечения, возможность пациенту самому выбрать план лечения и реабилитации из предложенных врачом вариантов.

3. Достоверных отличий между группами по общему баллу индекса КПУ и его компонентам нет. Наименьший вклад в значение индекса во всех группах вносит компонент «К», отмечена тенденция к большей величине значения компонента «П» в третьей группе, так как часть реставраций была выполнена по эстетическим показаниям. Отмечена тенденция к большим значениям компонента «У» в группе с заболеваниями ВНЧС.

4. Значения гигиенического индекса ОНІ-S в группах 1 и 2 соответствуют неудовлетворительному, что связано со сложностью осуществления качественной гигиены полости рта в группе с КПЛ (68%) и дисфункцией ВНЧС (74%) из-за боли при контакте зубной щетки с мягкими тканями и страха широко открыть рот.

Большинству пациентов требуется коррекция индивидуальной гигиены и индивидуальный подбор средств гигиены, соответствующий особенностям стоматологического статуса.

5. Психологическое сопровождение пациентов с КПЛ с высоким уровнем тревожности на этапах стоматологического лечения позволяло достоверно снизить тревожность и повысить готовность пациентов следовать предложенному плану лечения, что, в свою очередь, позволило добиться более выраженного снижения тяжести и активности КПЛ, и болевого синдрома, и более значимого улучшения качества жизни, преимущественно по подразделам физической боли, психологического дискомфорта и физических ограничений, связанных с основным заболеванием.

6. Установлено, что если до начала лечения не было зафиксировано достоверных отличий по выраженности болевого синдрома, оцененного по ВАШ между подгруппами с психологическим сопровождением и без него, то после проведения лечения средний балл по ВАШ значимо снизился в группе с психологическим сопровождением, в среднем на 8 пунктов, а в группе без психологического сопровождения была отмечена клинически значимая тенденция к снижению данного показателя в среднем на 5 пунктов.

7. Установлено однозначное влияние психологического сопровождения на способность пациентов всех групп довести начатое лечение до клинически значимого результата. Так, в группе с психологическим сопровождением 83% пациентов смогли завершить лечение полностью (11%) или частично (72%), в то время как для большинства пациентов (59%) в группе без психологического сопровождения по оценке лечащих врачей не удалось достигнуть какого-либо улучшения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Учитывая, что отбеливание зубов проводится для улучшения эстетических параметров улыбки, необходимо относиться к процедуре отбеливания как к косметической и ориентироваться на запросы пациента.

2. Для предотвращения возникновения «бличорексии» необходимо перед проведением отбеливания давать пациенту реальный прогноз по достижению осветления зубов и обосновать невозможность бесконечного улучшения результата.

3. Учитывая болевые ощущения и страх боли при осуществлении гигиенических мероприятий полости рта, необходимо предлагать пациентам индивидуальные рекомендации, учитывающие локализацию поражений слизистой оболочки рта у пациентов с КПЛ и особенности открывания рта у пациентов с дисфункцией ВНЧС.

4. Из общепринятой программы психологической поддержки можно убрать этап закрепления: он не является необходимым; но следует для каждого пациента составить рекомендации по кратности обращения к клиническому психологу в зависимости от его уровня тревожности.

5. Введение ставки клинического психолога в крупных стоматологических центрах является необходимым и обоснованным.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Influence of Professional Teeth Whitening on Oral Hygiene: Long-tern Results. Vlasova N, Samusenkov V, Novikova I, Nikolenko D, Nikolashvili N, **М. Князева**. // **JIntSocPrevCommunityDent**. 2021 Jul 30; 11(4): PMID: PMC8352057 [Scopus]

2. Удовлетворенность пациентов результатами отбеливания зубов. **Князева М.В.** // Сборник статей XII Международный научно-практической конференции FundamentalScienceandTechnology, часть 3. – 2023: – С.72-84

3. Эффективность психологического сопровождения в комплексном лечении пациентов с дисфункциями височнонижнечелюстного сустава. М.А. Кинкулькина, **М.В. Князева**, Я.В. Самохлиб, Г.Н. Шелеметьева, А.А. Егиазарян // **Стоматология для всех**. – 2023, – № (102): – С. 56-61

4. Оценка влияния психологического сопровождения на эффективность стоматологического лечения пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки рта. М.А. Кинкулькина, **М.В. Князева**, Я.В. Самохлиб, И.А. парамонова, Ю.О. Парамонов, Г.Н. Шелеметьева // **Российский стоматологический журнал**. – 2023, – Том 27, – №5, – С. 385-391.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВАШ – визуально-аналоговая шкала боли

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

КЖ – качество жизни

КПЛ – красный плоский лишай

ЛТ – личностная тревожность

РТ – реактивная тревожность

МКБ-10 – Международная классификация болезней X пересмотра

СОР – слизистая оболочка рта

СРITN – Community Periodontal Index of treatment Needs, коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ

ОНIP – Oral Health Impact Profile, профиль влияния стоматологического здоровья