

- янного магнитного поля на скорость накопления зубного налета. Там же. 1992. Часть 1. С. 19.
5. Еловилова Т.М., Батюков Н.М., Кошечев А.С. Использование низкочастотного импульсного сложномодулированного магнитного поля в лечении заболеваний пародонта. Пути развития стоматологии: итоги и перспективы: Материалы конф. Стоматологов. Екатеринбург. 1995. С. 79-82.
  6. Левицкий А.П., Мизина И.К. Зубной налет. Киев. 1987. С. 80.
  7. Леус П.А. Клинико-экспериментальное исследование патогенеза, патогенетической консервативной терапии и профилактики кариеса зубов: Автореф. дис. . . д-ра мед. наук. М., 1977. С. 35.
  8. Островский А.Б., Николаева О.В., Исакова В.И., Федорова М.А. Эффект использования электромагнитного поля информационного уровня в коррекции нарушений биосистем. Магнитобиология и магнито-медицина: Тез. докл. Всесоюзного симпозиума с международным участием. Сочи. Куйбышев. 1991. С. 51-52.
  9. Рединова Т.Л. Микрокристаллизация слюны у детей после приема углеводов и проведения профилактических противокариозных мероприятий. Стоматология. 1989. № 4. С. 62-63.
  10. Ронь Г.И., Батюков Н.М., Еловилова Т.М. Импульсное низкочастотное сложномодулированное электромагнитное поле в оценке состояния тканей пародонта. Вопросы организации и экономики в стоматологии: Материалы конф. Екатеринбург. 1994. С. 85-88.
  11. Терешин С.Ю., Тагильцева О.В. Влияние переменного магнитного поля на активный транспорт ионов натрия в клеточных мембранах. Магнитобиология и магнито-медицина: Тез. докл. Всесоюзного симпозиума с международным участием. Сочи, Куйбышев. 1991. С. 70 - 71.
  12. Шпилевская Е.В. Микрокристаллизация слюны у детей с бронхо-легочной патологией при кариесе зубов. Новые методы диагностики и результаты их внедрения в стоматологическую практику: Труды ЦНИИ-С. М., 1991. С. 35 -36.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

*Г.И. Ронь*  
УГМА

*И.С. Герасимович, Ю.А. Болдырев*  
Клиника "Салюс Л"

Необычайно высокая распространённость воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) среди взрослого населения и различный психологический статус больных позволяют говорить о многообразии вариантов сознания болезни. Сознание болезни начинается тогда, когда впервые проявляются симптомы заболевания. Со временем, в результате повторения аналогичных или близких болезненных состояний, или затяжного течения болезни у больного накапливается субъективный опыт. В его сознании формируется личное отношение к происходящим изменениям в организме, к самой болезни, её возможному индивидуальному и общественным последствиям. Это отношение может сохраняться лишь в пределах внутренних переживаний или приобретать разные формы выражения вовне (слова, обращения, жалобы, советы, поступки, действия, просьбы, поведение).

В начале сознание болезни может существенно не преобразовать психику больного.

Однако, как правило, более или менее длительное течение болезненных изменений (особенно затяжных), меняет отношение человека к болезни, внося преходящие или стойкие изменения в его психику.

Эти изменения у больных с одной и той же болезнью при объективных одинаковых сдвигах оказываются различными в связи с преморбидными особенностями их психики и особенностями их личности.

Диапазон сознания болезни включает бесконечное разнообразие индивидуальностей людей. Анозогностики (люди с субъективной недооценкой, отрицанием объективно существующей болезни), к сожалению преобладают. Они чаще всего встречаются среди пациентов с легкой и средней степенью ВЗП, когда симптомы заболевания выражены не ярко. Это осложняет проведение мотивирования и требует больших усилий от врача.

Гипернозогнозия, или субъективная переоценка объективных изменений, встреча-

ется в основном у пациентов с тяжёлой степенью заболевания. Если это состояние появляется у пациентов с легкой или средней степенью, например при незначительном оголении шеек и гиперчувствительности, то осложняются отношение пациента и врача, который не может определить соотношение субъективных жалоб с объективным течением болезни.

Все остальные варианты сознания болезни лежат между этими крайними проявлениями и отличаются большим многообразием.

Особенности сознания болезни можно разделить на две группы: 1 – это обычные формы сознания болезни (они представляют собой лишь особенности психологии больного); 2 – болезненные состояния психики, когда сознание болезни, сопровождается аномальными (нетипичными для данного человека) реакциями на нее.

Разные варианты сознания болезни, как мы уже говорили, зависят от преморбидного состояния человека, в зависимости от которого выделяют психических больных, психопатические личности, психически здоровых лиц. Нами совместно с психологами проведено сопоставление клинического течения ВЗП с психическим состоянием пациентов. При этом мы учитывали, что психическое реагирование здоровых людей неодинаково и зависит от развития личности. Изменения могут быть соматогенной природы. Так, у пациентов с ВЗП они встречаются при тяжёлой степени на фоне висцеральной патологии. Психогенная причина отмечается у сенситивных лиц, когда объективное значение заболевания для психики несущественно, а отклонения в психической деятельности обусловлены главным образом опасениями больного или силой психологического конфликта между его мотивами и предполагаемым снижением реальных возможностей вследствие болезни. В результате такого сопоставления было установлено, что психологическое состояние пациентов зависит от течения ВЗП.

Легкая степень характеризуется, как

правило, отсутствием жалоб. Симптоматика скудная, представлена легкой кровоточивостью десен. На этой стадии пациенты отличаются разными формами анозогнозии, которые особенно выражены у лиц с преобладанием ригидности. Остальные состояния выражены не ярко, так как эти пациенты в основном молоды. Состояние тревожности ситуационное, легко снимаемое простыми психотерапевтическими приемами.

Средняя степень представлена более выраженными симптомами. Пациенты жалуются на кровоточивость десен, оголение шеек зубов, гиперестезию, запах, изо рта, наличие зубного камня. Как правило, эти пациенты четко осознают наличие болезни и считают, что ее необходимо лечить. Однако часто отказываются от предложенного комплексного лечения, ибо в психологической структуре личности преобладают черты ригидности или фрустрации, когда ранее проведенное лечение было неэффективным или не грамотным.

У пациентов с личностной тревожностью отказ от предлагаемого лечения связан со страхом перед ним, особенно перед оперативным вмешательством.

Тяжелая степень пародонтита устанавливается по обильной кровоточивости десен, абсцедировании, расшатанности зубов, значительном оголении шеек, сильном запахе изо рта. У пациентов определяется патологический прикус, вторичная адентия. Периоды обострения вызывают интоксикацию и протекают на фоне обострившихся заболеваний внутренних органов.

У пациентов с тяжелой степенью пародонтита часто встречаются выраженные психоэмоциональные расстройства, они становятся замкнутыми, раздражительными, часто агрессивными. Из психологических состояний преобладают фрустрация и личностная тревожность.

Мы считаем, что эффект от проводимого лечения ВЗП повысится, если врач-стоматолог, наряду с комплексным воздействием на ткани пародонта, будет учитывать психологическое состояние пациента.