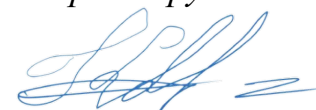


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

*На правах рукописи*



Князева Марина Витальевна

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

3.1.7. Стоматология

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

Макеева Ирина Михайловна

Москва – 2023

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ .....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ .....	12
1.1. Особенности развития стоматологии в свете ключевых задач Всемирной организации здравоохранения.....	12
1.2. Психосоматические типы .....	14
1.3. Стресс как сопутствующий фактор в стоматологии .....	15
1.4. Методики и методы исследования психологического состояния стоматологических пациентов.....	32
1.5. Методы коррекции психологического статуса стоматологических пациентов.....	36
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	40
2.1. Анкетирование для оценки влияния психологического статуса на уровень комплаенса пациента и эффективность проводимого лечения.....	40
2.2. Клиническое исследование.....	41
2.3. Оценка стоматологического статуса.....	46
2.4. Оценка психологического статуса .....	53
2.5. Методы психологической поддержки .....	56
2.6. Статистическая обработка полученных результатов.....	57
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	59
3.1. Результаты анкетирования.....	59
3.1.1. Анкетирование врачей .....	59
3.1.2. Анкетирование пациентов с болевым синдромом, проходящих стоматологическое лечение .....	61
3.1.3. Анкетирование врачей, проводящих коррекцию дисколоритов зубов .....	63
3.1.4. Анкетирование пациентов, проходящих или планирующих отбеливание... ..	66
3.2. Результаты клинического исследования .....	68
3.2.1. Результаты оценки стоматологического статуса.....	68

3.2.2. Сравнение результатов опроса пациентов исследуемых групп до начала лечения.....	72
3.2.3. Результаты лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава в подгруппах с психологической поддержкой и без психологической поддержки.....	79
ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	94
ВЫВОДЫ .....	99
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....	101
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	102
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	103

## ВВЕДЕНИЕ

### 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 вышеперечисленного, 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, пунтам 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 исследований.



## **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.

## ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

### 1.1. Особенности развития стоматологии в свете ключевых задач Всемирной организации здравоохранения

Психическое здоровье – это состояние психического благополучия, которое позволяет людям справляться со стрессовыми ситуациями в жизни, реализовывать свой потенциал, успешно учиться и работать, а также вносить вклад в жизнь общества. Это неотъемлемый компонент здоровья и благополучия, который лежит в основе наших индивидуальных и коллективных способностей принимать решения, строить отношения и формировать мир, в котором мы живем [60, 115].

Психическое здоровье не сводится к отсутствию психических расстройств. Оно представляет собой индивидуальный для каждого человека непрерывный континуум, в рамках которого человек сталкивается с комплексом факторов разной степени сложности и испытывает разный уровень стресса, что приводит к очень разным для каждого индивида потенциальным социальным и клиническим последствиям [60, 97, 123].

Однако, особенностью психологического состояния популяции в настоящее время и перспективе до 2030 года стало нарушение психического здоровья. Нарушения психического здоровья – это собирательное понятие, охватывающее психические расстройства, различные виды психосоциальной инвалидности, а также прочие психические патологические состояния, сопряженные со значительным дистрессом, функциональными нарушениями или риском самоповреждения. Как правило, лица с нарушениями психического здоровья чаще испытывают более низкий уровень психического благополучия [74, 97, 115].

В силу ускорения темпа жизни и стремительного развития научно-технического прогресса увеличивается число людей, испытывающих нервное перенапряжение, пограничные расстройства психики, тревожно-депрессивные состояния [98]. Так, за 23 года, период с 1990 по 2013 гг., число людей, страдающих от депрессии и/или тревожных расстройств, выросло на 50%. Распространенность

заболевания за 10 лет (с 2005 по 2015 гг.) увеличилась на 18%. В числовом эквиваленте, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за 2017 год, это более 300 млн человек.

D. Bennadi, C.V. Reddy, цитируя в своей статье Главного хирурга США, отмечают, что заболевания и состояния полости рта могут «...подрывать представление о себе и самооценку, препятствовать нормальному социальному взаимодействию, вызывать другие проблемы со здоровьем и приводить к хроническому стрессу и депрессии, а также нести большие финансовые затраты. Они также могут мешать жизненно важным функциям, таким как дыхание, выбор пищи, глотание и речь, а также повседневной деятельности, такой как работа, учеба и общение в семье» [190]. В Информационном бюллетене ВОЗ от 8 июня 2022 г. отмечено: «Каждый восьмой человек в мире, что составляет до 5% взрослого населения, живет с психическим расстройством. Психические расстройства сопровождаются значительными нарушениями мышления, эмоциональной регуляции или поведения» [60]. Депрессия вносит большой вклад в общее глобальное бремя болезни, как одна из основных причин нетрудоспособности во всем мире. Женщины страдают чаще, чем мужчины [123]. Депрессия и тревожные расстройства ежегодно обходятся глобальной экономике в один триллион долларов США [40, 122]. По оценкам ВОЗ, во время чрезвычайных ситуаций от депрессии и тревожных расстройств страдает каждый пятый человек. По статистике Минздрава России (2012) каждый десятый россиянин подвержен депрессии, а 40% населения страны (почти каждый второй) склонны к психическим расстройствам [98]. В России депрессивными расстройствами страдает более 8 млн человек [40].

Следует отметить, что достоверность данных сомнительна в сторону их снижения из-за разных факторов: больные не обращаются за помощью, частные клиники не предоставляют объективные данные, учитываются преимущественно тяжелые формы течения болезни. В связи с этим все государства-члены ВОЗ приняли обязательства по реализации «Комплексного плана действий в области психического здоровья на 2013–2030 гг.» для социального, медицинского, правового и финансового обеспечения психического здоровья, которое является

неотъемлемым правом каждого человека [100, 115, 184]. На трудности диагностики и течения соматической патологии вследствие широкого распространения в популяции психологических и психических расстройств указали L. Liu, F. Villavicencio, D. Yeung et al. на Пленарном заседании ВОЗ: «Депрессия является одной из ведущих причин заболеваний и инвалидности среди подростков, а суицид находится на третьем месте среди причин смерти в возрастной группе от 15 до 19 лет. Шестнадцать процентов совокупного бремени болезней и травм у подростков и молодых людей в возрасте 10–19 лет приходится на долю нарушений психического здоровья. Половина всех нарушений психического здоровья у взрослых начинает развиваться гораздо раньше – до 14 лет, однако в этом возрасте в большинстве случаев их не выявляют и не лечат» [201].

## **1.2. Психосоматические типы**

Психическое здоровье тесно связано с понятием «психосоматический тип». Психосоматический тип – характер связи между телесными проявлениями и особенностями поведения. Попытки решить, что является индивидуально специфическим, а что – общим для всех людей, предпринимались уже в античности [67]. Универсальность соматических проявлений эмоций генетически детерминированы особенностями психики, жестко сцеплены с особенностями стрессорной реакции [67, 100]. Гиппократ выделил 4 типа личности в зависимости от преобладания в теле основной жидкости: холерики, сангвиники, флегматики, меланхолики, описав варианты поведенческих особенностей для каждого типа [113, 161]. Э. Кречмер на основе анализа более 7000 биографий известных исторических личностей эмпирически выделил связи особенностей психики с телесными проявлениями и первым представил их в виде научной теории. Он первым сформулировал положение о том, что душа человека и его тело являются двумя проявлениями одного и того же фактора – генотипа, доказал отчетливую зависимость между телосложением и складом психики. Э. Кречмер описал три типа телосложения:

- атлетический (бойцовый, греч.) – мускулистый, с широкими плечами и узкими бедрами; склонны к взрывным реакциям (эпилептоиды);
- пикнический (плотный, греч.) – широкий, с большим количеством жировой ткани; пикники стабильны и дружелюбны (циклотимики);
- астенический (слабый, греч.) – длинный и тонкий; астеники холодны и углублены в себя (шизоиды) [7, 13, 18, 67].

У. Шелдон формализовал и дополнил систему Кречмера утверждением, что количественные признаки, например размеры тела, изменяются непрерывно, а не дискретно, соответственно, и психологические особенности могут быть не ярко выраженными. У. Шелдон использовал собственную терминологию, назвав атлета мезоморфом, пикника – эндоморфом и астеника – эктоморфом. Эти три крайних типа – абстракция, не встречающаяся в реальной жизни. Вся человеческая популяция может быть представлена как совокупность точек между вершинами треугольника, вершинами которого служат три идеальных типа телосложения. Каждому из соматических типов соответствует определенный набор психических качеств, который Шелдон определял по разработанному им опроснику. Данная типология имеет практическое значение. Оценив телосложение собеседника, мы можем с большой вероятностью предсказать тип его реакций и строить в соответствии с этим собственное поведение [7, 8, 24, 67].

### **1.3. Стресс как сопутствующий фактор в стоматологии**

И.П. Павлов (1913) рассмотрел возможность возникновения соматического заболевания в результате сверхсильной либо длительной стимуляции нервной системы в теории «экспериментального невроза». Психофизиологической основой формирования патологического условного рефлекса является зона запредельного торможения (застойного возбуждения), образующаяся в центральной нервной системе [117, 129]. Г. Селье в 1932 г. описал совокупность типичных симптомов как «общий адаптационный синдром». В его определении стресс является неспецифическим ответом организма на любое предъявленное ему требование. Это

значит, что, все воздействующие на нас агенты вызывают специфический эффект и неспецифическую потребность приспособительных функций для восстановления нормального состояния. Функции независимы от специфического воздействия. «Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым, – это и есть сущность стресса» [214]. Общий адаптационный синдром в условиях неразрешимости задачи, предъявляемой внешней средой, чрезмерно интенсивная и длительная стресс-реакция организма из звена адаптации превращается в звено повреждения. Стресс – причина возникновения и прогрессирования соматического заболевания. По мнению Ф.З. Меерсон, основными психофизиологическими механизмами являются эмоциональное возбуждение либо торможение, приводящие к активации центральной нервной системы и симпатической нервной системы, либо к блокированию вазомоторных процессов соответственно. В развитии большинства адаптационных реакций прослеживается два этапа: начальный этап — «срочная», но несовершенная адаптация и последующий этап — совершенная долговременная адаптации. Реакция воздействия на организм сопровождается ответом последнего с целью сохранения гомеостаза двумя системами: системой, специфически реагирующей на данный раздражитель, и, стресс-реализующими адренергической и гипофизарно-адреналовой системами, неспецифически реагирующими на самые различные изменения в среде обитания. Устойчивая, гарантированная в будущем адаптация создается неопределенным количеством повторений и времени, т. е. созданием нового поведенческого стереотипа [94, 99, 129]. Все люди различны по телосложению, темпераменту, психо-соматическим реакциям на стрессор. Многие исследователи считают стрессором факт стоматологического лечения [4, 9, 10, 18, 25, 113]. Стресс является причиной возникновения и прогрессирования соматических и нервно-психических заболеваний. Еще сложнее выглядит клиническая картина, если пациент имеет расстройства поведения или психики [10, 14, 19, 41, 70]. Для обеспечения оптимальных условий работы врача были проведены многочисленные исследования психотипов личности с целью возможной коррекции психоэмоционального стресса при стоматологических вмешательствах [76, 81, 104,



109, 116, 161]. Г.Г. Кузьменко (2008) [85], писал о том, что статус пациента стоматологической практики носит бинарный характер – его обладатель выступает и как нуждающийся в стоматологической помощи, и как потребитель стоматологических услуг. Отмечены различия в поведении и потребностях пациентов государственных и частных клиник. Автором сделаны выводы:

1. Психологический статус пациента стоматологической практики всегда связан с наличием фобий. Это принципиально отличает его от психологического статуса пациента в других областях медицины.
2. Это отличает человека как пациента в стоматологии от него же самого как пациента любой другой области медицины.
3. Объектом фобий в стоматологии является боль, переживаемая в ходе лечения.
4. Уровень фобийности зависит от типа личности и детского стоматологического опыта пациента.
5. Использование нескольких клинических шкал для психологического тестирования личности: фобийность – по Шкале Клинической Стоматологической; тип поведения личности пациента – опросник Jenkins; ситуативная тревожность – методика Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина.
6. Информированность снижает уровень стресса.

Немаловажную роль в отношении к своему здоровью играет понятие «внутренняя картина болезни». Данное явление формируется на основании собственных представлений пациента о причинах заболевания, ее клинических проявлениях, особенностях течения, способах лечения и прогнозах излечения [110, 111, 112, 114]. «Внутренняя картина болезни» – сугубо индивидуальное понятие, каждому пациенту присуще свое, не совпадающее с другим представлением о болезни. Существует несколько вариантов:

- Нормозогнозия – адекватное восприятие своего состояния пациентом. Для данного варианта характерно следующее поведение: регулярные профилактические осмотры, соблюдение рекомендаций врача, правильное восприятие перспектив своего заболевания.

- Гипернозогназия заключается в переоценке значимости заболевания, что зачастую приводит к возникновению тревожности и, как следствие затруднительному оказанию помощи.
- Гипонозогнастическое отношение проявляется в недостаточной оценке заболевания.
- Существует также полное или частичное отрицание симптомов, течения болезни, прогнозов выздоровления – анозогназия.

Т.Ю. Гагарина (2004) отмечала, что в группу риска возникновения отклонений со стороны органов и тканей полости рта и эффективности проведения лечения следует относить пациентов с высокой степенью выраженности психоэмоционального напряжения, с низким уровнем мотивации. Для определения степени выраженности психоэмоционального напряжения, а также для выбора тактики лечения пациента целесообразно использовать интегративный тест тревожности (ИТТ) и шкалу невротической астении (УНА). Их достоинствами являются простота и оперативность. Нарушения психической адаптации, низкая мотивация к поддержанию достигнутого уровня здоровья, неуверенность в успехе лечения, пессимистичность приводят к ухудшению стоматологического статуса и дают основания высказать неблагоприятный прогноз в отношении эффективности лечения и указывают на необходимость диспансерного наблюдения этих пациентов с частыми повторными вызовами (не менее четырех раз в год) [44]. С.Г. Насыров (2020) указывал, что по всем правилам изготовленный протез с применением современных технологий и материалов может вызвать недовольство пациента в связи с индивидуальными особенностями психоэмоциональной его сферы. Тревожно-депрессивные проявления, ригидность и индивидуальность, эмоциональная лабильность со склонностью к демонстративности характеризуют пациента с потенциально неудовлетворительной адаптацией к ортопедической стоматологической конструкции [104]. З.М. Гасанова (2013) указывала, что большинство вмешательств в челюстно-лицевой области сопровождаются болезненными ощущениями. Нервно-психическое напряжение и страх на приеме у врача-стоматолога испытывают 52–84% больных. Проведенные исследования

свидетельствуют, что около 5% взрослого населения испытывают чрезвычайный страх перед стоматологическим вмешательством, 20–30% испытывают сильный или умеренный страх, т. е. визит к стоматологу для них является психоэмоциональным стрессом. Лечение данных больных может вызвать обострение существующих соматических заболеваний, а также способствовать формированию стойкой боязни стоматологического лечения, «стоматофобии». Стресс, испытываемый пациентом, влияет также и на работу врача, снижая качество оказываемых им услуг. Страх перед стоматологическим вмешательством у пациентов может выражаться не только в общем беспокойстве, тревожном настроении и панике, но также приводить к изменению гемодинамических показателей, дыхания, уровня сахара в крови, усилению потоотделения и развитию неотложных состояний [48]. С.Г. Новикова (2008) сделала следующие выводы: пациенты, испытывающие страх перед амбулаторным стоматологическим вмешательством, характеризуются различными индивидуальными-типологическими чертами личности, при этом 75,3% составляют пациенты с преобладанием астенических черт личности. Для них характерен высокий уровень личностной и реактивной тревожности, пониженные показатели активности, настроения, самочувствия, низкая устойчивость к стрессу, в состоянии стресса перед стоматологическим вмешательством – тенденция к повышению показателей реактивной тревожности, самочувствия, настроения и снижение показателя активности на 17,3%. 24,7% – лица с преобладанием стенического радикала в структуре личности, имеют наличие выраженной астении с соматовегетативными проявлениями или черт, характерных для гиперстенических, возбудимых личностей (шкала астении – ШАС, Миннесотский многофакторный личностный опросник – ММПИ) [108]. Е.В. Ефремова в 2010 г. тестировала пациентов, обратившихся за отбеливанием зубов, используя такие методики: «Оценка потребности в достижении», «Оценка мотивации одобрения», «Ценностные ориентации М. Рокича» и методики многостороннего изучения личности «СМИЛ». Она получила такие результаты:

- Обращаются в равной степени и мужчины, и женщины; преобладают семейные люди (71%); уровень образования – высшее (69%); профессия – служащие (43%).
- Средний возраст пациентов, отбеливающих зубы: домашним методом, составил 24 года; офисным методом – 31 год. Отказываются от отбеливания в среднем в возрасте 39 лет.
- Особенности мотивации пациентов, выбирающих различные типы отбеливания: преобладание мотивации достижения – для пациентов, выбирающих офисное отбеливание, и мотивации одобрения – для пациентов, выбирающих домашнее отбеливание.
- Выбор домашней или офисной процедуры отбеливания зубов зависит от личностных и ценностно-мотивационных особенностей, способствующих или осложняющих произвольную регуляцию и планирование собственных действий пациентов.
- В структуре личности пациентов, выбирающих проведение процедуры отбеливания зубов, вне зависимости от типа процедуры, наблюдается тенденция к конформности, ориентации на внешние критерии оценки своего поведения, а также к следованию социальным стереотипам. Основной жизненной ориентацией для этих двух групп пациентов является установление и поддержание социального статуса.
- Отказ пациентов от процедуры отбеливания является следствием отсутствия в их системе жизненных ориентации внешних установок на самореализацию через обретение социального статуса, и, напротив, присутствие склонности к самореализации через индивидуальное личностное развитие без опоры на декларируемые социальные ценности».

В данной работе показано, что отбеливание – косметическая процедура, крайне редко ассоциируемая с болью, характеризуется особыми связями с психотипом личности [66, 92, 93].

«Результаты сравнительного анализа данных, полученных по методике многостороннего изучения личности (СМИЛ), показали следующие отличия. Для

пациентов 1-й группы, выбравших домашнее отбеливание, характерны высокие показатели социальной желательности (шкала L), контроля за своими ответами (шкала K), тенденции к беспокойству за состояние своего здоровья (шкала ипохондрии), демонстративному поведению (шкала истерии), преобладание черт противоположного пола, высокая тревожность, ориентация на внешние нормы и правила и ригидность в их соблюдении (шкала психастении)».

«Данные пациенты характеризуются демонстративным, тревожно-мнительным и конформным типом характера. Личностные особенности пациентов 1-й группы отличаются высоким уровнем социальной желательности при достаточно высоком уровне контроля за своим поведением. Для пациентов 2-й группы, выбравших офисное отбеливание, характерны высокие показатели контроля за своим поведением (шкала K), относительно высокие показатели ипохондрии и импульсивного поведения (шкала психопатии), ригидность установок (шкала паранойяльности), высокий уровень активности при склонности к отрицанию проблем (шкала гипомании), относительно низкие показатели социальной интроверсии. Общая картина личностных особенностей указывает на энергичный и целенаправленный характер, со склонностью к импульсивности в социальных отношениях. Контроль за своим поведением для пациентов 2-й группы является эффективным инструментом организации своей активности вокруг четко сформулированных целей. Для пациентов 3-й группы, отказавшихся от отбеливания, характерны тенденция к преувеличению имеющихся у них трудностей (шкала F), относительно заниженные показатели невротизации (шкалы ипохондрии-депрессии-истерии), тенденция к импульсивному поведению без ориентации на социальные нормы, относительно высокие показатели ригидности (шкала паранойяльности), высокие показатели оригинальности (шкала шизоидности), относительно высокие показатели активности (шкала гипомании). Общая картина личностных особенностей характеризуется оригинальностью и импульсивностью, приводящим к отсутствию ориентации на социальные нормы, отсутствием невротических паттернов, активностью и некоторой последовательностью. Качественный анализ полученных данных позволил

отметить ряд особенностей, характерных для каждой из трех, выделенных авторами, групп пациентов. В 1-й группе пациентов, выбравших домашнее отбеливание, преобладала мотивация одобрения, то есть стремление заслужить положительную оценку своих действий со стороны окружающих людей. Человек с преобладающей мотивацией одобрения менее ориентирован на успешное завершение реализуемой деятельности, однако именно положительное эмоциональное подкрепление его действий со стороны окружающих способствует продолжению любой его деятельности. Пациенты этой группы в ходе прохождения процедуры отбеливания более нуждаются в том, чтобы их усилия по прохождению процедуры были замечены окружающими, в том числе и врачом, и получали положительное подкрепление. Это подтверждается результатами анализа усредненного профиля СМИЛ, который показывает, что у пациентов этой группы присутствует желание выглядеть в глазах окружающих в более выгодном свете. Тенденция следовать социальным нормам и установкам прослеживается и в выборе терминальных ценностей. В таком случае обращение к стоматологу с целью отбеливания зубов или согласие на проведение такой процедуры является одним из средств поддержания своего социально желательного образа и получения одобрения со стороны окружающих. Кроме того, у испытуемых данной группы отмечается тенденция следовать намеченным целям и существующим установкам поведения, имеющим социальный характер. Это способствует лучшей внутренней организации деятельности испытуемых, а значит, может облегчать им проведение процедуры отбеливания зубов в домашних условиях. Но, несмотря на хорошую внутреннюю организацию деятельности, такие пациенты требуют более внимательного отношения со стороны врача, одобрения с его стороны всех их действий, связанных с прохождением процедуры. Во 2-й группе пациентов, выбравших офисный вариант отбеливания, преобладала мотивация достижения. Мотивация достижения определяется как увеличение способности человека ко всем видам деятельности, где возможна ситуация успеха и неудачи. Мотивация достижения направлена на конечный результат, получаемый благодаря собственным способностям человека, и ориентирована на цель. Пациенты, с

выраженной мотивацией достижения более всего стремятся к реализации поставленной цели, в нашем случае достижения необходимого косметического эффекта после отбеливания. Подобные тенденции подтверждаются при анализе личностного профиля и структуры ценностных ориентации пациентов этой же группы. Усредненный профиль СМИЛ показывает наличие у данной группы высокого уровня внимания к поддержанию своего социального статуса. При этом их отличает активность, оптимистичность, тенденция к самоутверждению, следование собственным принципам и нормам. Ситуации, изменяющие социальный статус, у этих пациентов вызывают тревогу, с острыми эмоциональными реакциями на ситуацию успеха или неуспеха. На основании этих реакций формируется представление о личностной свободе, независимости, верности внутренним установкам и критериям жизни. Пациенты с подобным профилем активны, целеустремленны, направлены на достижение успеха в любых ситуациях, в том числе в прохождении лечебных процедур. В их структуре ценностей преобладают: активная деятельная жизнь, уверенность в себе, которые достигаются посредством терпимости, независимости, честности. Кроме того, эти пациенты не склонны активно интересоваться ходом процедуры, возможными осложнениями и побочными эффектами, но при их возникновении могут демонстрировать бурные эмоциональные реакции, вызванные тревогой, если намеченный результат не будет достигнут. Помимо склонности к сильным, устойчивым эмоциональным реакциям в описываемой группе пациентов присутствует тенденция к импульсивным действиям без ориентации на внешние социальные правила поведения, сниженной способностью организовывать поведение в соответствии с социальными нормами. Следствием станет то, что, высокая мотивация достижения, готовность проходить процедуру до желаемого конца, не означает готовности самостоятельно следовать предписаниям врача, особенно в ситуации возможного возникновения временных побочных эффектов. В 3-й группе пациентов, отказавшихся от процедуры отбеливания, также было обнаружено преобладание мотивации одобрения, даже более выраженное, чем для 1-й группы, выбравших домашнее отбеливание. Особенно необычным этот факт

выглядит при сопоставлении его с результатами анализа усредненного профиля СМИЛ. Для пациентов этой группы характерна тенденция к неконформности поведения, внутреннему протесту по отношению к социальным нормам, оригинальности, ненормативности поступков и суждений. Они не склонны ориентироваться на мнения окружающих при планировании и осуществлении своих действий. Наиболее выраженными чертами в личностном профиле 3-й группы испытуемых являются: ориентация на внутренние критерии, социальная отгороженность, сопровождающиеся затруднениями в общении, подкрепленные склонностью действовать без ориентации на социальные нормы. Для субъектов с подобной личностной организацией характерна ориентация на собственное мнение, затруднение контактов с окружающими. Однако ряд особенностей людей с подобным профилем позволяют объяснить видимое на первый взгляд несоответствие между личностной структурой и структурой мотивации. Для пациентов с описанным профилем характерна амбивалентность в отношениях с людьми, являющаяся следствием стремления к преодолению социальной отгороженности с одной стороны и наличия коммуникативных трудностей с другой. Такие пациенты, с одной стороны, ожидают внимания и одобрения со стороны окружающих, в том числе и на приеме у врача, а с другой стороны – боятся их холодности. Кроме того, очень высоко беспокойство по поводу своего места среди других людей, принадлежности к какой-либо группе, что также приводит к поиску одобрения со стороны окружающих, следованию социальным стереотипам [66, 78].

А.Э. Саргисян (2014) отмечает, что происхождение и течение болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) во многом зависят от личностной структуры больного человека, особенностей его эмоционального реагирования. Переживание эмоции изменяет уровень электрической активности головного мозга, диктует, какие мышцы лица и тела должны быть напряжены или расслаблены, управляет кровеносной, дыхательной и эндокринной системами организма. В этиологии и патогенезе заболеваний ВНЧС велика роль не только окклюзионных нарушений и патологических процессов в зубочелюстной системе,



жевательных мышцах, но и психоэмоциональные и эндокринные расстройства [58, 130].

И.В. Петрикас (2015) используя опросник Моудсли у пациентов с дисфункцией ВНЧС, сделала такие выводы: «Полученные психодиагностические данные позволяют говорить о возможном риске развития дисфункции ВНЧС как психосоматической патологии и необходимости включать в профилактику и лечение данной патологии психологические методы» [119, 120].

А.Н. Карелина (2015) объединила несколько опросников в группе пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС: визуальная аналоговая шкала (ВАШ), Характерологический опросник К. Леонгарда и Г. Шмишека, шкалу Бека, опросник боли Мак-Гилла, – и выяснила, что особенности психоэмоционального статуса пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС отмечены у 81,4% обследованных в виде выраженных акцентуаций характера, депрессии легкой и умеренной степени (64,3%), что отягощает течение патологии и нуждается в коррекции. Комплексный междисциплинарный подход в терапии пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС, включающий поэтапное стоматологическое лечение, дополненное дифференцированной психофармакологической поддержкой и методами психотерапии, позволяет повысить эффективность лечения данной категории больных в среднем до 94,3%, тогда как эффективность только стоматологического лечения ниже и составляет 57,1% [74].

В.А. Вальков (2013) при анализе психологического состояния пациентов (тревога и депрессия) показал, что 63,2% страдают клинически выраженным депрессивным состоянием, а у 84,5% имеет место чувство клинически выраженной тревоги, и только 14,3% обследованных лиц находятся в уравновешенном психическом настроении, в то время как в группе сравнения все обследуемые имели уравновешенное психическое состояние [38]. Установлено также, что у пациентов с глоссалгией формируется депрессивное состояние в 63,2%, а тревожность – в 84,5% случаях. Методики автором не описаны [38].

Л.Р. Мингазова (2005) описала результаты исследования болевого синдрома и данные психологического тестирования пациентов с миофасциальным болевым синдромом лица (МФБСЛ). По данным болевого опросника Мак-Гилла в механизме формирования болевого феномена при МФБСЛ основную роль играют эмоционально аффективные расстройства. Это говорит о важной роли психологических факторов в формировании хронического болевого синдрома. Согласно показателям комплексного болевого опросника (КБО) и опросника «качество жизни» определились высокие показатели значений, особенно таких параметров, как интенсивность боли, аффективный дистресс, влияние боли на жизнь, ограничение жизненных возможностей, длительная потеря трудоспособности. Это говорит о психологической тяжести боли для пациентов, об эмоциональной декомпенсации, то есть о высоком негативном влиянии болевого феномена на качество жизни пациентов. Она указывает на определенный тип болевого поведения («болевая» личность). Психовегетативные нарушения (высокий уровень депрессии и тревожности, признаки синдрома вегетативной дистонии, а также снижение качества ночного сна) занимают достаточно важное место в клинической картине заболевания и, вероятно, отражают не только эмоциональную реакцию на болезнь, но, возможно, и исходные изменения в функционировании нейромедиаторных систем мозга. Кроме того, известно и прямое действие тревоги на повышение тонуса жевательных, перикраниальных и шейных мышц. Стрессодоступность больных МФБСЛ, в первую очередь, отражает неустойчивость компенсаторных механизмов основных звеньев неспецифических систем мозга (лимбико-ретикулярного комплекса и связанных с ним структур базальных ганглиев [101].

Э.Г. Борисова (2015) в основу деления на группы положила диагностические критерии Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), Международной Ассоциации по изучению боли (1994), Международного общества головной боли (1986, 1996). В практическом клинико-диагностическом процессе принимались во внимание классификационные схемы, предложенные В.Е. Гречко (1981), Л.Г. Ерохиной (1973), В.А. Карловым (1991), А.М. Вейном (1991), что

позволило установить следующее: «В психоневрологическом статусе пациентов с глоссодинией превалирует психогенный характер болей и парестезий (98,72%), с лингвалгиями при нейропатии язычного нерва – нейрогенный (86,44%), с лингвалгиями при миофасциальном болевом синдроме лица – нейрогенный (84,73%) и соматогенный (92,98%); в стоматологическом статусе во всех трех клинических группах выявлен высокий процент заболеваний пародонта (от 20 до 65%), процент некачественно поставленных пломб и изготовленных ортопедические конструкции составил от 9 до 31%» [30].

К.С. Гандылян (2018) пишет, что в клинической картине хронических непароксизмальных прозопалгий, вне зависимости от их формы, имеют место схожие клинически проявления, такие как: высокая интенсивность болевого синдрома при постоянном характере болевых ощущений, выраженность и многообразии признаков вегетативной дисфункции, высокая частота встречаемости и выраженность психопатологических расстройств, что позволяет объединить в общую семиотическую группу этиологически гетерогенные заболевания. Эмоционально-личностным нарушениям у пациентов с различными формами хронической непароксизмальной прозопалгии присущи однонаправленные характеристики: высокие величины показателей реактивной и личностной тревожности, сниженные показатели, характеризующие качество жизни, тяжелая степень депрессивных расстройств, при этом имеется прямая зависимость степени выраженности болевого синдрома от степени выраженности психопатологических расстройств [46, 47].

Е.В. Николаенко (2009) исследовал синдром жжения рта и установил, что жжение в полости рта как проявление проблем центральной нервной системы, таких как депрессия либо других психических расстройств, наиболее актуально, поскольку подтверждается большей эффективностью терапевтических программ, включающих в себя психофармакотерапию [107].

Н.В. Тиунова (2018) в исследовании Синдрома «пылающего рта» (СПР, код по МКБ-10 G44.847) (главное проявление – боль в сочетании со жжением в языке или других участках полости рта, без морфологических элементов поражения,

затрагивает около одного миллиона человек во мире) оценивала уровень боли по вербальной описательной шкале оценки боли – Verbal Descriptor Scale (F. Gaston-Johansson et al., 1990); оценку тревоги и депрессии у больных СПР с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), A.S. Zigmond, R.P. Snaithe, 1983). Для углубленной диагностики использовали личностную шкалу тревоги J. Teylor (1955) в модификации Т.А. Немчина (1966) и опросник депрессии А.Т. Бека (1961). Полученные данные позволили автору сделать выводы: манифестация СПР, чаще совпадает с возрастом 40–50 лет. Важно состояние нейрореактивности и нейропластичности. В формировании СПР участвует несколько факторов риска: местные экзогенные факторы, эндогенные факторы и психогенные факторы, что указывает на многофакторность (множественность) факторов риска, и их динамизм (изменчивость) в зависимости от возраста, пола и течения основного заболевания. От качественных особенностей факторов риска зависит степень риска заболевания. Важную роль играют факторы риска в изменении индивидуальной реактивности. Следовательно, при формировании ноциогенной зоны в недоступных структурах нервной системы необходимо использовать различные методы фармакотерапии и нейромодуляции, то есть медикаментозные и немедикаментозные методы лечения, что и было применено: медикаментозную терапию, местное вибрационное воздействие, озонотерапию, фотонейромодуляцию [139].

Е.А. Горожанкина (2003) отмечала, что изменения психоэмоционального статуса в развитии синдрома болевой дисфункции играют решающую роль [54].

Т.Ю. Гагарина (2004) при проведении нейропсихологического тестирования при стомалгии у 83,5% больных выявила дисфункцию в психоэмоциональном фоне: аффективные нарушения в виде депрессии и тревоги, уровень которых был достоверно выше у больных, чем в группе здоровых, повышенные уровни тревоги, депрессии и ипохондрии, сочетание различных степеней которых обусловило развитие у 53,3% сенесто-ипохондрического, а у 46,7% – депрессивного синдромов [44].

А.В. Баскова (2018) подчеркивает, что длительный процесс реабилитации с использованием дентальных имплантатов влияет на психосоматическое состояние пациента. Повышение тревожности, подавленность способны привести к обострению хронических заболеваний, что может негативно сказываться на результатах лечения, вызвать обострение хронических заболеваний [20].

Стоит отметить, что разработка типов личности по различным параметрам и шкалам продолжается и в настоящее время. Но тенденцией является создание опросников, валидационных, воспроизводимых, адаптированных в разных социокультурных конгломератах для получения достоверных прогнозируемых результатов. С неожиданной силой эта проблема встала перед врачами всех специальностей, в том числе, и стоматологами, в связи с все более широкой распространенностью психических расстройств в популяции на фоне длительного стресса [76, 78, 116]. R. Braas, T. Eger (2019) в пилотном исследовании военнослужащих показывают очевидную связь между посттравматическим стрессовым расстройством и орофациальными дисфункциями [206]. Значительное число работ посвящено исследованию бруксизма и его зависимости от психосоциальных факторов – беспокойства и стресса, – как одним из пусковых механизмов развития патологии. Стресс-факторы активируют гипоталамо-надпочечниковую ось, которая контролирует выделение катехоламинов.

Э.Э. Хачатурян, М.А. Котова, С.Л. Боднева (2012) в группе пациентов с высоким уровнем личностной тревожности наблюдали большее количество признаков бруксизма, чем в группе пациентов с умеренной личностной тревожностью. Авторы отмечают периоды обострения синдрома во время эмоционального кризиса, во время которого у многих людей отмечается самопроизвольное, иногда длительное сокращение жевательных мышц, приводящих к возникновению болевого феномена [151]. Э.Г. Борисова (2015) установила, что от 66 до 84% пациентов с бруксизмом отмечают наличие болей в области лица. Она показала, что бруксизм может участвовать в миогенном компоненте болей в области ВНЧС из-за гиперактивности мышц во время сна. При этом боли в области ВНЧС и боли в области жевательных мышц при пробуждении

могут являться разными состояниями. Так, большинство пациентов с дисфункцией ВНЧС сообщают о пике интенсивности боли в конце дня, тогда как пациенты с бруксизмом жалуются на боли в области жевательных и височных мышц в утренние часы [30].

Ежедневный стресс порождает головную боль напряжения, влияя на болевой порог и повышая чувствительность ноцицептивных систем у людей, страдающих головными болями. Боль тесно связана с когнитивными изменениями, тревожными расстройствами, патологией настроения и расстройствами личности, что требует коррекций в лечении, что отмечали В. Branca, А. Lake (2004), L. Buchgreitz et al., (2006), Н.Н. Яхно, Е.В. Подчуфарова (2007), Е.В. Михайлова (2008) [5, 12, 50, 57]. Нужно отметить, что стоматологи многократно предпринимали попытки решения этих вопросов [14, 15, 44, 48, 57, 66, 69, 89, 90, 108, 109, 125, 131, 134, 143, 165, 194, 211, 221].

Влияние стресса на состояние пациента во время посещения стоматолога исследовали В.В. Алямовский, О.С. Антипова, Э.Г. Борисова, З.М. Гасанова, Н.Ю. Летунова, Т.В. Луханина, Ю.М. Максимовский, С.Г. Новикова, П.И. Петров, Е.М. Чаплиева, Т.Н. Шарова, С.В. Шилина, S. Kisely, H. Baghaie et al. [15, 16, 30, 48, 69, 89, 90, 108, 125, 155, 156, 157, 165, 167, 218].

Комплексное ортопедическое лечение как фактор длительности и трудоемкости процесса, приводящего к инициализации стресса, рассматривали такие врачи как Е.А. Булычева, Е.В. Веденева, П.Н. Гелетин, А.Т. Джаева, К.Г. Караков, А.Н. Карелина, О.А. Кудрявцева, Е.А. Куikliна, Р.Т. Насыров, К.З. Ронкин, Э.К. Рустамова, S.R. Baker, O. Bernhardt et al., J.E. Carloson, K. Ishida et al., M.T. John et al., D. Kende et al., S.R. Baker et al., A. Preciado et al., M.G. Sghaireen, M.K. Al-Omiri, W.E. Shankland [33, 40, 42, 49, 62, 74, 84, 86, 104, 128, 171, 172, 175, 183, 191, 205, 215].

Комплексное хирургическое лечение, в том числе, имплантацию исследовали А.В. Баскова, А.А. Безруков, Т.В. Луханина, Р.В. Подгорный, М.К. Al-Omiri et al., В.К. AlZarea, K. Ishida et al., С. Machuca et al., A. Preciado et al. [20, 22, 170, 182, 183, 192, 198].

В терапевтической стоматологии психологический статус пациента оценивали при эстетическом лечении Н.Г. Уманская, Е.В. Веденева, М.К. Al-Omiri et al. [40, 145, 169], заболеваниях пародонта И.Н. Усманова [146], процедуре отбеливания зубов Ю.А. Богатырева, Т.В. Волкоморова, М.В. Горюнова, Е.С. Ерофеева, Е.В. Ефремова, Н.И. Крихели, О.В. Трефилова, A. Calderini et al., A. Joiner, G. Kugel, S. Ferreira, С.Н. Lin et al., L.L. Odioso et al. [26, 43, 65, 66, 83, 142, 177, 185, 195, 197, 202], при заболеваниях слизистой оболочки рта Ж.С. Абдикаримов, М.А.С. Абдулазимов, В.Ш. Абуладзе, В.В. Алямовский, В.А. Борозенцева, Е.А. Куклина, О.В. Серикова и соавт., Н.И. Крихели и соавт., А.В. Тимошин, И.Н. Усманова, Н.Н. Хабибова, D. Adamo et al., I. Parlatescu et al., A.N. Astrøm [1, 2, 3, 15, 31, 82, 86, 132, 138, 146, 150, 203, 204, 210].

Отдельно нужно отметить, что особый психологический статус имеют пациенты с глоссалгией. Об этом писали М.А.С. Абдулазимов, Э.Г. Борисова, Е.Е. Васенев и соавт., Е.Н. Защихин, Л.Н. Казарина, В.Ф. Матвеев, Ю.Н. Никифорова, Т.Л. Рединова, С.С.З. Хубаев, J.V. Costen [2, 30, 68, 73, 97, 106, 127, 152, 160, 181]. Синдромом «пылающего рта» исследовали М.А.С. Абдулазимов, В.Ш. Абуладзе, Э.Г. Борисова, Н.В. Гришина, Е.В. Николаенко, П.И. Скуридин, Н.В. Тиунова, F. Galli et al., M.J. Kim, H.S. Kho, A. Sardella, F.T. de Souza et al. [2, 3, 30, 51, 56, 107, 133, 139, 196, 209, 212, 213].

Канцерофобию на фоне различных заболеваний полости рта описали А.А. Безруков, В.А. Борозенцева, Н.В. Гришина, Е.А. Куклина, А.В. Тимошин [22, 31, 56, 86, 138].

Истинным примером мультидисциплинарного взаимодействия являются пациенты с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава [34, 41, 42, 45, 47, 49, 64, 72, 74, 79, 81, 84, 87, 96, 103, 120, 126, 135, 163, 151, 171, 174, 175, 178, 179, 180, 186, 208, 220, 222, 223].

Четыре современных теории этиопатогенеза имеет Миофасциальный болевой синдром лица – сложная патология, рассматриваемая как основной фактор влияния на психическое состояние пациента [5, 28, 46, 47, 101, 105, 118, 144, 187, 189, 200].

Сегодня существует неоднозначность терминологии МФБСЛ. Возможные варианты, встречающиеся в литературе таковы: орофасциальная дисфункция или оромандибулярная дисфункция [12, 42, 55, 74, 140, 148, 189, 206].

#### **1.4. Методики и методы исследования психологического состояния стоматологических пациентов**

Результаты анализа литературы по данному вопросу можно расценивать как удручающие, в связи с тем, что используются разные опросники и шкалы. Поэтому исследователи постоянно сталкиваются с проблемой сопоставления результатов научных работ для оценки психоэмоционального статуса пациентов. Для подтверждения этой точки зрения приведем краткий обзор использованных методик.

- Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина – психометрическое обследование для определения уровня реактивной и личностной тревоги, использована Л.Р. Мингазовой (2005) [101], К.С. Гандылян (2018) [47], Е.В. Николаенко (2009) [107], П.И. Скуридиным (2010) [133], С.Г. Новиковой (2008) [108], З.М. Гасановой (2013) [48].
- Шкала ВАШ – описана Э.Г. Борисовой (2015) [30]; Л.Р. Мингазовой (2005) [101], А.Н. Карелиной (2017) [74], К.С. Гандылян (2018) [47], Е.В. Николаенко (2009) [107], П.И. Скуридиным (2010) [133].
- Тест Моудсли для субъективной оценки выраженности таких черт личности, как тревожность, ригидность и экстравертированность – использован И.В. Петрикас (2015) [120].
- Шкала личностной тревоги J. Teylor (1955) в модификации Т.А. Немчина (1966) для углубленной диагностики использовала Н.В. Тиунова (2018) [139].
- Шкала Клиническая Стоматологическая (ШКС) – применена Г.Г. Кузьменко (2008) [85].



- Тест Кораха для оценки психоэмоционального состояния стоматологического больного проводилась для оценки стоматофобии З.М. Гасановой (2013) [48].
- Тест Айзенка – тип оценки темперамента, также был использован З.М. Гасановой (2013) [48].
- Аппаратный метод диагностики стресса (программно-аппаратный комплект «Пульс-антистресс») в своей работе использовала З.М. Гасанова (2013) [48].
- Тест «Стратегия Совладающего Поведения» — для исследования особенностей совладающего поведения личности в стрессовых и проблемных ситуациях. В русле адаптационной парадигмы, рассматривающей вопросы преодоления личностью стрессового воздействия с помощью активного и целенаправленного поведения, оцениваются показатели копинга. Опросник «Стратегии Совладающего Поведения», созданный на основе первой методической разработки Folkman & Lazarus (1980), включает 50 наиболее информативных утверждений, каждое из которых отражает определенный способ поведения в трудной или проблемной ситуации (Л.И. Вассерман, 2014). Утверждения объединены в шкалы, соответствующие шкалам исходного варианта опросника: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство/избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка. Данный тест был применен И.В. Петрикас (2015) [120].
- Шкала Бека – психометрическое обследование для дименсиональной оценки депрессивной симптоматики у испытуемых. Шкала Бека включает в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4–5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Шкала Бека применена в работах И.В. Петрикас (2015) [120], А.Н. Карелиной (2017) [74],

Л.Р. Мингазовой (2005) [101], Е.В. Николаенко (2009) [107], П.И. Скуридина (2010) [133], Н.В. Тиуновой (2018) [141].

- Тест «УНА» — оценка уровня невротической астении. Шкала экспресс-диагностики УНА применяется для выявления широкого спектра астенических состояний в классах психосоматической и соматопсихической патологии Л.И. Вассерман (2014), использован Т.Ю. Гагариной (2004) [44]

- Характерологический опросник К. Леонгарда и Г. Шмишека; приенена А.Н. Карелиной (2017) [74].

- Болевой опросник Мак-Гилла (Индекс боли Макгилла,) представляет собой шкалу оценки боли, разработанную в Университете Макгилла Мелзакоми Торгерсоном в 1971 году. Это опросник с простыми утверждениями, позволяющими пациентам максимально полно и достоверно описать своему врачу качество и интенсивность своей боли. Основную роль в механизме формирования болевого феномена при МФБСЛ играют эмоционально-аффективные расстройства, что говорит о важной роли психологических факторов в формировании хронического болевого синдрома. Был описан в работах И.В. Перикас (2015) [120], Л.Р. Мингазовой (2005) [101].

- Комплексный болевой опросник (КБО), в рамках которого определялись интенсивность боли, влияние боли на жизнь, самоконтроль, аффективный дистресс (степень страданий), поддержка значимого человека; встречается в работе Л.Р. Мингазовой (2005) [101].

- Опросник «качество жизни» в зависимости от боли (КЖ) с помощью шкалы Nottingham Health Profile (NHP) позволяет проводить количественную оценку качества жизни (S.Hunt, et al., 1981). Использован в трудах Л.Р. Мингазовой (2005) [101], Е.В. Николаенко (2009) [107], П.И. Скуридина (2010) [133].

- Расширенная анкета G. Biesenbach et al. (1997) – балльная шкала для семи симптомов, характерных для невропатической боли, встречается в работе Л.Р. Мингазовой (2005) [101].

- СМОЛ – сокращенный многофакторный опросник личности (В.П. Зайцев, 2004) – описан в работе Е.В. Николаенко (2009) [107].

- Программа «Антиболь» позволяет оценить выраженность компонентов болевого синдрома по 7 факторам-шкалам на различных уровнях психического отражения – ноцицепции, ощущения боли, переживания боли, болевого поведения, адаптивности – и получить интегральную в баллах/процентах (количественную и качественную) оценку боли; данную шкалу применяла Э.Г. Борисова (2015) [30].
- Торонтская шкала алекситимии (ТША) (G.J. Taylor et al., 1985), описана П.И. Скуридиным (2010) [133].
- VDS (Verbal Descriptor Scale) – вербальная описательная шкала оценка боли – разработана F. Gaston-Johansson et al. (1990), в отечественной литературе применена Н.В. Тиуновой (2018) [139].
- СМИЛ – сокращенный многофакторный метод исследования личности (Л.Н. Собчик, 1998). Данный метод при своих исследованиях использовали П.И. Скуридин (2010) [133], Е.В. Ефремова (2010) [66].
- Шкала HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale) – определение уровня тревоги и депрессии (A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983); применен Э.Г. Борисовой (2015) [30], Н.В. Тиуновой (2018) [139].
- Клиническая шкала – стандартизированная оценка психического статуса больных (Ю.А. Александровский, 2007) по единым критериям содержания и степени выраженности психопатологических синдромов (тревога, обсессивно-фобический, ипохондрический, неврастенический, депрессивный, истерический). Позволяет определить психопатологический профиль больного. Отмечен в работах Е.В. Николаенко (2009) [107], П.И. Скуридина (2010) [133], Т.Ю. Гагариной (2004) [44].
- Методика «Оценка потребности в достижении», использована Е.В. Ефремовой (2010) [66].
- Методика «Оценка мотивации одобрения», использована Е.В. Ефремовой (2010) [66].
- Методика «Ценностные ориентации М. Рокича», описана в работе Е.В. Ефремовой (2010) [66].

- Опросник Jenkins – диагностировался тип поведения личности пациента. Данный опросник применял Г.Г. Кузьменко (2008) [85].
- ИТТ тест интегративной тревожности – использован Э.Г. Борисовой (2015) [30].
- ММРІ, Миннесотский многофакторный личностный опросник в модификации Л.Н. Собчик (1977) – описан в работе С.Г. Новиковой [108].
- САН, тест дифференцированной самооценки функционального состояния, предложенный В.А. Доскиным и соавт. (1973). Также использован С.Г. Новиковой [108].
- ШАС, Шкала астении (автор – А.О. Прохоров, 2004). Астения — психическое состояние, которое проявляется в субъективных ощущениях и переживаниях, повышенной утомляемости, хронической усталости, снижении работоспособности (особенно умственной) и общей психической активности. Описан в работах И.В. Петрикас (2015) [120], С.Г. Новикова (2008) [108] .

Разнообразие предложенных методов говорит, вероятно, о сложности проблемы и отсутствии универсального метода, отвечающего на различные вопросы врача-практика и исследователя. Поисковые запросы по ключевым словам не позволяют провести мета-анализ данных из-за несопоставимости результатов. Соответственно, несопоставимость результатов появляется и на этапе оценки результатов лечения и психологической коррекции [5, 6, 7, 33, 49, 50, 53, 64, 76, 79, 173, 188].

### **1.5. Методы коррекции психологического статуса стоматологических пациентов**

Н.И. Крихели и соавт. (2019) отмечают эффективность коррекции психо-эмоционального статуса при эксфолиативном хейлите препаратами бензодиазепинового ряда. Наибольшая эффективность лечения заболевания достигается сочетанием коррекции психо-эмоционального статуса с местными препаратами [132].

Т.Н. Шарова (2009), подчеркивает, что одним из факторов, приводящих к несвоевременному обращению населения за стоматологической помощью, является психоэмоциональное напряжение, побуждающее пациентов откладывать визит. Психологические исследования в стоматологической клинике стали проводиться сравнительно недавно. Интерес к рассматриваемой проблеме, особенно возросший в последние годы, обусловлен массовостью амбулаторного стоматологического приема, негативными последствиями психоэмоционального напряжения, недостаточной разработкой средств и методов коррекции эмоционального стресса. Большинство пациентов на стоматологическом приеме находятся в состоянии стресса, что приводит к изменениям физиологических показателей. Ведущими факторами риска являются: выраженный негативный стоматологический опыт, обращение с острым болевым синдромом. Мужчины в большей степени подвержены развитию психоэмоционального напряжения [156].

З.М. Гасанова (2013) пишет, что большинство вмешательств в челюстно-лицевой области сопровождаются болезненными ощущениями, нервно-психическое напряжение и страх на приеме у врача-стоматолога испытывают 52–84% больных. Проведенные исследования свидетельствуют, что около 5% взрослого населения испытывают чрезвычайный страх перед стоматологическим вмешательством, 20–30% испытывают сильный или умеренный страх, т. е. визит к стоматологу для них является психоэмоциональным стрессом, что вызывает обострение существующих соматических заболеваний и способствует формированию стойкой боязни стоматологического лечения. Для снятия у пациента страха и связанного с ним стресса в стоматологической практике были предложены методики поведенческой терапии, релаксации и гипноза.

Одним из перспективных направлений коррекции стоматофобии является метод поведенческой психологии. Однако указанное направление не является однородным и насчитывает более 15 методик. Для медикаментозной коррекции психоэмоционального состояния пациента и снятия боли на стоматологическом приеме наиболее часто используются транквилизаторы, преимущественно бензодиазепинового ряда, обладающие выраженным седативным эффектом. В

настоящее время эти препараты, хорошо зарекомендовавшие себя в качестве средств для медикаментозной подготовки пациентов в амбулаторных условиях (особенно диазепам и мидазолам), имеют ограничения использования, в том числе, из-за возможности развития лекарственной зависимости. Их применение на амбулаторном стоматологическом приеме в России возможно только с участием врача-анестезиолога [48].

Неизбежно у исследователей возникал вопрос о коррекции психологических расстройств на приеме у стоматолога [28, 38, 50, 54, 58, 64, 76, 79, 90, 107, 126, 128, 151, 158, 159, 162, 173, 206, 208, 223]

Обзор психических расстройств демонстрирует тенденцию ко все более широкому их распространению, что предполагает появление на приеме у врача любой специальности, в том числе и стоматолога, каждого 4-го пациента с такой проблемой. Недостаточность методов немедикаментозной коррекции, взаимодействие со смежными специалистами являются объективными трудностями в работе с такими пациентами. Это формирует новые вызовы в подходе к оказанию стоматологической помощи населению [4, 13, 14, 24, 53, 191, 201]:

1. Методы диагностики психических расстройств на ежедневном приеме: простые и достоверные.
2. Согласованность работы врача-стоматолога и психиатра.
3. Юридическая состоятельность добровольного согласия на оказание помощи.
4. Взаимосвязь психического/психологического расстройства на течение основного стоматологического заболевания и результат лечения.
5. Влияние визита к стоматологу на здоровье пациента с психическим/психологическим расстройством.
6. Повышение эффективности коррекции стрессовых состояний перед стоматологическими вмешательствами за счет комплексного применения психологических и фармакологических методов.

Данные литературы убедительно говорят о том, что пациентов с первичными психологическими расстройствами и без них, для которых лечение у стоматолога

является фактором стресса, с каждым годом становится все больше. Эта тенденция заставляет исследовать наиболее приемлемые на ежедневном приеме методы исследования психологического состояния пациентов и психо-эмоциональной коррекции в комплексном лечении заболеваний полости рта.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При проведении исследования нами был использован следующий алгоритм: 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.

### **2.1. Анкетирование для оценки влияния психологического статуса на уровень комплаенса пациента и эффективность проводимого лечения**

*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 данного анкетирования были разработаны индивидуальные анкеты для:

- пациентов с длительным болевым синдромом (8 вопросов, время заполнения – 10 минут);
- пациентов с нарушением эстетики зубов (14 вопросов, время заполнения – 10 минут);



- врачей, осуществляющих коррекцию эстетических параметров зубов (14 вопросов, время заполнения – 10 минут);
- врачей, осуществляющих лечение пациентов с болевым синдромом (19 вопросов, время заполнения – 15 минут).

Анкеты были введены в онлайн-формы (Google-forms), ссылки на которые отправляли врачам, занимающимся лечением пациентов с хроническими стоматологическими заболеваниями и пациентам Института стоматологии имени Е.В. Боровского ФГАУО ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

## 2.2. Клиническое исследование

Объектом данного исследования были пациенты с дисфункцией ВНЧС, пациенты с красным плоским лишаем (КПЛ) слизистой оболочки рта (СОР), а также пациенты, проходящие стоматологическое лечение по поводу нарушения эстетических параметров зубов (отбеливание).

В группу *пациентов с заболеванием ВНЧС* (группа 1) вошли пациенты с синдромом болевой дисфункции ВНЧС (K07.6), обусловленным изменением окклюзионных соотношений в связи с утратой зубов и некорректным ортопедическим лечением. Для всех было характерно длительное течение процесса, снижение межокклюзионной высоты вследствие повышенного стирания зубов и болевой синдром. 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. Пациентов с травматическим генезом синдрома болевой дисфункции ВНЧС в исследование не включали. 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. 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, так как типичная форма при отсутствии жалоб в соответствии с Клиническими рекомендациями лечения не требует, а тяжелые эрозивно-язвенные поражения требуют системного применения стероидов. Пациентам этой группы исключали гальванический синдром, назначали кератопластическую терапию, локальное обезболивание, оральные пробиотики, диету. Корректировали гигиенический статус с назначением нейтральных зубных паст и атравматичной чистки зубов.

*Пациенты, нуждающиеся в отбеливании зубов*, вошли в группу 3. Эти пациенты были выбраны для участия в исследовании, так как процедура отбеливания с поддержанием полученного результата требует длительного времени и повторных посещений врача-стоматолога. После проведения профессионального отбеливания с применением отбеливающего агента на основе перекиси водорода (22–25%), инициированного лампой «Zoom» (Рисунок 1), всем пациентам назначали осветляющую зубную пасту (курсом 7 дней, затем на постоянной основе один раз в неделю) и «белую диету».

Если пациенты не замечали изменение полученного оттенка, то врач-стоматолог назначал применение капп с отбеливающим агентом для домашнего использования или процедуру офисного химического отбеливания без инициации лампой. Как правило, результат отбеливания поддерживается без необходимости повторного профессионального отбеливания с инициацией лампой «Zoom» в течение 2–3 лет.



Рисунок 1 – Пациент подготовлен к проведению процедуры отбеливания, инициированной лампой «Zoom»

Предметом исследования было влияние психологической коррекции на уровень комплаенса пациента и на эффективность лечения основной патологии, проводимого врачом-стоматологом.

Таким образом, на втором этапе оценивали роль психологической коррекции в повышении эффективности лечения и реабилитации пациентов, страдающих хроническими стоматологическими заболеваниями либо находившихся на лечении по поводу нарушения эстетических параметров зубов. Данное клиническое нерандомизированное исследование было одобрено локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (протокол 10-22 от 19.05.2022). В нем приняли участие пациенты с хроническими стоматологическими заболеваниями/состояниями: 53 человека – с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (Группа 1), 48 человек – с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта (Группа 2), 49 человек – с нарушением эстетических параметров зубов (Группа 3), – обратившиеся в Институт стоматологии имени Е.В. Боровского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) в период с мая 2022 по февраль 2023 года. *Критериями включения* были возраст старше 18 лет, наличие клинически

подтвержденного заболевания (Группы 1, 2) или нарушения эстетических параметров зубов (Группа 3), подписанное информированное согласие на участие в исследовании. *Критериями исключения* были наличие онкологических заболеваний, беременность, отказ от лечения и анкетирования, установленный психиатрический диагноз. 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
<b>Пол, чел. (%)</b>				
Женский	34 (64%)	34 (71%)	38 (78%)	p=0,3393 <sup>1</sup>
Мужской	19 (36%)	14 (29%)	11 (22%)	
<b>Возраст, лет</b>				
m±sd	49,0 ± 10,1 <sup>a</sup>	60,2±3,1 <sup>b</sup>	29,5±5,8 <sup>c</sup>	p<0,01 <sup>2</sup>
Медиана [Q1; Q3]	48[40; 57]	60 [58,5; 65]	29 [26; 32]	
min-max	33-65	53 - 65	20 - 44	
<b>Степень тревожности по шкале Бека (%)</b>				
Низкая	-	-	-	P<0,001 <sup>1</sup>
Средняя	16 (30,2 %)	19(39,6 %)	35 (71%)	
Высокая	37 (69,8 %)	29 (60,4 %)	14 (29%)	
<b>Уровень КЖ (ОНП-14), баллов</b>				
m±sd	24,7±3,2 <sup>a</sup>	17,0±5,1 <sup>b</sup>	4,7±2,3 <sup>c</sup>	P<0,01 <sup>2</sup>
Медиана [Q1; Q3]	24 [22; 27]	16 [13; 20,3]	5 [3; 6]	
min-max	19–32	10–28	1–11	

<sup>1</sup> – по результатам точного теста Фишера

<sup>2</sup> –по результатам теста Фридмана

<sup>a,b,c</sup> – 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

Во всех группах было несколько больше пациентов женского пола. Распределение пациентов по полу не отличалось значимо между группами ( $p=0,3393$ ).

Средний возраст пациентов с заболеваниями ВНЧС, СОР и проходящих коррекцию эстетических параметров зубов составил  $60,2\pm 3,1$ ,  $49,0\pm 10,1$  и  $29,5\pm 5,8$  лет, соответственно ( $p<0,01$ ). 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 ( $24,7\pm 3,2$ ).

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). Комплексное обследование 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 ОНПР-14. Дополнительно для оценки тяжести течения красного плоского лишая пациентам с соответствующим диагнозом определяли индекс КПЛ (Escudier, 2007).

Кроме того, лечащего врача-стоматолога просили дать заключение по достижению планируемых результатов лечения: лечение завершено полностью, лечение завершено частично, либо лечение не завершено.

В группе 1 (с дисфункцией ВНЧС) под полностью завершенным лечением понимали фиксацию постоянных ортопедических конструкций (при необходимости – изготовление каппы ночного ношения) и устранение или существенное снижение интенсивности симптомов, связанных с дисфункцией

ВНЧС. Под частично завершённым лечением понимали прекращение лечения на этапе ношения лечебных шин или временных ортопедических конструкций при снижении интенсивности симптомов, связанных с дисфункцией ВНЧС. Лечение, прекращённое на более ранних этапах, считали незавершённым.

В группе 2 (пациенты с КПЛ) лечение считали полностью завершённым в случае, если пациент следовал рекомендациям врача (как по местной терапии, так и по устранению общих факторов, способствующих обострению процесса) и отмечено существенно уменьшение интенсивности симптомов, что выражалось в переводе в более лёгкую форму заболевания без эрозивно-язвенных поражений. Под частично завершённым лечением понимали частичное и несистематическое следование рекомендациям врача, которое, тем не менее, приводило к некоторому облегчению симптомов заболевания. В остальных случаях лечение считали незавершённым.

В группе 3 (с нарушением эстетических параметров зубов) лечение считали завершённым в том случае, если было достигнуто удовлетворительное функционально-эстетическое состояние зубных рядов; в случае отбеливания – светлота, соответствующая цвету А3 и светлее. Лечение считали частично завершённым, если при достижении удовлетворительных функциональных параметров оставались некоторые эстетические проблемы (незначительное несоответствие цвета/формы зубов, реставраций или конструкций). В остальных случаях лечение считали незавершённым.

### **2.3. Оценка стоматологического статуса**

Стоматологическое обследование проводили по стандартной методике, включающей расспрос, клиническое обследование и рентгенологическое обследование (в группе пациентов с заболеваниями ВНЧС). Результаты обследования фиксировали в медицинской карте стоматологического больного (форма №043/у).

*Уровень гигиены полости рта* определяли с помощью *индекса ОНI-S* (J.C. Greene, J.R. Vermillion, 1964). Данный индекс состоит из двух компонентов: индекса зубного налета и индекса зубного камня. Для определения индекса зубного налета после окрашивания индикаторами налета определяли наличие биопленки в области шести индексных поверхностей зубов: вестибулярных поверхностей зубов 11, 31, 16, 26 и язычных поверхностей зубов 36, 46. Отсутствие зубного налета соответствовало коду 0; зубной налет, покрывающий до 1/3 поверхности зуба – 1; зубной налет, покрывающий от 1/3 до 2/3 поверхности зуба – 2; зубной налет, покрывающий более 2/3 поверхности зуба – 3. Индекс зубного камня определяли по аналогичному принципу. Затем рассчитывали среднее арифметическое индекса зубного налета и индекса зубного камня для всех обследованных зубов и суммировали полученные значения для определения общего балла индекса ОНI-S. Уровень гигиены полости рта оценивали по следующим критериям:

- 0–0,6 – хороший уровень гигиены полости рта;
- 0,7–1,6 – удовлетворительный;
- 1,7–2,5 – неудовлетворительный;
- 2,6–3,0 – плохой.

Для оценки *интенсивности кариеса* использовали индекс *КПУ* зубов. Для расчета данного индекса определяли количество кариозных полостей (компонент «К»), реставраций (компонент «П») и удаленных зубов (компонент «У»). Данные показатели суммировали для получения общего балла индекса в соответствии с Руководством ВОЗ по стоматологическому обследованию.

Для оценки *интенсивности заболеваний тканей пародонта* использовали рекомендуемые ВОЗ коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ *CPITN*. Для определения данного индекса зубной ряд условно делили на 6 секстантов: 17–14, 13–23, 24–27, 37–34, 33–43, 44–47. Секстант учитывали в том случае, если в нем присутствовали два и более зубов, не подлежащих удалению. Оценивали пародонт в области десяти индексных зубов: 16/17, 11, 26/27, 36/37, 31, 46/47. Обследование проводили с помощью пародонтального (пуговчатого) зонда, рекомендованного

ВОЗ. Зондирование проводили в шести точках в области каждого зуба. Учитывали худшие показатели при оценке каждой пары зубов. Коды присваивали по следующим критериям:

- Код 0 — здоровые ткани пародонта.
- Код 1 — кровоточивость, наблюдаемая во время или после зондирования; кровоточивость может появиться сразу или через 10–30 сек после зондирования.
- Код 2 — зубной камень или другие факторы, задерживающие налет (нависающие края пломб и др.), видимы или ощущаются во время зондирования.
- Код 3 — пародонтальный карман 4–5 мм (край десны находится в черной области зонда или скрывается метка 3,5 мм).
- Код 4 — пародонтальный карман глубиной 6 мм или более (при этом метка 5,5 мм или черная область зонда скрывается в кармане).
- Код X — когда в секстанте присутствует только один зуб или нет ни одного зуба (третьи моляры исключаются, кроме тех случаев, когда они находятся на месте вторых моляров).

Для определения потребности в лечении заболеваний пародонта использовали следующие критерии:

Потребность в лечении заболеваний пародонта в популяции или отдельных пациентов проводится с учетом следующих критериев и кодов:

- Код 0 (здоров) или X (исключен) для всех 6 секстантов означает, что необходимости в лечении данного пациента нет.
- Код 1 или выше указывает, что данному пациенту необходимо провести обучение гигиене полости рта.
- Код 2 или 3 указывает на необходимость проведения профессиональной гигиены и устранения факторов, способствующих задержке зубного налета. Кроме того, пациент нуждается в обучении гигиене полости рта
- Код 4 — требует того же лечения, что и коды 2 и 3, но также требуется проведение комплексного пародонтологического лечения у узкого специалиста в данной области.



В группе 1 (с дисфункцией ВНЧС) определяли частоту характерных жалоб на ограничение движения нижней челюсти, ощущения «зажатости», усталости жевательных мышц, хруст и щелчки в области сустава при открывании рта и жевании, возникновение болей в околоушной области, в области жевательных мышц, а также головных болей и др.

При наборе пациентов в группе 2 с заболеванием слизистой оболочки рта для оценки активности, распространенности и тяжести КПЛ использовали индекс КПЛ, предложенный Escudier et al. (2007). Данный индекс включает подразделы «распространенность», «тяжесть», «активность» и «боль». Распространенность оценивали на 17 различных участках полости рта (Таблица 2), при этом каждому участку присваивалась «тяжесть» поражения (0–3), а «активность» являлась произведением количества пораженных участков на степень тяжести процесса на данных участках. При оценке распространенности учитывали наличие элементов на данном участке и, для некоторых областей, одностороннее или двустороннее поражение имело место. Тяжесть оценивали как:

- «0» – если имелся только гиперкератоз (такие пациенты, как правило, не предъявляют жалоб и в исследование мы их не включали) (Рисунок 2);
- «1» – если имелась также легкая гиперемия,
- «2» – если была выраженная (с отеком или атрофией) гиперемия (Рисунок 3);
- «3» – если имелось эрозивное поражение (Рисунок 4).

Отдельно по шкале от 0 до 10 пациент оценивал степень выраженности болевого синдрома в течение последних 2 недель. Общий индекс КПЛ определяли как сумму баллов распространенности, тяжести, активности процесса и боли, и его максимальное значение могло составлять 106 баллов. Однако в исследование мы включали пациентов, имеющих не более трех эрозивно-язвенных элементов на различных участках слизистой оболочки рта, так как тотальное поражение слизистой оболочки требует лечения у дерматолога.

Таблица 2 – Оценка тяжести, распространенности и активности патологического процесса при КПЛ на различных участках СОР

Участки слизистой оболочки	Распространенность, балл	Тяжесть, балл	Активность, балл
Губа внешняя поверхность	0/1	0–3	0–3
Губа внутренняя поверхность	0/1	0–3	0–3
Слизистая оболочка щеки справа	0/1/2	0–3	0–6
Слизистая оболочка щеки слева	0/1/2	0–3	0–6
Десна	0/1/2	0–3	0–6
нижний правый сегмент	0/1	0–3	0–3
нижний левый сегмент	0/1	0–3	0–3
нижний центральный сегмент	0/1	0–3	0–3
верхний правый сегмент	0/1	0–3	0–3
верхний левый сегмент	0/1	0–3	0–3
верхний центральный сегмент	0/1	0–3	0–3
Спинка языка	0/1/2	0–3	0–6
Правая боковая поверхность языка	0/1	0–3	0–3
Левая боковая поверхность языка	0/1	0–3	0–3
Ротоглотка	0/1/2	0–3	0–6
Мягкое небо	0/1/2	0–3	0–6
Дно полости рта	0/1/2	0–3	0–6
Твердое небо	0/1/2	0–3	0–6
<b>Максимальный балл</b>	<b>24</b>		<b>72</b>

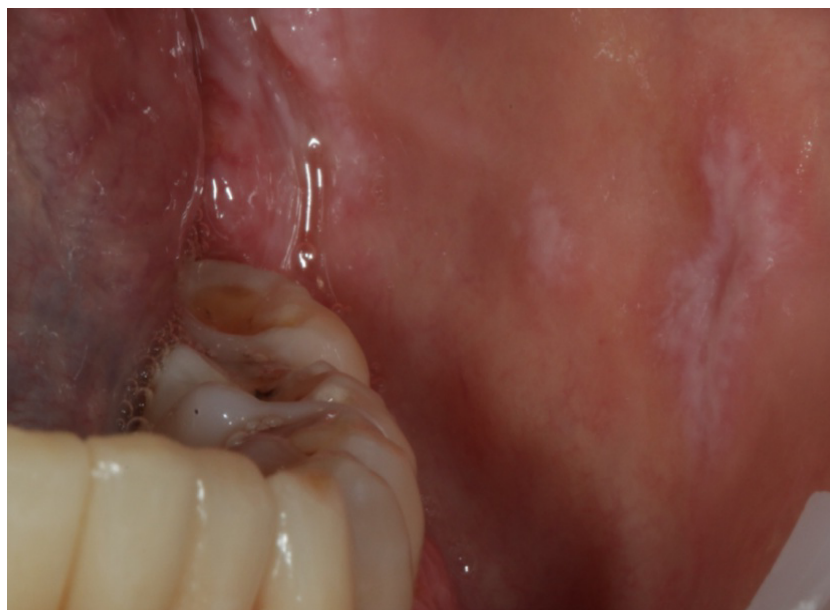


Рисунок 2 – Пациентка Б., 48 лет, красный плоский лишай, типичная форма, жалоб нет (тяжесть – 0, активность процесса – 0). В лечении не нуждается.  
Динамическое наблюдение



Рисунок 3 – Пациентка Ф., 57 лет. Красный плоский лишай, экссудативно-гиперемическая форма, локализация – прикрепленная десна.  
Тяжесть процесса – 2, активность – 3

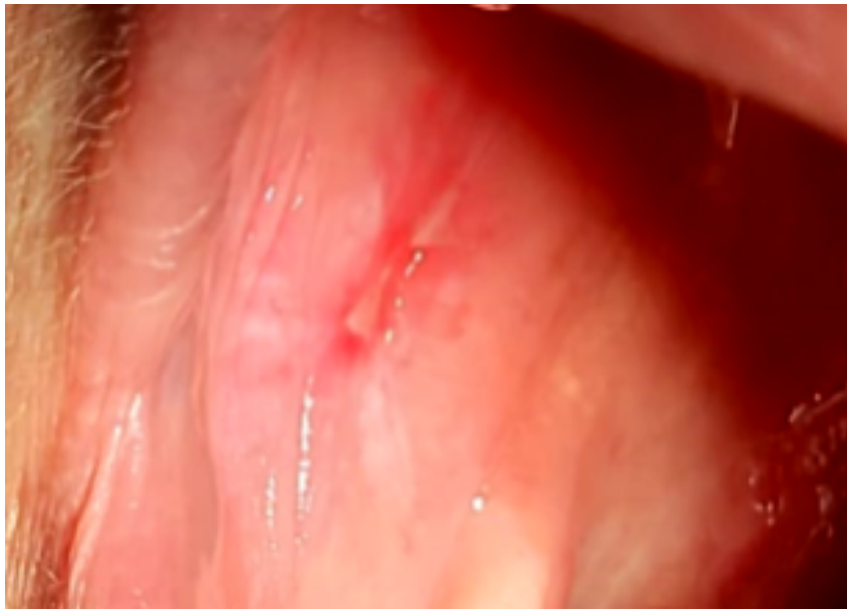


Рисунок 4 – Пациентка К., 64 лет. Красный плоский лишай, эрозивно-язвенная форма, локализация эрозии – слизистая оболочка щеки. Эрозия единичная (тяжесть – 3, активность процесса – 3)

Также у всех пациентов, у которых имел место болевой синдром, оценивали его субъективную выраженность по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Этот метод субъективной оценки боли заключался в том, что пациента просили отметить на неградуированной линии длиной 10 см точку, которая соответствовала степени выраженности боли. Левая граница линии соответствовала определению «боли нет», правая – «худшая боль, какую можно себе представить».

Для оценки выраженности боли по шкале ВАШ использовали бумажную линейку длиной 10 см (Рисунок 5). С обратной стороны линейки были нанесены сантиметровые деления, по которым врач-исследователь отмечал полученное значение и заносил в индивидуальную регистрационную карту. При динамической оценке изменение интенсивности боли считается объективным и существенным, если настоящее значение ВАШ отличается от предыдущего более чем на 13 мм.

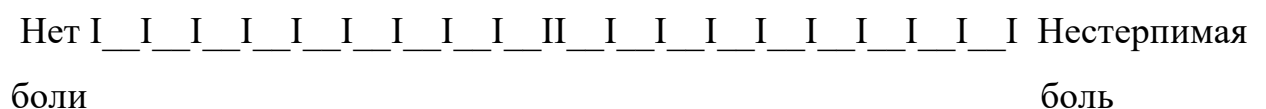


Рисунок 5 – Визуально-аналоговая шкала боли

## 2.4. Оценка психологического статуса

Оценку психологического статуса проводили с использованием общепринятых опросников тревожности Бека, тревожности Спилбергера-Ханина и опросника социальной значимости болезни А.И. Сердюка.

### *Опросник Бека*

Шкала Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, сокр. ВАI) — тест-самоопросник, для ранней диагностики тревожных расстройств, который пациенты заполняли самостоятельно без помощи специалиста. Время заполнения составляло около 10 минут. Пациентам предлагалось оценить свое состояние за последние семь дней (включая день заполнения), изучить каждый из предложенных в тесте симптомов и отметить, насколько сильно он беспокоил за указанное время. Каждый пункт опросника включал один из типичных симптомов тревоги, телесных или психических. После этого каждому ответу присваивали баллы от 0 (симптом не беспокоил) до 3 (симптом беспокоил очень сильно) и суммировали баллы за все вопросы. Значение до 21 балла включительно свидетельствовало о незначительном уровне тревоги; значение от 22 до 35 баллов означало среднюю выраженность тревоги, а значение выше 36 баллов (при максимуме в 63 балла) свидетельствовало об очень высокой тревоге. Данную шкалу широко используют в клинической практике, когда есть подозрение, что соматическое расстройство коморбидно с тревогой (в том числе взаимообусловлено). На основании данного теста было произведено включение пациентов в настоящее исследование: критерием включения было значение по шкале Бека от 22 баллов [21].

### *Шкала тревожности Спилбергера-Ханина*

Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Данный тест был разработан Ч.Д. Спилбергером и адаптирован на русском языке Ю.Л. Ханиным. Большинство

из известных методов измерения тревожности позволяет оценить или только личностную тревожность, или состояние тревожности. Единственной методикой, позволяющей дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние является методика, предложенная Спилбергера-Ханина.

Данный тест проводили с применением двух бланков: один бланк для измерения показателей ситуативной тревожности («как вы себя чувствуете в данный момент?»), а второй – для измерения уровня личностной тревожности («как вы себя чувствуете обычно?»). Тест включает 20 утверждений о психологическом состоянии (например, «я спокоен» или «я нервничаю»); по каждому вопросу пациенту необходимо выбрать, насколько данное утверждение соответствует его состоянию от 1 «нет, это не так» до 4 «совершенно верно». Общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной). При интерпретации показателей использовали следующие ориентировочные оценки тревожности:

- до 30 баллов – низкая тревожности;
- 31–44 балла – умеренная тревожность;
- 45 и более – высокая тревожность [21].

#### *Опросник социальной значимости болезни А.И. Сердюка*

Опросник Сердюка – клинико-психологическая тестовая методика, предназначенная для определения субъективного восприятия степени влияния соматического заболевания на образ жизни и социальный статус пациента. Опросник был создан Сердюком в 1994 году на основании обследования внутренней картины болезни около 2 тысяч больных как с яркими психосоматическими заболеваниями, так и с сугубо телесными. Опросник состоит из 10 вопросов, отражающих мнение больного о влиянии болезни на ту или иную сферу его жизни. Данный опросник позволяет выделить влияние болезни на разные сферы социального статуса человека. Влияние любого хронического соматического заболевания на его социальный статус, положение в обществе и микросоциальной среде, круг интересов, уровень притязаний это является

существенной частью «внутренней картины болезни». Это инструмент для скринингового выявления лиц, нуждающихся в психологической помощи и психотерапии в соматической клинике.

Опросник включает 10 вопросов-утверждений и 5 вариантов ответов на них. Пациенту предлагается оценить, насколько каждое утверждение соответствует его ситуации от 1 «наверняка нет» до 5 «безусловно да». Данный метод позволяет оценить влияние заболевания на следующие сферы социального статуса:

1. Ограничение ощущения силы и энергии;
2. Ухудшение отношения к больному в семье;
3. Ограничение удовольствий;
4. Ухудшение отношения к больному на работе;
5. Ограничение свободного времени;
6. Ограничение карьеры;
7. Снижение физической привлекательности;
8. Формирование чувства ущербности;
9. Ограничение общения;
10. Материальный ущерб.

#### *Оценка качества жизни, связанного со здоровьем полости рта*

Для определения степени влияния стоматологических заболеваний на функциональное и социально-психологическое благополучие пациентов использовали опросник ОНIP-14 (Oral Health Impact Profile, профиль влияния стоматологического здоровья). Русскоязычная версия опросника ОНIP-14 прошла культурную, языковую адаптацию и валидацию.

Опросник содержит 14 вопросов о том, как состояние зубов, протезов или слизистой оболочки полости рта сказывается на питании и приеме пищи, коммуникативной и трудовой деятельности, отдыхе и самочувствии. Опросник включает в себя 14 вопросов, разделенных на несколько подшкал в зависимости от изучаемого параметра. Пациентам были предложены 5 вариантов ответа: 1,0 балл – никогда; 2,0 балла – почти никогда; 3,0 балла – иногда; 4,0 балла – как правило; 5,0 баллов – очень часто. В результате определяли уровень качества жизни

пациентов до и после проведения лечения, где 14–28 баллов – хороший уровень качества жизни, 29–56 – удовлетворительный, 57–70 – неудовлетворительный.

После разъяснения целей и задач исследования опросник ОНIP-I4 заполнялся респондентами самостоятельно. Заполнение данного опросника требовало около 5 минут.

## **2.5. Методы психологической поддержки**

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.

## **2.6. Статистическая обработка полученных результатов**

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  $p < 0,05$ .

### *Описательная статистика*

Для описания количественных переменных (возраста и результатов оценки по различным шкалам в баллах) использовали среднее значение, среднеквадратичное отклонение, медиану, 75-й и 25-й процентиля. Для определения среднего значения по группам М и среднеквадратичного отклонения  $\sigma$  использовали стандартные формулы. Так как большинство переменных не относились к количественным непрерывным, дополнительно определяли медианы и межквартильный размах. Медиану определяли как значение, которое делит распределение пополам, при этом 50% значений больше медианы, а 50% – меньше (не больше). Третий квартиль или 75-й процентиль или верхний квартиль — это значение, при котором 25 % ответов находятся выше этого значения, а 75 % ответов — ниже этого значения. Соответственно, 25-й процентиль или первый квартиль или нижний квартиль – это значение, при котором 75% ответов лежат выше этого значения, а 25% ответов лежат ниже этого значения [51].

Для описания качественных переменных (распределения пациентов по полу, готовности получать психологическую коррекцию, уровню тревожности, степени завершенности лечения) использовали абсолютные показатели (количество пациентов, относящихся к той или иной категории) и их долю от общего числа в процентах.

### *Количественные переменные*

Для оценки достоверности отличий между независимыми группами использовали критерий Манна-Уитни (Mann-Whitney U-test), между зависимыми группами (т. е. внутри одной и той же группы до и после лечения) – критерий Уилкоксона для связанных групп (Wilcoxon signed rank test).

### *Качественные переменные*

Для оценки различий между распределение качественных переменных в независимых группах использовали точный тест Фишера (Fisher's exact test), в зависимых группах – критерий МакНемара (McNemar test).

## ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

### 3.1. Результаты анкетирования

#### 3.1.1. Анкетирование врачей

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%) (Таблица 3). 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. По мнению почти половины респондентов некоторые пациенты вообще не способны адаптироваться к длительному лечению. Три четверти респондентов сообщали, что пациенты в большинстве своем

возлагали большие надежды на эффект от стоматологического лечения и полагали, что оно может в значительной степени изменить их жизнь. Вместе с тем почти 80% опрошенных отмечали, что пациенты с хронической болью в некоторых случаях бывают менее удовлетворены результатами проведенного лечения по сравнению с другими категориями пациентов.

Таблица 3 – Результаты анкетирования врачей, осуществляющих стоматологическое лечение пациентов с болевым синдромом

Вопрос	Варианты ответов	Частота ответов	
		Абс.	%
Пациенты с длительным сроком лечения	Часто	18	64,3
	Редко	10	35,7
	Никогда	-	-
Пациенты с хронической болью	Часто	19	67,9
	Редко	9	32,1
	Никогда	-	-
Пациенты, считающие, что стоматологическое лечение изменит их жизнь	Часто	21	75,0
	Редко	7	25,0
	Никогда	-	-
Легко ли найти контакт и общий язык с пациентом?	Да, всегда	14	50,0
	Не всегда	14	50,0
	Всегда трудно	-	-
Предпочитаете молчать или разговаривать с пациентом во время приема	Молчать	3	10,7
	Разговаривать	14	50,0
	Зависит от пациента	11	39,3
Часть от времени приема на беседы с пациентом	Меньше 10%	-	-
	Около 25%	21	75,0
	50% и более	7	25,0
Если контакт с пациентом установить не получается	Работают молча	1	3,6
	Пытаются установить контакт	19	67,9
	Другое время/врач	2	7,1
	Всегда получается	6	21,4
Каких знаний или навыков не хватает	Никаких	26	92,9
	Психология, коммуникация	2	7,1
Можете ли оценить психоэмоциональный статус пациента	Да, всегда	17	60,7
	Не всегда	11	39,3
	Нет	-	-
Ведете пациента совместно с психологом/психиатром/неврологом	Всегда	-	-
	Редко	22	78,6
	Никогда	6	21,4
Часто ли необходим психиатр; предлагаете ли пациенту такую консультацию	Периодически	8	28,6
	Редко	11	39,3
	Нет	3	10,7
	Нет ответа	6	21,4

## Продолжение Таблицы 3

Вопрос	Варианты ответов	Частота ответов	
		Абс.	%
При отсутствии сотрудничества	Продолжаю лечение	14	50,0
	Рекомендую другого врача	7	25,0
	Такого не бывает	7	25,0
Пациенты с хронической болью чаще бывают недовольны результатами лечения	Да	3	10,7
	В некоторых случаях	22	78,6
	Нет	3	10,7
Приемы для установления контакта с пациентами (возможны несколько ответов)	Общение	8	28,6
	Эмпатия	5	17,9
	Индивидуальный подход	2	7,1
	Без ответа	17	60,7
Используете ли вы визуально-аналоговую шкалу для оценки боли	Всегда	13	46,4
	Редко	13	46,4
	Никогда	2	7,1
Используемые приемы психологической поддержки	Эмпатия	1	3,6
	Диалог	5	17,9
	Консультация психолога	2	7,1
	Никакие	1	3,6
	Без ответа	19	67,9
Не все пациенты способны адаптироваться к длительному лечению	Согласен	13	46,4
	Не согласен	15	53,6
Самый длительный срок лечения и реабилитации в практике	До 6 месяцев	1	3,6
	1 год	11	39,4
	1,5 года	3	10,7
	2 года	2	7,1
	3 года	2	7,1
	4 года	3	10,7
	Без ответа	6	21,4

### 3.1.2. Анкетирование пациентов с болевым синдромом, проходящих стоматологическое лечение

В данном анкетировании приняли участие 90 пациентов, 63 женщины (70%) и 27 мужчин (30%) (Таблица 4). 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. При этом все мужчины и только 47,6% женщин указали, что всегда легко идут на контакт со врачом ( $p < 0,0001$ ). Интересно, что абсолютное большинство мужчин (почти 80%) и

только около 30% женщин в случае необходимости предпочтут обратиться к знакомому врачу. Для женщин более предпочтительным вариантом было обращение ко врачу по рекомендации знакомых (57,1%). Также согласно результатам опроса, женщинам в большей степени необходимо подробное обсуждение плана лечения, а, по возможности, нескольких планов лечения, чем мужчинам. 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 4 – Результаты анкетирования пациентов с болевым синдромом, проходящих стоматологическое лечение

Вопрос	Варианты ответов	Частота ответов, абс.(%)		
		Всего n = 90	Женщины n = 63	Мужчины 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 4

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		

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

Таким образом, и врачи, и пациенты отмечают исключительную важность налаживания хорошего психологического контакта при лечении стоматологических заболеваний, сопровождающихся хроническим болевым синдромом. Однако, половина врачей указывает, что не всегда могут установить контакт с пациентами, а практически половина пациентов женского пола не всегда готовы идти на контакт со стоматологом. Несмотря на эти данные, совместное ведение пациентов стоматологами со специалистами с психологическим образованием является редким явлением; а пациенты, если им нужна психологическая поддержка, скорее будут ожидать ее от друзей или лечащего врача, чем от профессионального психолога или психиатра.

### 3.1.3. Анкетирование врачей, проводящих коррекцию дисколоритов зубов

Было опрошено 36 стоматологов, занимающихся лечением пациентов с изменением цвета зубов. По наблюдениям врачей, пациенты обращаются с жалобами на дисколорит редко (38,9%) или очень редко (33,3%). Только около 25%

стоматологов принимают таких пациентов часто или очень часто. Вместе с тем, 61,1% специалистов отмечают, что при наличии дисколорита пациенты, как правило, хотят провести его коррекцию. Около 40% врачей отметили, что чаще всего с запросом на коррекцию дисколорита обращаются пациенты старше 50 лет; 27,8% врачей сообщили, что чаще всего с таким запросом обращаются пациенты моложе 30 лет. При этом по мнению 55,6% стоматологов, частота обращения мужчин и женщин не отличается, а 33,3% считают, что отбеливание зубов чаще хотят провести женщины.

На консультацию пациента с изменением цвета зубов почти 70% тратят более часа. Большинство врачей при первичном обращении выясняют причину дисколорита, если это возможно, однако, 22,2% стоматологов не считают это необходимым. При этом 52,8% респондентов ответили положительно на вопрос о важности причины дисколорита для выбора адекватного метода его коррекции. Среди предпочитаемых методов проведения отбеливания чаще всего указывали профессиональное (66,7%) и домашнее (77,8%) отбеливание, а также микроабразию (44,4%).

По мнению 63,3% стоматологов, некоторые виды дисколоритов могут снижать качество жизни пациентов. Более 60% врачей сообщили, что в некоторых случаях пациенты, желающие провести отбеливание, имеют определенные психологические проблемы; 55,6% врачей испытывали трудности при приеме таких пациентов. В практике большинства врачей встречались пациенты с манией отбеливания зубов – «бличорексией» (часто – у 2,3% и редко – у 63,9%). При лечении таких пациентов 55,6% докторов все же проводили отбеливание (большинство – домашнее), а 41,7% докторов старались убедить пациентов в отсутствии показаний к отбеливанию. Около трети врачей направляли пациентов с бличорексией на консультацию к психологу. В целом, по мнению большинства стоматологов (69,4%), пациенты, как правило, не удовлетворены результатом отбеливания проведенного (Таблица 5).



Таблица 5 – Результаты анкетирования врачей, проводящих коррекцию дисколоритов зубов

Вопрос	Варианты ответов	Частота ответов	
		Абс.	%
Как часто обращаются пациенты с жалобами на дисколорит	Очень часто	6	16,7
	Часто	4	11,1
	Редко	14	38,9
	Очень редко	12	33,3
Как часто при наличии дисколорита пациенты хотят провести его коррекцию	Очень часто	4	11,1
	Часто	18	50,0
	Редко	10	27,8
	Очень редко	4	11,1
Среднее время на консультацию пациента с дисколоритом	До 30 мин	8	22,2
	30–60 мин	8	22,2
	Более 60 мин	20	55,6
При проведении консультации выясняете ли причину дисколорита	Да, всегда	4	11,1
	Да, если возможно	24	66,7
	Нет	8	22,2
Пациенты какого возраста чаще всего обращаются с просьбой о коррекции дисколорита	До 30 лет	10	27,8
	30–50 лет	2	5,5
	Старше 50 лет	14	38,9
	Разного возраста с одинаковой частотой	10	27,8
Пациенты какого пола чаще всего обращаются с просьбой о коррекции дисколорита	Мужчины	4	11,1
	Женщины	12	33,3
	Одинаково	20	55,6
Испытывают ли пациенты с дисколоритом психологические проблемы	Да, всегда	3	8,3
	В некоторых случаях	23	63,9
	Не встречал такого	10	27,8
Какие методы коррекции дисколоритов Вы используете	Профессиональное отбеливание	24	66,7
	Домашнее отбеливание	28	77,8
	Внутрикоронковое отбеливание	10	27,8
	Микроабразия	16	44,4
	Инфильтрация	6	16,7
	Реставрация/протезирование	9	25,0
Зависит ли метод коррекции от причины возникновения дисколорита	Да	19	52,8
	Нет	17	47,2
В большинстве случаев удовлетворены ли пациенты результатом отбеливания	Да	11	30,6
	Нет	25	69,4
Испытываете ли трудности при приеме пациентов с нестабильным психоэмоциональным фоном	Да, часто	20	55,6
	Нет, могу общаться с любыми пациентами	8	22,2
	Не встречал таких в практике	8	22,2
Встречаются ли на приеме пациенты с манией отбеливания зубов (бличорексией)	Да, часто	1	2,8
	Да, редко	23	63,9
	Не встречал	12	33,3

## Продолжение Таблицы 5

Вопрос	Варианты ответов	Частота ответов	
		Абс.	%
Какие подходы к ведению пациентов с бличорексией Вы используете	Убеждаю, что показаний нет	15	41,7
	Выполняю отбеливание	20	55,6
	Направляю к другому стоматологу	8	22,2
	Направляю к психологу	11	30,6
	Рекомендую домашнее отбеливание	18	50,0
	Рекомендую пасту и «белую» диету	14	38,9
Довольны ли пациенты с дисколоритом качеством жизни	Чаще да	1	2,8
	Зависит от дисколорита	23	63,9
	Зависит от особенностей личности пациента	10	27,8
	Чаще нет	2	5,5

**3.1.4. Анкетирование пациентов, проходящих или планирующих отбеливание**

В анкетировании приняли участие 60 пациентов, проходящих отбеливание или планирующих пройти данную процедуру (20% мужчин и 80% женщин). Все принявшие участие в опросе мужчины планировали пройти отбеливание, в то время как 56,2% женщин уже проходили данную процедуру ранее ( $p=0,000266$ ). Абсолютное большинство респондентов независимо от пола ответили, что не удовлетворены (частично или полностью) цветом зубов. Половина опрошенных мужчин и 37,5% женщин сообщили, что стесняются широко улыбаться и считают свою улыбку непривлекательной. Две трети мужчин и 62,4% женщин полагали, что их цвет зубов изменился со временем, и 100% и 56,2% опрошенных отметили, что у них есть те или иные привычки, влияющие на цвет зубов (в основном, частое употребление кофе и чая, а также курение).

Более 90% женщин и более 80% мужчин ожидают заметного эффекта уже после первого сеанса отбеливания. Абсолютно все респонденты ответили положительно на вопрос, готовы ли они длительно следовать рекомендациям для поддержания результата после отбеливания. Однако, только 20,8% женщин и 50% мужчин готовы поддерживать результат сколько понадобится.

Пациенты ожидают положительных изменений после отбеливания в личной жизни (75% мужчин и 68,75% женщин) и карьере (39,6% женщин). Кроме того, 75% мужчин и 68,8% женщин полагают, что будут чувствовать себя более уверенно благодаря отбеливанию (Таблица 6).

Таблица 6 – Результаты анкетирования пациентов по отбеливанию

Вопрос	Варианты ответов	Частота ответов, абс. (%)		
		Всего	Мужчины	Женщины
		n = 60	n = 12	n = 48
Обращались ли Вы к стоматологу с вопросом о коррекции цвета зубов	Да	27 (45,0)	-	27 (56,2)
	Нет, но планирую	33 (55,0)	12 (100,0)	21 (43,8)
	Не планирую	-	-	-
Значение $p^1$			0,000266	
Устраивает ли Вас цвет ваших зубов	Да	9 (15,0)	-	9 (18,8)
	Не вполне	26 (43,3)	8 (75,0)	18 (37,5)
	Совсем нет	25 (41,7)	4 (25,0)	21 (43,7)
Значение $p$			0,1507	
Считаете ли Вы широкую белоснежную улыбку признаком коммуникабельности	Да	30 (50,0)	6 (50,0)	24 (50,0)
	Нет	30 (50,0)	6 (50,0)	24 (50,0)
Значение $p$			1,0	
Стесняетесь ли Вы улыбаться, считая свою улыбку непривлекательной	Да	24 (40,0)	6 (50,0)	18 (37,5)
	Не думал об этом	12 (20,0)	3 (25,0)	9 (18,8)
	Нет	24 (40,0)	3 (25,0)	21 (43,7)
Значение $p$			0,5398	
Всегда ли Ваш цвет зубов был таким как сейчас (в настоящее время)	Да	12 (20,0)	3 (25,0)	9 (18,8)
	Не знаю	9 (15,0)	-	9 (18,8)
	Нет	39 (65,0)	9 (75,0)	30 (62,4)
Значение $p$			0,2781	
Есть ли у Вас привычка, влияющая на цвет зубов	Да (кофе, курение, чай, вино)	39 (65,0)	12 (100,0)	27 (56,2)
	Нет	21 (35,0)	-	21 (43,8)
Значение $p$			0,004911	
Ожидаете ли Вы изменения в вашей личной жизни после коррекции цвета зубов	Да	21 (35,0)	6 (50,0)	15 (31,25)
	Возможно	21 (35,0)	3 (25,0)	18 (37,5)
	Нет	18 (30,0)	3 (25,0)	15 (31,25)
Значение $p$			0,5185	
Ожидаете ли Вы изменения в карьере после коррекции цвета зубов	Да	19 (31,7)	-	19 (39,6)
	Нет	30 (50,0)	10 (83,3)	20 (41,6)
	Не знаю	11 (18,3)	2 (26,7)	9 (18,8)
Значение $p$			0,007019	

## Продолжение Таблицы 6

Вопрос	Варианты ответов	Частота ответов, абс. (%)		
		Всего	Мужчины	Женщины
		n = 60	n = 12	n = 48
Будете ли Вы чувствовать себя увереннее после процедуры отбеливания	Да	42 (70,0)	9 (75,0)	33 (68,8)
	Нет	6 (10,0)	3 (25,0)	3 (6,2)
	Не знаю	12 (20,0)	-	12 (25,0)
Значение p			0,03472	
Готовы ли Вы на длительное поддержание цвета зубов после их коррекции	Да	60 (100,0)	12 (100,0)	48 (100,0)
	Нет	-	-	-
Значение p			1,0	
Ожидаете ли Вы результат сразу после первого отбеливания	Да	55 (91,7)	10 (83,3)	45 (93,8)
	Не знаю	5 (8,3)	2 (26,7)	3 (6,2)
Значение p			0,2589	
В течение какого времени Вы готовы ходить на отбеливание и поддерживать результат	2 недели	3 (5,0)	-	3 (6,2)
	3 недели	7 (11,7)	-	7 (14,6)
	1 месяц	21 (35,0)	6 (50,0)	15 (31,25)
	2 месяца	3 (5,0)	-	3 (6,2)
	Сколько потребуется	16 (26,7)	6 (50,0)	10 (20,8)
	Не знаю	8 (13,3)	-	8 (16,7)
Значение p			0,1428	

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

### 3.2. Результаты клинического исследования

#### 3.2.1. Результаты оценки стоматологического статуса

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 (Таблица 7). Однако, достоверные отличия были получены при интерпретации индекса гигиены по уровням. 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, а также страхом пациентов травмировать десну и спровоцировать появление новых элементов.

В группе с заболеваниями ВНЧС наибольшее количество зубных отложений было отмечено в области зубов с аномалиями положения (в частности, в области ретированных и скученных зубов). Интересная тенденция наблюдалась в третьей группе: некоторые пациенты при проведении индивидуальной гигиены уделяли максимальное внимание вестибулярным поверхностям фронтальных зубов верхней челюсти, и, как следствие, зубные отложения в области данных зубов практически отсутствовали. В то же время, в области жевательных зубов и язычных поверхностей фронтальных зубов нижней челюсти количество зубного налета могло быть значительным. В целом, во всех трех группах большинству пациентов требовалась коррекция индивидуальной гигиены и индивидуальный подбор средств гигиены, соответствующий особенностям стоматологического статуса.

Таблица 7 – Гигиенический статус пациентов исследованных групп

	Группа 1 (n=53)	Группа 2 (n=48)	Группа 3 (n=49)	Значимость различий между группами
<b>Индекс ОНI-S</b>				
<b>Зубного налета</b>				
m±sd	1,15± 0,6	1,36 ± 0,5	0,68± 0,72	p=0,0791 <sup>1</sup>
Медиана [Q1; Q3]	1 [1; 2]	1 [1; 2]	1 [1; 1]	
<b>Зубного камня</b>				
m±sd	1,0 ± 0,8	1,07 ± 0,68	0,72± 0,53	p=0,7406 <sup>1</sup>
Медиана [Q1; Q3]	1 [1; 1]	1 [1; 1]	1 [1; 1]	
<b>Общий</b>				
m±sd	2,15 ± 0,72	2,43 ± 0,6	1,4± 0,63	p=0,0568 <sup>1</sup>
Медиана [Q1; Q3]	2 [2; 2]	2 [2; 3]	1 [1; 2]	

Продолжение Таблицы 7

	Группа 1 (n=53)	Группа 2 (n=48)	Группа 3 (n=49)	Значимость различий между группами
<b>Уровень гигиены, чел. (%)</b>				
Хороший	9 (17%)	4 (8%)	15 (30%)	p=0,0004998 <sup>2</sup>
Удовлетворительный	5 (9%)	2 (4%)	28 (57%)	
Неудовлетворительный	36 (68%)	35 (74%)	5 (10%)	
Плохой	3 (6%)	7(14%)	1(3%)	

<sup>1</sup> – по результатам теста Фридмана

<sup>2</sup> – по результатам точного теста Фишера

m±sd – среднее значение ± стандартное отклонение

Q1 – 25 процентиль

Q3 – 75 процентиль

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», в основном вследствие значительного разброса данных показателей внутри каждой группы (Таблица 8). При этом компонент «К» вносил наименьший вклад в значение индекса во всех группах, вероятно, в результате постоянного наблюдения пациентов стоматологами по поводу основных заболеваний и своевременного проведения лечения кариеса. Была отмечена тенденция в большей величине значения компонента «П» в третьей группе, так как часть реставраций была выполнена по эстетическим показаниям, по типу прямых композитных виниров. Кроме того, была отмечена тенденция к большим значениям компонента «У» в группе с заболеваниями ВНЧС. С одной стороны, отсутствие зубов приводит к окклюзионным нарушениям, которые могут спровоцировать развитие заболеваний ВНЧС. С другой стороны, парафункции жевательных мышц и травматическая окклюзия могут способствовать перегрузке отдельных зубов и возникновению отломов бугров и вертикальных трещин, что зачастую требует удаления.

Таблица 8 – Значение индекса КПУ у пациентов исследованных групп

	Группа 1 (n=53)	Группа 2 (n=48)	Группа 3 (n=49)	Значимость различий между группами
<b>Индекс КПУ</b>				
m±sd	15,6±7,6	18,3 ± 5,9	21,6±6,72	p=0,8761 <sup>1</sup>
Медиана [Q1; Q3]	15[12; 21]	18[11; 16]	22[13; 19]	
<b>Компонент «К»</b>				
m±sd	0,9±1,2	0,6 ±1,0	0,2± 0,7	p=0,0938 <sup>1</sup>
Медиана [Q1; Q3]	1 [0;1]	0[0; 1]	0[0; 1]	
<b>Компонент «П»</b>				
m±sd	11,0 ±3,7	15,1±4,8	20,2±4,53	p=0,7406 <sup>1</sup>
Медиана [Q1; Q3]	11[8; 15]	16[10; 19]	19[10; 22]	
<b>Компонент «У»</b>				
m±sd	3,7±2,1	2,6±2,2	1,2±2,63	p=0,0982 <sup>1</sup>
Медиана [Q1; Q3]	4 [2; 5]	3 [2; 4]	1 [1; 3]	

<sup>1</sup> – по результатам теста Фридмана

m±sd – среднее значение ± стандартное отклонение

Q1 – 25 перцентиль

Q3 – 75 перцентиль

При оценке пародонтального статуса пациентов с помощью индекса CPITN было выявлено, что у большинства пациентов групп 1 и 2 присутствовали пародонтальные карманы глубиной 4–5 мм (код 3), в то время как у пациентов группы 3 наиболее часто отмечали наличие кровоточивости при зондировании (код 1) и зубного камня (код 2), но глубина зондирования не превышала 3 мм (Таблица 9). Таким образом, пациентам всех групп в основном требовалось обучение индивидуальной гигиене полости рта и проведение профессионального удаления зубных отложений.

Таблица 9 – Результаты оценки пародонтологического статуса у пациентов исследованных групп

	Группа 1 (n=53)	Группа 2 (n=48)	Группа 3 (n=49)	Значимость различий между группами
<b>Индекс СРITN</b>				
m±sd	2,8±0,6	3,2 ± 0,7	2,1±0,7	p=0,0671 <sup>1</sup>
Медиана [Q1; Q3]	2,5[1; 3]	3[1; 4]	2[1; 3]	

<sup>1</sup> – по результатам теста Фридмана

m±sd – среднее значение ± стандартное отклонение

Q1 – 25 процентиль

Q3 – 75 процентиль

### 3.2.2. 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 определенным с помощью опросника Спилбергера-Ханина (Таблица 10).

Таблица 10 – 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
<b>Уровень ЛТ, чел. (%)</b>				
Низкий	5 (9%)	7 (15%)	5 (10%)	p=0,8591 <sup>1</sup>
Средний	44 (83 %)	39 (81%)	42 (86%)	
Высокий	4 (8 %)	2 (4%)	2 (4%)	
<b>Балл ЛТ</b>				
m±sd	35,92 ± 6,56	35,2±5,2	34,63±5,95	p=0,3745 <sup>2</sup>
Медиана [Q1; Q3]	35 [31; 39]	33,5 [31; 39]	32 [31; 38]	
<b>Уровень РТ, чел. (%)</b>				
Низкий	-	-	-	p=0,1675 <sup>1</sup>
Средний	46 (87%)	41 (85%)	47 (95,9%)	
Высокий	7 (13 %)	7 (15%)	2 (4,1%)	



## Продолжение Таблицы 10

	Группа 1 (n=53)	Группа 2 (n=48)	Группа 3 (n=49)	Значимость различий между группами
<b>Балл РТ</b>				
m±sd	37,74 ± 7,10	37,5±6,8	36,24±5,31	
Медиана [Q1; Q3]	35 [32 ; 42]	35 [32; 43,3]	35 [32; 41]	p=0,7647 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> – по результатам точного теста Фишера

<sup>2</sup> – по результатам теста Фридмана

ЛТ – личностная тревожность

РТ – реактивная тревожность

Q1 – 25 процентиль

Q3 – 75 процентиль

В то же время, 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 (Таблица 11).

Таблица 11 – Результаты оценки уровня тревожности по шкале Бека у пациентов исследованных групп

	Группа 1 (n=53)	Группа 2 (n=48)	Группа 3 (n=49)	Значимость различий между группами
<b>Степень тревожности, чел. (%)</b>				
Низкая	-	-	-	p<0,001 <sup>1</sup>
Средняя	16 (30,2 %)	19(39,6 %)	35 (71%)	
Высокая	37 (69,8 %)	29 (60,4 %)	14 (29%)	
<b>Балл</b>				
m±sd	41,2 ± 11,2 <sup>a</sup>	39,7 ± 11,0 <sup>a</sup>	32,8 ± 6,6 <sup>b</sup>	
Медиана [Q1; Q3]	40 [33; 50]	38,5 [32,5; 45]	33 [29; 37]	p<0,01 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> – по результатам точного теста Фишера

<sup>2</sup> – по результатам Фридмана

<sup>a,b</sup>-по результатам попарного сравнения с помощью теста Манна-Уитни

m±sd – среднее значение ± стандартное отклонение

Q1 – 25 процентиль

Q3 – 75 процентиль

Наиболее выраженное снижение качества жизни, связанного со здоровьем полости рта, было зафиксировано в группе с заболеваниями ВНЧС ( $24,7 \pm 3,2$ ), затем в группе с заболеваниями СОР ( $17,0 \pm 5,1$ ); в группе пациентов с нарушением эстетических параметров зубов КЖ было нарушено минимально ( $5,9 \pm 1,9$ ) (Таблица 12).

Таблица 12 – Качество жизни, связанное со здоровьем полости рта пациентов исследованных групп по результатам опросника ОНПР-14

Вопросы ОНПР-14	Группа 1 (n=53)	Группа 2 (n = 48)	Группа 3 (n=49)	Значимость различий между группами <sup>1</sup>
1. Затруднение при произношении слов	$0,89 \pm 0,72$ 1 [0;1]	$0 \pm 0$ 0 [0; 0]	$0 \pm 0$ 0 [0; 0]	$p < 0,01$
2. Потеря вкуса к пище	$1,28 \pm 0,6^a$ 1 [1;2]	$1,25 \pm 0,76^a$ 1 [1; 1]	$0 \pm 0^b$ 0 [0; 0]	$p < 0,01$
3. Болевые ощущения во рту	$3,45 \pm 0,89^a$ 4 [3;4]	$2,99 \pm 0,84^a$ 3 [2; 4]	$0,2 \pm 0,4^b$ 0 [0; 0]	$p < 0,01$
4. Затруднение приема пищи	$3,38 \pm 0,79^a$ 4 [3;4]	$3,00 \pm 1,09^a$ 3[2; 4]	$0,1 \pm 0,3^a$ 0 [0; 0]	$p < 0,01$
5. Неудобства для жизни	$3,26 \pm 0,94^a$ 3 [3; 4]	$1,40 \pm 0,92^b$ 1 [1; 2]	$0,3 \pm 0,8^c$ 0 [0; 0]	$p < 0,01$
6. Напряженность в жизни	$3,13 \pm 0,71^a$ 3 [3; 4]	$1,22 \pm 0,66^b$ 1 [1; 2]	$1,1 \pm 0,5^b$ 1 [1; 1]	$p < 0,01$
7. Неудовлетворительное питание	$1,81 \pm 0,52^a$ 2 [2; 2]	$1,13 \pm 0,33^b$ 1 [1; 1]	$0 \pm 0^c$ 0 [0; 0]	$p < 0,01$
8. Прерывание приема пищи	$1,66 \pm 0,65^a$ 2 [1; 2]	$1,48 \pm 0,58^a$ 1 [1; 2]	$0 \pm 0^b$ 0 [0; 0]	$p < 0,01$
9. Влияние на отдых и расслабление	$1,98 \pm 0,93^a$ 2 [1; 3]	$1,48 \pm 0,79^b$ 1 [1; 2]	$1,9 \pm 1,1^a$ 2 [1; 3]	$p = 0,01303$
10. Неловкое положение в обществе	$1,28 \pm 0,57^a$ 1 [1; 2]	$0,94 \pm 0,48^b$ 1 [1; 1]	$1,3 \pm 0,6^a$ 1 [1; 2]	$p = 0,002778$
11. Повышенная раздражительность при общении с людьми?	$0,91 \pm 0,71$ 1 [0; 1]	$0,94 \pm 0,56$ 1 [1; 1]	$0,8 \pm 0,6$ 1 [0; 1]	$p = 0,5389$
12. Затруднения в обычной работе	$0,21 \pm 0,41^a$ 0 [0; 0]	$0,04 \pm 0,20^b$ 0 [0; 0]	$0 \pm 0^b$ 0 [0; 0]	$p = 0,000419$

## Продолжение Таблицы 12

Вопросы ОНП-14	Группа 1 (n=53)	Группа 2 (n = 48)	Группа 3 (n=49)	Значимость различий между группами <sup>1</sup>
13. Жизнь становится менее интересной	1,11 ± 0,42 <sup>a</sup> 1 [1; 1]	1,13 ± 0,39 <sup>a</sup> 1 [1; 1]	0 ± 0 <sup>b</sup> 0 [0; 0]	p<0,01
14. Из-за проблем приходится полностью «выпадать из жизни»	0,34 ± 0,48 <sup>a</sup> 0 [0; 1]	0,04 ± 0,20 <sup>b</sup> 0 [0; 0]	0,1 ± 0,3 <sup>b</sup> 0 [0; 0]	p<0,01
Итого	24,7 ± 3,2 <sup>a</sup> 24 [22; 27]	17,0 ± 5,1 <sup>b</sup> 16 [13; 20,3]	5,9 ± 1,9 <sup>c</sup> 6 [5; 7]	p<0,01

<sup>1</sup> – по результатам точного теста Фишера

<sup>2</sup> – по результатам теста Фридмана

<sup>a,b,c</sup> – по результатам попарного сравнения с помощью теста Манна-Уитни

m±sd – среднее значение ± стандартное отклонение

Q1 – 25 перцентиль

Q3 – 75 перцентиль

КЖ – качество жизни

Степень выраженности болевого синдрома по ВАШ была достоверно выше в группе с заболеваниями ВНЧС по сравнению с группой с заболеваниями СОР. В группе пациентов, проходящих коррекцию эстетических параметров зубов данный показатель не определяли (Таблица 13).

Таблица 13 – 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
<b>Значение по ВАШ, мм</b>				
m±sd	43,6±11,6	34,6±11,1	-	p=0,00015 <sup>1</sup>
Медиана [Q1; Q3]	43 [34; 50]	32 [27; 40,25]	-	
min-max	23–71	17–59		

<sup>1</sup> – по результатам теста Манна-Уитни

m±sd – среднее значение ± стандартное отклонение

Q1 – 25 перцентиль

Q3 – 75 перцентиль

КЖ – качество жизни

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 ВНЧС (Таблица 14). Однако, эта тенденция не достигла уровня статистической значимости ( $p=0,076$ ). По отдельным вопросам данной шкалы не было зафиксировано значимых отличий между группами за исключением вопроса 8: формирование чувства ущербности было более характерно для пациентов с заболеваниями ВНЧС.

Таблица 14 – Результаты самооценки социальной значимости болезни пациентами исследованных групп по опроснику Сердюка

Сфера социального статуса	Группа 1 (n=53)	Группа 2 (n=48)	Группа 3 (n=49)	Значимость различий между группами
1. Ограничение ощущения силы и энергии	1,87 ± 1,02 1 [1;3]	1,60 ± 0,92 1 [1; 2]	-	p=0,16
2. Ухудшение отношения к больному в семье	2,81 ± 0,83 3 [2;3]	2,77 ± 0,78 3 [2; 3]	-	p=0,99
3. Ограничение удовольствий	2,81 ± 0,94 3 [2;4]	2,73 ± 1,07 3 [2; 4]	-	p=0,75
4. Ухудшение отношения к больному на работе	2,04 ± 0,73 2 [2;2]	1,92 ± 0,82 2 [1;2,25]	-	p=0,39
5. Ограничение свободного времени	1,43 ± 0,57 1 [1;2]	1,46 ± 0,54 1 [1; 2]	-	p=0,74
6. Ограничение карьеры	1,62 ± 0,69 2 [1;2]	1,72 ± 0,66 2 [1; 2]	-	p=0,56
7. Снижение физической привлекательности	1,66 ± 0,73 2 [1;2]	1,63 ± 0,76 1 [1; 2]	-	p=0,74
8. Формирование чувства ущербности	2,43 ± 1,17 2 [1; 3]	1,58 ± 0,58 2 [1; 2]	-	p=0,00018
9. Ограничение общения	1,98 ± 0,64 2 [2; 2]	2,06 ± 0,70 2 [2; 3]	-	p=0,54
10. Материальный ущерб	1,26 ± 0,45 1 [1; 2]	1,21 ± 0,41 1 [1; 1]	-	p=0,52
Итого	19,92±3,53 20 [18; 22]	18,65 ± 3,26 18 [16; 21]	-	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 15. В группе 1 практически равное число пациентов объяснили свой отказ отсутствием времени, финансовой возможности и необходимости в такой работе. Более половины пациентов из группы 2 и абсолютное большинство пациентов из группы 3 не считали психологическое сопровождение необходимым в их случае. Интересно, что работа с психологом может повлиять на оценку результата проведенного отбеливания. Так, на Рисунках 6 и 7 представлены клинические случаи, демонстрирующие значительное изменение цвета зубов после отбеливания. Однако, пациент, представленный на Рисунке 7, остался результатом недоволен (он счел беседу с психологом ненужной), а пациент, представленный на Рисунке 6, результатом отбеливания остался доволен (он обращался за психологической поддержкой).

Таблица 15 – 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%)	

При этом только во второй группе (с заболеваниями СОР) некоторые пациенты негативно относились к работе с психологом. Вероятно, это было связано с тем, что пациенты данной группы были старше, чем пациенты групп 1 и 3 (средний возраст 60 лет).



Рисунок 6 – Пациент К., 28 лет (прошел собеседование с психологом), отбеливание зубов проведено с применением лампы «Zoom». Результат отбеливания его удовлетворил, при том, что на фотографии после процедуры видна неравномерность полученного оттенка, хотя в целом он светлее исходного (до процедуры – А3, после процедуры – А1)



Рисунок 7 – Пациент Р., 25 лет (от психологической помощи отказался). Результатом отбеливания не удовлетворен, так как после процедуры появились слабо выраженные меловидные пятна резцовой трети коронковых частей зубов, что характерно для легкой степени флюороза. В целом осветление значительно

### **3.2.3. Результаты лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава в подгруппах с психологической поддержкой и без психологической поддержки**

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 значимо после проведенного лечения (Таблица 16). В то же время, после проведенного лечения реактивная тревожность значимо 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 значимо 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 (Таблица 17). Балл по шкале тревожности значимо 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 ( $p=0,3789$ ).



Таблица 16 – Динамика уровня тревожности по опроснику Спилбергера-Ханина у пациентов группы 1 до и после лечения

	С психологическим сопровождением (n =36)			Без психологического сопровождения (n =17)		
	До	После	Δ	До	После	Δ
<b>Уровень ЛТ, чел. (%)</b>						
Низкий	5 (14%)	6 (16,7%)		-	1 (6%)	
Средний	29 (80,5%)	28 (77,8%)		15 (88%)	14 (82%)	
Высокий	2 (5,5%)	2 (5,5%)		2 (12%)	2 (12%)	
Значимость отличий	p=1,0 <sup>1</sup>			p=1,0 <sup>1</sup>		
<b>Балл ЛТ</b>						
m±sd	35,5±6,9	35,3±6,5	0,3±1,5	36,8±5,8	37,8±6,0	-1,0±1,6
Медиана [Q1; Q3]	35 [31; 39]	34 [31; 39]	0 [0; 0]	37 [31; 41]	38 [32; 30]	-1 [-1; 0]
	p=0,3859 <sup>2</sup>			p=0,2004 <sup>2</sup>		p=0,01086
<b>Уровень РТ, чел. (%)</b>						
Низкий	-	10 (28%)		-	2 (12%)	
Средний	32 (89%)	26 (72%)		14 (82%)	14 (82%)	
Высокий	4 (11%)	-		3 (18%)	1 (6%)	
Значимость отличий	p=0,1088094 <sup>1</sup>			p=1,0 <sup>1</sup>		
<b>Балл РТ</b>						
m±sd	37,6±7,3	32,8±4,9	5,3±6,2	37,9±6,9	36,6±5,0	1,4±6,1
Медиана [Q1; Q3]	35 [31,8;42,3]	32 [30; 34]	3,5 [0; 8]	36 [32; 41]	35 [32; 42]	1 [-1; 6]
	P<0,0001 <sup>2</sup>			p=0,22 <sup>2</sup>		p=0,08889 <sup>3</sup>

<sup>1</sup> – по результатам точного теста МакНемара

<sup>2</sup> – по результатам теста Уилкоксона между показателями до лечения и после лечения в каждой подгруппе

<sup>3</sup> – по результатам теста Манна-Уитни между разницей баллов в подгруппах

ЛТ – личностная тревожность

РТ – реактивная тревожность

Q1 – 25 перцентиль

Q3 – 75 перцентиль

Распределение по уровню тревожности не отличалось значимо 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%.

Таблица 17 – Динамика уровня тревожности по опроснику Бека у пациентов группы 1 до и после лечения

	С психологическим сопровождением (n=36)			Без психологического сопровождения (n=17)		
	До	После	Δ	До	После	Δ
<b>Степень тревожности, чел. (%)</b>						
Низкая	-	5 (14%)		-	1 (6%)	
Средняя	9 (25%)	27 (75%)		7 (41%)	6 (35%)	
Высокая	27 (75%)	4 (11%)		10 (59%)	10 (59%)	
Значимость отличий	P<0,001 <sup>1</sup>			p=0,6547208 <sup>1</sup>		
<b>Балл</b>						
m±sd	41,8±10,5	26,5±8,2	15,3±9,3	39,9±12,7	37,5±10,2	2,4±9,5
Медиана [Q1; Q3]	40,5 [37,8;46,8]	23 [22,8;31,3]	14 [7,8;21,3]	39[29; 50]	37 [31; 43]	0 [-3; 8]
	p<0,0001 <sup>2</sup>			p=0,3789 <sup>2</sup>		
				P<0,001 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> – по результатам точного теста МакНемара

<sup>2</sup> – по результатам теста Уилкоксона между показателями до лечения и после лечения в каждой подгруппе

<sup>3</sup> – по результатам теста Манна-Уитни между разницей баллов в подгруппах

ЛТ – личностная тревожность

РТ – реактивная тревожность

Q1 – 25 перцентиль

Q3 – 75 перцентиль

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 (Таблица 18) в среднем на 5 пунктов, однако не достигшая уровня статистической значимости ( $p=0,05551$ ).

Таблица 18 – Динамика выраженности болевого синдрома у пациентов группы 1 (с заболеваниями ВНЧС) по визуально-аналоговой шкале до и после проведенного лечения

	С психологическим сопровождением (n=36)			Без психологического сопровождения (n=17)		
	До	После	Δ	До	После	Δ
Значение по ВАШ, баллы	43±11 43 [34,8; 49,3] <sup>a</sup>	33±7 34 [27; 38] <sup>A</sup>	10±10 9 [2; 18]	44±12 45 [32; 55] <sup>a</sup>	39±12 43 [31; 49] <sup>B</sup>	5±10 5 [-1; 10]
Значимость отличий	$P<0,001^1$			$p=0,05551^1$		$p=0,09509^2$

<sup>1</sup> – по результатам теста

<sup>2</sup> – по результатам теста

a,b,c,d,e – достоверность отличий между группами до лечения

A,B,C,D,E – достоверность отличий между группами после лечения

До начала терапии не было зафиксировано достоверных отличий по пунктам опросника оценки качества жизни, связанного со здоровьем полости рта, между подгруппами (Таблица 19). 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 (вопросы 3, 4 и 5). 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 значительно, не было выявлено выраженных достоверных улучшений по конкретным подразделам. Достоверные изменения в указанной подгруппе наблюдали по качеству жизни целом и связанному с болевыми ощущениями; тенденцию наблюдали по улучшению качества жизни, связанного затруднительным приемом пищи, напряженностью в жизни, с неудовлетворительным питанием и прерыванием приема пищи.

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 (Таблица 20). 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.

Таблица 19 – Оценка качества жизни пациентов, исследованных группы 1 (с заболеваниями ВНЧС) по опроснику ОНПР-14 до и после проведенного лечения

Вопросы ОНПР-14	С психологическим сопровождением (n=36)			Без психологического сопровождения (n=17)		
	До	После	Δ	До	После	Δ
1. Затруднения при произношении слов	0,9±0,8 1 [0;1] <sup>a</sup>	0,6±0,6 0 [0; 0] <sup>A</sup> (p=0,006008)*	0,3±0,6 0 [0; 1]	0,8±0,6 1 [0;1] <sup>a</sup>	0,8±0,5 0 [0; 0] <sup>A</sup> (p=1,0)	0,0±0,8 0 [0; 1] (p=0,0793)
2. Потеря вкуса к пище	1,3±0,6 1 [1; 2] <sup>a</sup>	0,9±0,5 1 [1; 1] <sup>A</sup> (p=0,00223)	0,5±0,8 0 [0; 1]	1,2±0,5 1 [1; 1] <sup>a</sup>	1,1±0,6 1 [1; 1] <sup>A</sup> (p=0,7768)	0,1±0,6 0 [0; 0] (p=0,09827)
3. Болевые ощущения во рту	3,5±0,9 4 [3; 4] <sup>a</sup>	2,3±1,0 1 [1; 2] <sup>A</sup> (p<0,001)	1,3±0,8 1 [0; 2]	3,4±0,9 3 [3; 4] <sup>a</sup>	2,8±1,1 3 [2; 3] <sup>A</sup> (p=0,122)	0,5±1,3 0 [0; 1] (p=0,0313)
4. Затруднение приема пищи	3,5±0,7 4 [3; 4] <sup>a</sup>	2,1±0,9 2 [1; 2] <sup>A</sup> (p<0,001)	1,4±1,0 2 [0; 2]	3,2±1,0 4 [2; 4] <sup>a</sup>	2,6±0,9 2 [2; 3] <sup>B</sup> (p=0,05676)	0,5±0,9 0 [0; 1] (p=0,004592)
5. Неудобства для жизни	3,1±0,9 3 [3; 4] <sup>a</sup>	2,3±1,2 2 [2; 3] <sup>A</sup> (p=0,01788)	0,9±1,2 1 [0; 2]	3,2±1,1 3 [3; 4] <sup>a</sup>	3,0±0,9 3 [2; 4] <sup>B</sup> (p=0,2031)	0,2±0,7 0 [0; 0,3] (p=0,0001662)
6. Напряженность в жизни	3,1±0,8 3 [3; 4] <sup>a</sup>	1,5±0,8 1 [1;2] <sup>A</sup> (p<0,001)	1,6±1,2 2 [1; 2]	3,2±0,6 3 [3; 4] <sup>a</sup>	2,9±0,8 3 [3; 3] <sup>B</sup> (p=0,08897)	0,3±0,6 0 [0; 0] (p<0,001)
7. Неудовлетворительное питание	1,8±0,6 2 [1,75; 2] <sup>a</sup>	1,1±0,8 1 [1;2] <sup>A</sup> (p<0,001)	0,7±0,8 1 [0; 1]	1,8±0,4 2 [2; 2] <sup>a</sup>	1,4±0,8 1 [1;2] <sup>A</sup> (p=0,07076)	0,4±0,7 0 [0; 1] (p= 0,4827)

Продолжение Таблицы 19

Вопросы ОНП-14	С психологическим сопровождением (n=36)			Без психологического сопровождения (n=17)		
	До	После	Δ	До	После	Δ
8. Прерывание приема пищи	1,7±0,6 2 [1; 2] <sup>a</sup>	1,3±0,6 1 [1; 2] <sup>A</sup> (p=0,005727)	0,4±0,7 0 [0; 1]	1,6±0,7 1 [1; 2] <sup>a</sup>	1,3±0,6 1 [1; 2] <sup>A</sup> (p=0,09467)	0,4±0,7 0 [0; 0] (p=0,8227)
9. Влияние на отдых и расслабление	1,9±0,9 2 [1; 3] <sup>a</sup>	1,1±0,7 1 [1; 1] <sup>A</sup> (p<0,001)	0,8±0,9 1 [0; 1]	2,2±1,0 2 [2; 3] <sup>a</sup>	1,9±0,9 2 [2; 2] <sup>B</sup> (p=0,2402)	0,2±0,8 0 [0; 1] (p=0,0436)
10. Неловкое положение в обществе	1,3±0,6 1 [; 2] <sup>a</sup>	0,8±0,5 1 [0; 1] <sup>A</sup> (p<0,001)	0,5±0,7 0 [0; 1]	1,2±0,4 1 [1; 1] <sup>a</sup>	1,1±0,6 1 [1; 1] <sup>A</sup> (p=0,3458)	0,1±0,3 0 [0; 0] (p=0,02719)
11. Повышенная раздражительность при общении с людьми	0,9±0,7 1 [0; 1] <sup>a</sup>	0,8±0,6 1 [0; 1] <sup>A</sup> (p=0,1736)	0,1±0,4 0 [0; 0,3]	0,9±0,7 1 [1; 1] <sup>a</sup>	0,6±0,5 1 [0; 1] <sup>B</sup> (p=0,1736)	0,2±0,6 0 [0; 0] (p=0,3318)
12. Затруднения в обычной работе	0,2±0,4 0 [0; 0] <sup>a</sup>	0,1± 0,4 0 [0; 0] <sup>A</sup> (p=0,7656)	0,1± 0,4 0 [0; 0]	0,3±0,5 0 [0; 1] <sup>a</sup>	0,5±0,5 0 [0; 1] <sup>B</sup> (p=0,233)	-0,2±0,5 0 [0; 0] <sup>a</sup> (p=0.1109)
13. Жизнь становится менее интересной	1,2±0,4 1 [1; 1] <sup>a</sup>	1,0±0,4 1 [1; 1] <sup>A</sup> (p=0,233)	0,1±0,4 0 [0; 0]	1,1±0,4 1 [1; 1] <sup>a</sup>	1,1±0,5 1 [1; 1] <sup>A</sup> (p=0,7728)	0,1±0,4 0 [0; 0] (p=0,8541)
14. Из-за проблем приходится полностью «выпадать из жизни»	0,4±0,5 0 [0; 1] <sup>a</sup>	0,3± 0,5 0 [0; 1] <sup>A</sup> (p=0,07186)	0,1±0,3 0 [0; 0]	0,2±0,4 0 [0; 0] <sup>a</sup>	0,2± 0,4 0 [0; 0] <sup>A</sup> (p=1,0)	0,1±0,2 0 [0; 0] <sup>a</sup> (p=0,5597)

## Продолжение Таблицы 19

Вопросы ОНП-14	С психологическим сопровождением (n=36)			Без психологического сопровождения (n=17)		
	До	После	Δ	До	После	Δ
Итого	24,8±3,3 24 [22; 27] <sup>a</sup>	15,8±4,4 15 [13,8; 19] <sup>A</sup> (p<0,001)	9,1±3,8 9 [6; 10]	24,4±3,1 25 [22; 26] <sup>a</sup>	21,5±2,9 22 [19; 22] <sup>B</sup> (p=0,002997)	2,9±3,0 3 [0; 4] (p=p<0,001)

\* – в скобках приведена достоверность отличий внутри каждой группы после лечения по сравнению с изначальным показателем

a,b,c,d,e – достоверность отличий между группами до лечения

A,B,C,D,E – достоверность отличий между группами после лечения

NA – невозможно рассчитать уровень достоверности

Таблица 20 – Оценка качества жизни пациентов группы 1 (с заболеваниями ВНС) по подразделам опросника ОНП-14 до и после проведенного лечения

Подразделы ОНП-14	С психологическим сопровождением (n=36)			Без психологического сопровождения (n=17)		
	До	После	Δ	До	После	Δ
Функциональные нарушения (вопросы 1 и 2)	2,3±1,0 2 [1; 3] <sup>a</sup>	1,5±0,8 1 [1; 2] <sup>A</sup> (p<0,001)	0,8±1,0 0 [0; 1,3]	2,0±0,7 2 [2; 2] <sup>a</sup>	1,9±0,8 2 [1; 3] <sup>A</sup> (p=0,9015)	0,1±1,2 0 [-1; 1] (p=0,08361)
Физическая боль (вопросы 3 и 4)	7,0±1,2 7 [6; 8] <sup>a</sup>	4,3±1,5 4 [3; 5] <sup>A</sup> (p<0,001)	2,7±1,2 3 [2; 3]	6,5±1,6 7 [6; 8] <sup>a</sup>	5,5±1,7 6 [4; 6] <sup>B</sup> (p=0,03991)	1,1±1,8 0 [0; 2] (p=0,002311)
Психологический дискомфорт (вопросы 5 и 6)	6,4±1,1 6 [6; 7] <sup>a</sup>	3,8±1,2 4 [3; 4,3] <sup>A</sup> (p<0,001)	2,6±1,4 2 [2; 4]	6,5±1,3 7 [6; 7] <sup>a</sup>	5,9±1,3 6 [5; 7] <sup>B</sup> (p=0,04033)	0,5±0,9 0 [0; 1] (p<0,001)
Физические ограничения (вопросы 7 и 8)	3,5±0,9 3 [3; 4] <sup>a</sup>	2,4±1,0 2 [2; 3] <sup>A</sup> (p<0,001)	1,1±1,1 1 [0; 2]	3,4±0,7 3 [3; 4] <sup>a</sup>	2,7±1,4 3 [2; 4] <sup>A</sup> (p=0,03256)	0,7±1,2 0 [0; 1] (p=0,1795)
Психические ограничения (вопросы 9 и 10)	3,2±1,2 3 [2; 4] <sup>a</sup>	1,9±0,8 2 [1; 2] <sup>A</sup> (p<0,001)	1,3±1,2 1 [0; 2]	3,4±1,2 4 [3; 4] <sup>a</sup>	3,1±1,2 3 [2; 4] <sup>B</sup> (p=0,1236)	0,4±0,9 0 [0; 1] (p=0,004839)
Социальные ограничения (вопросы 11 и 12)	1,1±0,8 1 [1; 1,3] <sup>a</sup>	0,9±0,7 1 [0,8; 1] <sup>A</sup> (p=0,1521)	0,1±0,5 0 [0; 0]	1,2±0,9 1 [1; 2] <sup>a</sup>	1,1±0,9 1 [0; 2] <sup>B</sup> (p=0,8211)	0,1±0,8 0 [0; 0] (p=0,5641)
Инвалидизация (вопросы 13 и 14)	1,5±0,6 1,5 [1; 2] <sup>a</sup>	1,3±0,6 1 [1; 2] <sup>A</sup> (p=0,04183)	0,2±0,5 0 [0; 0]	1,4±0,5 1 [1; 2] <sup>a</sup>	1,3±0,6 1 [1; 2] <sup>A</sup> (p=0,4237)	0,1±0,5 0 [0; 0] (p=0,7146)



## Продолжение Таблицы 20

Подразделы ОНIP-14	С психологическим сопровождением (n=36)			Без психологического сопровождения (n=17)		
	До	После	Δ	До	После	Δ
Итого	24,8±3,3 24 [22; 27] <sup>a</sup>	15,8±4,4 15 [13,8; 19] <sup>A</sup> (p<0,001)	9,1±3,8 9 [6; 10]	24,4±3,1 25 [22; 26] <sup>a</sup>	21,5±2,9 22 [19; 22] <sup>B</sup> (p=0,002997)	2,9±3,0 3 [0; 4] (p=p<0,001)

\* – в скобках приведена достоверность отличий внутри каждой группы после лечения по сравнению с изначальным показателем

a,b,c,d,e – достоверность отличий между группами до лечения

A,B,C,D,E – достоверность отличий между группами после лечения

Согласно результатам опроса, проведенного на основании опросника Сердюка, самооценка социальной значимости болезни не отличалась достоверно между группами на начальном этапе исследования. Наибольшее значение пациенты придавали влиянию болезни на ограничение удовольствий, ухудшение отношения в кругу семьи и формированию чувства ущербности. В то же время, после проведенного лечения в группе с психологическим сопровождением отмечалось достоверное снижение социальной значимости болезни практически по всем подразделам опросника. Вероятно, это было связано отчасти с эффектом от терапии основного заболевания, отчасти с изменением самого отношения к болезни и ее значимости благодаря проведенной психологической работе. В группе без психологического сопровождения было показано снижение влияния заболевания на отношение к больному в семье и ограничение удовольствий. В то же время после завершения лечения пациенты отмечали более выраженное влияние болезни на материальное положение, что, по всей видимости, связано с достаточно высокой стоимостью обследования и лечения (Таблица 21).

Необходимо отметить важное влияние психологического сопровождения на способность пациентов 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 ( $p=0,007568$ ). Чрезвычайная важность психологической поддержки определяется тем, что лечение заболеваний ВНЧС является длительным, затратным по времени и финансам, а на начальных этапах зачастую наблюдается некоторое усиление симптомов вместо ожидаемого облегчения (Таблица 22).

Таблица 21 – Результаты самооценки социальной значимости болезни пациентами группы 1 по опроснику Сердюка до и после лечения

Сфера социального статуса	С психологическим сопровождением (n=36)			Без психологического сопровождения (n=17)		
	До	После	Δ	До	После	Δ
1. Ограничение ощущения силы и энергии	1,9±1,1 1 [1; 3] <sup>a</sup>	1,1±0,4 1 [1; 1] <sup>A</sup> (p<0,001)	0,8±1,1 0 [0; 2]	1,8±1,0 2 [1; 2] <sup>a</sup>	1,5±0,6 1 [1; 2] <sup>B</sup> (p=0,1696)	0,4±0,9 0 [0; 0] (p=0,1752)
2. Ухудшение отношения к больному в семье	2,8±0,8 3 [2; 3] <sup>a</sup>	1,3±0,5 1 [1; 2] <sup>A</sup> (p<0,001)	1,5±1,0 1,5 [1; 2]	2,8±0,9 3 [2; 3] <sup>a</sup>	2,2±0,8 2 [2; 3] <sup>B</sup> (p=0,03709)	0,6±1,0 0 [0; 1] (p=0,003535)
3. Ограничение удовольствий	2,7±1,0 2 [2; 4] <sup>a</sup>	1,9±1,0 2 [1; 2] <sup>A</sup> (p<0,001)	0,8±1,1 0 [0; 2]	3,0±0,9 3 [2; 4] <sup>a</sup>	2,6±1,0 3 [2; 3] <sup>B</sup> (p=0,07076)	0,4±0,7 0 [0; 1] (p=0,2472)
4. Ухудшение отношения к больному на работе	2,1±0,7 2 [2; 2,3] <sup>a</sup>	1,2±0,4 2 [1; 2] <sup>A</sup> (p<0,001)	0,9±0,8 1 [0; 1]	1,9±0,8 2 [1; 2] <sup>a</sup>	1,6±0,7 2 [1; 2] <sup>B</sup> (p=0,3046)	0,2±0,9 0 [0; 1] (p=0,01084)
5. Ограничение свободного времени	1,4±0,5 1 [1; 2] <sup>a</sup>	1,6±0,6 2 [1; 2] <sup>A</sup> (p=0,008334)	-0,3±0,5 0 [0; 0]	1,5±0,6 1 [1; 2] <sup>a</sup>	1,7±0,6 2 [1; 2] <sup>A</sup> (p=0,233)	-0,2±0,5 0 [0; 0] (p=0,7699)
6. Ограничение карьеры	1,6±0,6 1 [1; 2] <sup>a</sup>	1,5±0,6 1 [1; 2] <sup>A</sup> (p=0,1489)	0,1±0,3 0 [0; 0]	1,8±0,8 2 [1; 2] <sup>a</sup>	1,6±0,8 1 [1; 2] <sup>A</sup> (p=0,3458)	0,1±0,3 0 [0; 0] (p=0,7067)
7. Снижение физической привлекательности	1,6±0,6 1,5 [1; 2] <sup>a</sup>	1,4±0,5 1 [1; 2] <sup>A</sup> (p=0,01073)	0,2±0,4 0 [0; 0]	1,8±0,9 2 [1; 3] <sup>a</sup>	1,7±0,8 1 [1; 2] <sup>A</sup> (p=0,3458)	0,1±0,3 0 [0; 0] (p=0,5004)

Продолжение Таблицы 21

Сфера социального статуса	С психологическим сопровождением (n=36)			Без психологического сопровождения (n=17)		
	До	После	Δ	До	После	Δ
8. Формирование чувства ущербности	2,6±1,2 2,5 [2; 4] <sup>a</sup>	1,9±1,2 1,5 [1; 2] <sup>A</sup> (p<0,001)	0,7±0,9 0 [0; 2]	2,1±1,1 2 [1; 3] <sup>a</sup>	1,9±1,0 2 [1; 2] <sup>A</sup> (p=0,3711)	0,2±0,5 0 [0; 0] (p=0,02969)
9. Ограничение общения	2,0±0,6 2 [2; 2] <sup>a</sup>	1,6±0,6 2 [1; 2] <sup>A</sup> (p<0,001)	0,4±0,6 0 [0; 1]	1,9±0,7 2 [1; 2] <sup>a</sup>	1,7±0,7 2 [1; 2] <sup>A</sup> (p=0,233)	0,2±0,5 0 [0; 0] (p=0,1295)
10. Материальный ущерб	1,3±0,5 1 [1; 2] <sup>a</sup>	1,5±0,5 1 [1; 1,3] <sup>A</sup> (p=0,005962)	-0,2±0,4 0 [0; 0]	1,5±0,5 1 [1; 1] <sup>a</sup>	1,3±0,6 1 [1; 2] <sup>A</sup> (p=0,01966)	-0,4±0,5 0 [-1; 0] (p=0,3244)
Итого	20,0±3,8 19,5 [17,8; 22,3] <sup>a</sup>	15,1±2,8 15 [13; 16,3] <sup>A</sup> (p<0,001)	4,9±2,6 5 [3,8; 6,5]	19,8±2,9 20 [18; 21] <sup>a</sup>	18,2±3,1 17 [17; 20] <sup>B</sup> (p=0,00466)	1,6±1,8 2 [1; 2] (p<0,001)

Таблица 22 – Оценка достижения целей лечения/завершенности лечения пациентами группы 1 (с заболеваниями ВНЧС) по результатам опроса лечащих врачей

Достижение целей лечения	<b>С психологическим сопровождением (n=36)</b>	<b>Без психологического сопровождения (n=17)</b>	<b>Значимость отличий*</b>
Достигнуты полностью	4 (11%)	1 (6%)	p = 0,007568
Достигнуты частично	26 (72%)	6 (35%)	
Не достигнуты	6 (17%)	10 (59%)	

\* – по результатам точного теста Фишера

Таким образом, в группе с заболеваниями ВНЧС было достигнуто улучшение у 80% пациентов группы с психологическим сопровождением и у 40% пациентов без такового. При этом проведение психологической коррекции в сочетании со стоматологическим лечением позволило достичь снижения тревожности, лучшей приверженности лечению, снижению выраженности болевого синдрома, снижению влияния болезни на различные сферы жизни, более выраженному повышению качества жизни, связанного со здоровьем полости рта (общего балла, а также по подразделам физической боли, психологического дискомфорта и психологических ограничений).

#### ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стресс является причиной возникновения и прогрессирования соматических и нервно-психических заболеваний. Еще сложнее выглядит клиническая картина, если пациент имеет расстройства поведения или психики. Для обеспечения оптимальных условий работы врача были проведены многочисленные исследования психотипов личности с целью возможной коррекции психоэмоционального стресса при стоматологических вмешательствах. Стресс, испытываемый пациентом, влияет также и на работу врача, снижая качество оказываемых им услуг. Однако наибольшее количество исследований посвящено именно страху перед стоматологическим вмешательством, который у пациентов может выражаться не только в общем беспокойстве, тревожном настроении и панике, но также приводить к изменению гемодинамических показателей, дыхания, уровня сахара в крови, усилению потоотделения и развитию неотложных состояний.

Полученные нами данные подтверждают важность психологического комфорта пациента для врача: 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. Большинство стоматологов в нашем исследовании (78,6%) редко направляли пациентов 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. Поэтому вопросы психологической поддержки пациента, которому необходимо длительное лечение, остаются изученными недостаточно; к тому же процесс психологического тестирования сегодня не может быть выполнен без согласия пациента, а это требует времени и финансовых затрат. Более того, в стоматологических отделениях, клиниках и даже институтах нет ставки клинического психолога. Осложняет ситуацию то, что, как описано в работах Г.Г. Кузьменко [85], статус пациента стоматологической практики носит бинарный характер – его обладатель выступает и как нуждающийся в стоматологической помощи, и как потребитель стоматологических услуг. Известные различия в поведении и потребностях выявлены у пациентов государственных и частных клиник. Установлено, что психологический статус пациента стоматологической практики всегда связан с наличием фобий, что принципиально отличает его от пациента в других областях медицины. Указано, что объектом фобий в стоматологии является боль, переживаемая в ходе лечения. Однако в нашем исследовании нам удалось установить, что пациенты, которые страдают хроническими стоматологическими заболеваниями, боятся не столько боли в процессе лечения, сколько болевого синдрома в течение жизни, неудобств и ограничений в социуме, связанных с их заболеванием, ограничениями, которые заболевание накладывает. Следует полностью согласиться с постулатом ряда исследователей, что информированность снижает уровень стресса, поэтому необходимо давать пациенту полную и подробную информацию о его проблеме, внушая уверенность в благоприятном исходе лечебных манипуляций.

Определенный интерес представляют полученные нами данные, что 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%), и только 4,8% упомянули возможность посещения психолога. Хотя каждый пациент имеет свое видение патологического состояния, которое

называется «внутренняя картина болезни», следует отметить, что адекватное восприятие своего состояния пациентом с регулярными профилактическими осмотрами, соблюдением рекомендаций врача, правильным восприятием перспектив своего заболевания встречается редко. Как правило, в задачи тандема «стоматолог – клинический психолог» входит формирование именно такого стиля восприятия. Важно не допустить переоценку значимости заболевания, что зачастую приводит к возникновению тревожности и, как следствие, затруднению реализации плана лечения и оказанию эффективной стоматологической помощи. Ряд авторов, в т. ч. Т.Ю. Гагарина (2004), отмечали, что в группу риска возникновения отклонений со стороны органов и тканей полости рта и эффективности проведения лечения следует относить пациентов с высокой степенью выраженности психоэмоционального напряжения, с низким уровнем мотивации, поэтому для них необходимо использовать интегративный тест тревожности и шкалу невротической астении. Их достоинствами являются простота и оперативность. Нарушения психической адаптации, неуверенность в успехе лечения, приводят к ухудшению стоматологического статуса и неблагоприятному прогнозу в отношении эффективности лечения. Следовательно, необходимо вводить диспансерное наблюдение с частыми повторными вызовами. А это – стресс, который всегда сопровождает визит к стоматологу, трата времени и средств.

Нам было интересно сравнить наши результаты изучения пациентов, обратившихся за отбеливанием зубов, с результатами Е.В. Ефремовой (2010). Она установила, что у этих пациентов есть мотивации достижения и одобрения. В структуре личности пациентов, выбирающих прохождение процедуры отбеливания зубов, основной жизненной ориентацией является установление и поддержание социального статуса. Автор считает отбеливание косметической процедурой, редко ассоциируемой с болью. Мы совершенно согласны с таким определением, так как пациенты в нашем исследовании ожидали положительных изменений после отбеливания в личной жизни (75% мужчин и 68,75% женщин) и карьере (39,6% женщин). Кроме того, 75% мужчин и 68,8% женщин полагают, что



будут чувствовать себя более уверенно благодаря отбеливанию. Эти данные позволяют говорить о социальной значимости процедуры отбеливания.

Однако в нашем исследовании нами была обнаружена еще одна проблема – в практике большинства врачей встречались пациенты с манией отбеливания зубов – «бличорексией» (часто – у 2,3% и редко – у 63,9%). При лечении таких пациентов 55,6% докторов все же проводили отбеливание (большинство – домашнее), а 41,7% докторов старались убедить пациентов в отсутствии показаний к отбеливанию. Около трети врачей направляли пациентов с бличорексией на консультацию к психологу. В целом, по мнению большинства стоматологов (69,4%), пациенты, как правило, оказываются не удовлетворенными результатом отбеливания [78, 193].

Ряд авторов занимались изучением вопроса о взаимосвязи болевой дисфункции ВНЧС и особенностей эмоционального состояния пациента. Так, А.Э. Саргисян установил, что в этиологии и патогенезе заболеваний ВНЧС значимая роль принадлежит не только окклюзионным нарушениям, но и психоэмоциональным расстройствам. И.В. Петрикас (2015), используя опросник Моудсли у пациентов с дисфункцией ВНЧС, сделала вывод, что можно говорить о возможном риске развития дисфункции ВНЧС как психосоматической патологии, что требует включения в профилактику и лечение данной патологии психологических методов. А.Н. Карелина (2015) выяснила, что особенности психоэмоционального статуса пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава в 64% случаев укладываются в клиническую картину депрессии легкой и умеренной степени, что отягощает течение патологии и нуждается в коррекции. Однако в нашем исследовании мы не получили достоверных различий по показателю боли для групп пациентов с дисфункцией ВНЧС при получении психологической поддержки и ее отсутствии: до начала лечения не было зафиксировано достоверных отличий по выраженности болевого синдрома, оцененного по ВАШ между подгруппами с психологическим сопровождением и без. Средний балл по ВАШ после проведения лечения значимо снизился в группе с психологическим сопровождением (в среднем на 8 пунктов), а в группе без психологического сопровождения была отмечена тенденция к

снижению данного показателя в среднем на 5 пунктов, однако не достигшая уровня статистической значимости.

Важно определить, как повлияло комплексное лечение на оценку социальной значимости болезни (опросник Сердюка). Согласно результатам опроса, наибольшее значение пациенты придавали влиянию болезни на ограничение удовольствий, ухудшение отношения в кругу семьи и формированию чувства ущербности. В то же время, после проведенного лечения в группе с психологическим сопровождением отмечалось достоверное снижение социальной значимости болезни практически по всем подразделам опросника.

Таким образом, проведенное исследование позволило получить важные для стоматологической науки и практики данные о необходимости включения обязательной психологической поддержки в протокол лечения пациентов, страдающих хроническими стоматологическими заболеваниями и нуждающихся в длительном лечении.

## 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 ОНI-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 СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

ВАШ – визуально-аналоговая шкала боли

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

КБО – комплексный болевой опросник

КЖ – качество жизни

ИТТ – интегративный тест тревожности

КПЛ – красный плоский лишай

МКБ-10 – Международная классификация болезней X пересмотра

МФБСЛ – миофасциальный болевой синдром лица

СМИЛ – сокращенный многофакторный метод исследования личности

СМОЛ – сокращенный многофакторный опросник личности

СОР – слизистая оболочка рта

СПР – синдром «пылающего рта»

ТША – Торонтская шкала алекситимии

УНА – уровень невротической астении

ШАС – шкала астении

ШКС – Шкала Клиническая Стоматологическая

BAI – The Beck Anxiety Inventory

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

HADS – The Hospital Anxiety and Depression Scale, госпитальная шкала тревоги и депрессии

MMPI – Миннесотский многофакторный личностный опросник

NHP – Nottingham Health Profile

OHIP – Oral Health Impact Profile, профиль влияния стоматологического здоровья

STAI – State-Trait Anxiety Inventory, шкала тревоги Спилбергера

VDS – Verbal Descriptor Scale, вербальная описательная шкала оценка боли

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абдикаримов, С.Ж. Оценка болевого синдрома у больных глоссалгией по шкале Хоссли-Бергмана / С.Ж. Абдикаримов // Наука и мир. – 2014. – № 2–3 (6). – С. 113–115.
2. Абдулазимов, М.А.С. Методы психотерапии в лечении больных с синдромом жжения полости рта: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология; 19.00.04 – Медицинская психология / Абдулазимов Магомед-Арби Султанович; Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства. – Москва, 2014. – 107 с.
3. Абуладзе, В.Ш. Нейропсихологические особенности в клинике синдрома жжения полости рта: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 – Стоматология; 14.00.13 – Нервные болезни / Абуладзе Важа Шотаевич; Институт повышения квалификации Федерального Управления медико-биологических и экстремальных проблем при МЗ РФ. – Москва, 2003. – 116 с.
4. Аведисова, А.С. Депрессия + тревога. Диагностика и лечение / А.С. Аведисова. – Москва: Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 2002. – 32 с. – Текст: непосредственный.
5. Аверкина, Н.А. Психологические факторы при хронической головной боли / Н.А. Аверкина, Е.Г. Филатов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 12. – С. 21–27.
6. Айер, У. Психология в стоматологической практике / У. Айер; [пер с англ. Т.Н. Макаровой] ; под ред. В.В. Бойко. – Москва [и др.] : Питер, 2008. – 219 с. – ISBN: 978-5-91180-737-5. – Текст: непосредственный.
7. Айзман, Р.И. Психофизиология: Учебное пособие / Р.И. Айзман, С.Г. Кривошеков // Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Научно-издательский центр ИНФРА-М», 2015. – 249 с. – ISBN: 978-5-16-009649-0. – Текст: непосредственный.
8. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение [Текст] / Ф. Александер; [пер. с англ. А.М. Боковинова и В.В. Старовойтова ; под науч. ред.

С.Л. Шишкина]. – Москва: КАНОН+, 2016. – 352 с. – ISBN: 978-5-88373-019-0. – Текст: непосредственный.

9. Александровский, Ю.А. К вопросу о механизмах развития невротических расстройств (Идеи И.П. Павлова и современность): лекции для врачей / Ю.А. Александровский. – Москва: Российский Фонд «Здоровье человека». – 1999. – 32 с. – Текст: непосредственный.

10. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю.А. Александровский. – Изд. 4-е, перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 707 с. – ISBN: 978-5-9704-0532-1. – Текст: непосредственный.

11. Александровский, Ю.А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение / Ю.А. Александровский. – Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 234 с. – ISBN 5-9231-0378-8. – Текст: непосредственный.

12. Алексеев, В.В. Цервикогенная головная боль / В.В. Алексеев, Е.В. Подчуфарова, Р.А. Матхаликов // Неврологический журнал. – 2005. – № 4. – С. 44–47.

13. Алексеева, Е.М. Влияние личностных смыслов и смысловых установок на психологические состояния: дис. ... канд. псих. Наук: 19.00.01 – Общая психология, психология личности, история психологии / Алексеева Екатерина Михайловна; ГОУ ВПО «Казанский государственный университет им. В.И. Ульянова-Ленина». – Казань, 2007. – 202 с.

14. Алямовская, Е.Н. Психопрофилактика в стоматологии / Е.Н. Алямовская // Новое в стоматологии. – 2002. – № 6 (106). – С. 12–13.

15. Алямовский, В.В. Показатели психологического состояния больных парестезией слизистой оболочки полости рта / В.В. Алямовский, М.К. Руссак // Новое в стоматологии. – 1996. – № 4. – С. 115–118.

16. Антипова, О.С. Анализ показателей вегетативного статуса больных смешанными тревожными и депрессивными расстройствами / О.С. Антипова, О.Ю. Ширяев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14. – № 3. – С. 27–30.



17. Апанасенко, Г.Л. Диагностика индивидуального здоровья / Г.Л. Апанасенко // Гигиена и санитария. – 2004. – № 2. — С. 55–58.
18. Аристова, И.Л. Общая психология. Мотивация, эмоции, воля / И.Л. Аристова. – Владивосток: ТИДОТ ДВГУ, 2003. – 104 с. – Текст: непосредственный.
19. Багневич, В.В. Проблема внушаемости и ее клиническое значение / В.В. Багневич // Вопросы неврологии и психиатрии. — Караганда, 1974. – С. 280–282.
20. Баскова, А.В. Особенности планирования дентальной имплантации в «зоне улыбки» у пациентов с различной мотивационной направленностью: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология; 19.00.04 – Медицинская психология / Баскова Анастасия Вадимовна; ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. – Москва, 2018. – 150 с.
21. Батаршев, А.В. Базовые психологические свойства и профессиональное самоопределение личности / А.В. Батаршев. – Санкт-Петербург: Речь, 2005. – 208 с. – ISBN: 5-9268-0364-0. – Текст: непосредственный.
22. Безруков, А.А. Особенности диагностики и хирургических вмешательств в комплексном лечении пациентов с лейкоплакией слизистой оболочки рта: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Безруков Андрей Андреевич; ФГБУ ЦНИИС и ЧЛХ Минздрава России. – Москва, 2019. – 166с.
23. Бергман, Г. Функциональная патология : Клинич. сборник итогов и воззрений врачебной школы / Проф. Г. Бергман, дир. 2 терапевт. клиники Берлинского ун-та; При участии д-ра М. Гольднера (ассист. Клиники) ; Пер. пр.-доц. И.Ф. Лорие ; Под ред. проф. Р.А. Лурия. – Москва; Ленинград: Биомедгиз, 1936. – 400 с. – Текст: непосредственный.
24. Березин, Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения) / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Е.Д. Соколова. – Москва: Фолиум. – 1994. – 176 с. – Текст: непосредственный.
25. Берлов, А.В. Психологические особенности сегодняшнего пациента / А.В. Берлов // Врач. – 2003. – № 9. – С. 24–27.

26. Богатырева, Ю.А. Профилактика возможных осложнений при лечении дисколоритов витальных зубов: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Богатырева Юлия Алексеевна; ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России. – Воронеж, 2020. – 157 с.
27. Бойко, В.В. Физический дискомфорт и психоэмоциональные реакции пациентов стоматолога / В.В. Бойко // Стоматология для всех. – 2003. – № 4. – С. 42–45.
28. Большакова, М.Б. Психологическая саморегуляция при хронических болевых синдромах: дис. ... канд. псих. наук: 19.00.04 – Медицинская психология / Большакова Марина Борисовна; МГУ им. М.В. Ломоносова. – Москва, 1995. – 219 с.
29. Бондаренко, Н.А. Структура показателей качества жизни у пациентов с отсутствием зубов в эстетически значимой зоне как фактор планирования дентальной имплантации / Н.А. Бондаренко, Ф.Ф. Лосев, Т.Н. Бондаренко // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2010. – №1. – С. 124–128.
30. Борисова, Э.Г. Хронические болевые и парестетические синдромы языка: клиника, диагностика, лечение, профилактика и организация лечебного процесса: дис. ... док. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Борисова Элеонора Геннадиевна; ГБОУ ВПО «Воронежская государственная академия им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России. – Воронеж, 2014. – 225 с.
31. Борозенцева, В.А. Комплексная оценка факторов риска синдрома возрастной полости рта: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.30 – Геронтология и гериатрия / Борозенцева Вита Алексеевна; ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». – Белгород, 2021. – 137 с.
32. Боткин, С.П. Из первой клинической лекции / С.П. Боткин // Медицинский вестник. – 1862. – № 41. – С. 391–393.
33. Булычева, Е.А. Дифференцированный подход к разработке патогенетической терапии больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, осложненной гипертонией жевательных мышц: дис. ... док. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология;

- 19.00.04 – Медицинская психология / Булычева Елена Анатольевна; ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздравсоцразвития России. – Санкт-Петербург, 2010. – 392 с.
34. Булычева, Е.А. Обоснование психосоматической природы расстройств височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц, и их комплексное лечение / Е.А. Булычева // Стоматология. – 2007. – Т. 86. – № 6. – С. 58–61.
35. Бурда, А.Г. Патогенетическое обоснование комплексного лечения десквамативного глоссита: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 – Стоматология / Бурда Анастасия Геннадьевна; ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет». – Москва, 2006. – 181 с.
36. Бывальцева, С.Ю. Красный плоский лишай - влияние на качество жизни пациентов / С.Ю. Бывальцева, Н.Е. Большедворская, И.А. Артемьева // Вестник научных конференций. – 2016. – № 4–5 (8). – С. 40–42.
37. Валидация русскоязычной версии опросника ОНПР у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести / Г.М. Барер, К.Г. Гуревич, В.В. Смирнягина, Е.Г. Фабрикант // Стоматология. – 2007. – Т. 86. – № 5. – С. 27–30.
38. Вальков, В.А. Клинико-функциональная характеристика пациентов с глоссалгией и оптимизация их лечения: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Вальков Вячеслав Анатольевич; ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России. – Пермь, 2013. – 94 с.
39. Варагина, С.А. Феминизация стоматологии меняет нравственные отношения в ней / С.А. Варагина // Биоэтика. – 2010. – № 2 (6). – С. 43–44.
40. Веденева, Е.В. Роль стоматологического лечения в улучшении качества жизни пациентов: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Веденева Елена Владимировна; ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава». – Москва, 2010. – 135 с.

41. Ведущие копинг-механизмы у пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / Ю.В. Коцюбинская, Т.А. Лопушанская, В.А. Михайлов, И.А. Ашнокова // Неврологический вестник. – 2014. – Т. 46. – № 4. – С. 11–15.
42. Влияние психоэмоционального статуса больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава на эффективность ортопедического лечения / Г.К. Караков, Э.Э. Хачатурян, А.Э. Саргисян, О.А. Соловьева // Клиническая неврология. – 2014. – №2. – С. 14–16.
43. Волкоморова, Т.В. Клинико-экспериментальное обоснование использования профессионального отбеливания при лечении дисколоритов передней группы зубов: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Волкоморова Татьяна Владимировна; ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России. – Нижний Новгород, 2015. – 146 с.
44. Гагарина, Т.Ю. Клинико-физиологические особенности состояния органов и тканей полости рта у больных с психогенными расстройствами: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 – Стоматология / Гагарина Татьяна Юрьевна; ГОУ ВПО «Военно-медицинская академия». – Санкт-Петербург, 2004. – 119 с.
45. Газинский, В.В. Оценка качества жизни больных с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 – Стоматология / Газинский Владимир Владимирович; ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет». – Иркутск, 2005. – 126 с.
46. Гандылян, К.С. Патогенетические механизмы формирования хронических непароксизмальных прозопалгий на примере височно-нижнечелюстного сустава (обзор литературы) / К.С.Гандылян, С.М. Карпов, М.Н. Пузин // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 3–2. – С. 39–45.
47. Гандылян, К.С. Хронические непароксизмальные прозопалгии: клиника, диагностика, лечение: дис. ... док. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Гандылян Кристина Семеновна; ГОУ «Институт повышения квалификации федерального медико-биологического агентства». – Москва, 2011. – 241 с.

48. Гасанова, З.М. Психофармакологические методы коррекции стрессовых состояний у пациентов перед стоматологическими вмешательствами: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Гасанова Зарема Магомедовна; ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России. – Москва, 2013. – 153с.
49. Гелетин, П.Н. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава: этиология, патогенез и оптимизация терапии: клинико-экспериментальное исследование: дис. ... док. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Гелетин Петр Николаевич; ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России. – Саратов, 2016. – 326 с.
50. Гиндикин, В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства / В.Я. Гиндикин. – Москва: Триада-Х, 2000. – 255 с. – ISBN: 978-5-8249-0029-3. – Текст: непосредственный.
51. Гланц, С. Медико-биологическая статистика / Стентон Гланц; пер. с англ. д-ра физ.-мат. наук Ю.А. Данилова; под ред. Н.Е. Бузикашвили и Д.В. Самойлова // Москва: Практика, 1999. – 459 с. – ISBN: 5-89816-009-4. – Текст: непосредственный.
52. Глоссалгия или синдром жжения полости рта: равнозначность или различие / Т.Л. Рединова, И.С. Рединов, В.А. Вальков [и др.] // Стоматология. – 2014. – Т. 93. – № 4. – С. 15–19.
53. Гордеева, Т.О. Диагностика диспозиционного оптимизма, валидность и надежность опросника ТДО-П / Т.О. Гордеева, О.А. Сычев, Е.Н. Осин // Психология. Журнал высшей школы экономики. – 2021. – Т. 18. – № 1. – С. 34–55.
54. Горожанкина, Е.А. Некоторые аспекты коррекции психологического статуса пациентов с болевым синдромом височно-нижнечелюстного сустава / Е.А. Горожанкина, Б.П. Марков, Ф.М. Мамедов // Новое в стоматологии. – 2003. – № 1. – С. 30–33.
55. Григоренко, А.А. Роль остеопатии в комплексной реабилитации пациента с краниомандибулярной дисфункцией / А.А. Григоренко, Д.А. Волчек, Г.Б. Оспанова // Клиническая стоматология. – 2012. – № 3 (63). – С. 26–29.

56. Гришина, Н.В. Психологические и нейрофизиологические особенности больных с синдромом жжения полости рта / И.В. Гришина // Нейростоматология. – 1999. – № 1. – С. 39–41.
57. Гросицкая, И.К. Отсроченные визиты к стоматологу и их связь с личностными особенностями пациента: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 – Стоматология / Гросицкая Инесса Константиновна; Московский государственный медико-стоматологический университет Минздрава России. – Москва, 2002. – 158 с.
58. Групповая когнитивно-поведенческая психотерапия в комплексном лечении больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава / А.Э. Саргисян, К.Г. Кариков, Э.Э. Хачатурян [и др.] // Клиническая неврология. – 2015. – № 2. – С. 26–28.
59. Гусейнов, Э.А. Проявления нарушений психологических функций при приеме антидепрессантов / Э.А. Гусейнов, Ф.Э. Гусейнова // Педагогика & Психология. Теория и практика. – 2022. – № 4 (42). – С. 51–55.
60. Депрессивное расстройство (депрессия) / Всемирная организация здравоохранения. – 2023. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression> – Текст: электронный. (Дата обращения: 05.09.2023)
61. Депрессия в неврологической практике: клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев, Г.М. Дюкова // Москва: МИА, 2002. – 155 с. – ISBN: 5-89481-104-X. – Текст: непосредственный.
62. Джанаева, А.Т. Нейромышечная нормализация окклюзии у пациентов с несъемными конструкциями зубных протезов: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Джанаева Аллана Таймуразовна; ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Минздравсоцразвития России». – Москва, 2011. – 139 с.
63. Дисфункции ВНЧС у лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата / Р.Р. Батраев, М.А. Бароян, Е.И. Евдокимова, Т.В. Кубрушко // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 25–26.

64. Доказательства психического генеза гипертонии жевательных мышц (часть II) / Е.А. Булычева, С.О. Чикунов, В.Н. Трезубов, А.С. Грищенко // Институт стоматологии. – 2012. – № 1 (54). – С. 14–17.
65. Ерофеева, Е.С. Повышение качества лечения пациентов с дисколоритами фронтальных зубов (экспериментально-клиническое исследование): дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Ерофеева Елена Сергеевна; ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера Росздрава». – Пермь, 2010. – 196 с.
66. Ефремова, Е.В. Социальные, клинические и психологические аспекты отбеливания зубов: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология; 19.00.04 – Медицинская психология / Ефремова Елизавета Владимировна; ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава». – Москва, 2010. – 149 с.
67. Жуков, Д.А. Стой, кто ведет? Биология поведения человека и других зверей. Том 1 / Д.А. Жуков. – Москва: АНФ, 2014. – 426 с. – ISBN: 978-5-91671-272-8. – Текст: непосредственный.
68. Зашихин, Е.Н. Дифференцированный подход к лечению пациентов с синдромом жжения языка: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Зашихин Евгений Николаевич; ГОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России. – Екатеринбург, 2015. – 121 с.
69. Значение изучения психологического статуса больного в клинике терапевтической стоматологии / В.Е. Рожнов, Ю.М. Максимовский, Н.А. Райнов [и др.] // Стоматология. – 1988. – Т. 67. – № 3. – С. 21–22.
70. Изард, К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард; [пер. с англ.: В. Мисника, А. Татлыбаевой]. – Санкт-Петербург: Питер, 2012. – 464 с. – ISBN: 978-5-314-00067-0. – Текст: непосредственный.
71. Инвестиции в лечение депрессии и тревожных расстройств окупаются в четырехкратном размере / Всемирная организация здравоохранения. – 2016. – URL: <https://www.who.int/ru/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression->

and-anxiety-leads-to-fourfold-return – Текст: электронный. (Дата обращения: 05.09.2023)

72. Исследование психологического статуса пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава / В.Д. Пантелеев, М.В. Загорко, С.И. Филипченкова, Н.Ю. Власенко // Стоматология. – 2014. – Т. 93. – № 1. – С. 34–36.

73. Казарина, Л.Н. Роль стресса в возникновении глоссалгии и обоснование лечения / Л.Н. Казарина // Стоматология. – 2001. – Т. 80. – № 3. – С. 17.

74. Карелина, А.Н. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: клинико-психологические аспекты, диагностика, лечение: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Карелина Анна Николаевна; ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России. – Смоленск, 2017. – 141 с.

75. Кассиль, Г.Н. Наука о боли / Г.Н. Кассиль. – Москва: Наука. – 1985. – 398 с. – Текст: непосредственный.

76. Киргизова, Е.С. Способы коррекции психоэмоционального состояния и болевой реакции пациентов при ортодонтическом лечении: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 – Стоматология / Киргизова Елена Соломоновна; ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава». – Москва, 2008. – 143 с.

77. Клиническая психология: учебник для студентов медицинских вузов и факультетов клинической психологии / [В.А. Абабков, А.П. Бизюк, Н.Н. Володин и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 5-е изд., доп. – Санкт-Петербург: Питер, 2021. – 890 с. – ISBN: 978-5-4461-1206-7. – Текст: непосредственный.

78. Князева, М.В. Удовлетворенность пациентов результатами отбеливания зубов / М.В. Князева // Fundamental science and technology. Сборник научных статей по материалам XII Международной научно-практической конференции. – Уфа, 14 апреля 2023 года. – Т. 3. – Уфа: Общество с ограниченной ответственностью «Научно-издательский центр «Вестник науки», 2023. – С. 72–83.



79. Когнитивный аутотренинг в комплексном лечении больных с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / А.А. Штелле, М.Н. Пузин, М.В. Голубев [и др.] // Клиническая неврология. – 2009. – № 3. – С. 22–24.
80. Комарова, В.И. Качество жизни как один из критериев оценки эффективности лечения / В.И. Комарова // Доклады V Российской онкологической конференции. – Москва, 2001.
81. Котова, М.А. Эффективность психофармакотерапии и психотерапии при болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / М.А. Котова, Э.Э. Хачатурян, С.Л. Боднева // Клиническая стоматология. – 2012. – № 4. – С. 27–30.
82. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта: современные методы диагностики и физические факторы в комплексной терапии / О.В. Серикова, В.Н. Калаев, Б.Р. Шумилович, Н.А. Соболева. – Воронеж: РИТМ, 2020. – 162 с. – ISBN 978-5-6045686-2-0. – Текст: непосредственный.
83. Крихели, Н.И. Обоснование комплексной программы повышения эффективности лечения дисколоритов и профилактики осложнений, возникающих при отбеливании и микроабразии эмали изменённых в цвете зубов: дис. ... док. мед. наук: 14.00.21 – Стоматология / Крихели Нателла Ильинична; ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава». – Москва, 2008. – 499 с.
84. Кудрявцева, О.А. Особенности диагностики и лечения больных с зубочелюстными аномалиями, осложненными заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Кудрявцева Ольга Анатольевна; ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Росздрава. – Санкт-Петербург, 2009. – 167 с.
85. Кузьменко, Г.Г. Статус пациента стоматологической практики: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.52 – Социология медицины / Кузьменко Геннадий Григорьевич; ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Росздрава. – Волгоград, 2007. – 148 с.

86. Куклина, Е.А. Обоснование рациональных подходов к ортопедическому лечению при дефектах зубных рядов у пациентов с проявлениями красного плоского лишая в полости рта: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Куклина Елизавета Александровна; ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России. – Пермь, 2018. – 177 с.
87. Лебедеико И.Ю. Сравнительный анализ качества жизни больных с синдромом болевой дисфункции ВНЧС при ревматоидном артрите / И.Ю. Лебедеико, В.М. Гринин, А.А. Абдуллаев // Стоматология. – 2003. – Т. 82. – № 3. – С. 44.
88. Леонтьев, В.К. Здоровые зубы и качество жизни / В.К. Леонтьев // Стоматология. – 2000. – Т. 79. – № 4. — С. 10–13.
89. Летунова, Н.Ю. Мотивационное интервьюирование в амбулаторной стоматологической практике / Н.Ю. Летунова, Н.А. Сирота, С.А. Рабинович // Медицинская психология в России. – 2013. – № 6 (23).
90. Луханина, Т.В. Оценка психо-эмоционального и стоматологического статуса у психически больных в связи с задачами терапии: дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 – Медицинская психология; 14.00.21 – Стоматология / Луханина Татьяна Викторовна; ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава». – Москва, 2009. – 135 с.
91. Мажаренко, В.А. Стоматология как профессия: опыт социологического анализа: дис. ... док. мед. наук: 14.02.05 – Социология медицины / Мажаренко Валерий Александрович; ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет». – Волгоград, 2011. – 355 с.
92. Максимовский, Ю. Анализ особенностей личности пациентов, обращающихся за процедурой отбеливания зубов / Ю. Максимовский, Е. Ефремова, Е. Орестова // Cathedra-Кафедра. Стоматологическое образование. – 2010. – № 33–34. – С. 76–77.
93. Максимовский, Ю.М. Роль улыбки в жизни пациента и его мотивация к отбеливанию зубов / Ю.М. Максимовский, Е.В. Орестова, Е.В. Ефремова // Dental Forum. – 2011. – № 1. – С. 29–32.

94. Малкина-Пых, И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. – Москва: Эксмо, 2008. – 925 . – ISBN: 978-5-699-25136-0. – Текст: непосредственный.
95. Малый, А.Ю. Конфликтные ситуации в стоматологии и факторы защиты врачей от необоснованных претензий / А.Ю. Малый // Медицинское право. – 2003. – № 3. – С. 34–37.
96. Мамедов, Ф.М. Качество жизни как критерий психологического статуса пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / Ф.М. Мамедов, Б.П. Марков, Е.А. Горожанкина // Стоматология. – 2004. – Т. 83. – № 4. – С. 65–67.
97. Матвеев, В.Ф. Семиотика психопатических синдромов у стоматологических больных со стомалгией (глоссалгией) / В.Ф. Матвеев, Б.А. Климов, В.Н. Проскудин // Стоматология. – 1988. – Т. 67. – № 6. – С. 34–36.
98. Медовникова, Д.В. Скрининг и мониторинг пациентов с бруксизмом сна: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Медовникова Дарья Владимировна; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). – Москва, 2018. – 134 с.
99. Меерсон, Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика / Ф.З. Меерсон. – Москва: Наука, 1981. – 278 с. – Текст: непосредственный.
100. Механизм комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания. Доклад секретариата / Всемирная организация здравоохранения. – 2015. – URL: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB138/B138\\_37-ru.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_37-ru.pdf) – Текст: электронный. (Дата обращения: 05.09.2023)
101. Мингазова, Л.Р. Клинико-физиологический анализ и лечение миофасциального болевого синдрома лица: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.13 – Нервные болезни / Мингазова Лениза Рифкатовна; Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. – Москва, 2005. – 168 с.
102. Мудров, М.Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической при постелях больных. Избранные произведения / Под ред. А.Г. Гукасяна. – Москва: Издательство АМН СССР, 1949. – С. 221. – Текст: непосредственный.

103. Насибулин, Г.Г. Головные боли при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / Г.Г. Насибулин, С.А. Зизевский // Казанский медицинский журнал. – 1987. – Т. 68. – № 6–2. – С. 452–453.
104. Насыров, Р.Т. Комплексная оценка психоэмоциональных нарушений и качества жизни больных с дефектами зубных рядов в процессе ортопедической реабилитации: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 – Стоматология; 14.00.13 – Нервные болезни / Насыров Рустам Тагирович; ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера Росздрава». – Пермь, 2009. – 158 с.
105. Никитенко, В.В. Болевые синдромы челюстно-лицевой области у военнослужащих в различных климатогеографических условиях несения службы: патофизиологические и организационные основы лечебно-диагностического процесса: дис. ... док. мед. наук: 14.03.03 – Патологическая физиология; 14.00.14 – Стоматология / Никитенко Виталий Викторович; ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России. – Санкт-Петербург, 2019. – 235 с.
106. Никифорова, Ю.Н. Психологическое тестирование больных глоссалгией / Ю.Н. Никифорова // Труды Ижевской государственной медицинской академии, сборник материалов конференции, посвященный 65-летию ИГМА. – Ижевск, 1998. – С. 310–311.
107. Николаенко, Е.В. Психокоррекция в комплексном лечении больных с синдромом жжения полости рта: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 – Стоматология; 14.00.13 – Нервные болезни / Николаенко Елена Витальевна; ФГОУ «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства». – Москва, 2009. – 95 с.
108. Новикова, С.Г. Премедикация при амбулаторных стоматологических вмешательствах в зависимости от индивидуально-типологических особенностей пациентов: дис. ... док. мед. наук: 14.00.21 – Стоматология; 14.00.25 – Фармакология, клиническая фармакология / Новикова Светлана Геннадиевна; ФГУ

«Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Росмедтехнологий». – Москва, 2008. – 242 с.

109. Образцов, Ю.Л. Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки / Ю.Л. Образцов // Стоматология. – 2006. – Т. 85. – № 4. – С. 41–43.

110. Орестова, Е.В. Личностный фактор в возникновении и развитии стоматологических заболеваний / Е.В. Орестова // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2011. – № 6. – URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) – Текст: электронный. (Дата обращения: 05.09.2023)

111. Орестова, Е.В. Психологические факторы возникновения и развития стоматологических заболеваний / Е.В. Орестова // Cathedra-Кафедра. Стоматологическое образование. – 2015. – № 52. – С. 74–78.

112. Орлова, Е.С. Исследование состояния психологического комфорта у стоматологических пациентов / Е.С. Орлова // Университетская медицина Урала. – 2020. – Т. 6. – № 4 (23). – С. 61–63.

113. Основы психосоматики / А.А. Краснов, И.Ф. Дьяконов, А.М. Жирков, Б.М. Овчинников. – Санкт-Петербург: Издательский дом Санкт-Петербургского государственного университета, 2012. – 107 с. – ISBN: 978-5-288-05348-1. – Текст: непосредственный.

114. Особенности стоматологического и психоэмоционального статуса у пациентов с дентофобией и анализ существующих методов коррекции / Е.С. Орлова, Е.М. Смышляева, Н.В. Дейнеко, А.И. Степанова // Университетская медицина Урала. – 2019. – Т. 5. – № 1 (16). – С. 15–17.

115. Охрана здоровья полости рта / Всемирная организация здравоохранения. – 2022. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> – Текст: электронный. (Дата обращения: 05.09.2023)

116. Оценка влияния психологического сопровождения на стоматологическое лечение 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. – Т. 27. – № 5. – С. 423–430.
117. Павлов, И.П. Полное собрание сочинений / И.П. Павлов. – Москва: Издательство Ак. Наук ССР, 1951. – Т. 3. – Кн. 2. – С. 189. – Текст: непосредственный.
118. Патогенетические аспекты формирования классических болевых мышечных синдромов / Г.А. Иваничев, А.Р. Гайнутдинов, Р.А. Якупов [и др.] // Практическая Медицина. – 2010. – № 2 (41). – С. 36–40.
119. Петрикас, И.В. Комплексный междисциплинарный подход к профилактике и лечению дисфункции ВНЧС / И.В. Петрикас, А.М. Жирков, А.А. Краснов // Проблемы стоматологии. – 2016. – Т. 12. – № 1. – С. 97–102.
120. Петрикас, И.В. Проблема исследования взаимосвязей психологического статуса и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Литературный обзор / И.В. Петрикас, В.И. Буланов, В.И. Никаноров // Евразийский Союз Ученых. – 2015. – № 11–2 (20). – С. 118–120.
121. Пономарев, А.В. Современные аспекты патогенеза и диагностики дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (обзор литературы) / А.В. Пономарев // Институт стоматологии. – 2016. – № 2 (71). – С. 80–81.
122. Психические расстройства / Всемирная организация здравоохранения. – 2022. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> – Текст: электронный. (Дата обращения: 05.09.2023)
123. Психическое здоровье / Всемирная организация здравоохранения. – 2022. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> – Текст: электронный. (Дата обращения: 05.09.2023)
124. Психология для стоматологов: учебник для студентов медицинских вузов / [Кудрявая Н.В. и др.]; под ред. Н.В. Кудрявой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 394 с. – ISBN: 978-5-9704-0511-6. – Текст: непосредственный.
125. Психоэмоциональный анализ телесных ощущений у студентов стоматологического факультета, ранее лечившихся у стоматолога / П.И. Петров,

Д.А. Еникеев, Ф.Ф. Маннанова [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2007. – № 2. – С. 37–40.

126. Пузин, М.Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / М.Н. Пузин, А.Я. Вязьмин. – Москва: Медицина, 2002. – 160 с. – Текст: непосредственный.

127. Рединова, Т.Л. Психологический статус больных глоссалгией / Т.Л. Рединова, Ю.Н. Никифорова // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. – 1998. – № 3. – С. 44–46.

128. Рустамова, Э.К. Оптимизация ортопедической стоматологической помощи в процессе реабилитации больных с различным уровнем тревожности: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Рустамова Эльвира Казимагомедовна; ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России. – Краснодар, 2018. – 203 с.

129. Самохлиб, Я.В. Особенности нейромышечного статуса и биоэлектрической активности жевательных мышц у пациентов молодого возраста: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Самохлиб Яна Владимировна; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). – Москва, 2017. – 173 с.

130. Саргисян, А.Э. Медико-психологические подходы к лечению больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Саргисян Анна Эрнестовна; ФГОУ «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства». – Москва, 2014. – 98 с.

131. Семенова, Н.Д. Психологические исследования в стоматологии / Н.Д. Семенова, Н.В. Кудрявая, Н.Б. Журули // Стоматология. – 1999. – Т. 78. – № 6. – С. 57–64.

132. Системная коррекция психоэмоциональных расстройств при лечении сухой формы эксфолиативного хейлита / Н.И. Крихели, Н.Д. Брусенина, Е.А. Рыбалкина, М.Н. Бычкова // Российская стоматология. – 2019. – Т. 12. – № 2. – С. 3–6.

133. Скуридин, П.И. Патогенетические варианты и дифференцированная терапия синдрома жжения полости рта: дис. ... док. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Скуридин Петр Иосифович; ФГОУ «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства». – Москва, 2010. – 179 с.
134. Славичек, Р. Жевательный орган. Функции и дисфункции / Р. Славичек; науч. ред. Н. Волосок и М. Антоник; пер. А. Островского, Е. Ханина, Б. Яблоновского. – Москва [и др.]: Азбука, 2008. – 543 с. – ISBN: 978-5-91443-010-5. – Текст: непосредственный.
135. Сотникова, М.В. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (электромиографический и нейропсихологический анализ) / М.В. Сотникова, Н.П. Грибова // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – № 1. – С. 221–223.
136. Сравнительная характеристика оценки качества жизни пациентами стоматологического профиля / В.К. Леонтьев, Р.П. Макарова, Л.И. Кузнецова, Ю.С. Блохина // Стоматология. – 2001. – Т. 80. – № 6. – С. 63–64.
137. Стоматологическое здоровье в критериях качества жизни / О.С. Гилева, Т.В. Либик, Е.В. Халилаева [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т. 6. – № 3. – С. 6–11.
138. Тимошин, А.В. Клинико-лабораторное обоснование эффективности применения фитопластин на основе коллагена при лечении воспалительных заболеваний слизистой оболочки рта: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Тимошин Антон Владимирович; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). – Москва, 2020. – 125 с.
139. Тиунова, Н.В. Разработка и внедрение регионально-интегративной терапии синдрома «пылающего рта» (клинико-экспериментальное исследование): дис. ... док. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Тиунова Наталья Викторовна; ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинской университет» Минздрава России. – Тверь, 2018. – 381 с.



140. Трезубов, В.Н. Изучение особенностей личности пациентов с заболеваниями жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава с помощью опросника Айзенка / В.Н. Трезубов, Е.А. Булычева // *Маэстро Стоматологии*. – 2005. – № 2. – С. 7–8.
141. Трезубов, В.Н. Размышления о психосоматической природе некоторых патологических состояний в клинической стоматологии / В.Н. Трезубов // *Пародонтология*. – 1999. – № 2. – С. 48–49.
142. Трефилова, О.В. Повышение эффективности реминерализующей терапии при отбеливании: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Трефилова Олеся Владимировна; ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России. – Пермь, 2018. – 124 с.
143. Трошин, В.Д. Болевые синдромы в практике стоматолога: Руководство для студентов и врачей / В.Д. Трошин, Е.Н. Жулев. – Нижний Новгород: НГМА, 2002. – 424 с. – ISBN: 5-7032-0421-6. – Текст: непосредственный.
144. Турбина, Л.Г. Диагностика и патогенетическое лечение миофасциального болевого дисфункционального синдрома лица / Л.Г. Турбина, Н.В. Гришина // *Российский стоматологический журнал*. – 2001. – № 5. – С. 35–37.
145. Уманская, Н.Г. Социально-экономические, клинические и психологические аспекты эстетического лечения в терапевтической стоматологии: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 – Стоматология; 19.00.04 – Медицинская психология / Уманская Наталия Гульвардовна; ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России. – Москва, 2005. – 185 с.
146. Усманова, И.Н. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта у лиц молодого возраста: дис. ... док. мед. наук: 14.01.14 – Стоматология / Усманова Ирина Николаевна; ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России. – Уфа, 2016. – 267 с.

147. Устав (конституция) Всемирной организации здравоохранения. – URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf> – Текст: электронный. (Дата обращения: 05.09.2023)
148. Фадеев, Р.А. Особенности диагностики и реабилитации пациентов с зубочелюстными аномалиями, осложненными заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц (Часть II) / Р.А. Фадеев, О.А. Кудрявцева // Институт стоматологии. – 2008. – № 4 (41). – С. 20–21.
149. Фирсова, И.В. Концепция комплаентности в стоматологической практике: дис. ... док. мед. наук: 14.00.52 – Социология медицины; 14.00.21 – Стоматология / Фирсова Ирина Валерьевна; ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Росздрава. – Волгоград, 2009. – 320 с.
150. Хабибова, Н.Н. Некоторые аспекты возникновения хронического рецидивирующего афтозного стоматита полости рта / Н.Н. Хабибова // Medicus. – 2019. – № 2 (26). – С. 66–69.
151. Хачатурян, Э.Э. Психокоррекция при болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Э.Э. Хачатурян, М.А. Котова, С.Л. Боднева // Клиническая неврология. – 2012. – № 4. – С. 30–35.
152. Хубаев, С.С.З. Глоссодиния: современные аспекты диагностики и лечения: дис. ... док. мед. наук: 14.01.11 – Нервные болезни; 14.01.14 – Стоматология / Хубаев Саид-Селим Зайндинович; ФГБОУ ДПО Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России. – Москва, 2014. – 207 с.
153. Цветкова, А.Б. Оценка удовлетворенности пациентов услугами медицинских учреждений / А.Б. Цветкова, В.В. Никишкин // Практический маркетинг. – 2021. – № 11 (297). – С. 19–27.
154. Цепов, Л.М. Проблемы здоровья, нормы, качества жизни и патологии в стоматологии / Л.М. Цепов, А.И. Николаев // Пародонтология. – 2001. – № 3. – С. 25–29.
155. Чаплиева, Е.М. Психофизиологические особенности лиц молодого возраста с различным уровнем мотивации к стоматологическим лечебно-профилактическим

- мероприятиям: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 – Стоматология; 03.00.13 – Физиология / Чаплиева Елена Михайловна; ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Росздрава. – Волгоград, 2008. – 140 с.
156. Шарова, Т.Н. Повышение эффективности лечебно-профилактических мероприятий путем оптимизации взаимодействия врача-стоматолога с пациентами, испытывающими эмоциональное напряжение: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 – Стоматология / Шарова Татьяна Николаевна; ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Росздрава. – Омск, 2009. – 186 с.
157. Шилина, С.В. Социально-психологические факторы взаимоотношений врача и пациента в современной стоматологической практике: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.52 – Социология медицины / Шилина Светлана Владимировна; Волгоградский государственный медицинский университет. – Волгоград, 2004. – 141 с.
158. Шлыков, М.В. Диагностические аспекты психокоррекции функциональных резервов у больных стоматологического профиля: дис. ... канд. мед. наук: 14.03.11 – Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия / Шлыков Максим Валерьевич; ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии» Минздравсоцразвития России. – Москва, 2010. – 181 с.
159. Штелле, А.А. Когнитивный аутоотренинг в комплексном лечении больных с болевой дисфункцией височнонижнечелюстного сустава: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 – Стоматология; 14.00.13 – Нервные болезни / Штелле Александр Александрович; ФГОУ «Институт повышения квалификации федерального медико-биологического агентства». – Москва, 2009. – 98 с.
160. Эффективность медикаментозного лечения больных стомалгией / Е.Е. Васенев, И.Ф. Алеханова, А. Н. Попова, С. В. Крайнов // Проблемы стоматологии.– 2018. – Т. 14. – № 3. – С. 5–10.
161. Эффективность психологического сопровождения в комплексном лечении пациентов с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава /

М.А. Кинкулькина, М.В. Князева, Я.В. Самохлиб, Г.Н. Шелеметьева, А.А. Егиазарян // *Стоматология для всех*. – 2023. – № 1 (102). – С. 56–61.

162. Ягудинова, Г.С. Психофизиологическая индивидуально-ориентированная коррекция тревожности у стоматологических больных: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.02 – Психофизиология; 14.00.21 – Стоматология / Ягудинова Гульнара Саитовна; Башкирский государственный университет. – Уфа, 2000. – 20 с.

163. A randomized clinical trial of a tailored comprehensive care treatment program for temporomandibular disorders / S.F. Dworkin, J.A. Turner, L. Mancl [et al.] // *J Orofac Pain*. – 2002. – Vol. 16. – № 4. – P. 259–276.

164. A scoring system for mucosal disease severity with special reference to oral lichen planus / M. Escudie, N. Ahmed, P. Shirlaw [et al.] // *Br J Dermatol*. – 2007. – Vol. 157. – № 4. – P. 765–770.

165. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse / H. Baghaie, S. Kisely, M. Forbes [et al.] // *Addiction*. – 2017. – Vol. 112. – № 5. – P. 765–779.

166. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness / S. Kisely, H. Baghaie, R. Lalloo [et al.] // *Psychosom Med*. – 2015. – Vol. 77. – № 1. – P. 83–92.

167. Advanced dental disease in people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis / S. Kisely, L.H. Quek, J. Pais [et al.] // *Br J Psychiatry*. – 2011. – Vol. 199. – № 3. – P. 187–193.

168. Al-Omiri, M.K. Factors affecting patient satisfaction after orthodontic treatment / M.K. Al-Omiri, E.S. Abu Alhaija // *Angle Orthod*. – 2006. – Vol. 76. – № 3. – P. 422–431.

169. Al-Omiri, M.K. Impact of tooth wear on daily living / M.K. Al-Omiri, P.J. Lamey, T. Clifford // *Int J Prosthodont*. – 2006. – Vol. 19. – № 6. – P. 601–605.

170. AlZarea, B.K. Randomized controlled clinical investigation on the association between personality profiles and the impacts of two types of maxillary anterior implant-supported crown restorations on daily living and dental satisfaction / B.K. AlZarea // *Clin Implant Dent Relat Res*. – 2019. – Vol. 21. – № 4. – P. 602–612.

171. Association of malocclusion and functional occlusion with subjective symptoms of TMD in adults: results of the Study of Health in Pomerania (SHIP) / D. Gesch, O. Bernhardt, F. Mack [et al.] // *Angle Orthod.* – 2005. – Vol. 75. – № 2. – P. 183–190.
172. Baker, S.R. Testing the applicability of a conceptual model of oral health in housebound edentulous older people / S.R. Baker, N.K. Pearson, P.G. Robinson // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 2008. – Vol. 36. – № 3. – P. 237–248.
173. Beck, A.T. Cognitive therapy: past, present and future / A.T. Beck // *J Consult Clin Psychol.* – 1993. – Vol. 61. – № 2. – P. 194–198.
174. Bjerne, A. Reduction in sick leave and costs to society of patients with Meniere's disease after treatment of temporomandibular and cervical spine disorders: a controlled six-year cost-benefit study / A. Bjerne, G. Agerberg // *Cranio.* – 2003. – Vol. 21. – № 2. – P. 136–143.
175. Carlsson, J.E. Occlusal Diagnosis / J.E. Carlsson. – Accu-Liner Products, 2004. – 208 p. – Текст: непосредственный.
176. Comparative clinical and psychosocial benefits of tooth bleaching: different light activation of a 38% peroxide gel in a preliminary case-control study / A. Calderini, S. Sciara, C. Semeria [et al.] // *Clin Case Rep.* – 2016. – Vol. 4. – № 8. – P. 728–735.
177. Cooper, B.C. Recognizing otolaryngologic symptoms in patients with temporomandibular disorders / B.C. Cooper, D.L. Cooper // *Cranio.* – 1993. – Vol. 11. – № 4. – P. 260–267.
178. Cooper, B.C. Relationship of temporomandibular disorders to muscle and tension-type headaches and a neuromuscular orthosis approach to treatment / B.C. Cooper, I. Kleinberg // *Cranio.* – 2009. – Vol. 27. – № 2. – P. 101–108.
179. Cooper, B.C. Temporomandibular disorders: A position paper of the International College of Cranio-Mandibular Orthopedics (ICCMO) / B.C. Cooper; International College of Cranio-Mandibular Orthopedics (ICCMO) // *Cranio.* – 2011. – Vol. 29. – № 3. – P. 237–244.
180. Costen, J.B. A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. 1934 / J.B. Costen // *Ann Otol Rhinol Laryngol.* – 1997. – Vol. 106. – № 10, Pt. 1. – P. 805–819.

181. Costen, J.B. Glossodynia: Reflex irritation from the mandibular joint as the principal etiologic factor: study of ten cases / J.B. Costen // *Arch Otolaryngol.* – 1935. – Vol. 22. – P. 554–564.
182. Differences in impact of patient and prosthetic characteristics on oral health-related quality of life among implant-retained overdenture wearers / A. Preciado, J. Del Río, M.J. Suárez-García [et al.] // *J Dent.* – 2012. – Vol. 40. – № 10. – P. 857–865.
183. Does Neuroticism Influence Oral Health-Related QOL in Patients with Removable Partial Dentures? / K. Ishida, T. Nogawa, Y. Takayama [et al.] // *JDR Clin Trans Res.* – 2017. – Vol. 2. – № 4. – P. 370–375.
184. Establishing Standards for Medical Treatment. URL: <https://www.hg.org/legal-articles/establishing-standards-for-medical-treatment-5642> – Текст: электронный. (Дата обращения: 05.09.2023)
185. Evaluation of the effect of laser tooth whitening / C.H. Lin, T.M. Chou, J.H. Chen [et al.] // *Int J Prosthodont.* – 2008. – Vol. 21. – № 5. – P. 415–418.
186. Evaluation of the psychoemotional status of young adults with symptoms of temporomandibular disorders / M. Maślak-Bereś, J.E. Loster, A. Wiczorek, B.W. Loster // *Brain Behav.* – 2019. – Vol. 9. – № 11. – P. e01443.
187. Factors predicting orofacial pain patient satisfaction with improvement / J.L. Riley 3<sup>rd</sup>, C.D. Myers, M.E. Robinson [et al.] // *J Orofac Pain.* – 2001. – Vol. 15. – № 1. – P. 29–35.
188. Fergus, T.A. Reexamining the domain of hypochondriasis: comparing the Illness Attitudes Scale to other approaches / T.A. Fergus, D.P. Valentiner // *J Anxiety Disord.* – 2009. – Vol. 23. – № 6. – P. 760–766.
189. Glaros, A.G. Temporomandibular disorders and facial pain: a psychophysiological perspective / A.G. Glaros // *Appl Psychophysiol Biofeedback.* – 2008. – Vol. 33. – № 3. – P. 161–171.
190. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). URL: <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd> – Текст: электронный. (Дата обращения: 05.09.2023)

191. Impact of prosthetic care on oral health related quality of life / D. Kende, G. Szabó, G. Marada, A. Szentpétery // *Fogorv Sz.* – 2008. – Vol. 101. – № 2. – P. 49–57.
192. Impacts of implant treatment on daily living / M.K. Al-Omiri, O.A. Hammad, E. Lynch [et al.] // *Int J Oral Maxillofac Implants.* – 2011. – Vol. 26. – № 4. – P. 877–886.
193. Influence of Professional Teeth Whitening on Oral Hygiene: Long-term Results / N. Vlasova, V. Samusenkov, I. Novikova, D. Nikolenko, N. Nikolashvili, M. Knyazeva // *J Int Soc Prev Community Dent.* – 2021. – Vol. 11. – № 4. – P. 408–413.
194. Jakstath, H.A. Klinische Funktionsanalyse: interdisziplinäres Vorgehen mit optimierten Befundbögen / H.A. Jakstath. – Hamburg: DentaConcept, 2000 – 512 p. – Текст: непосредственный.
195. Joiner, A. The bleaching of teeth: a review of the literature / A. Joiner // *J Dent.* – 2006. – Vol. 34. – № 7. – P. 412–419.
196. Kim, M.J. Understanding of Burning Mouth Syndrome Based on Psychological Aspects / M.J. Kim, H.S. Kho // *Chin J Dent Res.* – 2018. – Vol. 21. – № 1. – P. 9–19.
197. Kugel, G. The art and science of tooth whitening / G. Kugel, S. Ferreira // *J Mass Dent Soc.* – 2005. – Vol. 53. – № 4. – P. 34–37.
198. Machuca, C. How peoples' ratings of dental implant treatment change over time? / C. Machuca, M.V. Vettore, P.G. Robinson // *Qual Life Res.* – 2020. – Vol. 29. – № 5. – P. 1323–1334.
199. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP) / G.A. Hawker, S. Mian, T. Kendzerska, M. French // *Arthritis Care Res (Hoboken).* – 2011. – Vol. 63. – Suppl. 11. – P. S240–252.
200. Myofacial pain dysfunction: Analysis of 476 patients / B.C. Cooper, M. Alleva., D.L. Cooper, F.E. Lucente // *Laryngoscope.* – 1986. – Vol. 96. – № 10. – P. 1099–1106.

201. National, regional, and global causes of mortality in 5-19-year-olds from 2000 to 2019: a systematic analysis / L. Liu, F. Villavicencio, D. Yeung [et al.] // *Lancet Glob Health*. – 2022. – Vol. 10. – № 3. – P. e337–e347.
202. Odioso, L.L. Impact of demographic, behavioral, and dental care utilization parameters on tooth color and personal satisfaction / L.L. Odioso, R.D. Gibb, R.W. Gerlach // *Compend Contin Educ Dent Suppl*. – 2000. – № 29. – P. S35–41.
203. Oral health related quality of life and reasons for non-dental attendance among patients with substance use disorders in withdrawal rehabilitation / A.N. Åstrøm, J. Virtanen, F. Özkaya, L.T. Fadnes // *Clin Exp Dent Res*. – 2022. – Vol. 8. – № 1. – P. 68–75.
204. Oral health-related quality of life in different clinical forms of oral lichen planus / I. Parlatescu, M. Tovu, C.L. Nicolae [et al.] // *Clin Oral Investig*. – 2020. – Vol. 24. – № 1. – P. 301–308.
205. Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders / M.T. John, D.R. Reissmann, O. Schierz, R.W. Wassell // *J Orofac Pain*. – 2007. – Vol. 21. – № 1. – P. 46–54.
206. Orofacial dysfunction and posttraumatic stress disorder : A context analysis of soldiers after military deployment / R. Braas, T. Eger, J. Gohr [et al.] // *Nervenarzt*. – 2019. – Vol. 90. – № 5. – P. 503–508.
207. Patient compliance: a determinant of patient satisfaction? / A. Bos, N. Vosselman, J. Hoogstraten, B. Prah-Andersen // *Angle Orthod*. – 2005. – Vol. 75. – № 4. – P. 526–531.
208. Physical self-regulation training for the management of temporomandibular disorders / C.R. Carloson, P.M. Bertrand, A.D. Ehrlich [et al.] // *J Orofac Pain*. – 2001. – Vol. 15. – № 1. – P. 47–55.
209. Psychiatric disorders in burning mouth syndrome / F.T. de Souza F.T., A.L. Teixeira, T.M. Amaral [et al.] // *J Psychosom Res*. – 2012. – Vol. 72. – № 2. – P. 142–146.



210. Psychological profile and unexpected pain in oral lichen planus: A case-control multicenter SIPMO study / D. Adamo, E. Calabria, N. Coppola [et al.] // *Oral Dis.* – 2021. – doi: 10.1111/odi.13787.
211. Relationship between personality and satisfaction with the dentition in tooth wear patients / M.K. Al-Omiri, P.J. Lamey, C. Cooper, T. Clifford // *Eur J Prosthodont Restor Dent.* – 2006. – Vol. 14. – № 4. – P. 179–184.
212. Role of psychological factors in burning mouth syndrome: A systematic review and meta-analysis / F. Galli, G. Lodi, A. Sardella, E. Vegni // *Cephalalgia.* – 2017. – Vol. 37. – № 3. – P. 265–277.
213. Sardella, A. An up-to-date view on burning mouth syndrome / A. Sardella // *Minerva Stomatol.* – 2007. – Vol. 56. – № 6. – P. 327–340.
214. Selye, H. *The Stress of Life* / H. Selye. – New York: McGraw Hill, 1978. – 516 p. – Текст: непосредственный.
215. Sghaireen, M.G. Relationship between impact of maxillary anterior fixed prosthodontic rehabilitation on daily living, satisfaction, and personality profiles / M.G. Sghaireen, M.K. Al-Omiri // *J Prosthet Dent.* – 2016. – Vol. 115. – № 2. – P. 170–176.
216. Shankland, W.E. 2<sup>nd</sup>. Migraine and tension-type headache reduction through pericranial muscular suppression: a preliminary report / W.E. Shankland 2<sup>nd</sup> // *Cranio.* – 2001. – Vol. 19. – № 4. – P. 269–278.
217. The impact of third molar symptoms, pain, and swelling on oral health-related quality of life / G.D. Slade, S.P. Foy, D.A. Shugars [et al.] // *J Oral Maxillofac Surg.* – 2004. – Vol. 62. – № 9. – P. 1118–1124.
218. The oral health of people with anxiety and depressive disorders - a systematic review and meta-analysis / S. Kisely, E. Sawyer, D. Siskind, R. Lalloo // *J Affect Disord.* – 2016. – Vol. 200. – P. 119–132.
219. Therapeutic Approaches for Peripheral and Central Neuropathic Pain / D. Szok, J. Tajti, A. Nyári, L. Vécsei // *Behav Neurol.* – 2019. – Vol. 2019. – P. 8685954.
220. Tosato Jde, P. Electromyographic activity assessment of individuals with and without temporomandibular disorder symptoms / P. Tosato Jde, P.H. Caria // *J Appl Oral Sci.* – 2007. – Vol. 15. – № 2. – P. 152–155.

221. Tsakos, G. The relationship between clinical dental status and oral impacts in an elderly population / G. Tsakos, W. Marcenes, A. Sheiham // *Oral Health Prev Dent.* – 2004. – Vol. 2. – № 3. – P. 211–220.
222. Tuz, H.H. Prevalence of otologic complaints in patients with temporomandibular disorder / H.H. Tuz, E.M. Onder, R.S. Kinisi // *Am J Orthod Dentofac Orthop.* – 2003. – Vol. 123. – № 6. – P. 620–623.
223. Ukra, A. Psychological aspects of orthodontics in clinical practice. Part one: treatment-specific variable / A. Ukra, F. Bennani, M. Farella // *Prog Orthod.* – 2011. – Vol. 12. – № 2. – P. 143–148.
224. Wolowski, A. Dental disorders with a psychosocial background / A. Wolowski, H.J. Schneider, T. Eger // *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* – 2021. – Vol. 64. – № 8. – P. 951–958.