

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця**

*Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису*

**ГОРОДНОВ ЄВГЕН ВАДИМОВИЧ**

**УДК 616.314.17-008.1:616.891.6]-084-085**

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБГРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ  
КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ  
ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА  
У ХВОРИХ ІЗ ПРОЯВАМИ ТРИВОЖНОСТІ**

22 «Охорона здоров'я»

221 «Стоматологія»

Подання для здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD)

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_  
Євген Городнов  
(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

**Наукові керівники: БОРИСЕНКО Анатолій Васильович**, доктор медичних наук, професор кафедри стоматології ІПО Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

**ГУБСЬКА Олена Юріївна**- доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапії, інфекційних хвороб та дерматовенерології ІПО Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

**Київ - 2025**

## АНОТАЦІЯ

*Городнов Є. В. «Клініко-лабораторне обґрунтування удосконалення комплексного лікування та профілактики генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності»* – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD) у галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 221 «Стоматологія». –Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, 2025.

Дисертаційна робота присвячена вирішенню актуального науково-практичного завдання сучасної стоматології–підвищення ефективності профілактики та лікування генералізованого пародонтиту у хворих із проявами тривожності шляхом клініко-лабораторного обґрунтування комплексу лікувально-реабілітаційних заходів, що включають диференційовану медикаментозну терапію, профілактику та психологічну корекцію залежно від рівня тривожності.

Відповідно до поставленої мети, дослідження були спрямовані на визначення поширеності та особливостей перебігу генералізованого пародонтиту з проявами тривожності, а також розширення та поглиблення знань про патогенез комор бідних станів на основі вивчення рівнів тривожності у хворих. Це дозволило створити та обґрунтувати нові диференційовані підходи до комплексного лікування дистрофічно-запальних захворювань пародонта та розробити методи корекції тривожності під час прийому в стоматолога.

Перед проведенням клінічних і лабораторних досліджень та подальшим лікуванням хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності, згідно з протоколом дослідження, у всіх пацієнтів було отримано добровільну інформовану згоду (у письмовій формі) на участь в обстеженні. Відповідність протоколу (№152 від 15.11.2021 р.) лікування

нормам біоетики було підтверджено Комісією з питань біотичної експертизи та етики наукових досліджень при НМУ імені О. О. Богомольця.

Об'єктом дослідження стали 223 хворих, з яких було виділено 157 осіб віком 35-55 років з генералізованим захворюванням тканин пародонта та проявами тривожності. Ця виборка була сформована для подальшого аналізу поширеності та структури генералізованих захворювань пародонта в пацієнтів різної статі з проявами тривожності. Гендерний склад обстежуваних був таким: 45 чоловіків (28,66 %) та 112 жінок (71.34 %).

Усі вони виявили тривожність і мали генералізований пародонтит першого (ГП-I) та другого (ГП-II) ступеня. Хворих поділили на три групи.

1. Контрольна група (ГП–Кг): 30 (19,10 %) пацієнтів (16 жінок і 14 чоловіків) із низьким рівнем ситуативної тривожності (середній показник  $28,1 \pm 0,61$  бала).
2. Група ГП–Т<sup>1</sup>: 62 (39,49 %) пацієнти (15 чоловіків і 47 жінок) із середнім або помірним рівнем ситуативної тривожності (середній показник  $54,2 \pm 0,62$  бала).
3. Група ГП–Т<sup>2</sup>: 65 (41,40 %) хворих, (16 чоловіків і 49 жінок) із високим рівнем ситуативної тривожності (середній показник  $74,1 \pm 0,68$  бала).

На першому етапі дослідження (2021–2022 рр.) було проведено огляд та вивчення літератури. На основі аналізу літературних джерел та інтернет-ресурсів (Medline, Medscape, Google Scholar) із використанням системного підходу, бібліографічного та аналітичного методів, а також результатів порівняльного дослідження даних щодо поширеності, клінічних форм та проявів генералізованого пародонтиту у хворих із проявами тривожності було закладено основу для дисертації. Крім того, сформовано методологічне підґрунтя дослідження з урахуванням етіології, патогенезу захворювань пародонта та факторів, що впливають на їх розвиток.

Згідно із завданнями наукової роботи, у результаті комплексного обстеження пацієнтів було виявлено високу поширеність захворювань пародонта, а саме: із 280 осіб у 223 обстежених хворих (79,64 %), з яких 147

(64,12 %) жінки, а 76 (34,08 %) чоловіки, діагностовано дистрофічно-запальні захворювання пародонта. У структурі захворювань пародонта переважав генералізований пародонтит, виявлений у 206 (92,38 %) пацієнтів. Хронічний катаральний гінгівіт діагностовано лише в 17 (7,70 %) осіб із захворюваннями пародонта. Серед інших 57 (25,56 %) обстежених пацієнтів, у яких не було виявлено дистрофічно-запальних захворювань пародонта, у 5 (1,79 %) діагностовано дистрофічне ураження пародонта – пародонтоз. Серед хворих на генералізований пародонтит у 93 (41,70 %) осіб діагностовано I ступінь хронічного перебігу захворювання, а в 130 (58,30 %) осіб – II ступінь. Гендерний аналіз результатів обстеження показав, що із загальної кількості осіб захворювання пародонта частіше виявляються в пацієнтів жіночої статі – в жінок – (82,66 %), ніж у чоловіків (74,77 %). Відповідно до результатів клінічних спостережень, у 94 (42,15 %) хворих віком 35–45 років поширеність захворювань пародонта сягала 68,08 %. Серед пацієнтів цієї вікової групи, які не мали загальносоматичних захворювань в анамнезі (27 осіб, 12,10 %), поширеність захворювань пародонта була в 1,4 раза меншою і досягала 48,15 % ( $p > 0,05$ ). У віковій групі 46–55 років, що включала 147 (65,91 %) пацієнтів, поширеність захворювань пародонта зросла до 87,76 %. Найвищий відсоток ураження тканин пародонта (92,31 %) спостережено в 39 (17,48 %) хворих віком понад 50 років.

Наступним етапом дослідження (2022–2023 рр.) було виявлення клініко-лабораторних особливостей перебігу генералізованого пародонтиту в осіб із проявами тривожності. Зокрема, було проведене дослідження нозологічної структури та клініко-індикативних показників, а також визначено ймовірні чинники патогенезу уражень пародонта в цієї категорії хворих. Окрім того, було визначено рівні тривожності у хворих на генералізований пародонтит. На основі отриманих даних проведено аналіз і сформовано групи дослідження відповідно до рівнів тривожності пацієнтів.

Згідно із завданнями наукової роботи, були досліджені соціально-психологічні предиктори розвитку генералізованого пародонтиту в жінок і

чоловіків із проявами тривожності. Аналіз показав, що серед загальної кількості обстежених 8 (17,78 %) чоловіків та 73 (65,18 %) жінки протягом останніх 2–3 років часто перебували в стані тривоги та мали тяжкі стресові ситуації. На сьогодні їх відмічають тільки 5 (11,11 %) чоловіків та 20 (17,86 %) жінок. 77 (49,04 %) опитаних, з яких 12 (26,67 %) чоловіків і 25 (22,32 %) жінок, повідомили про наявність стресових ситуацій на роботі. 44 (28,03 %) хворих жінок і чоловіків відмічали стресові ситуації в сімейних стосунках. Отже, тривожність та страх перед відвідуванням стоматолога спостерегли в 13 (28,89 %) чоловіків і 62 (55,36 %) жінок.

Тестування пацієнтів за шкалою Ч. Спілбергера та Ю. Ханіна виявило, що висока ситуативна тривожність у досліджуваних є значно вищою за особистісну тривожність. Серед жінок вона спостерігалась у 38 (33,92 %) осіб, а ситуативна – в 49 (43,75 %). Серед чоловіків із ситуативною тривожністю було виявлено 14 (31,11 %) осіб, тоді як із особистісною тривожністю – лише 8 (17,77 %) осіб. Помірний рівень ситуативної тривожності серед жінок спостережено в 45 (40,17 %) осіб, а особистісної – у 49 (43,75 %). Низький рівень ситуативної тривожності виявлено в 18 (16,07 %) пацієнток, тоді як особистісної – у 25 (22,32 %).

Проведене обстеження стану пародонта в пацієнтів із різним ступенем тривожності показало різний рівень поширеності захворювань пародонта в групах. Зокрема, у хворих контрольної групи (ГП–Кг) захворювання пародонта були виявлені в 13 (43,33 %) пацієнтів, а клінічно здорові тканини пародонта – у 17 (56,67 %) пацієнтів. У другій групі (ГП–Т<sup>1</sup>), до складу якої входили пацієнти з помірним рівнем тривожності, захворювання пародонта були спостережені в 55 (88,71 %) осіб, тоді як клінічно здорові тканини пародонта – у 7 (56,67 %) пацієнтів. У третій групі (ГП–Т<sup>2</sup>), яка включала хворих з високим рівнем тривожності, захворювання пародонта було виявлено в 62 (95,38 %) пацієнтів і лише в 3 (4,62 %) – клінічно здорові тканини пародонта.

Було досліджено клінічні показники, які характеризують гігієнічний стан, тяжкість запального процесу в тканинах пародонта, кровоточивість при зондуванні, глибину пародонтальних кишень тощо. Середні показники гігієнічного індексу ОНІ-S у пацієнтів дослідних груп свідчили про незадовільний рівень гігієни порожнини рота порівняно з контрольною групою, де рівень гігієни був хорошим. Клінічне обстеження пацієнтів проводили за стандартною схемою, яка включала збір анамнезу, аналіз скарг та обстеження. Пацієнти в основному скаржилися на набряк ясен (45,74 %), спонтанну кровоточивість ясен (59,64 %), особливо під час вживання твердої їжі (94,62 %), дискомфорт (87,44 %) та біль в яснах (56,05 %). Пацієнти також вказували на неприємний запах із ротової порожнини (58,29 %), патологічну рухомість зубів (88,34 %), швидке відкладання зубного каменю (24,66 %) тощо. Під час огляду також було виявлено гіперемію, ціаноз ясен, зміну форми сосочків, потовщення маргінального краю, рихлість та набряк ясен. У 72,65 % хворих спостерігали значні відкладення над'- та під'ясенного зубного каменю. У 42,61 % хворих глибина пародонтальних кишень коливалася від 2,0 мм до 4,0 мм переважно в ділянці міжзубних проміжків.

За результатами досліджень встановлено, що максимальне значення індексу ОНІ-S, яке вказувало на погану гігієну ротової порожнини, було у хворих із високим рівнем тривожності в групі ГП-Т<sup>2</sup> і становило  $1,91 \pm 0,09$  бала. У пацієнтів групи ГП-Т<sup>1</sup> групи, із помірним рівнем тривожності, середні показники значення даного індексу дорівнювали  $1,83 \pm 0,18$  бала ( $p < 0,05$ ) та вказували на незадовільну гігієну порожнини рота. Значення індексу РМА були найвищими у хворих із високим рівнем тривожності групи ГП-Т<sup>2</sup> ( $41,2 \pm 1,44$  %) та в групі ГП-Т<sup>1</sup> із помірним рівнем тривожності ( $39,6 \pm 1,21$  %), що значно перевищувало показники контрольної групи ГП-Кг ( $p < 0,01$ ). Водночас індекс РМА вказував на тяжкий ступінь симптоматичного гінгівіту в групі ГП-Т<sup>2</sup>, а в групі ГП-Т<sup>1</sup> – на гінгівіт середнього ступеня тяжкості. Значення індексу РІ були найвищими у хворих третьої групи ГП-Т<sup>2</sup> ( $2,73 \pm 0,12$  %) та в другій групі ГП-Т<sup>1</sup> ( $2,78 \pm 0,11$  %).

Аналіз отриманих клінічних результатів показав, що у хворих на генералізований пародонтит з помірним та високим рівнем тривожності (ГП–T<sup>1</sup> та ГП–T<sup>2</sup>) ураження пародонта було більш вираженим порівняно з контрольною групою ГП–Кг.

Наявність генералізованого пародонтиту та високого рівня тривожності значно підвищує рівень кортизолу в ротовій рідині. Під час відвідування стоматолога у хворих на генералізований пародонтит ГП–T<sup>2</sup>, виникає тривожність, що призводить до підвищення рівня кортизолу в ротовій рідині до  $< 7,2 \pm 3,1$  нг/мл вранці. Його показники достовірно ( $p < 0,05$ ) відрізняються від групи ГП–T<sup>1</sup> ( $3,8 \pm 2,3$  нг/мл) і контрольної групи ГП–Кг ( $2,6 \pm 1,7$  нг/мл). Можна констатувати, що в пацієнтів з підвищеним рівнем тривожності порушуються механізми регенерації тканин пародонта.

На третьому етапі дослідження (2023–2024 рр.) була розроблена лікувально-корекційна та профілактична програма подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит під час прийому в стоматолога.

Після оцінки клініко-лабораторної ефективності лікування було встановлено, що у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності відмічається покращення стану тканин пародонта – у 48 (77,42 %) пролікованих пацієнтів у групі ГП–T<sup>1</sup> і в 49 (75,38 %) пролікованих хворих у групі ГП–T<sup>2</sup>. Отримані результати ефективності лікування близькі до результатів лікування пацієнтів контрольної групи з низьким рівнем тривожності: покращення відмічене в 26 (86,67 %) пролікованих пацієнтів. Задовільний стан тканин пародонта виявлений у 14 (22,58 %) хворих групи ГП – T<sup>1</sup> та в 15 (23,08 %) пацієнтів групи ГП–T<sup>2</sup>.

На підставі отриманих даних щодо стану гігієни ротової порожнини за гігієнічним індексом ОНІ-S та змін індексу РМА при використанні зубної пасти «Parodontax Комплексний захист» можна стверджувати, що вона є найбільш ефективним засобом для підтримання належного гігієнічного стану ротової порожнини у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності.

Проведене дослідження дає підстави також стверджувати, що низька культура гігієни ротової порожнини хворих є одним із чинників, що провокують зростання захворюваності на генералізований пародонтит. Дотримання правил раціональної гігієни ротової порожнини та профілактика стоматологічних захворювань включають не тільки правильність, а й кратність чищення зубів, своєчасність заміни зубної щітки, а головне – вибір ефективної профілактичної зубної пасти.

Для подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит була запропонована комплексна програма лікувально-корекційних та профілактичних заходів, яка базувалася на етичних принципах диференційованості, комплексності та доступності. Метою запропонованої програми було подолання проявів стоматологічної тривожності та нормалізації психоемоційного стану шляхом профілактичних, просвітницьких та корекційних заходів на стоматологічному прийомі. Таким чином, робота лікаря-стоматолога акцентується на лікувально-корекційній та профілактичній підготовці хворого до прийому.

Визначення рівня особистісної тривожності до та після лікування показало його зниження, що свідчить про значну ефективність запропонованих схем лікування. Наприклад, до лікування в групі ГП–Т<sup>1</sup> (n = 62) високий рівень особистісної тривожності був виявлений у 3 (4,83 %) чоловіків із середніми показниками  $53,81 \pm 0,52$  бала. Після лікування кількість чоловіків з високим рівнем особистісної тривожності зменшилась до 1 (1,61 %), а середній показник знизився до  $46,54 \pm 0,50$  бала. Серед жінок до лікування високий рівень особистісної тривожності був виявлений у 16 (25,80 %) жінок із середнім показником  $68,81 \pm 0,62$  бала. Після лікування кількість жінок з високим рівнем особистісної тривожності зменшилась до 9 (14,51 %), а середній показник знизився до  $47,52 \pm 0,57$  бала. Показники статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

Після лікувально-корекційних та профілактичних заходів спостерігалось зниження рівня ситуативної тривожності. Наприклад, у групі



ГП–Т<sup>2</sup> у 6 (9,23 %) чоловіків до лікування був виявлений високий рівень ситуативної тривожності, середні показники якого становили  $63,71 \pm 0,52$  бала. Після лікування кількість чоловіків становила 4 (6,15 %) осіб. У решти ситуативна тривожність знизилася з високої до помірної із середнім показником  $46,51 \pm 0,52$  бала. Серед жінок до лікування високий рівень СТ був спостережений у 23 (35,38 %) осіб із середнім показником  $75,23 \pm 0,68$  бала. Після лікування кількість жінок становила 18 (27,69 %) осіб із середнім показником до  $61,21 \pm 0,58$  бала.

Проведене дослідження доводить, що наявність захворювання пародонта знижує рівень суб'єктивного відчуття якості життя хворих, тоді як комплексне лікування з корекцією рівнів тривожності – відчутно покращує (рівень якості життя необхідно оцінювати в динаміці й урахувати в діяльності лікаря-стоматолога для більш ефективної допомоги хворим на генералізований пародонтит з проявами тривожності).

Результати визначення рівня кортизолу в ротовій рідині показали, що хворі на генералізований пародонтит з помірним та високим рівнем тривожності мають високий та середній рівень кортизолу в слині порівняно з контрольною групою. Середні показники рівня кортизолу в контрольній групі ГП–Кг до лікування становили  $2,3 \pm 1,43$  нг/мл на ранок 10.00 у віковій підгрупі 35–44 років (молодий вік). Після лікування він суттєво не змінився і становив  $2,2 \pm 1,2$  нг/мл). У віковій підгрупі 45–55 років (середній вік) рівень кортизолу до лікування становив  $2,5 \pm 1,5$  нг/мл, після лікування він знизився до  $2,4 \pm 1,4$  нг/мл. У групі ГП–Тр<sup>2</sup> з високим рівнем тривожності середні показники рівня кортизолу в слині до лікування у віковій підгрупі 35–45 років (молодий вік) становили  $6,09 \pm 3,2$  нг/мл. Після лікування вони знизилися до  $3,08 \pm 1,7$  нг/мл.

Таким чином, збільшення рівня запалення тканин пародонта при генералізованому пародонтиті та підвищення рівня тривожності призводять до підвищення рівня кортизолу в слині. Після проведенного лікування

результати в групах суттєво змінилися, що статистично достовірно ( $p < 0,05$ ) відрізнялося від показників контрольної групи.

Виконання всіх завдань дисертаційного дослідження та отримані результати роботи дозволили перейти до четвертого етапу (2024–2025 рр.) – аналізу й оцінки отриманих результатів клінічного вивчення проблеми, упровадження профілактично-корекційних заходів у стоматологічну практику, а також оформлення висновків та написання практичних і методичних рекомендацій.

**Ключові слова:** захворювання тканин пародонта, генералізований пародонтит, карієс зубів, особистісна та ситуативна тривожність, стоматологічна тривожність, дентофобія, кортизол, якість життя, лікування, профілактика, корекція.

## SUMMARY

*Horodnov Ye.V. «Clinical-laboratory substantiation of the improvement of complex treatment and prevention of generalized periodontal diseases in patients with manifestations of anxiety»* - Qualifying scientific work with manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy (PhD) in the field of knowledge 22 «Health care» in the specialty 221 «Dentistry». - National Medical University named after O.O. Bogomolets, Kyiv, 2025.

The dissertation is devoted to the solution of the actual scientific and practical task of modern dentistry. The dissertation presents a theoretical justification and a practical solution to the current problem - improvement of complex treatment and prevention of generalized periodontal diseases in patients with manifestations of anxiety.

According to the goal, the research was aimed at identifying the prevalence and features of the course of generalized periodontal tissue diseases. Expansion and deepening of ideas about the pathogenesis of comorbid conditions based on the studied levels of anxiety in patients with the aim of creating and substantiating new differentiated approaches to the complex treatment of dystrophic-inflammatory diseases and correction of the presentation of anxiety during a dental appointment.

Before carrying out a number of clinical, laboratory tests and treatment of patients with generalized periodontitis with manifestations of anxiety according to the research protocol, voluntary informed consent (in writing) to participate in the examination was obtained from all patients. Compliance with the treatment protocol and bioethics standards was confirmed by the Commission on Bioethical Expertise and Ethics of Scientific Research at O.O. Bogomolets.

The object of the study was 223 patients, from whom 157 people aged 35-55 years who had generalized diseases of periodontal tissues and manifestations of anxiety were selected. These patients were identified for further research in order

to clarify the prevalence and structure of generalized periodontal diseases in patients of different sexes with manifestations of anxiety.

The gender composition of the patients who participated in the examination was as follows: 45 men (28.66 %) and 112 women (71.33 %) who showed anxiety and had manifestations of the first (I) (GP-I) and the second (II) (GP-II) degree of generalized periodontitis.

Patients were divided into three groups. To the 1st control group of GP-Kg. included 30 (19.10 %) patients (16 women and 14 men) who had a low level of situational anxiety, the average indicators were equal to  $28.1 \pm 0.61$  points. The second group (GP-T1) included 62 (39.49%) patients (15 men and 47 women) who had an average or moderate level of situational anxiety of  $54.2 \pm 0.62$  points. The third group (GP-T2) included 65 (41.40 %) patients (16 men and 49 women) who had a high level of anxiety and the average score was  $74.1 \pm 0.68$  points.

At the first stage of the research (2021-2022), a literature review was developed. Based on the analysis of literary sources and Internet resources Medline, Medscape, Google Scholar using the methods of a systematic approach, bibliographic, analytical, results of a comparative study of data on the prevalence, clinical forms and manifestations of generalized periodontitis in patients with manifestations of anxiety, data on etiology and pathogenesis periodontal disease, factors of its development, a basis was created for the formation of dissertation research directions, formation of the goal and corresponding tasks. The methodological basis was determined.

According to the tasks of the scientific work, a high prevalence of diseases was diagnosed as a result of the comprehensive examination of patients periodontium, namely, 223 patients (79.64 %) had dystrophic-inflammatory periodontal diseases. Among them there were 143 (64.13 %) women and 80 (35.87%) men. In the structure of periodontal diseases, generalized periodontitis was most often detected - in 206 (92.38 %), chronic catarrhal gingivitis was detected only in 17 (7.62 %) persons with periodontal diseases. Among the other 57 (25.56 %) examined patients, in whom dystrophic-inflammatory periodontal

diseases were not detected, 5 (1.79 %) were diagnosed with dystrophic periodontal disease - periodontitis. In patients with generalized periodontitis, 93 people (41.70%) the first degree of the chronic course of the disease was diagnosed, 130 people (58.30 %) were diagnosed with the second degree generalized periodontitis, chronic course. Considering the gender factor, periodontal disease is more often detected in women - 82.66 % than in men - 74.77 %.

According to the results of clinical observations, the prevalence of periodontal diseases reached (68.08%) in 94 (42.15 %) patients aged 35-45 years. If 27 (12.10 %) of the patients had no history of general somatic diseases, the prevalence of periodontal diseases in this age category was 1.4 times smaller and reached 48.15% ( $p>0.05$ ). In the age range of 46-55 years in 147 (65.91 %) patients, the prevalence of periodontal diseases increased to 87.76%. 39 (17.48 %) patients over 50 years of age had the highest percentage of periodontal tissue lesions - 92.31 %.

The next stage of the research (2022-2023) was to identify the clinical and laboratory characteristics of the course of generalized periodontitis in people with manifestations of anxiety, in particular, to study their nosological structure and clinical and indicative indicators, to determine the probable factors of the pathogenesis of the formation of periodontal lesions in this category of patients.

The levels of anxiety states in patients with generalized periodontitis were determined, the data were analyzed, and research groups were formed according to the patients' anxiety levels.

According to the tasks of the scientific work, socio-psychological predictors of the development of generalized periodontitis in women and men with manifestations of anxiety were investigated.

Anxiety and stressful situations in the last 2-3 years in the total number of examined patients were found. In particular, 8 (17.78 %) men and 73 (65.18 %) women were often anxious and had severe stressful situations in recent years. 5 (11.11%) men and 20 (17.86 %) women noted that even now are in a severe stressful situation. Almost 77 (49.04 %) respondents, of which 12 (26.67 %) men

and 25 (22.32 %) women, have existing stressful situations at work, 44 (28.03 %) sick women and men noted stressful situations in family relationships. Therefore, taking into account the above, 13 (28.89 %) men and 62 (55.36 %) women noted anxiety and fear before visiting the dentist.

Testing of patients according to the scale of C. Spielberger, Y. Khanin revealed that high situational anxiety in the subjects is significantly higher than personal anxiety. In women, it was observed in 38 (33.92 %) persons, and situational in 49 (43.75 %), 14 (31.11 %) men were found to have situational anxiety, while only 8 (17.77 %) had personal anxiety. 45 (40.17 %) women had a moderate level of situational anxiety, and 49 (43.75 %) women had personal anxiety. A low level of situational anxiety was observed in 18 (16.07%) patients, while personal anxiety was observed in 25 (22.32 %).

The examination of the periodontal condition in patients with different degrees of anxiety showed a different level of prevalence of periodontal diseases in the groups. In particular, periodontal diseases were detected in 13 (43.33 %) patients of the control group of GP-Kg, and clinically healthy periodontal tissues were found in 17 (56.67 %) patients. In the second group (GP-T1), periodontal diseases were detected in 55 (88.71 %) women and men who had a moderate level of anxiety, clinically healthy periodontal tissues - in 7 (56.67 %) patients. And in patients with a high level of anxiety in the third group (GP-T2), periodontal diseases were detected in 62 (95.38 %) patients, and clinically healthy periodontal tissues were detected in only 3 (4.62 %) patients.

Clinical indicators characterizing the hygienic condition, the severity of the inflammatory process in periodontal tissues, bleeding during probing, the depth of periodontal pockets, etc., were investigated. The average OHI-S hygienic index indicators among the patient groups reflected an unsatisfactory level of oral hygiene compared to the control group with a good level of hygiene.

Clinical examination of patients was carried out according to a standard scheme, which included collection of anamnesis, analysis of complaints and examination of patients. They mainly complained about: swelling of the gums

(45.74 %), spontaneous bleeding (59.64 %), especially when eating solid food (94.62 %), discomfort (87.44 %) and pain in the gums (56.05 %). Patients also indicated unpleasant odor from the oral cavity (58.29 %), pathological mobility of teeth (88.34 %), rapid deposition of tartar (24.66 %), etc. During the examination, hyperemia, cyanosis of the gums, changes in the shape of the papillae, thickening of the marginal edge, looseness and swelling of the gums were revealed. In 72.65% of patients, significant deposits of supragingival and subgingival calculus were observed. In 42.61 % of patients, the depth of periodontal pockets ranged from 2.0 mm to 4.0 mm, mainly in the area of the interdental spaces.

According to the research results, it was established that the maximum value of the OHI-S index, which indicated poor oral hygiene, was in patients with manifestations of a high level of anxiety of the GP-T2 group  $1.91 \pm 0.09$  points. The average value of this index was  $1.83 \pm 0.18$  points ( $p < 0.05$ ) in individuals of the GP-T1 group, with a moderate level of anxiety, and indicated unsatisfactory oral hygiene. The values of the PMA index were the highest in patients with a high level of anxiety of the GP-T2 group ( $41.2 \pm 1.44$  %) and the GP-T1 group with a moderate level of anxiety had indicators ( $39.6 \pm 1.21$  %), compared to the control GP-Kg group ( $p < 0.01$ ). At the same time, the PMA index indicated a severe degree of symptomatic gingivitis in the group of GP - T2, and in the group of GP - T1 - moderate degree of gingivitis. The values of the RI index were the highest in patients of the third group of GP-T2 ( $2.73 \pm 0.12\%$ ) and in the second group of GP - T1 ( $2.78 \pm 0.11\%$ ). The analysis of the obtained clinical results showed that in patients with generalized periodontitis with a moderate and high level of anxiety (groups GP - T1 and GP - T2) periodontal damage was more pronounced compared to the control group GP-Kg

The presence of generalized periodontitis and a high level of anxiety significantly increases the level of cortisol in the oral fluid. During a visit to the dentist, patients of the GP-T2 group with generalized periodontal diseases experience anxiety, which leads to an increase in the level of cortisol in the oral fluid to  $< 7.2 \pm 3.1$  ng/ml in the morning. Its indicators differ significantly ( $p < 0.05$ )

from the GP-T1 group ( $3.8 \pm 2.3 \text{ ng/ml}$ ) and the control group GP-Kg. ( $2.6 \pm 1.7 \text{ ng/ml}$ ). It can be stated that the mechanisms of regeneration of periodontal tissues are disturbed in patients with a high level of anxiety.

At the third stage of the study (2023-2024), a treatment-corrective and preventive program was developed to overcome anxiety and anxiety in patients with generalized periodontitis at a dental appointment.

After evaluating the clinical and laboratory effectiveness of the treatment, it was established that in patients with generalized periodontitis with manifestations of anxiety, an improvement in the condition of the periodontal tissues was noted in 48 (77.42%) treated patients in the GP – T1 group and in 49 (75.38 %) treated patients in the group GP – T2. The obtained results of treatment efficiency are close to the results of treatment of control group patients with a low level of anxiety - improvement was noted in 26 (86.67 %) treated patients. A satisfactory condition of the periodontal tissues was found in 14 (22.58 %) patients of the GP-T1 group, and in 15 (23.08%) patients of the GP-T2 group.

On the basis of the received data on the state of oral hygiene according to the OHI-S hygienic index and changes in the PMA index when using "Parodontax Complex Protection" toothpaste, we can claim that it is the most effective tool in maintaining a rational satisfactory hygienic state of the oral cavity of patients with generalized periodontitis with manifestations anxiety.

The conducted research also gives grounds to assert that the poor oral hygiene culture of patients is one of the factors provoking the increase in the incidence of generalized periodontitis. Compliance with the rules of rational oral hygiene and dental prevention diseases include not only the correctness, but also the frequency of brushing the teeth, the timeliness of replacing the toothbrush, and most importantly, the choice of an effective preventive toothpaste

To overcome anxiety in patients, a comprehensive program of treatment-corrective and preventive measures to overcome anxiety in patients with generalized periodontitis was proposed, which was based on the ethical principles of differentiation, complexity and accessibility.



The purpose of the proposed program was to overcome the manifestations of dental anxiety and normalize the psycho-emotional state through preventive, educational and corrective measures at the dental appointment. Thus, in the work of the dentist, the emphasis is on the treatment and correction and preventive preparation of the patient for the dental appointment.

Determination of the level of personal anxiety before and after treatment showed its decrease, which indicates the significant effectiveness of the proposed treatment regimens. For example, before treatment in the GP-T1 group ( $n = 62$ ), a high level of personal anxiety was detected in 3 (4.83%) men with an average score of  $53.81 \pm 0.52$  points. After treatment the number of men with high levels of personal anxiety decreased to 1 (1.61%), and the average score decreased to  $46.54 \pm 0.50$  points. Among women before treatment, high levels of personal anxiety were found in 16 (25.80%) women with an average score of  $68.81 \pm 0.62$  points.

After treatment, the number of women with high levels of personal anxiety decreased to 9 (14.51%), and the average score decreased to  $47.52 \pm 0.57$  points. The indicators are statistically significantly correlated ( $p \leq 0.05$ ) according to Fisher's exact test.

After therapeutic, corrective and preventive measures, a decrease in the level of situational anxiety was observed. For example, in the GP-T2 group, 6 (9.23%) men had a high level of situational anxiety before treatment, the average indicators of which were  $63.71 \pm 0.52$  points. After treatment, the number of men was 4 (6.15%) people. In the rest, situational anxiety decreased from high to moderate with an average of  $46.51 \pm 0.52$  points. Among women, a high level of ST before treatment was observed in 23 (35.38%) people with an average of  $75.23 \pm 0.68$  points. After treatment, the number of women was 18 (27.69%) people with an average of  $61.21 \pm 0.58$  points.

The conducted study proves that the presence of periodontal disease lowers the level of subjective perception of the quality of life of patients. After the complex treatment of periodontal disease with correction of anxiety levels leads to improved quality of life. Determination of the level of quality of life must be

evaluated dynamically and taken into account in the activities of the dentist for more effective assistance to patients with generalized periodontitis with manifestations of anxiety.

The results of determining the level of cortisol in the oral fluid showed that patients with generalized periodontitis with a moderate and high level of anxiety have a high and average level of cortisol in saliva compared to the control group. Average cortisol levels in the control group of GP-Kg before treatment were  $2.3 \pm 1.43$  ng/ml at 10:00 a.m. in the age subgroup of 35-44 years (young age). After treatment, it did not change significantly and was  $2.2 \pm 1.2$  ng/ml. In the age subgroup of 45-55 years (average age), the cortisol level before treatment was  $2.5 \pm 1.5$  ng/ml, after treatment it decreased to  $2.4 \pm 1.4$  ng/ml. In the group of GP-Tr2 with a high level of anxiety, the average indicators of the cortisol level in saliva before treatment in the age subgroup of 35-45 years (young age) were  $6.09 \pm 3.2$  ng/ml. After treatment, it decreased to  $3.08 \pm 1.7$  ng/ml. Thus, an increase in the level of inflammation of the periodontal tissues in generalized periodontitis and an increase in the level of anxiety increases the level of cortisol in saliva. After the treatment, the results in the groups changed significantly, which differed statistically significantly ( $p < 0.05$ ) from the indicators of the control group.

Completion of all the tasks of the dissertation research and the obtained results of the work made it possible to move to the fourth stage of the study (2024-2025) of analysis and evaluation of the results of the clinical study of the problem, implementation of preventive and corrective measures in dental practice, drawing up conclusions and writing practical and methodical recommendations.

**Key words:** periodontal tissue diseases, generalized periodontitis, dental caries, personal and situational anxiety, dental anxiety, dentophobia, cortisol, quality of life, treatment, prevention, correction.

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

|       |                                                       |
|-------|-------------------------------------------------------|
| ГЗП   | генералізованізахворювання пародонта                  |
| ГП    | генералізований пародонтит                            |
| Г     | гінгівіт                                              |
| АТ    | артеріальний тиск                                     |
| ВНС   | вегетативна нервова система                           |
| ГП    | генералізованийпародонтит                             |
| ІГ    | індекс гігієни ОНІ-S (Green-Vermillion, 1960)         |
| ЗДП   | запально-деструктивний процес                         |
| КТ    | кісткова тканина                                      |
| ОТ    | особистісна тривожність                               |
| ПК    | пародонтальна кишеня                                  |
| ПР    | порожнина рота                                        |
| С-РБ  | С-реактивний білок                                    |
| ОТ    | особистісна тривожність                               |
| СТ    | ситуативна тривожність                                |
| ЯЖ    | якість життя                                          |
| ОНІ-S | індекс гігієни ОНІ-S (Green-Vermillion, 1960)         |
| р     | достовірність статистичного показника                 |
| РВІ   | індекс кровоточивості (у модифікації Cowell I., 1975) |
| РDІ   | індекс Рамфьорда                                      |
| РМА   | папілярно-маргінально-альвеолярний індекс             |
| PRP   | збагачена тромбоцитами плазма                         |
| r     | коефіцієнт кореляції Пірсона                          |
| R     | коефіцієнт кореляції Спірмена                         |
| t     | критерій Стьюдента                                    |
| φ*    | Критерій «Кутове перетворення Фішера»                 |

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Публікації, в яких опубліковані наукові результати дисертації:*

1. *Городнов ЄВ. Лікувально-гігієнічні засоби профілактики генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності. Сучасна стоматологія. 2024;5(122):4-10. DOI: [10.33295/1992-576X-2024-5-4](https://doi.org/10.33295/1992-576X-2024-5-4) (Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*
2. *Городнов Є. Диференційоване застосування зубних паст у профілактиці генералізованого пародонтиту. Вісник стоматології. 2024;128((3)53):35-42. DOI: <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2024-53-3.7> (Дисертант проводив експериментальні дослідження, аналіз та статистичну обробку даних, написання та підготовку статті до друку).*
3. *Городнов ЄВ. Профілактика та подолання тривожності у хворих із генералізованими ураженнями пародонта. Актуальні проблеми профілактичної медицини. 2024;28:12-19. DOI: <https://doi.org/10.32782/2786-9067-2024-28-2> (Дисертант проводив експериментальні дослідження, аналіз та статистичну обробку даних, написання та підготовку статті до друку.)*
4. *Городнов ЄВ. Рівень кортизолу в ротовій рідині у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності. Сучасна стоматологія. 2024;6(123):21-26* Доступно 3:  
<https://www.dentalexpert.com.ua/index.php/stomatology/issue/view/34/14>  
 DOI: [10.33295/1992-576X-2024-6-21](https://doi.org/10.33295/1992-576X-2024-6-21) *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*
5. *Городнов ЄВ. Оцінка якості життя у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності. Сучасна стоматологія. 2025;1(124):9-15. DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2025-1-9> (Дисертант проводив експериментальні дослідження, аналіз та статистичну обробку даних, написання та підготовку статті до друку).*

***Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:***

6. *Городнов ЄВ. Лікування генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності методом плазмоліфтингу: аналіз наукової літератури. В: Світ наукових досліджень. Вип. 15: матеріали Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції, (м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 19-20 грудня 2022 р.) / [редкол.: О. Патряк та ін.]; WSSG w Przeworsku. Тернопіль: ФОП Шпак В.Б, 2022. С.154-160. Доступно з: <http://www.economy-confer.com.ua/full-article/4135/> (Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

7. *Городнов ЄВ. Дослідження тривожності у хворих на генералізований пародонтит при наданні стоматологічної допомоги. In: Modern science: innovations and prospects. Proceedings of the 16-th International scientific and practical conference. SSPG Publish. Stockholm, Sweden; 2022. Pp. 152-157. (Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

8. *Horodnov Ye. Justification of the use of autoplasm in the treatment of generalized periodontal diseases. In: Science and innovation of modern world. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. London, United Kingdom; 2022. Pp. 31-39. (дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

9. *Городнов ЄВ. Прояви тривожності у хворих на генералізований пародонтит під час стоматологічного прийому: стан вивчення проблеми. In: Science and technology: problems, prospects and innovations. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference. CPN Publishing Group. Osaka, Japan. 2022. Pp. 75-85. (Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

10. *Horodnov Ye. Manifestions of anxiety in patients with generalized periodonts when providing dental care. In: Eurasian scientific discussions.*

Proceedings of the 12th International scientific and practical conference. Barca Academy Publishing. Barcelona, Spain; 2022. Pp. 48-53. Available from: <https://sci-conf.com.ua/xii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-urasian-scientific-discussions-18-20-12-2022-barselona-ispaniya-arhiv/> (Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).

11. Horodnov Ye. Gender characteristics of anxiety manifestations in patients with generalized peridonts. In: Proceedings of the XXII International Scientific and Practical Conference. «Modern theories and improvement of world methods», Helsinki, Finland; 2023. Pp. 190-193. (Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).

12. Антоненко МЮ, Борисенко АВ, Городнов ЄВ. Предиктори тривожності у хворих з генералізованими ураженнями пародонта. In: Scienceandsociety: moderntrendsin a changingworld. Proceedings of the 1 st International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Vienna, Austria; 2023. Pp. 72-80. Available from: <https://sci-conf.com.ua/i-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-science-and-society-modern-trends-in-a-changing-world-18-20-12-2023-viden-avstriya-arhiv/>. (Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, виконано статистичне опрацювання даних з аналізом отриманих результатів, висновки сформульовані спільно із співавторами).

13. Horodnov Ye. Theoretical aspects of quality of of life in the context of dental health. In: Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference. Lisbon, Portugal; 2023. Pp. 156-163. (Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).

14. Антоненко МЮ, Борисенко АВ, Городнов ЄВ. Якість життя у хворих на генералізовані ураження пародонта з проявами тривожності. In: Global science: prospects and innovations. In: Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. Liverpool, UnitedKingdom; 2023. Pp. 59-69. Available from: <https://sci-conf.com.ua/v->

[mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-global-science-prospects-and-innovations-28-30-12-2023-liverpul-velikobritaniya-arhiv/](https://sci-conf.com.ua/iii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-global-science-prospects-and-innovations-28-30-12-2023-liverpul-velikobritaniya-arhiv/) (Дисертантом

зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, виконано статистичне опрацювання даних з аналізом отриманих результатів, висновки сформульовані спільно із співавторами).

15. Борисенко АВ, Городнов ЄВ. Застосування фібрину збагаченого тромбоцитами (PRF) для лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності. In: Innovative development of science, technology and education. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Vancouver, Canada; 2023. Pp. 215-222. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-innovative-development-of-science-technology-and-education-vankuver-kanada-arhiv/> (Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, виконано статистичне опрацювання даних з аналізом отриманих результатів, висновки сформульовані спільно із співавтором).

16. Kundenko SP, Gorodnov EV. Caractéristiques de l'activité administrative dans les établissements d'enseignement supérieur. In: Current challenges of science and education. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Berlin, Germany; 2023. Pp. 308-312. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iv-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-current-challenges-of-science-and-education-berlin-nimechchina-arhiv/>. (Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, виконано статистичне опрацювання даних з аналізом отриманих результатів, висновки сформульовані спільно із співавторами).

17. Kundenko SP, Moskalyova AS, Horodnov EV. Psychological and administrative aspects of manager's activities in higher education institutions. In: Topical aspects of modern scientific research. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. CPN Publishing Group. Tokyo, Japan; 2023. Pp. 442-449. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iv-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-topical-aspects-of-modern-scientific-research-21-23-12-2023-tokyo-japan-arhiv/>

[2023-tokio-yaponiya-arhiv/](#). (Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, виконано статистичне опрацювання даних з аналізом отриманих результатів, висновки сформульовані спільно із співавторами).

18. Городнов ЄВ, Прощенко АМ. Особливості комунікації лікаря з пацієнтом як складова його ефективної професійної діяльності. In: Current challenges of science and education. Proceedings of the 6th International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Berlin, Germany; 2024. Pp.63-72. Available from: <https://sci-conf.com.ua/vi-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-current-challenges-of-science-and-education-12-14-02-2024-berlin-nimechchina-arhiv/>. (Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, виконано статистичне опрацювання даних з аналізом отриманих результатів, висновки сформульовані спільно із співавторами).

19. Городнов ЄВ. Фізіологічні та поведінкові прояви стоматологічної тривожності у хворих на генералізований пародонтит. In: European congress of scientific discovery. Proceedings of the 1 st International scientific and practical conference. Barca Academy Publishing . Madrid, Spain; 2024. Pp. 96-102. Available from: <https://sci-conf.com.ua/i-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-european-congress-of-scientific-discovery-29-31-12-2024-madrid-ispaniya-arhiv/> (Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).

20. Horodnov Ye. Application of methods and exercises to overcome anxiety in patients with generalized periodontal lesions. In: Scientific research: modern challenges and future prospects. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. MDPC Publ. Munich, Germany; 2024. Pp. 37-44. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iv-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-scientific-research-modern-challenges-and-future-prospects-18-20-11-2024-myunhen-nimechchina-arhiv/>. (Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).



21. *Horodnov E.* Methods of researching the quality of life in patients with dental diseases. In: Current trends in scientific research development. Proceedings of the 2nd International scientific and practical conference. In: Science Publisher, Boston, USA; 2024. Pp. 34-41. Available from: <https://sci-conf.com.ua/i-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-current-trends-in-scientific-research-development-19-21-09-2024-boston-ssha-arhiv/>

(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).

22. *Городнов ЄВ, Лазуренко ОО.* Корекція психоемоційного стану та подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит. In: Future of science: innovations and perspectives. Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. SSPG Publish. Stockholm, Sweden. 2025. Pp. 74-82. Available from: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-future-of-science-innovations-and-perspectives-24-26-03-2025-stokgolm-shvetsiya-arhiv/>.

(Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, виконано статистичне опрацювання даних з аналізом отриманих результатів, висновки сформульовані спільно із співавторами).

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВСТУП .....                                                                                                                           | 28 |
| РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ<br>ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ ІЗ<br>ПРОЯВАМИ ТРИВОЖНОСТІ .....         |    |
| 1.1. Взаємозв'язок захворювань пародонта та тривожності пацієнтів .....                                                               | 36 |
| 1.2. Прояви стоматологічної тривожності на фізіологічному та поведінковому рівнях у хворих на генералізовані ураження пародонта ..... | 48 |
| 1.3. Якість життя у хворих на генералізовані ураження пародонта з проявами тривожності .....                                          | 57 |
| 1.4. Лікування генералізованого пародонтиту у хворих із проявами тривожності .....                                                    | 63 |
| 1.5. Подолання стоматологічної тривожності у хворих на генералізований пародонтит засобами профілактики та психокорекції .....        | 65 |
| РОЗДІЛ 2. ДИЗАЙН, МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ .....                                                                                 | 72 |
| 2.1. Організація та дизайн дослідження .....                                                                                          | 72 |
| 2.2. Забезпечення вимог біоетики до медичних досліджень .....                                                                         | 76 |
| 2.3. Характеристика груп та організації дослідження .....                                                                             | 77 |
| 2.4. Клінічні методи дослідження .....                                                                                                | 79 |
| 2.4.1. Оцінки стану вегетативної системи за індексом Кердо .....                                                                      | 82 |
| 2.4.2. Визначення рівня кортизолу в слині .....                                                                                       | 83 |
| 2.4.3. Рентгенологічне обстеження (внутрішньоротова контактна рентгенографія, ортопантомографія, комп'ютерна томографія) .....        | 84 |
| 2.5. Методи соціологічного та психологічного дослідження .....                                                                        | 85 |
| 2.5.1. Психологічна шкала тривожності Ч. Спілбергера .....                                                                            | 85 |
| 2.5.2. Шкала стоматологічної тривожності Корах DAS [129, 130] .....                                                                   | 86 |
| 2.5.3. Методика оцінювання якості життя .....                                                                                         | 87 |
| 2.5.4. Методи профілактики і корекції подолання тривожності у хворих .....                                                            | 88 |
| 2.6. Комплексне лікування хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності .....                                          | 88 |
| 2.7. Схема лікувально-корекційних та профілактичних заходів подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит .....        | 91 |
| 2.8. Методи статистичного аналізу .....                                                                                               | 93 |

|                                                                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-НОЗОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ З ПРОЯВАМИ ТРИВОЖНОСТІ.....                   | 96  |
| 3.1. Клінічні особливості поширеності захворювань пародонта у хворих з проявами тривожності.....                                     | 96  |
| 3.2. Соціально-психологічні предиктори тривожності в жінок і чоловіків, хворих на генералізований пародонтит .....                   | 98  |
| 3.3. Дослідження якості життя хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності.....                                      | 110 |
| 3.4. Стан гігієни порожнини рота у хворих із проявами тривожності.....                                                               | 113 |
| 3.5. Дослідження фізіологічних і поведінкових проявів стоматологічної тривожності у хворих на генералізований пародонтит.....        | 119 |
| 3.6. Дослідження артеріального тиску та частоти пульсу у хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності.....            | 122 |
| 3.7. Рівень кортизолу в ротовій рідині у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності.....                           | 123 |
| РОЗДІЛ 4. ОБҐРУНТУВАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ ІЗ ПРОЯВАМИ ТРИВОЖНОСТІ.....    | 130 |
| 4.1. Клінічна оцінка стану пародонта у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності після проведеного лікування..... | 130 |
| 4.2. Результати лікувально - корекційних і профілактичних заходів подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит.....  | 141 |
| 4.3. Гендерний аналіз результатів обстеження фізіологічних і поведінкових проявів у хворих на генералізований пародонтит.....        | 158 |
| 4.4. Результати оцінки якості життя хворих до та після проведених лікувано-корекційних і профілактичних заходів.....                 | 161 |
| 4.5. Результати визначення рівня кортизолу як маркера стоматологічної тривожності у хворих на генералізований пародонтит.....        | 164 |
| АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....                                                                                  | 171 |
| ВИСНОВКИ.....                                                                                                                        | 192 |
| ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....                                                                                                          | 195 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....                                                                                                      | 196 |
| ДОДАТКИ.....                                                                                                                         | 227 |

## ВСТУП

**Актуальність теми.** За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, на захворювання пародонта страждає 70,0–90,0 % дорослого населення земної кулі (Zadik et.al Y., 2008 [274]; Baelum V. et al., 2013 [103]; Rarapanou P. N. et al., 2017 [224]). Важливим фактором є зростання кількості захворювань пародонта серед осіб різного віку (Антоненко М. Ю., 2012 [1]; Борисенко А.В., 2018 [12]; Малий Д. Ю., Антоненко М. Ю., 2013 [56]; Канюра О.А., 2014 [37]; Мазур І.П., 2020 [54]; Копчак О. В., 2018 [44]; Остапко О.І., 2018 [8]; Любарець С.Ф., 2021 [52]; Wasu S., 2017 [266]; Rarapanou P. N.et. al., 2017 [224]).

На сьогодні найбільш важливим чинником розвитку запальних та дистрофічно-запальних захворювань пародонта вважається пародонтопатогенна мікрофлора (Kornman K., 2008 [185]; Cazalis J. et.al., 2009 [125]; Castillo D. et.al., 2011 [124]). Проте лише наявності в порожнині рота пародонтопатогенної мікрофлори недостатньо для розвитку уражень пародонта (Leininger M. et.al., 2010 [199]; SooryM., 2010 [247]) – для цього необхідні певні фактори, які впливають на захисну реакцію організму проти мікробів (Genco R. J., 2013 [153]; Bulik C. M. et.al., 2016 [120]; DeFilippo E. et. al., 2016 [135]; Amianto F. et.al., 2016 [92]). Одним із таких факторів є психоемоційна напруга, яка проявляється в пацієнтів через різні форми тривожності (Johannsen A. et al., 2010 [175]; Akcaliet A. et. al., 2013 [89]; Botelho J., 2018 [114]).

Аналіз статистичних показників, які визначають стан психічного здоров'я населення України, свідчить про зростання кількості осіб із психогенними тривожно-депресивними розладами. Показник поширеності афективних розладів протягом 10-річного періоду збільшився на 16,9 %. Показники поширеності порушень психічної сфери є дуже високими. Із 870 мільйонів людей, які проживають у Європейському регіоні, за оцінками фахівців Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 100 мільйонів відчують стан тривоги і депресії (Ustün T. et.al., 2004 [260]; Kessler R.,

Bromet E., 2013 [182]). Такі тривожно-депресивні розлади є одною з важливих причин розвитку різних захворювань (Mathersand C., Loncar D., 2006 [208]; Patten S., 2013 [226]).

У людей, які страждають на захворювання тканин пародонта, важливими складовими під час лікування є якість життя, рівень самопочуття, своєчасне реагування на хворобу, больовий синдром, емоційний стан, активність, особистісна та ситуативна тривожність (Wasu S., 2017 [266]). Тривожність може виникнути перед будь-яким стоматологічним втручанням. Усі ці уявлення, відчуття та емоції створюють патологічне коло, що сприяє прогресуванню захворювань пародонта (Breivik T., 2006 [118]; Spector A., 2020[248]; Wasu S., 2017 [266]).

За даними досліджень, що базуються на рекомендаціях Організації Об'єднаних Націй щодо оцінки глобального тягара захворюваності (Whiteford H. et.al., 2013 [269]; Baxter A. J. et.al., 2013 [108]; Ferrari A. J. Et al., 2013 [143]), поширеність тривожності впопуляції становить 7,3 %. Проте деякі автори (Offidani E. et.al., 2013 [221]) звертають увагу на надзвичайну варіабельність даних від 5,0 % до 30,0 % у популяції, що може свідчити про недосконалість методології дослідження.

Тривожність – це форма прояву емоцій, яка найчастіше виникає в людей у критичних ситуаціях. Вона може виконувати різні функції: від адаптації до дезорганізації психічної діяльності людини. Проведені дослідження показують, що підвищена тривожність призводить до розвитку соматичних захворювань, невпевненості у своїх комунікативних можливостях, формує конфліктні стосунки та негативно впливає на стан здоров'я пацієнта (Ставицька С. О. 1998 [74, 75]; Кокун О. М., 2006 [39]; Омельченко Я. М., 2006 [60]; Пилипенко Н. Г., 2007 [64]; Маркова М. В., 2008 [57]; Шевченко Н. Ф., 2009 [83]; Чабан О. С., 2013 [80]; Хаустова О. О., 2016 [79]; Лазуренко О.О., 2018 [48]; Eysenck H., 1953 [142]; Klein D. F., 1962 [184]; Spielberger C., 1975 [250]; Mahler M., 1968 [205]; Bowlby J., 1973 [115];

Locker D., et al., 2001 [202]; Moore R., et. al., 2001 [215]; Hale W. W., 2013 [163]; Wasu S., 2017 [266]).

Стан тривожності характеризується сильною та тривалою психоемоційною напругою. Особи з високим рівнем особистісної тривожності більш схильні до розвитку захворювань, надмірно сприймаючи загрозу власній самооцінці й життєдіяльності в широкому діапазоні ситуацій.

У стоматологічній літературі є низка публікацій, присвячених впливу негативних психоемоційних станів на розвиток захворювань пародонта. Більшість із них акцентують увагу на впливі значних психоемоційних порушень на пародонт. Однак досліджень, які б раціонально оцінювали вплив початкових проявів тривожності на розвиток і перебіг дистрофічно-запальних захворювань пародонта, досі недостатньо.

Багатофакторність досліджуваної проблеми підкреслює необхідність мультидисциплінарного підходу до її вивчення, що базується на поєднанні медичних, фізіологічних і соціально-психологічних аспектів взаємозв'язків між захворюваннями пародонта та тривожністю пацієнтів. Це обґрунтовує необхідність подальших наукових досліджень і визначає актуальність вибору теми даного дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота є фрагментом планових науково-дослідних робіт кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця: «Наукове обґрунтування ранньої діагностики генералізованих захворювань пародонта хронічного та загостреного перебігу» (№ держреєстрації НДР 0118U100471). Дисертант є співвиконавцем зазначеної НДР кафедри.

**Мета роботи:** підвищення ефективності профілактики та лікування хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності шляхом клініко-лабораторного обґрунтування комплексу лікувально-профілактичних

заходів диференційованої медикаментозної та психологічної корекції різних рівнів тривожності.

**Завдання дослідження:**

1)установити клініко-нозологічну структуру, поширеність та особливості перебігу захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності;

2)дослідити медико-соціальні, психологічні та загальноклінічні предиктори розвитку захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності;

3)дослідити якість життя хворих та провести диференційоване визначення рівня особистісної та ситуативної тривожності у хворих із захворюваннями пародонта;

4)обґрунтувати та розробити систему патогенетично спрямованих заходів для прогнозування, лікування та профілактики генералізованого пародонтиту у хворих із проявами тривожності;

5)визначити та оцінити ефективність лікувально-корекційних і профілактичних заходів комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності в найближчі та віддалені терміни спостережень.

**Об'єкт дослідження:** клініка і патогенез генералізованого пародонтиту в пацієнтів із проявами тривожності, вплив запропонованої корекційної та профілактичної програми на перебіг та ефективність лікування хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності.

**Предмет дослідження:** зміни індикативних показників стану пародонта, гігієни порожнини рота, жирнокислотного спектру сироватки крові та ротової рідини, мікробіому ротової порожнини, вмісту антимікробних пептидів та молекул у ротовій рідині, зміни рівня особистісної та ситуативної тривожності досліджуваних пацієнтів.

**Методи дослідження:**

1. *Клінічні методи*: анамнестичний, клінічне обстеження та індексна оцінка тканин пародонта (РМА, СРІ, SBI), оцінка гігієнічного стану порожнини рота (ОHI-S), оцінка стану твердих тканин зубів (КПВ).

2. *Методи соціологічного та психологічного дослідження*. Метод спостереження. Метод анкетування. Методика «Дослідження тривожності» Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна; шкала стоматологічної тривожності «Корак DAS»; опитувальник якості життя «Oral Health Impact Profile» (OHIP-14).

3. *Інструментальні*: рентгенологічні дослідження (ортопантомографія, комп'ютерна томографія).

4. *Статистичні методи* аналізу, обробки клінічних та лабораторних даних.

**Організація дослідження.** Відповідно до поставлених завдань дослідження проводилось у чотирі етапи впродовж 2021–2025 рр.

*I етап – 2021–2022 рр.* – написання огляду літератури, опрацювання методів дослідження, клініко-лабораторне обстеження хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності.

*II етап – 2022–2023 рр.* – визначення рівнів тривожності у хворих на генералізований пародонтит, аналіз отриманих даних, формування груп дослідження відповідно до рівнів тривожності пацієнтів. Написання окремих розділів дисертації.

*III етап – 2023–2024 рр.* – розроблення методик профілактики та корекції різних рівнів тривожності у хворих на генералізований пародонтит. Визначення ефективності запропонованих методик загального лікування. Узагальнення одержаних результатів та написання окремих розділів дисертації.

*IV етап – 2024–2025 рр.* – аналіз і оцінка отриманих результатів проведеного клінічного дослідження, оформлення роботи, апробація і подання дисертації до захисту.



**Наукова новизна дослідження** полягає в тому, що здійснено теоретичне узагальнення і запропоновано нове рішення наукового завдання в галузі стоматології щодо удосконалення діагностики та лікування генералізованого пародонтиту у хворих із проявами тривожності шляхом клініко-лабораторного обґрунтування комплексу лікувально-реабілітаційних профілактичних та корекційних заходів для диференційованої медикаментозної та психологічної корекції виявлених змін показників медіаторів запалення, прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу та особливостей рівня тривожності.

**Практичне значення одержаних результатів.** У системі комплексних лікувально-профілактичних заходів запропоновано методики диференційованої корекції різних рівнів тривожності у хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності.

Результати, наведені у дисертаційній роботі застосовуються для вирішення прикладних завдань у стоматології і впроваджені у лікувально-профілактичний процес «Університетська клініка» Національного університету імені О.О. Богомольця, що підтверджено відповідним актом. У стоматологічні клініки м.Києва, акти впровадження додаються. Крім того, матеріали дисертації впроваджено у навчальний процес на кафедрі хірургічної, ортопедичної стоматології та ортодонтії ПЗВО «Київського міжнародного університету, кафедрі стоматології Буковинського державного медичного університету, кафедрі стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

**Упровадження результатів дослідження.** Результати наукових досліджень дисертаційної роботи впроваджено в навчальний процес кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця МОЗ України (використано в курсі лекцій з терапевтичної стоматології для лікарів-інтернів-стоматологів, лікарів-слухачів курсів тематичного удосконалення та спеціалізації з терапевтичної стоматології), а також у практику пародонтологічного

відділення Стоматологічного медичного центру НМУ імені О. О. Богомольця та низки лікувально-профілактичних стоматологічних закладів м. Києва.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертація є самостійною науковою працею здобувача. Разом із науковим керівником роботи обрано тему дисертації, сформульовано мету і завдання наукового дослідження. Здобувач провів аналіз наукової літератури та здійснив патентно-інформаційний пошук за обраною темою. Самостійно обстежив хворих на генералізований пародонтит, визначив рівні тривожності в обстежених пацієнтів. Разом з науковим керівником сформував групи дослідження, самостійно провів лікування та проаналізував отримані результати. Дисертантом самостійно написані вступ, анотація всі розділи наукової праці, виконано кількісну та статистичну обробку отриманих результатів, їх аналіз та узагальнення. Підготовлено до друку наукові публікації, забезпечено впровадження результатів дисертаційної роботи в клінічну практику. Спільно з науковим керівником сформульовані висновки дослідження та практичні рекомендації. Дисертаційна робота виконана на кафедрі стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення дисертації оприлюднені на науково-практичних конференціях з міжнародною участю: «XII Міжнародна науково-практична конференція «Eurasian scientific discussions» (Барселона, Іспанія, 2022); «III Міжнародна науково-практична конференція «Science and technology: problems, prospects and innovations» (Осака, Японія, 2022); «XVI Міжнародна науково-практична конференція «Modern science: innovation and prospects» (Стокгольм, Швеція, 2022); Міжнародна мультидисциплінарна наукова інтернет-конференція: «Світ наукових досліджень» (м. Переворськ, Польща, 2022); IV Міжнародна науково-практична конференція «Science and innovation of modern world» (Лондон, Великобританія, 2022); «XXI Міжнародна науково-практична конференція «Scientists and methods of using modern technologies», (Мельбурн,

Австралія, 2023); «XXII Міжнародна науково-практична конференція «Modern theories and improvement of world methods» (Гельсінкі, Фінляндія, 2023); IV Міжнародна науково-практична конференція «Scientific progress: innovations, achievements and prospects» (Мюнхен, Німеччина, 2023); IV Міжнародна науково-практична конференція «Topical aspects of modern scientific research» (Tokyo, Japan, 2023); V Міжнародна науково-практична конференція «Global science: prospects and innovations» (Liverpool, United Kingdom, 2023); III Міжнародна науково-практична конференція «Innovative development of science, technology and education» (Vancouver, Canada, 2023); II Міжнародна науково-практична конференція «Current trends in scientific research development» (Boston, USA, 2024); III Міжнародна науково-практична конференція «Science in the modern world: innovations and challenges» (Toronto, Canada, 2024); I Міжнародна науково-практична конференція «European congress of scientific discovery» (Madrid, Spain, 2024); IV Міжнародна науково-практична конференція «Scientific research: modern challenges and future prospects» (Munich, Germany, 2024); V Міжнародна науково-практична конференція «Future of science: innovations and perspectives» (Stockholm, Sweden, 2025).

**Публікації.** Основний зміст роботи відображено в 22 наукових працях, серед яких 5 статей в наукових фахових виданнях категорії «Б», 17 публікацій у збірниках наукових праць та збірниках матеріалів Міжнародних науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Основний зміст дисертаційної роботи викладений українською мовою на 249 сторінках друкованого тексту, об'єм основного тексту – на 168 сторінках, складається зі вступу, аналітичного огляду літератури, 4 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій. Дисертація містить 25 таблиць на 27 сторінках з попередніми розрахунками, 17 рисунків на 14 сторінках. Список літератури включає 277 бібліографічних записів, з них 88 - кирилицею, 189 - латиницею, оформлених у Ванкувер стилі.

## РОЗДІЛ 1

### НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ ІЗ ПРОЯВАМИ ТРИВОЖНОСТІ

#### **1.1. Взаємозв'язок захворювань пародонта та тривожності пацієнтів**

Дистрофічно-запальні захворювання пародонта є актуальною проблемою стоматології, зумовленою їх значною поширеністю та постійним прогресуванням дистрофічно-запального процесу, особливо при генералізованому пародонтиті. Генералізований пародонтит – поліетіологічне захворювання, що ускладнює визначення основного чинника загострення його перебігу. Деякі автори відмічають, що довготривалий перебіг захворювання тканин пародонта може призвести до зміни анатомічної форми та місця прикріплення вуздечок і тяжів слизової оболонки, що сприяє подальшому загостренню хвороби [2, 10, 21, 43, 47, 55, 59, 71, 95, 103, 220, 246, 268].

За даними ВООЗ, поширеність захворювань тканин пародонта досягає 80,0–100 % у різних вікових групах. Повністю здоровий пародонт спостерігається тільки 2,0–10,0 % населення. Результати обстеження в 53 країнах показали, що найвищий рівень захворювань тканин пародонта досягає від 65,0 % до 98,0 % у віковій групі від 35 до 44 років. Розповсюдженість генералізованого пародонтиту збільшується з віком (між третім та четвертим десятиліттями життя людини), досягаючи піку поширеності до 45 років. Аналіз обстежень хворих у 60 країнах підтверджує, що деструктивні ураження пародонта, зокрема генералізований пародонтит, зазвичай діагностують у віці від 40 років [219].

Дані Національних досліджень здоров'я та харчування в США показали, що 40,7 % населення віком 60–65 років і старше зазнають втрати

епітеліального прикріплення  $\geq 6$  мм, а 22,7 % хворих мають пародонтальні кишені  $\geq 5$  мм [219].

Аналіз наукових джерел свідчить, що в усьому світі від тяжкої форми пародонтиту страждають від 11,0 % до 14,0 % населення, що становить близько 750 мільйонів людей [175].

Дослідження (Silva L. M., Brenchley L., 2019) доводять, що пацієнти у віці 55–75 років при захворюваннях пародонта частіше втрачають зуби, що призводить не тільки до зміни в стоматологічному здоров'ї, а й до погіршення якості життя цієї категорії населення [246].

Науковці М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко на сьогодні довели взаємозв'язок між станом пародонта й рівнем індивідуальної гігієни порожнини рота. Проведені дослідження щодо впливу гігієни порожнини рота на розвиток пародонтиту показали, що незадовільна та погана гігієна збільшують ризик розвитку пародонтиту від 2 до 5 разів відповідно порівняно з гарною гігієною [12, 30, 134].

Для того, щоб на початковому етапі виявити запальні зміни в тканинах пародонта, запропонована низка гігієнічних індексів порожнини рота: спрощений індекс гігієни порожнини рота Гріна-Вермільйона (1964), індекс Турескі (1970), індекс Федорова-Володкіної (1971), модифікований індекс гігієни Пахомова (1974), індекс гігієни Рамфйорда (1956), індекс Стеларда (1969), індекс Сільнес-Лое (1964), індекс Квіглей-Хайна (1962), індекс ефективності гігієни (1968). Досить часто використовують спрощений індекс гігієни порожнини рота Гріна-Вермільйона, оскільки він дозволяє окремо оцінити кількість зубного нальоту та зубного каменю, а також зводити отримані результати до одного показника [192].

R. N. Alfandini et al.(2020) у своєму дослідженні оцінювали запалення ясен за допомогою індексу папілярної кровоточивості. Результати показали, що середній бал індексу серед чоловіків становив 0,25. Найвищий середній бал був зафіксований у віковій групі 41–50 років і становив 0,28 [90].

У виникненні та розвитку хронічного генералізованого пародонтиту важливу роль відіграє комбінований вплив загальних і місцевих факторів, що перебувають у складному взаємозв'язку. Захворювання пародонта потребують тривалого лікування та тісної взаємодії між стоматологом і пацієнтом. На жаль, стоматологічне лікування часто викликає певний страх у хворих, тому під час прийому лікарі спостерігають тривожність, психоемоційну напругу та страх приблизно в 40,0 % хворих [1, 2, 42].

Зв'язок між психоемоційними розладами, хронічним психологічним стресом і захворюваннями тканин пародонта проаналізували у своїй роботі М.А. Лучинський та співавтори (2018), вони зафіксували «залежність проявів психофізіологічних реакцій дезадаптації від характеру патологічного процесу у тканинах пародонта. Початкові ознаки дезадаптації спостерігалися при запальних ураженнях, а у випадку запально-дистрофічних захворювань частіше визначали гострі невротичні розлади і невротичні розлади із затяжним перебігом» [51].

Дослідниками С.Н.Вадзюк та співавторами (2012) виявлено прямий кореляційний зв'язок між показниками тривожності та інтенсивністю запального процесу при хронічному катаральному гінгівіті серед дітей середнього та старшого шкільного віку [18]. G.S. Penmelsa та P. Seethalakshmi (2019) повідомляють у своїх дослідженнях про зростання інтенсивності гінгівіту при високому рівні психоемоційного стресу в осіб молодого віку, які навчаються в університеті [227]. A.V. Marchenko et al., (2020) такі залежності пояснюють впливом психоемоційного стресу на стан мікробіоти ясенної борозни [207]. S. Kesim et al., (2012) доводили, що для пацієнтів із гінгівітами та пародонтитами характерні високі показники тривожності, причому в осіб із пародонтитами вони достовірно вищі [181]. Дослідники Ng S.K.S., Leung W.K., (2006) у своїх роботах свідчать, що впливати на перебіг захворювань пародонта можуть хронічні стресори, а пацієнти із депресією та тривожністю більш чутливі до уражень тканин пародонта [220].

М. Ю. Антоненко зі співавторами (2023) вважають, що перед стоматологом стоять два завдання: надання стоматологічної допомоги та корекція психічного стану з урахуванням індивідуальних особливостей та тривожності хворого. Для вирішення цієї проблеми лікарю-стоматологу потрібно бути обізнаним не тільки в психологічних знаннях щодо індивідуально-особистісних характеристик пацієнта, а й в особливостях проявів тривожності, які можуть спостерігатися під час прийому в лікаря-стоматолога [2].

У стоматологічному кабінеті реакція пацієнта на попередні стоматологічні маніпуляції проявляється емоційною напругою та варіює від епізодів тривоги до розвитку неврозу. Стійка психоемоційна установка на біль, негативний досвід попереднього лікування, стоматологічна тривога перед втручанням відкладають відвідування лікаря на тривалий час. Усе це негативно впливає на результати лікування, значно ускладнюючи його.

Комплексний характер досліджуваної проблеми підтверджує необхідність мультидисциплінарного підходу до її вивчення, поєднуючи медичні, фізіологічні, соціально-психологічні аспекти взаємозв'язку між захворюваннями пародонта та тривожністю пацієнтів.

Аналіз літератури з цього питання дозволяє розглядати підвищену тривожність з різних точок зору, оскільки вона виникає й реалізується в результаті складної взаємодії афективних і поведінкових реакцій, спровокованих впливом різних стресів на людину. Відповідно до останніх досліджень, близько 15,0 % дорослого населення США зазнавали певного типу тривожності впродовж свого життя [99, 129, 229]. Дослідження М. Т. Tsuang (2002); S. Cohen (2007) доводять, що тривожність виникає протягом усього життя в більш ніж чверті населення світу [127, 259]. У роботах J. P. Lépine та Н. U. Wittchen наголошується, що різними формами тривожності страждають від 15,0 % до 18,0 % дорослого населення світу [200, 232, 270]. М. В. Маркова (2008) відзначає несприятливу тенденцію

збільшення кількості молодих осіб із тривожно-фобічними розладами, хоч до лікарів звертаються тільки 30,0 % усіх хворих [57].

E.G. Grinevich (2007) зазначає, що в медичній статистиці МЗ України тривожно-фобічні симптоми посідають третє місце за рівнем загальної захворюваності на психічні розлади [158].

В англomовній літературі, як правило, використовуються поняття «стан тривожності» (stateanxiety) і «тривожність як риса» (traitanxiety). У вітчизняній психологічній літературі ці поняття звичайно перекладаються як ситуативна (реактивна) і особистісна тривожність [36, 45, 61, 83, 131].

Тривожність, з погляду S. Freud (1964), – це усвідомлюване неприємне емоційне переживання, що сигналізує про небезпеку і супроводжується відповідними соматичними реакціями. Класичною роботою З. Фрейда з цієї проблематики є книга «Hemmung, SymptomundAngst» (1926). Автор ретельно підходив до аналізу цього явища, неодноразово переглядаючи й уточнюючи свою концепцію передусім у тих її частинах, які стосуються причин і функцій тривожності. Згідно з його поглядами, тривожність характеризується трьома основними ознаками: специфічним почуттям неприємного, відповідними соматичними реакціями та усвідомленням цього переживання [148, 149].

A. Freud (1966) вважала тривожність головним чинником, який призводить до розвитку захисних механізмів, здатних спричинити невроз як у дітей, так і в дорослих. При цьому неможливо чітко визначити джерело тривожності – зовнішні чинники або внутрішні переживання. З цієї причини психоаналітик має вивчати не саму тривожність, а активність захисних механізмів, які вона запускає [150].

K. Horney (1978) зазначала, що виникнення тривоги зумовлене насамперед незадоволенням потреби в міжособистісній надійності. Ураховуючи прагнення до самореалізації як головну мету розвитку особистості, авторка трактувала тривогу як ключовий бар'єр, що



перешкоджає досягненню цієї мети. Інтенсивність тривоги пропорційна значущості конкретної ситуації для людини [167].

D. Watson (1984) розглядав невротичні порушення як результат умовних емоційних реакцій, які пізніше почали називати тривожністю. Він вважав, що процес формування тривожності відбувається за механізмами, подібними до тих, що описував І. П. Павлов. За його словами, тривожність, яка формується в результаті умовних рефлексів, може бути легко викликана, проте значно складніше подолана [267].

О. Н. Mowrer (1940) називав тривожність станом підвищеної напруги організму та його готовності до потенційної загрози. Такий стан викликає прагнення уникнути небезпеки, що знижує рівень напруги та дозволяє зменшити ймовірність зустрічі з травмуючими ситуаціями. О. Mowrer вважав, що в основі тривожності лежать етичні конфлікти, що пригнічуються та перетворюються на невротичну тривогу. Водночас він підкреслював позитивний аспект тривожності, яка може бути спрямована не лише на повернення «витісненого», а й на прагнення людини відновити гармонію і психічне здоров'я [216].

R. May (1977) розглядав тривожність з різних аспектів, включаючи біологічні, психологічні та соціальні фактори. Він трактував тривожність як емоційне переживання, яке виникає під час зіткнення людини з питанням буття та небуття, а також під час боротьби з цими концептами. Для нього тривожність була не просто страхом перед смертю, а страхом перед ставленням до смерті. Тривожність має двоїстий характер: вона водночас і притягує, і відштовхує. Автор розрізняв тривогу як дифузне, безпредметне побоювання, на відміну від страху, який є реакцією на конкретну небезпеку. Він зазначав, що тривожність виникає через загрозу важливим для людини цінностям, які визначають її особистість [209].

При аналізі психосоматичних аспектів тривоги (ситуативної тривожності) R. May зазначав, що в людини, яка не справляється самотійно з проблемою на рівні психіки, можуть з'явитися найрізноманітніші

психосоматичні симптоми. Автор пропонує теоретичне узагальнення підходів до визначення тривожності:

1) існує прямий зв'язок між тривожністю і наявністю поведінкових механізмів уникання ситуацій, що викликають її;

2) внутрішній конфлікт – причина появи невротичної тривожності;

3) невротичний страх є об'єктивним, конкретним виявом невротичної тривожності;

4) «здатність людини ліквідувати конфлікт між сподіваннями і реальністю – її здатність до творчості – є в той же час можливістю перебороти невротичну тривожність»;

5) особистості, які мають високий рівень розвитку інтелекту, є креативними і наділені більш високим рівнем диференціації, а також мають більш виражену тривожність (навпаки, збідніння особистості, її обмеженість призводить до зниження тривоги в результаті усунення внутрішнього конфлікту) [209].

C. D. Spilberger (1991) розглядав особистісну тривожність як стійку індивідуальну характеристику, яка пов'язана з внутрішньо-особистісним конфліктом. Вона проявляється через відчуття постійної небезпеки, невизначеності, стурбованості, напруги та потенційної невдачі. Оптимальний рівень тривоги є необхідним і адаптивним для ефективного пристосування особистості до умов соціуму. На відміну від високого рівня тривожності, який може призвести до дезадаптації, ситуативна (реактивна) тривожність, на думку автора, виникає внаслідок об'єктивно небезпечних ситуацій, пов'язаних із зовнішніми чинниками, що створюють соціальну загрозу. Цей стан є реакцією на зміни обставин, які сприймаються суб'єктом як стресові та загрозливі [251].

R. S. Lazarus (1984) трактував тривожність як емоційний стан, що виникає внаслідок оцінки людиною ситуації, в якій вона перебуває. Тривожність виникає в процесі очікування невизначеної небезпеки або передчуття негараздів. Це негативний постійний або тимчасовий емоційний

стан, пов'язаний зі стресовими факторами, які індивід вважає шкідливими або небезпечними[195].

J. G. Sarason (1988), M. Zuckerman (1976) запропонували розглядати тривогу не тільки як емоційне переживання, а як сукупність поведінкових рис, що визначають схильність людини до тривожних реакцій в певних ситуаціях. Вони вважали, що зовнішні стимули (наприклад, соціальні чи професійні ситуації) виступають як індикатори, які запускають індивідуальні реакції на більш глибокі переживання [241, 277].

H. Saul (2002) наголошував, що тривога може мати позитивний вплив на працездатність людей з імпульсивними рисами. Однак високий рівень тривожності може призвести до появи страху, ускладнюючи контроль за імпульсивністю людини і знижуючи її здатність до соціальної адаптації [242].

A. T. Beck і G. Emery (1985) вказували, що в людей з тривожними розладами часто автоматично виникають думки про фізичні загрози(травми, хвороби, смерть), які супроводжуються втратою контролю над ситуацією. Це може спричинити посилення тривоги та паніки, навіть якщо реальна небезпека відсутня [109].

R. C. Durham (1997) також досліджував зв'язок між відчуттям втрати контролю та тривожними реакціями. Утрата контролю в контексті тривожності означає неможливість впливати на важливі події в житті, що призводить до збільшення тривоги та стресу [138].

W. W. Hale (2013) підкреслював, що тривожність впливає на рівень амбіцій людини. Висока тривожність може знизити амбіції через надмірну обережність та страх невдачі та обмежити здатність адекватно оцінювати ситуацію, що може призвести до занижених чи завищених оцінок власних можливостей [163].

Дослідженню природи тривожності присвячені роботи українських авторів В. М. Крайнюка, Я. М. Омельченко, С. О. Ставицької та ін. [45, 60, 61, 75].

В. М. Крайнюк (1999), вирізняє декілька підходів до визначення тривожності: як стану, як складного процесу, як особистісної властивості. Також автор зазначає окремі причини появи тривожності, зокрема, внутрішні (соціальні, біологічні й психологічні властивості особистості) та зовнішні чинники (соціально-економічні, екологічні, політичні, духовні негаразди в суспільстві, соціальне оточення на кшталт сім'ї тощо) [45].

Я. М. Омельченко (2006), вивчаючи тривожні стани, стверджує, що вони є епізодичними й нестійкими переживаннями, які мають такі характеристики: ступінь інтенсивності переживань, тимчасовість та епізодичність прояву, нестійкість у структурі особистості, наявність поведінкового та емоційного компонентів, а також виникнення в ситуаціях очікування неприємних подій. Особистісна тривожність – стійка особистісна риса, яка найчастіше домінує в структурі психіки [60].

С. О. Ставицька (1998) визначила особистісну тривожність як стійку схильність до переживання тривоги, яка виявляється в низькому порозі чутливості до стресових ситуацій. Ситуативна тривожність, з іншого боку, виникає через зовнішні фактори залежно від конкретної ситуації, що спричиняє тривогу [75].

С. В. Чорний (2007) у своїх дослідженнях показав, що тривожність у людей пов'язана зі зниженням активності в певних ділянках головного мозку, відображених на електроенцефалограмі. Такі люди потребують більше часу для обробки інформації [82].

В. М. Астапов (2002) розглядав тривогу та тривожність у рамках функціонального підходу: ці стани організовують загальну діяльність людини, а тривога може бути суб'єктивним фактором, що визначає стратегії поведінки та реакцій людини за такими напрямками:

- а) дослідження тривожності через спостережувані поведінкові ознаки;
- б) вивчення тривожності в контексті захисних механізмів;
- в) аналіз тривожності як фізіологічної ознаки, асоційованої з пережитими подіями (різновид афекту) [6].

Я. М. Омельченко та З. Г. Кісарчук (2008) виділяють два рівні проявів тривожності: *фізіологічний і психологічний*. *Фізіологічна тривожність* характеризується такими проявами, як *психофізичні реакції* (підвищений артеріальний тиск, пришвидшене серцебиття, утруднене дихання, м'язове напруження, спазми в горлі, зміна кольору шкіри від почервоніння до блідості, тремор та пітливість рук тощо) *психосоматичні симптоми* (розлади шлунка, біль у животі, нудота, сухість у роті, головний біль тощо) і *невротичні прояви* (плаксивість, гіперактивність, проблеми з апетитом, заїкання, мимовільні рухи тощо). Психологічна тривожність є трикомпонентною й проявляється *емоційно* (хвилювання, страх, напруженість, безпорадність, розгубленість, дратівливість), *поведінково* (від гальмування активності через розосередженість, пасивність, невпевненість, бажання уникнути потенційних труднощів до збудженості нервової системи через агресивність, нетерплячість, гризіння нігтів, метушливість, раптові сплески активності тощо), а також *когнітивно* (включає проблеми в мотиваційній сфері: складнощі з визначенням мети й формуванням завдань, самоорганізацією та саморегуляцією; спотворене сприйняття власних можливостей; ірраціональні уявлення про себе; мовленнєві дисфункції, зокрема, заїкання, дизартрія, афазія, дисграматизм тощо) [61]. Такий розподіл за проявами дозволяє комплексно оцінити природу тривожності та її вплив на людину.

Н. М. Пилипенко (2006) зазначала, що тривожні люди часто відчують постійну напругу, переживаючи низку соціальних страхів, зокрема побоювання критики чи відчуття соціальної неспроможності. Дослідниця підкреслила, що тривожність спричиняється передусім соціальними чинниками і супроводжується відчуттями фрустрації [65].

Отже, проблему тривожності досліджували психологи S. Freud (1964) [148]; K. Horney (1978) [167]; R. May (1977) [209]; A. T. Beck і G. Emery (1985) [109] C. D. Spilberger (1991) [251] та інші. Узагальнюючи погляди вчених, є підстави вважати тривожність невизначеним передчуттям: вона є

неконкретною, «невловимою», «безпредметною» і може бути наслідком неправильних навичок спілкування. Особливі властивості тривожного стану – почуття невпевненості і безпорадності перед небезпекою. У найзагальнішому вигляді тривожність розуміють як негативне емоційне переживання, пов'язане з передчуттям небезпеки [148, 167, 209].

Вище зазначені думки деяких науковців щодо визначення тривожності підсумовано в таблиці 1.1.

*Таблиця 1.1*

**Пояснення визначення тривожності науковцями**

| №  | Автор                    | Пояснення тривожності                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 2                        | 3                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 1. | S. Freud<br>(1964)       | Тривожність – усвідомлюване неприємне емоційне переживання, що сигналізує про небезпеку й супроводжується відповідними соматичними реакціями.                                                                                                                                 |
| 2. | A. Freud<br>(1966)       | Трактує тривожність як безпредметний стан очікування невизначеної загрози.                                                                                                                                                                                                    |
| 3. | K. Horney<br>(1978)      | Характеризує тривожність розпливчатістю та невизначеністю, почуттям безпомічності. Невротична тривожність – особистісна властивість, яка виникає в ситуаціях, коли під сумнівом опиняються специфічні захисні дії особистості.                                                |
| 4. | A. Ellis<br>(2005)       | Розрізняє тривожність як стан, який базується на негативній самооцінці та призводить до неадекватної поведінки. Існує два види тривожності: тривожність дискомфорту і «Я – тривожність».                                                                                      |
| 5. | C. Spielberger<br>(1975) | Синтезуюча теорія про тривожність, що включає поняття стресу, загрози, стану тривоги, когнітивної оцінки, переоцінки, механізми психологічного захисту, поведінку уникання, а також індивідуальну схильність особистості до переживання тривоги в різних стресових ситуаціях. |

## Продовження таблиці 1.1

| 1   | 2                                                       | 3                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.  | О. Н. Mowrer<br>(1940)                                  | Тривожність поряд з іншими емоціями (надією, розчаруванням і полегшенням) робить вирішальний вплив на вибір, отже, на подальше закріплення способів поведінки.                                                                                            |
| 7.  | R. May<br>(1977)                                        | Невротична тривожність виникає тоді, коли цінності, які суб'єкт вважає базовими для власного існування як особистості, суперечать одна одній.                                                                                                             |
| 8.  | В. М. Крайнюк (1999)                                    | Тривожність – результат складного процесу, що включає когнітивні, афективні й поведінкові реакції на рівні особистості і виконує низку функцій: сигнал про щось загрозливе для індивіда; пошук і з'ясування джерел загрози; оцінка ситуації, що склалася. |
| 9.  | С.О. Ставицька<br>(1998),<br>Я. М. Омельченко<br>(2006) | Існує тривожність ситуативна та особистісна, що розрізняються характером прояву в поведінці. Ситуативна – емоційний стан, особистісна – стійка властивість особистості.                                                                                   |
| 10. | Н.М. Пилипенко<br>(2006)                                | На психологічному рівні тривожність відчувається як напруга, занепокоєння та переживання у вигляді відчуття невизначеності, безсилля, незахищеності, а також страху перед можливими невдачами й неможливістю прийняти рішення.                            |

Аналіз теоретичного матеріалу дозволив виокремити три основні підходи щодо тлумачення феномену тривожності.

*По-перше*, тривожність розглядається як відносно стійка індивідуальна психологічна особливість або властивість темпераменту, що відповідає за індивідуальну специфіку перебігу тривожності, її особистісну складову, параметри стану тривоги, а також форми поведінки, за допомогою яких ці стани нівелюються.

*По-друге*, тривожність визначається як послідовність когнітивних, поведінкових і афективних реакцій, активованих під дією стресових факторів.

*По-третє*, тривожність тлумачиться як негативний психологічний стан, що виникає як результат негативного його очікування стосовно майбутнього в емоціогенній ситуації.

Ураховуючи стан вивчення явища тривожності, у цьому дослідженні вона розглядається як емоційний стан гострого внутрішнього беззмістовного неспокою, пов'язаного у свідомості індивіда з прогнозуванням невдачі, небезпеки або очікуванням чогось важливого, значущого для нього в умовах невизначеності. Тривожність проявляється, впливаючи на емоційну, поведінкову й когнітивну сфери життєдіяльності людини.

Опрацювання теоретичних підходів до проблеми тривожності та наявність відповідних професійних знань надають лікарю-стоматологу можливість під час прийому застосовувати їх для зняття емоційної напруги в пацієнтів з метою забезпечення комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності.

## **1.2. Прояви стоматологічної тривожності на фізіологічному та поведінковому рівнях у хворих на генералізовані ураження пародонта**

З позицій біологічного підходу, стоматологічну тривожність можна визначити як неприємний емоційний стан, що часто супроводжується фізіологічними змінами та поведінковими реакціями, подібними до тих, що викликані страхом і стресом [98, 202].

За даними J. Strik (2003), зниження рівня тривоги прямо залежить від ступеня поінформованості хворих про фізіологічні, психологічні, соціальні аспекти, про подальшу реабілітацію та необхідність дотримання певного способу життя [256].

Більшість дослідників (P. Milgrom, P. Weinstein, 1993; D. Gordon et al., 2013) схильні інтерпретувати тривожність як психічний стан, що є



адаптивною реакцією на стресову ситуацію під час відвідування стоматолога [213, 157].

У 1991 році R. Moore, I. Brødsgaard, H. Birn визначили чотири типи стоматологічної фобії:

- 1) страх перед певним болючим або неприємним подразником (голка, стоматологічний інструмент, певні звуки чи запахи);
- 2) тривога від соматичної реакції (алергічна реакція на місцеву анестезію, судоми або панічні атаки); будь-яка тривога, що виникає в непередбачуваних ситуаціях;
- 3) розлади, пов'язані із загальним занепокоєнням або багатофакторними фобіями;
- 4) недовіра до стоматологічного персоналу, викликана соціальними упередженнями [215].

Заслуговує на увагу наявність зв'язку між тривожністю та різними хворобами. З одного боку, захворювання закономірно спричиняють підвищення рівня тривожності, з іншого – тривожність сама провокує фізіологічні зміни: прискорене серцебиття, підвищення артеріального тиску, порушення в роботі шлунково-кишкового тракту, тремор, безсоння, неприємні відчуття в ділянці серця тощо [102, 152, 236].

Не всі життєво важливі процеси управління організмом людини відбуваються в ЦНС. Велику роль у регуляції його функцій відіграють надниркові залози – парні ендокринні залози. Саме в них виробляються два найважливіші гормони: *адреналін та норадреналін*. Через симпатичну нервову систему стимулюється виділення норадреналіну наднирковими залозами, викликаючи імуносупресивний ефект. Також відомо, що гіперреактивність гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової (ГГА) осі призводить до зростання ризику виникнення захворювань пародонта (T. Breivik et al, 2006) [118]. Гіпоталамус секретує кортикотропний релізінг-гормон, який стимулює виділення адренкортикотропного гормону гіпофізом. У відповідь кора наднирників виділяє глюкокортикоїди, які у свою чергу знижують

кількість циркулюючих лімфоцитів, моноцитів та еозинофілів, інгібують продукцію цитокінів, а також накопичення макрофагів, еозинофілів та нейтрофілів у ділянці запалення. Основним глюкокортикоїдом, відомим як біомаркер стресу, є кортизол (O. Sakmak et al, 2014), (R.J. Genco et al, 2012) [122, 153].

H. S. Brand, L. Abraham-Inpijn (1996) показали, що під час лікування зубів рівень адреналіну в сироватці крові збільшується. Реакції болю та тривоги стимулюють мозкову речовину надниркових залоз до вивільнення ендогенного епінефрину. Крім того, поглинання екзогенного адреналіну, що міститься в місцевих анестетиках, може спричинити підвищення рівня адреналіну в сироватці крові. Біль також стимулює адреномедулярні клітини, які виробляють речовину «Р». Вивільнення речовини «Р» пов'язане зі збільшенням частоти серцевих скорочень та підвищенням артеріального тиску [117].

M. U. Zafar et al. (2010) показали, що в пацієнтів з ІХС і коморбідною тривогою провідну роль у механізмах розвитку відіграє підвищення рівня серотоніну (доведено наявність незалежних кореляційних зв'язків між тривогою і функцією тромбоцитів). При цьому реактивність тромбоцитів була значно вищою у хворих з поєднанням депресії та тривоги, ніж у пацієнтів без або з низьким рівнем тривожності [275].

*Прояви страху.* Стоматологічний страх і тривога, на думку U. Klages et al. (2006), є поширеною проблемою серед пацієнтів і можуть бути перешкодою для лікування, оскільки пацієнти з високою тривожністю часто уникають відвідування стоматолога. Зокрема, 89,5% таких пацієнтів бояться зубного болю та мають гірший стан порожнини рота порівняно з тими пацієнтами, які відвідують стоматолога хоча б раз на рік [183].

M. Tellez et al. (2015) вважають, що негативна поведінка пацієнта на прийомі в стоматолога включає 8 характеристик: рух головою, високо підняті руки, рухи корпусом, ногами, крики, усні протести та фізичний опір стоматологічному лікуванню [257].

Реєстрація психоемоційної напруги здійснюється за такими групами методів: вегетативні, психофізіологічні, психометричні, експресивні. До експресивних методів, наприклад, належать аналіз мовлення пацієнта, спрямований на виявлення маркерів психоемоційної напруги. Важливими даними, які можна отримати під час такого спостереження, є тон пацієнта, ритм, темп, пауза та міміка [257].

У. М. Dailey et al (2002) і К. F. Woodmansey (2005) вивчали поширеність стоматологічної тривоги в пацієнтів і встановили, що яскравим показником емоційної напруги у них був тремор рук. Згідно з результатами їх дослідження, тривожність підвищувалася коли пацієнт перебував у кріслі під час лікування. У всіх учасників проведеного дослідження в умовах підвищеної емоційної ситуації спостерігалось зростання тремору кінцівок [133, 271].

*Тривожний стан.* Дослідження J. M. Armfield (2010) показали, що 85,0 % дорослого населення відчувають тривожний стан перед відвідуванням стоматолога або під час нього. Багато пацієнтів, отримуючи стоматологічну допомогу, переживають високу занепокоєність, страх та емоційну напругу [101].

Тривожний стан пацієнта посилюється супутніми соматичними захворюваннями, збільшує серцебиття, частоту дихання та негативно впливає на якість наданої лікарем-стоматологом допомоги. Так, наприклад, пацієнт, який відчуває сильний страх перед лікарем, з більшою ймовірністю прикриватиме рот під час лікування з метою «захиститися», ніж пацієнт, який не відчуває хвилювання.

Дослідження різних авторів (D. Locker et al., 2001; R. Moore et al., 2001; D. Firat et al., 2006) показали, що поширеність стоматологічного страху або тривоги серед дорослого населення становить від 4,0 % до 20,0 %. Пацієнти зазнають сильної та помірної психоемоційної напруги у зв'язку з відвідуванням стоматологічного кабінету в 20,0–30,0 % випадків. Тривогу та

занепокоєння під час візиту до стоматолога відчують близько 43,0 % хворих [202, 215, 145].

*Власний негативний досвід.* На думку M. Vika et al. (2008), J. Armfield et al. (2011), M. Muradetal (2020), основною причиною страху в пацієнтів є власний негативний досвід, спричинений болісними відчуттями під час прийому в лікаря-стоматолога (52,0–84,0 % хворих). Додатковими факторами страху є різкі та гучні звуки медичного інструментарію, зокрема бормащини. Джерелом стоматологічної тривоги хворих може бути задуха, страх ін'єкції, проблеми з онімінням або сильна огида до вигляду крові [262, 100, 218].

N. L. Corah, E. N. Gale, S. J. Illig (1978) показали, що наявність травми пацієнта під час прийому у стоматолога збільшує ризик розвитку у нього підвищеної тривожності. Так, у ході експерименту американських лікарів, які входили до складу Американської стоматологічної асоціації було виявлено, що наявність травм пов'язана зі страхом перед медичним втручанням лікаря-стоматолога [129].

*Передопераційний та післяопераційний психологічний стрес.* H. S. Bracha, E. M. Vega, C. B. Vega (2006) у своїй роботі наголошують, що причинами страху та тривожності може стати передопераційний та постопераційний психологічний стрес. У пацієнтів, які пережили під час лікування зубів нав'язливі думки або шокуючи відчуття, також розвивається стоматологічна тривожність та психологічний стрес. Цей стан авторами описується як «посттравматична стоматологічна тривога» (PTDA) [116].

На думку D. Firat, E. Tunc, V. Sar (2006), раптова необхідність проведення маніпуляції (яка стосується гострого болю) призводить до підвищення рівня тривоги в пацієнта і є психологічним стресом. На відміну від терапевтичних втручань, хірургічні не дають можливості пацієнту адаптуватися до змін у стані свого здоров'я. Такі причини страху та способи боротьби з ним залежать від мотивації та настрою пацієнта. Хворий, який вважає всі інвазивні маніпуляції крайнім заходом лікування, прагнучиме максимально відтермінувати візит до лікаря, таким чином

тільки поглиблюючи свій тривожний стан, і спричинити ускладнення основного захворювання. Пацієнт, націлений на одужання, незважаючи на тривогу щодо втручання, швидше відвідає стоматолога, запобігаючи розвитку ускладнень [145].

*Чужий негативний досвід.* Його також можна вважати однією з причин виникнення страху та тривоги перед відвідинами стоматологічного кабінету. Доктор G Rubin (1988), американський фахівець у галузі дентофобії, стверджує: «Багато проблем, що стали причиною страху, виникли 20-30 років тому, коли стоматологія була значно менш розвиненою, проте фобія зберігається й сьогодні, підживлюючись нечіткими спогадами» [237].

*Відсутність контролю.* Пацієнт, який перебуває в лежачому або напівлежачому положенні, не здатний контролювати лікувальний процес і словесно висловити свої переживання, оскільки маніпуляції проводяться в ротовій порожнині. Засліплений яскравим світлом лампи, він відчуває напругу, а неможливість впливати на ситуацію тільки посилює його емоційний стан.

Крім зазначених вище факторів, причинами психічної напруги в пацієнта можуть бути:

- медійна інформація;
- перенесення негативного досвіду лікування з інших галузей медицини;
- великий обсяг важливої інформації, яку потрібно обробити;
- цейтнот;
- різноманітні депривації та обставини, що викликають дискомфорт на прийомі.

У своїх роботах M. Karnad (2015), L. Seligman et al. (2006) доводять, що пацієнти, які переживають стоматологічну тривожність, годинами думають про свої проблеми із зубами, сподіваючись, що ситуація або процес загоєння вирішиться сама. Підвищена тривожність спричиняє сильний стрес і негативно впливає на стоматологічне здоров'я, соціалізацію та якість життя,

протехворій надалі демонструють ухильну поведінку щодо своєчасного лікування [178, 244].

У дослідженні, проведеному I. Vasileva (2018), було зроблено висновок, що стоматологічна тривога є психологічним бар'єром, який негативно впливає на частоту відвідування пацієнтів. Загалом, хворі з високим рівнем стоматологічної тривоги відвідують стоматолога нерегулярно або лише в разі відчуття сильного болю [261].

Дослідження U. Klages et al. (2006) підтверджують, що високий рівень стоматологічної тривожності та відкладені візити до стоматолога позитивно корелюють із великими інтервалами між відвідуваннями стоматолога, епізодичним використанням стоматологічних послуг і частим зверненням за невідкладною допомогою [183].

G. Mancia, G. Bertinieri, G. Grassi, et al. (1983) показали, що в лікарнях під час відвідування лікарів хворих спостерігаються серцево-судинні реакції та підвищення артеріального тиску (цей ефект відомий як «феномен білого халата»). Тому пацієнти з серцево-судинними захворюваннями та підвищеними показниками артеріального тиску потребують попередньої підготовки до амбулаторного прийому в лікаря [206].

Оскільки тривожність під час прийому в лікаря-стоматолога може впливати на показник артеріального тиску та серцево-судинні реакції, ці аспекти необхідно враховувати при проведенні маніпуляцій та виборі анестезії. Імовірність виникнення невідкладних станів під час прийому в стоматолога безпосередньо залежить від частоти серцевих скорочень, оскільки відбувається зсув регуляторних систем організму в бік переважання впливу симпатичної нервової системи.

M. H. Pollack, J. W. Smoller (1985), розглядаючи різні критерії тривожності, наголошували на багатоаспектності її феномену: психічні стани (неспокій, невпевненість у собі, відчуття загрозливої небезпеки), психомоторні стани (характерні міміка та жестикуляція, збудження або пригнічення), вегетативні стани (посилення активності адренергічних

структур головного мозку з підвищенням артеріального тиску, частішанням пульсу, розширенням зіниць, блідість шкірних покривів з пітливістю, сухістю в роті) [230].

Р. Kurki, М. Korhonen, К. Honkalampi, А. L. Suominen (2021) описали такі реакції на страх і тривогу:

- *емоційні*: хворобливе відчуття напруги і тривоги;
- *вегетативні*: розширення зіниць, блідість обличчя, пітливість, прискорене дихання, почастишання пульсу, зміни артеріального тиску;
- *психомоторні*: тривожний вираз обличчя, психомоторне хвилювання або, навпаки, скуте, злегка повернуте набік положення тіла в стоматологічному кріслі; рот не зовсім відкритий, пацієнт уникає зорового контакту; нервові рухи руками і ногами, втискання спини в стоматологічне крісло тощо [190].

Дослідження, проведене А. Н. Friedlander et al. (2004), Р. Rucci et al. (2009), Р. Kasalova et al. (2020), N. T. Avramova (2022), показали, що в пацієнтів на прийомі в стоматолога виявлено низку проявів тривожності. Вони можуть відбуватися на фізіологічному (підвищений тиск, прискорене серцебиття, сухість у роті тощо), емоційному (переживання незахищеності, безпомічності тощо), когнітивному (ускладнений процес прийняття рішень) та поведінковому рівні (обгризання нігтів, безцільне ходіння, стукання, перебирання в руках різноманітних предметів, маніпулювання ними тощо) [151, 238, 180, 102].

На думку авторів D. P. Appukuttan (2016), L. D. Seligman, J. D. Hovey, К. Chacon, Т. Н. Ollendick (2017), у наслідок пережитого страху та тривоги деякі хворі можуть говорити більше ніж необхідно (це реакція на зняття напруги і тривожності), шукати підтримку в стоматолога, який дає їм відчуття безпеки. В інших, більш агресивних пацієнтів може спостерігатися ворожість та неадекватна поведінка не тільки до лікаря, а й до лікування [99, 244].

У таблиці 1.2, на основі узагальнення даних з літературних джерел, представлені прояви тривожності, які найчастіше супроводжують пацієнтів під час стоматологічної допомоги.

*Таблиця 1.2*

**Прояви стоматологічної тривожності на фізіологічному та поведінковому рівнях у хворих на генералізовані ураження пародонта**

| <i>Прояви стоматологічної тривожності у хворих на генералізовані ураження пародонта</i> |                                            |                                                           |                                     |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <i>Серцево-судинні</i>                                                                  | <i>Шкіряні</i>                             | <i>Рухові</i>                                             | <i>Респіраторні</i>                 | <i>Інші</i>                                                |
| Підвищення кров'яного тиску                                                             | Почервоніння, або блідість. «Холодний піт» | Тремтіння тіла та окремих його частин. М'язове напруження | Головний біль. Сухість у роті       | Гальмування або збудження процесів травлення. Метушливість |
| Пришвидшене серцебиття                                                                  | «Гусяча шкіра»                             | Напруженість. Безпорадність. Дратівливість                | Прискорення дихання. Спазми в горлі | Біль у животі. Нудота                                      |
| «Завмирання серця»                                                                      | Свербіння.                                 | Слабкість у ногах                                         | «Нестача» повітря                   | Позиви до туалету                                          |

Аналіз літературних напрацювань дає змогу узагальнити, що тривале перебування людини в тривожному стані призводить до виснаження, розвитку типових психосоматичних розладів. Патогенний вплив надмірної тривоги на здоров'я людини відбувається за трьома основними напрямками.

*1. Розлади опорно-м'язового апарату.* Постійне напруження м'язів призводить до порушення іннервації тканин, унаслідок чого розвиваються запалення в м'язах, зв'язках, суглобах і людина може відчувати болі в спині, шиї, плечах, ногах, головний біль через порушення кровопостачання мозку.

*2. Погіршення психоемоційної регуляції.* Надмірна активізація організму не тільки спричиняє безсоння (на яке скаржаться 67,5 % хворих), а й знижує якість сну. Людина не висипається, навіть якщо вона проспала необхідні вісім годин. Неповноцінний сон підвищує нервозність, збудливість, дратівливість, знижує уважність, пам'ять, самоконтроль.



*3. Порушення обміну речовин.* Підвищене вироблення глюкози порушує регуляцію обміну речовин: у людей може зникати або зростати потреба в їжі, виникати надмірний потяг до солодкого, хтось може набирати вагу, навіть якщо не переїдає, а хтось — відчувати знесилення, сонливість, хронічну втому тощо.

Ураховуючи теоретичні погляди вищевказаних науковців, можна дійти висновку, що тривожність як емоційний стан не є лише психологічним явищем або нейрофізіологічним процесом. Тільки завдяки поєднанню цих поглядів отримаємо цілісне уявлення про стоматологічну тривожність хворих на генералізований пародонтит.

Отже, стоматологічна тривожність є серйозною проблемою в сучасній лікарській практиці, що ускладнює діяльність лікаря-стоматолога. Крім того, пацієнти з підвищеною стоматологічною тривогою та страхами частіше уникають лікування, що призводить до погіршення стоматологічного здоров'я та якості життя.

### **1.3. Якість життя у хворих на генералізовані ураження пародонта з проявами тривожності**

Одним з основних завдань лікаря залишається зменшення негативного впливу захворювання на світогляд та спосіб життя пацієнта. Тому визначення якості життя хворого стало предметом актуальних наукових досліджень у медицині. Це зумовлено тим, що результати традиційних лабораторних та інструментальних методів досліджень не можуть дати лікарю повного уявлення про загальний стан пацієнта [3, 20, 40, 48, 142, 242].

На думку Е. Yelin (1999), «хвороба впливає не тільки на фізичний стан людини, а й на психологію її поведінки, емоційні реакції, змінюючи її роль і місце в соціальному житті» [273].

За словами К. Reid (2012), «...якість життя хворого відображає зміни фізичного, емоційного, соціального, духовного благополуччя в умовах хвороби та лікування. Пацієнти з подібними симптомами захворювання,

однаковим лікуванням та особливостями перебігу хвороби можуть мати різні показники якості життя, тому процес одужання буде відбуватися по-різному» [233].

Дані про «якість життя» (ЯЖ), поряд із традиційним медичним висновком, зробленим лікарем, дозволяють скласти повну об'єктивну картину хвороби. За наявності хронічних захворювань на фазі ремісії якість життя є основним критерієм оцінки стану хворого. За визначенням дослідницької групи «The WHOQOL Group», «якість життя – це ступінь сприйняття окремими людьми або групами людей того, що їхні потреби задовольняються, а необхідні для досягнення благополуччя та самореалізації можливості представляються». Таким чином, що суть «якості життя» має переважно соціально-психологічну природу. При цьому суть терміна полягає в оцінці людиною власної задоволеності різними аспектами свого життя, пов'язаними з рівнем її запитів. Група запропонувала розглядати питання ефективності та якості медичної допомоги з урахуванням трьох основних критеріїв: адекватності, економічності та науково-технічного рівня, де під адекватністю медичної допомоги розуміють необхідність досягнення прийнятної для хворого «якості життя» [258].

Саме тому критерій «якість життя» використовують для визначення ефективності лікування в медичних програмах, для визначення переваг методу лікування при рівноцінних ефектах як медикаментозних терапевтичних дій, так і іншої медичної допомоги.

Термін «якість життя» був використаний американськими економістами S. N. Ordway та N. F. Osborn (1953-1954) як показник екологічної небезпеки економічного розвитку [222, 223]. У 60-х роках ХХ століття Дж.Гелберт (1962) використав цей термін для моделювання траєкторії промислової динаміки, описуючи перехід західного суспільства до постіндустріального етапу розвитку. R. Park, E. Burgess (1925) на початку двадцятого століття досліджували вплив таких чинників, як забруднення

довкілля, шум і щільність населення на суспільну активність та якість життя [225].

D. L. Scott (2000) наголошує, що «якість життя – це індивідуальне співвідношення цілей людини в суспільстві, її планів і можливостей з положенням індивіда в житті суспільства в контексті культури та систем цінностей цього суспільства» [243].

Основоположником науки про якість життя в медицині прийнято вважати професора Колумбійського університету США D. A. Karnovsky, який опублікував роботу «The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer». У ній всебічно досліджено пацієнта, який страждає на тяжке захворювання. З того часу зацікавленість у дослідженні проблеми якості життя в медицині невпинно зростає [179].

У 1980 р. G. L. Engel запропонував біопсихосоціальну модель медицини, суттю якої є облік психосоціальних аспектів хвороби [141].

У дослідженнях ЯЖ велике значення мали роботи A. McSweeney (1995). Автор запропонував його оцінку, ґрунтуючись на чотирьох аспектах (емоційний стан, соціальне функціонування, повсякденна активність та проведення дозвілля). Своєю чергою, N. Wenger (1984) виділив три основні параметри цього поняття: функціональна здатність, сприйняття, симптоми та дев'ять підпараметрів (повсякденний режим, соціальна та інтелектуальна діяльність, сприйняття загального здоров'я, симптоми основного та супутніх захворювань, економічний стан, добробут, задоволеність життям) [210, 268].

R. Kaplan і J. Bush (1982) ввели термін «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» («health-related quality of life» – HRQOL). На його основі в 1984 р. WHOQOL Group формулює принципово нове визначення здоров'я – «стан фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб». У цьому контексті «якість життя» визначають вже як показник адаптації хворого до наявності в нього хвороби, здатність виконання звичайних функцій, пов'язаних із соціально-економічним становищем пацієнта на роботі й у побуті. Такі підходи дозволяють зробити глибокий і

багатокомпонентний аналіз фізичних, фізіологічних, психологічних, емоційних і соціальних проблем хворої людини [177, 258].

P. Kosmidis (1996) та E. Yelin (1999) показали, що з початку 1990-х років кількість публікацій, присвячених питанням «якості життя» в усьому світі, щорічно збільшується майже на третину. З найбільшою частотою ця проблема згадується в дослідженнях, присвячених хворим із патологією системи кровообігу, онкологічними захворюваннями та пацієнтам із захворюваннями дихальної системи [186, 273].

D. Locker (2001) описав концептуальну структуру вимірювання статусу стоматологічного здоров'я. Вона ґрунтується на класифікації можливих порушень, недієздатності, інвалідності, пов'язаних зі стоматологічним здоров'ям. Згідно з цією моделлю, хвороба призводить до анатомічного дефекту, який спричиняє функціональні обмеження, фізичний та психологічний дискомфорт, що може призводити до зниження соціальної дієздатності [202].

У подальшому якість життя, пов'язана зі стоматологічним здоров'ям, і оцінка асоційованих з ним факторів вивчалися в багатьох дослідженнях. У них особлива увага приділялася самооцінці стоматологічного здоров'я, суб'єктивним симптомам захворювань скронево-нижньощелепного суглоба тощо [165].

Використання вище зазначених критеріїв якості життя в стоматології дозволяє оцінити ступінь втрати стоматологічного здоров'я, їх психосоціальні та фінансово-економічні наслідки, а також результати стоматологічного лікування в динаміці. J. G. Steele (2004) наголошував на важливості сприйняття людиною стоматологічних проблем у контексті культурної ідентичності, окреслюючи важливий зв'язок між віком та якістю життя стоматологічних пацієнтів [255].

Результати дослідження, проведеного F. Mask (2005) з використанням опитувальника SF-12 серед 1406 пацієнтів віком 60-79 років показали, що зменшення кількості зубів без заміщення відсутніх зубів знімними або

незнімними протезами знижує фізичну компоненту якості життя в тій самій мірі, як і рак чи захворювання нирок, і суттєво впливає на якість життя хворих [204].

М. V. Saintrain et al. (2012) провели опитування пацієнтів з повною адентією віком 60-72 роки, 81,9% з яких повідомили про погіршення якості життя, пов'язане із втратою зубів. Найбільш значущими аспектами, що впливають на якість життя, в даному дослідженні виявилися жувальна дисфункція та соціальна депривація, пов'язана з естетичною складовою проблеми [239].

У клінічному огляді D. G. Haag (2017) повідомлено про негативний вплив втрати зубів на якість життя в 10 з 16 досліджень. У 4 з 7 досліджень йшлося про погіршення якості життя у зв'язку із захворюваннями пародонта, що повністю корелювалося з даними, отриманими HRQOL Group [162].

У роботах зазначено, що ефективним методом оцінки комплексних клінічних, психологічних та соціальних змін стану пацієнтів є визначення показників якості життя. ЯЖ є комплексною характеристикою фізичного, психологічного, емоційного та соціального статусу людини, заснованого на її суб'єктивному сприйнятті. У медичному розумінні цього терміна вона завжди пов'язана зі здоров'ям [186, 204, 273].

Таким чином, аналіз досліджень стосовно впливу захворювань на якість життя свідчить про те, що цій проблемі присвячено велику кількість робіт. З іншого боку, дослідження про співвідношення стоматологічних захворювань та якості життя в Україні є багатовекторними і залежать від впливу багатьох різнорідних факторів. Вони носять мультидисциплінарний характер, що сприяє пошуку нових підходів у вивченні цієї проблеми.

Я. Ю. Водоріз та ін. (2019) показали, що пацієнти з низькою оцінкою якості життя пов'язували її зі стоматологічними проблемами. Найбільше вони переймалися власною зовнішністю, естетикою зубів під час спілкування на роботі і вдома [20].

Н. В. Янко та ін. (2020) оцінювали параметри здоров'я порожнини рота та пов'язану з ними якість життя серед студентів 3–4 курсів стоматологічного факультету УМСА віком 19–26 років. Такі характеристики, як погана оцінка власного стоматологічного здоров'я, незадовільна естетика зубів і невдоволення власними зубами та станом порожнини рота в опитуваних асоціювалися з низькою якістю життя, пов'язаною зі здоров'ям ротової порожнини. Аналіз результатів дослідження показав, що проблеми із зубами та порожниною рота в 15,4 % студентів спричиняли роздратування під час спілкування з однолітками та іншими людьми, оскільки вони були незадоволені своїм стоматологічним здоров'ям [86].

Д. Д. Майбородіна, Н. В. Велика, М. Ю. Антоненко (2019) проводили оцінку якості життя при ситуаційному аналізі факторів ризику генералізованих уражень пародонта осіб молодого віку з ожирінням. Автори дійшли висновку, що розлади харчової поведінки у хворих на генералізовані ураження пародонта при ожирінні були спостережені в 90,6 % випадків, а в 63,6 % виявлено змішаний тип. Більшості пацієнтів притаманні тривожно-депресивні розлади та знижені показники якості життя [55].

Підсумовуючи, слід зазначити, що в медицині поняття «якість життя» стосується передусім стану здоров'я, тому, на нашу думку, доцільно застосовувати поняття «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» («health-related quality of life»).

Аналіз робіт зарубіжних та вітчизняних авторів показує, що проблема якості життя пацієнта в стоматологічній практиці й надалі є дуже актуальною. Це пов'язано з тим, що генералізовані захворювання пародонта є одним з найпоширеніших захворювань людини. Проте слід відзначити, що взаємозв'язок захворювань пародонта і якості життя ще не відображений в достатній мірі і потребує додаткового дослідження. Тому перспективним є подальше опрацювання та обґрунтування науково-теоретичних та методологічних підходів до вивчення впливу захворювань пародонта на якість життя пацієнтів із проявами тривожності.

#### **1.4. Лікування генералізованого пародонтиту у хворих із проявами тривожності**

Комплексне лікування хворих на генералізований пародонтит потребує тривалого часу та регулярної підтримувальної терапії [1]. Важливим напрямом у лікуванні захворювань пародонта стає розробка та застосування лікарських препаратів та методик, які поєднують безпеку та високу біологічну активність до тканин організму [12]. На сьогодні таким може стати ін'єкційний метод із використанням плазмоліфтингу (PRP), багатого на тромбоцити. У сучасних умовах збагачений тромбоцитами плазмоліфтинг широко застосовують у різних галузях медицини: хірургії, стоматології, ортопедії, травматології, косметології, дерматології. Тромбоцити містять щільні гранули з біологічно активними молекулами, які беруть участь у біохімічних та обмінних процесах організму, зокрема запальних та регенеративних реакціях [10, 24, 196, 198, 214]. Установлений позитивний лікувальний ефект від використання PRP при лікуванні остеоартриту [144].

На думку W. Richter (2002), при збільшенні концентрації тромбоцитів збільшується концентрація факторів росту, а саме: тромбоцитарного фактора росту (PDGF-aa, PDGF-bb, PDGF-ab), трансформуючого фактора росту (TGF- $\beta$ 1, TGF- $\beta$ 2), фактора росту ендотелію судин (VEGF) [235].

Q. Li et al. (2013) виявили позитивну здатність PRF викликати диференціацію остеобластів та стимулювати утворення нової кістки [201].

E. Borie et al. (2015) провели аналіз літератури з метою визначення ефективності застосування PRF і дійшли висновку, що застосування цього методу має низку переваг, як при самотійному використанні, так і в комбінації з іншими остеопластичними матеріалами [112].

A. Sanchez, P. Sheridan, L. Kurp (2003) показали, що, крім чинників росту, тромбоцити секретують інші активні біологічні сполуки (наприклад, фібрoneктин, вітрoneктин, сфінгозину 1-фосфат), які відіграють важливу роль у процесі загоєння ран [240].

W. Baeyens et al. (2010), J. Hartshorne, H. Gluckman (2016) відзначили, що багаті на тромбоцити фібрин і плазма з успіхом використовуються в різних галузях медицини. Вони акцентували увагу на тому, що тромбоцити містять інсуліноподібний (IGF) та епітеліальний (EGF) фактори росту, які сприяють підвищенню щільності кісткового трансплантата та прискоренню регенерації в щелепно-лицьовій хірургії [104].

R. J. Miron et al. (2017) зробили висновок, що PRF ефективно використовується для лікування захворювань пародонта та відновлення м'яких тканин [214].

Н. Кузняк, М. Продан, С. Трифаненко (2013) показали, що додавання збагаченої тромбоцитами плазми прискорює репарацію кістки, запобігає виникненню після травматичних ускладнень, покращує результати лікування. На підставі клінічно-рентгенологічних та біохімічних досліджень встановили, що введення в лінію перелому PRP прискорює репарацію кістки, запобігає виникненню пізніх післятравматичних ускладнень, покращує результати лікування, пришвидшує терміни реабілітації хворих [46].

В. Вовк, Ю. Вовк, О. Дельцова (2009) дослідили, що темпи кісткоутворення при остеопластиці дефектів за участю кальцій-фосфатного носія та збагаченої тромбоцитами плазми крові на місяць швидші, ніж у ділянках, де застосовували тільки кальцій-фосфатний біоматеріал [19].

К. Горицька (2009) довела ефективність застосування збагаченої тромбоцитами плазми для оптимізації остеогенезу при травматичних переломах нижньої щелепи [24].

А. Філіпський, К. Горицька, М. Готь (2014) рекомендували збагачений тромбоцитами фібрин для аугментації кісткових порожнин щелеп після видалення одонтогенних кист різних розмірів [78].

С. Ярова та співавт. (2014) довели ефективність застосування плазмоліфтингу для лікування хворих на генералізований пародонтит та зазначили, що використання PRP дозволяє підвищити процент стабілізації



дистрофічно-запального процесу в пародонті на 20,0–25,0 % при оцінці у віддалений термін через 1 рік. [88].

Г. Білоклицька, О. Копчак (2015) довели ефективність застосування тромбоцитарної аутоплазми при лікуванні хворих на генералізований пародонт з супутньою кардіоваскулярною патологією [10].

Отже, метод плазмоліфтингу широко застосовується в різних галузях медицини: хірургії, ортопедії, травматології, косметології, дерматології, стоматології тощо. Фахівці зазначають, що доступність методу та його ефективність є перспективними для ширшого використання в стоматології. Це дозволяє більш ефективно лікувати захворювання пародонта, знімати кровоточивість ясен, усувати рухомість зубів, неприємний запах із ротової порожнини, відновлювати жувальну функцію.

Підсумовуючи, можна констатувати, що вивчення застосування методу плазмоліфтингу для лікування захворювань пародонта є актуальним та привертає увагу широкого кола вітчизняних та закордонних фахівців. Автори більшості робіт вважають, що методика плазмоліфтингу має низку переваг: вона проста, ефективна, відрізняється низькою собівартістю. Враховуючи універсальний механізм дії цієї методики, її потенціал використання ще не вичерпано. Потребує поглибленого вивчення питання об'єктивності оцінки результатів такого лікування, висвітлення проблем планування та дослідження всіх етапів його проведення, а також підвищення ефективності поєднання цієї методики з іншими комплексними підходами лікування та профілактики генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності.

### **1.5. Подолання стоматологічної тривожності у хворих на генералізований пародонтит засобами профілактики та психокорекції**

Відвідування лікаря-стоматолога викликає в багатьох пацієнтів стрес, тривогу, неспокій, нервозність різного ступеня. При проведенні лікарських втручань, які вимагають точності виконання маніпуляцій, тривожність

пацієнта шкодить роботі лікаря та якості виконаної маніпуляції. Оскільки високий рівень тривожності негативно впливає на особистість хворого та на ефективність його лікування, виникає необхідність підбору відповідних корекційних методів та прийомів попередження тривожності та стабілізації емоційного стану.

О.О. Лазуренко (2018), наголошує, що емоції можуть супроводжуватися сильними внутрішньо соматичними змінами та їх відчутним вираженням зовні, так звані виразні рухи. Лікарю, особливо для його професійного успіху, дуже важливо спостерігати за виразом обличчя, навчитися визначати переживання людини [48, 194].

Проблема подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит передбачає застосування системи заходів, що знижують негативні реакції пацієнта на лікарські маніпуляції, оскільки захворювання супроводжуються страхом, зміною психоемоційного стану та тривожністю.

Аналіз наукових джерел дав змогу ознайомитися з методичними корекційними напрацюваннями багатьох авторів, які пропонують методики та вправи для покращення емоційного стану, зняття тривоги та подолання стресової ситуації.

На думку А. Bandura (1973), психокорекція застосовується в роботі з психічно здоровими людьми, здатними до самоаналізу та прогресивнихсамозмін. Психотерапія передбачає комплексний лікувальний вплив на суб'єкта при психосоматичних розладах, тоді як психокорекція спрямована на оптимізацію психоемоційного стану суб'єкта, поліпшення психічного благополуччя та поведінки [106].

S. Freud (1966) зазначав, що в окремих випадках роботи з вкрай тривожними пацієнтами доводиться поєднувати психокорекційний вплив з виховним, виступаючи в ролі порадики [149].

Дослідники S. Cooper, J. Osborne, S. Newton et al. (2003) рекомендують для подолання негативного психічного стану звернути увагу на

психофізіологічну, емоційно-вольову та соціально-психологічну складові тривожності, застосовуючи вправи, орієнтовані саме на ці аспекти [128].

А. Beck і G. Emery (1985) для подолання тривожного емоційного стану радять техніки позитивної переоцінки ситуації, що дає змогу переосмислити негативну життєву подію, оцінити її в іншому ракурсі, дозволяючи використовувати її з метою зміни сприйняття що сприяло б підвищенню адаптаційного потенціалу особистості, робило її більш стійкою до страхів, стресів та тривог [109].

Є. І. Головаха і Н. В. Паніна наголошують на техніці переходу в нейтральний стан, яка здатна знімати психологічну напругу шляхом досягнення стану розслаблення та спокою. Техніка спрямована на переключення уваги особистості з негативних думок на нейтральні, що сприяє зниженню тривожної напруги [156].

Дослідниця О. Ігумнова розглядає подолання тривожності на психофізіологічному рівні як оволодіння засобами нормалізації вегетативних функцій, нейтралізації нервово-психічного напруження, освоєння прийомів релаксації та гальмування небажаних реакцій у складних ситуаціях. Важливим також є набуття навичок активізації, підвищення загального тону, досягнення внутрішньої стабільності та розвиток нервово-психічної стійкості індивіда [34].

На думку О. М. Кокун (2006), дихання є центральним фізіологічним процесом людини. З одного боку, воно забезпечує кожен клітинний організм киснем, визначає рівень обміну речовин і загальний життєвий тонус, а з іншого – впливає на структуру мозку та психічний стан людини [39].

А. Bruton і G. Lewith (2005) у своїх роботах наголошують, що дихання стимулює роботу серцево-судинної, нервової системи, головного мозку, прискорює процеси відновлення і покращує працездатність організму [119].

А. М. Семенов і С. І. Лазуренко (2013) звертають увагу на те, що корекційні та дихальні вправи поліпшують та активізують функцію зовнішнього дихання, сприяють відновленню після фізичного навантаження,

чинять спеціальний вплив при порушеному функціональному стані осіб з особливими потребами. Дихальні вправи, враховуючи їх важливість та різнобічність впливу на функціональний стан людини, об'єднані під загальним терміном «дихальна гімнастика», що включає звукову гімнастику, різні комплекси гімнастичних вправ та видів дихальної гімнастики, серед яких східна дихальна гімнастика Тайцзи-цигун, бодіфлекс і комплекси йоги [73].

Вітчизняні дослідники А. Порада, О. В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук (2008) доводять, що використання методів дихальної гімнастики, започаткованих К. Бутейко, А. Стрельниковою, Ю. Вілунасом, сприяє насиченню організму киснем, поліпшенню кровообігу, прискоренню обмінних процесів, стабілізації емоційного стану, зміцненню імунітету [66].

Л. І. Іванова і Л. П. Сущенко (2012) акцентують увагу на тому, що дихальна гімнастика – це система дихальних вправ і ефективний засіб зміцнення здоров'я людини. Під час дихальної гімнастики наш організм насичується киснем, поліпшується кровообіг, прискорюються обмінні процеси, стабілізується емоційний стан, зміцнюється імунітет. Дихальні вправи поліпшують і активізують функцію зовнішнього дихання, сприяють швидшому її відновленню після фізичних навантажень і мають позитивний вплив при деяких захворюваннях органів дихання [33].

Проведений аналіз науково-методичної літератури дає можливість підібрати різноманітні техніки та вправи для подолання стоматологічної тривожності та стресу у хворих на генералізовані захворювання пародонта.

Грунтуючись на описаних підходах і техніках, нами були виокремлені шляхи підготовки комплексної програми лікувально-корекційних та профілактичних заходів для подолання проявів стоматологічної тривожності й нормалізації психоемоційного стану пацієнтів на прийомі в стоматолога.

### *Висновки до розділу 1*

У стоматологічній літературі є значна кількість публікацій, присвячених впливу негативних психоемоційних станів на розвиток захворювань пародонта. Більшість із них висвітлюють вплив серйозних психоемоційних порушень на стан пародонта. Проте досліджень, які б раціонально оцінювали вплив початкових проявів тривожності на розвиток та перебіг дистрофічно-запальних захворювань пародонта, недостатньо.

Аналітичний огляд літератури показав, що захворювання тканин пародонта залишаються однією з основних проблем стоматології, незважаючи на потужний арсенал сучасних лікувально-профілактичних заходів. Згідно з останніми дослідженнями, на ураження пародонта у світі страждають люди різного віку.

Генералізований пародонтит посідає чільне місце в структурі захворювань пародонта. До місцевих пародонтопатогенних чинників належать фактори впливу умовно-патогенної та специфічної мікрофлори зубної бляшки на тлі зниження реактивності місцевого імунітету ротової порожнини, а також надмірне механічне навантаження на тканини пародонта. Ступінь ураження пародонтальних тканин безпосередньо залежить від тяжкості й тривалості перебігу фонові патології. Супутні захворювання, негативно впливаючи на систему захисту організму людини, погіршують перебіг захворювань тканин пародонта.

Згідно з літературними джерелами, стоматологічна тривожність може бути фактором ризику формування деструктивно-запального процесу в пародонті. Лікування захворювань пародонта, особливо на тлі тривожності, є складним і тривалим процесом, що охоплює як загальні методи впливу на патофізіологічні процеси організму, так і місцеві – терапевтичні, профілактичні та корекційні.

Основним завданням для допомоги хворим на генералізований пародонтит із проявами тривожності є застосування комплексної програми лікувально-корекційних та профілактичних заходів, спрямованих на

подолання проявів стоматологічної тривожності та нормалізацію психоемоційного стану пацієнтів під час прийому в стоматолога.

*Отримані в розділі дані опубліковані в наукових працях:*

1. *Городнов ЄВ.* Прояви тривожності у хворих на генералізований пародонтит під час стоматологічного прийому: стан вивчення проблеми // Science and technology: problems, prospects and innovations. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference. CPN Publishing Group. Osaka, Japan. 2022. Pp. 75-85.

2. *Городнов ЄВ.* Лікування генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності методом плазмоліфтингу: аналіз наукової літератури. В: Світ наукових досліджень. Вип. 15: матеріали Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції, (м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 19-20 грудня 2022 р.) / [редкол.: О. Патряк та ін.]; WSSG w Przeworsku. Тернопіль: ФОП Шпак В.Б, 2022. С.154-160. Доступно з: <http://www.economy-confer.com.ua/full-article/4135/>

3. *Horodnov Ye.* Justification of the use of autoplasm in the treatment of generalized periodontal diseases. In: Science and innovation of modern world. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. London, United Kingdom; 2022. Pp. 31-39.

4. *Антоненко МЮ, Борисенко АВ, Городнов ЄВ.* Предиктори тривожності у хворих з генералізованими ураженнями пародонта. In: Scienceandsociety: moderntrendsin a changingworld. Proceedings of the 1 st International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Vienna, Austria; 2023. Pp. 72-80. Available from: <https://sci-conf.com.ua/i-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-science-and-society-modern-trends-in-a-changing-world-18-20-12-2023-viden-avstriya-arhiv/>.

5. *Horodnov Ye.* Gender characteristics of anxiety manifestations in patients with generalized peridonts. In: Proceedings of the XXII International Scientific and

Practical Conference. «Modern theories and improvement of world methods», Helsinki, Finland; 2023. Pp. 190-193. ISBN – 979-8-88992-687-0

6. Антоненко МЮ, Борисенко АВ, Городнов ЄВ. Якість життя у хворих на генералізовані ураження пародонта з проявами тривожності. In: Global science: prospects and innovations. In: Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. Liverpool, UnitedKingdom; 2023. Pp. 59-69. Available from: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-global-science-prospects-and-innovations-28-30-12-2023-liverpul-velikobritaniya-arhiv/>

7. Борисенко АВ, Городнов ЄВ. Застосування фібрину збагаченого тромбоцитами (PRF) для лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності. In: Innovative development of science, technology and education. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Vancouver, Canada; 2023. Pp. 215-222. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-innovative-development-of-science-technology-and-education-vankuver-kanada-arhiv/>

8. Городнов ЄВ. Фізіологічні та поведінкові прояви стоматологічної тривожності у хворих на генералізований пародонтит. In: European congress of scientific discovery. Proceedings of the 1 st International scientific and practical conference. Barca Academy Publishing . Madrid, Spain; 2024. Pp. 96-102. Available from: <https://sci-conf.com.ua/i-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-european-congress-of-scientific-discovery-29-31-12-2024-madrid-ispantiya-arhiv/>.

## РОЗДІЛ 2

### ДИЗАЙН, МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

#### 2.1. Організація та дизайн дослідження

Для реалізації поставлених завдань була розроблена програма дослідження, що складалася з чотирьох послідовних етапів, спрямованих на підвищення ефективності профілактики та лікування хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності. Дослідження було виконано протягом 2021-2025 рр. на кафедрі стоматології Інституту післядипломної освіти, на базі Стоматологічного медичного центру Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, та стоматологічної клініки Oxi Den Clinic м.Київ.

Дане дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця: «Наукове обґрунтування ранньої діагностики генералізованих захворювань пародонта хронічного та загостреного перебігу» (№ держреєстрації НДР 0118U100471).

Етапи дослідження було спрямовано на визначення особливостей прояву та ступеня поширення захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності. Для досягнення поставленої мети та вирішення завдань, з урахуванням значного клінічного, інструментального та інформаційного об'єму дисертаційної роботи, була використана комбінація різних методів дослідження.

Після систематизації і категоризації наукових публікацій було проведено їх аналіз і виділено пошукові категорії, що відповідали меті та завданням дисертаційної роботи. Аналітичний огляд літератури дозволив визначити невирішені питання щодо особливостей перебігу, лікування і профілактики захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності, а також сформулювати завдання дослідження, для вирішення яких були



застосовані клінічно-лабораторні, інструментальні, соціально-психологічні та статистичні методи.

### Дизайн дослідження

| Етапи дослідження                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Об'єкти дослідження                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Методи                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I етап.</b> Теоретичне вивчення проблеми генералізованих захворювань пародонта та особливостей їх клінічного перебігу залежно від віку, статі хворих та рівнів тривожності.                                                                                                                                                                          | Науково-методична література в друкованих виданнях, електронних бібліотеках, каталогах та інформаційних ресурсах мережі «Інтернет», включаючи бази даних PubMed, Medline, Cochrain, SystemicReview. Ресурси медичної бібліотеки, Національної бібліотеки імені В. І. Вернадського, НМУ тощо. Із 277 знайдених тематичних публікацій, до огляду літератури включено 88 відчизняних та 189 закордонних видань. | Бібліосемантичний та порівняльний аналіз.                                              |
| <b>II етап.</b> Верифікація діагнозу ураження пародонта, супутніх проявів тривожності та інших коморбідних станів. Виявлення особливостей клінічного перебігу та проявів генералізованого пародонтиту у хворих із проявами тривожності в досліджуваних групах. Структурування схеми емпіричного дослідження. Визначення методів та методик дослідження. | 157 хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності:<br>контрольна група (ГП–Кг) – 30 хворих;<br>основна група (ГП–Т <sup>1</sup> ) – 62 хворих;<br>основна група (ГП–Т <sup>2</sup> ) – 65 хворих.                                                                                                                                                                                             | Клінічні, інструментальні (рентгенологічні), імунологічні, мікробіологічні, біохімічні |

|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>III етап.</b> Вивчення патогенетичних механізмів розвитку генералізованого пародонтиту на тлі тривожності з різними загальносоматичними проявами. Узагальнення одержаних результатів та написання окремих розділів дисертації. | 157 хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності:<br>контрольна група (ГП–Кг) – 30 хворих;<br>основна група (ГП–Т <sup>I</sup> ) – 62 хворих;<br>основна група (ГП–Т <sup>2</sup> ) – 65 хворих. | Соціально-психологічні (анкетування, опитування, тестування), статистичні методи обробки |
| <b>IV етап.</b> Узагальнення, оформлення роботи, апробація, розробка методичних рекомендацій із профілактики і корекції подолання тривожності, написання практичних і методичних рекомендацій. Підготовка роботи до захисту.      | 157 хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності:<br>контрольна група (ГП–Кг) – 30 хворих;<br>основна група (ГП–Т <sup>I</sup> ) – 62 хворих; основна група (ГП–Т <sup>2</sup> ) – 65 хворих.    | Статистичні методи обробки                                                               |

Для реалізації поставлених завдань розроблена програма дослідження, що складалася з 4 послідовних етапів.

На першому етапі (2021–2022 рр.) роботи було заплановано огляд літератури, опрацювання методів дослідження, клініко-лабораторне обстеження хворих. На основі аналізу літературних джерел (ресурси Medline, Medscape, Google Scholar), з використанням методів системного підходу, бібліографічного, аналітичного, а також результатів порівняльного дослідження даних щодо поширеності, клінічних форм та проявів генералізованого пародонтиту у хворих із проявами тривожності, етіології та патогенезу захворювань пародонта й чинників їх розвитку, було створено базу для формування напрямків дисертаційного дослідження, визначено мету та завдання, обґрунтовано методологію для проведення другого етапу, який полягав у виявленні клініко-лабораторних особливостей перебігу генералізованого пародонтиту осіб із проявами тривожності (зокрема,

дослідження нозологічної структури та клініко-індикативних показників, визначення вірогідних чинників патогенезу формування уражень пародонта в цієї категорії хворих).

*Другий етап (2022–2023 рр.)* передбачав виконання таких завдань:

- а) верифікація діагнозу ураження пародонта та супутніх проявів тривожності та інших коморбідних станів;
- б) виявлення особливостей клінічного перебігу проявів генералізованого пародонтиту у хворих із проявами тривожності та в контрольній групі.

Для цього використано такі методи дослідження: анамнестичний; клінічне обстеження пародонта і твердих тканин зубів; клінічне та рентгенологічне обстеження та індексна оцінка стану пародонта і рівня гігієни порожнини рота. Дослідження другого етапу стали базою для диференціювання клінічних груп досліджуваних пацієнтів на основі:

- епідеміологічних досліджень щодо поширеності та структури уражень пародонта у хворих із проявами тривожності;
- ступеня тяжкості перебігу генералізованого пародонтиту осіб із різним рівнем особистісної та ситуативної тривожності;
- формування груп дослідження для опрацювання критеріїв ранньої діагностики та профілактики генералізованого пародонтиту у хворих із середнім та високим рівнем тривожності;
- визначення медико-соціальних чинників ризику їх виникнення та рецидивування.

Отримані результати стали підґрунтям для проведення та системного аналізу результатів третього етапу дисертаційної роботи відповідно до мети та поставлених завдань.

*Третій етап (2023–2024 рр.)* – продовження досліджень, присвячених вивченню патогенетичних механізмів розвитку генералізованого пародонтиту на тлі тривожності з різними загально-соматичними проявами. Завершення етапу включало узагальнення одержаних результатів та

написання окремих розділів дисертації, а також розробку методичних рекомендацій. Підготовлено публікації та доповіді.

*Четвертий етап (2024–2025 рр.)* – остаточні узагальнення, оформлення роботи, апробація, написання практичних і методичних рекомендацій. Підготовка дисертації до захисту.

## **2.2. Забезпечення вимог біоетики до медичних досліджень**

Усі етапи роботи відповідають прийнятим правилам безпеки обстежених, морально-етичним нормам згідно з основним положенням GSP (1996 р.) та створеному на його підставі вітчизняному керівництву «Настанови з клінічних досліджень. Лікарські засоби. Належна клінічна практика», затвердженому Наказом МОЗ України №373 від 22.07.2005 р. При складанні протоколу дотримувалися основних принципів Гельсінської декларації щодо біомедичних досліджень (1974 р.), адаптованої на 41-й Міжнародній асамблеї в Гонконзі (вересень 1989 р.), де людина виступає їх об'єктом, а також «Етичних принципів медичних наукових досліджень із залученням людських суб'єктів», прийнятих 52-ю Асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (2000 р.). У протоколі дотримано таких базових принципів належної медичної практики, як повага особистості, інформованість пацієнта, оцінка ризику шкоди та користі. Загалом цей документ відображає етичні принципи стосовно людей, які є суб'єктами обстеження, викладені у Белмонтській доповіді (1979 р.), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицини (від 04.04.1997 р.), Гельсінській декларації, прийнятій Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964–2000 рр.), Міжнародному кодексі медичної етики, наказі МОЗ України № 281 від 01.11.2000 р., Кодексі ученого України (2009 р.), і можуть бути використані в науковій роботі (підтверджено рішенням комісії з біоетики).

### 2.3. Характеристика груп та організації дослідження

Згідно з умовами Гельсінської декларації (2000), до початку дослідження пацієнтів було поінформовано про мету дослідження, методи, потенційні користь і ризики, а також можливий дискомфорт під час проведення діагностики та інших лікувальних маніпуляцій.

До початку проведення обстеження та лікування хворих на генералізований пародонтит, згідно з протоколом дослідження, в усіх пацієнтів отримано добровільну інформовану згоду (у письмовій формі) на участь у дослідженні. (Додаток В). Відповідність протоколу (витяг з протоколу № 152 від 15.11.2021 р.) дослідження та лікування нормам біоетики було підтверджено Комісією з питань біоетичної експертизи та етики наукових досліджень при НМУ імені О. О. Богомольця. Поршень морально-етичних норм під час проведення дослідження не виявлено.

Діагностику рівнів тривожності та оцінку психоемоційного стану обстежених хворих проводили за допомогою створених гугл-форм. Інтерпретацію отриманих результатів здійснювали спеціалісти – психологи та психотерапевти залежно від первинного звернення пацієнта зі скаргою на психоемоційний стан та тривожність. Діагноз захворювань пародонта встановлювали відповідно до класифікації М. Ф. Данилевського (1994) [12, 30].

*Критерії включення хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності в дослідження:* інформована згода на обстеження та лікування; наявність високого або середнього рівня тривожності; вік 35–55 років.

*Критерії виключення пацієнтів з дослідження:* тяжкі соматичні та онкологічні захворювання; хворі із загостренням соматичних захворювань, тяжкою ендокринною патологією, захворюваннями крові, психічними захворюваннями, ВІЛ-інфіковані, пацієнтів постінфарктному та постінсультному періоді, а також добровільна відмова від участі в дослідженні тощо.

Комплексне лікування хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності проводили у відділенні терапевтичної стоматології та реабілітації Стоматологічного центру Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, та стоматологічної клініки Oxi Den Clinic м.Київ.

Дослідження охопило 223 пацієнтів, з яких було виділено 157 осіб віком 35–55 років, які мали генералізовані захворювання тканин пародонта та прояви тривожності. Ці хворі були обрані для подальшого дослідження з метою вивчення розповсюдженості та структури генералізованих захворювань пародонта в пацієнтів різної статі з проявами тривожності. Гендерний склад хворих, які брали участь у дослідженні: 45 чоловіків (28,66 %) та 112 жінок (71,34 %) з тривожністю та проявами першого (ГП-I) та другого (ГП-II) ступеня генералізованого пародонтиту. Розподіл хворих за віком і статтю наведено в табл. 2.1.

*Таблиця 2.1*

**Розподіл хворих за віком і статтю**

| Вік хворих | Чоловіки |      | Жінки |      | Разом |      |
|------------|----------|------|-------|------|-------|------|
|            | абс.     | %    | абс.  | %    | абс.  | %    |
| 35 – 44    | 21       | 46,7 | 47    | 41,9 | 68    | 43,3 |
| 45 – 55    | 24       | 53,3 | 65    | 58,1 | 89    | 56,7 |
| Усього     | 45       | 100  | 112   | 100  | 157   | 100  |

З метою проведення досліджень, розробки лікувально-профілактичного комплексу та визначення його ефективності було здійснено розподіл хворих на генералізований пародонтит I-II ступеня на дві групи відповідно до рівня тривожності.

До контрольної групи ГП–Кг (n = 30) увійшли 30 (19,10 %) пацієнтів (16 жінок і 14 чоловіків), які мали низький рівень ситуативної тривожності з середніми показниками  $28,1 \pm 0,61$  бала. До другої групи (ГП–Г<sup>1</sup>) увійшли 62 (39,49 %) пацієнти (15 чоловіків та 47 жінок), які мали середній або помірний рівень ситуативної тривожності  $54,2 \pm 0,62$  бала.

Розподіл хворих представлено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

**Розподіл на групи хворих на ГП із проявами тривожності**

| Групи хворих |          | Середній вік<br>хворих | Кількість |       |
|--------------|----------|------------------------|-----------|-------|
|              |          |                        | n         | %     |
| ГП–КГ        | жінки    | 37,10±3,32             | 16        | 10,19 |
|              | чоловіки | 36,23±3,12             | 14        | 8,92  |
| ГП–Т1        | жінки    | 42,17±4,20             | 47        | 29,94 |
|              | чоловіки | 45,25±4,31             | 15        | 9,55  |
| ГП–Т2        | жінки    | 49,45±4,85             | 49        | 31,21 |
|              | чоловіки | 51,27±4,90             | 16        | 10,19 |
| Усього       |          |                        | 157       | 100   |

До третьої групи (ГП–Т<sup>2</sup>) увійшли 65 (41,40 %) хворих (16 чоловіків та 49 жінок), які мали високий рівень тривожності та середні показники  $74,1 \pm 0,68$  бала.

#### 2.4. Клінічні методи дослідження

Усім пацієнтам було проведено комплексне клініко-рентгенологічне обстеження за загальноприйнятою схемою відповідно до «Протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Стоматологія терапевтична», наказ МОЗ України № 566 від 23.11.2004 р.» (2005) [17, 67]. Отримані дані вносили до спеціальної карти пародонтологічного обстеження (Додаток Г).

Комплексне обстеження пародонта у хворих було проведено за схемою: збір анамнезу, реєстрація наочних клінічних симптомів захворювання, спеціальні проби та індекси, збір ротової рідини (РР) (для біофізичних та імунометаболічних досліджень), рентгенографія щелеп. Клінічне стоматологічне обстеження включало огляд та виявлення захворювань зубів і тканин пародонта. Діагностику стоматологічних захворювань проводили згідно із загальноприйнятими в Україні класифікаціями та протоколами. Оцінюючи стан зубів, звертали увагу на

наявність карієсу та його ускладнень, а також некаріозних уражень (патологічне стирання, клиновидні дефекти, гіперестезія тощо) [12, 67].

При виявленні захворювань пародонта проводили повне клінічне обстеження навколо зубних тканин із застосуванням послідовно суб'єктивної та об'єктивної оцінки їх стану. При зборі анамнезу враховували основні суб'єктивні відчуття пацієнтів: біль, кровоточивість ясен, печію, свербіж.

Клінічне обстеження хворих починали зі скарг на захворювання, збору анамнезу, анамнезу якості життя, оцінки загального соматичного статусу. Детально вивчали скарги хворих щодо ураження пародонта. З'ясовували можливу причину виникнення захворювання, його тривалість, характер перебігу, проведене раніше лікування та його ефективність. З анамнезу життя визначали наявність подібних станів у батьків та найближчих родичів; супутніх та перенесених у минулому загальних захворювань, їх можливий зв'язок із захворюваннями тканин пародонта, наявність шкідливих звичок тощо.

Деталізували скарги хворого на наявність і характер проявів з боку пародонта: кровоточивість, болісність, свербіж, набряклість ясен, зміна їх кольору, дискомфорт у порожнині рота, неприємний запах з рота, оголення шийок зубів та їх чутливість до подразників, характер ексудату з пародонтальних кишень (ПК), утруднене пережовування їжі, рухливість зубів тощо. З'ясовували гігієнічні навички пацієнта, встановлювали зв'язок між захворюваннями тканин пародонта та їх розвитком або загостренням. Виявляли наявність шкідливих звичок та супутніх захворювань.

При огляді визначали колір ясен і ясенного краю (блідо-рожевий, червоний, синюшний), ступінь гіпертрофії або атрофії, наявність набряку, у тому числі застійного, пастозності. Оцінювали розповсюдженість запального процесу: ділянки міжзубних сосочків, крайових ясен, альвеолярної частини. Виявляли збереження зубоясенного прикріплення, а при його порушенні – наявність пародонтальної кишені, глибину якої визначали пародонтальним зондом. Звертали увагу на оголення коренів зубів, втрату епітеліального



прикріплення і рецесію ясен. Ступінь патологічної рухомості визначали за методом Д. А. Ентіна. Кількісну оцінку пародонтального статусу проводили за допомогою індексів, що дозволяють виявити запальні та дистрофічні зміни в тканинах пародонта [12, 17].

Характер і ступінь кровоточивості ясен визначали шляхом зондування пародонтальної кишені пародонтольним зондом.

Інтенсивність кровоточивості ясен оцінювали за 3-бальною шкалою: *1 бал* – незначна кровоточивість, поява однієї краплини крові при зондуванні; *2 бали* – середня інтенсивність кровоточивості, поява при зондування "смужки" крові по маргінальному краю ясен; *3 бали* – сильна кровоточивість, кров стікає по поверхні ясен при зондуванні пародонтальної кишені, заповнює міжзубний проміжок; можлива самовільна кровотеча.

Індекс кровоточивості підраховували шляхом ділення суми балів на кількість обстежених зубів [12, 30, 67].

Оцінка середньої величини ІК: до 1,5 бала – хронічний перебіг патологічного процесу, більше 1,6 бала – загострення.

Для виявлення та визначення характеру ексудату в пародонтальній кишені проводили легке атравматичне натиснення гладилкою на її стінку. Якісну оцінку вмісту пародонтальних кишень проводили за 3-бальною шкалою: *1 бал* – серозний ексудат; *2 бали* – серозно-гнійний ексудат; *3 бали* – гнійний ексудат. Аналогічно визначили кількісну оцінку вмісту пародонтальних кишень: *1 бал* – поява однієї краплини ексудату; *2 бали* – поява "смужки" ексудату по маргінальному краю ясен; *3 бали* – ексудат стікає по краю ясен, заповнює міжзубний проміжок (можлива спонтанна гноетеча). Крім того, визначали індекс інтенсивності ексудації з пародонтальної кишені шляхом ділення суми балів на кількість обстежених зубів. Оцінка індексу: до 1,5 бала – хронічний перебіг патологічного процесу в тканинах пародонта, більше 1,6 бала – загострений [111].

Для вивчення ефективності лікування і профілактики захворювань тканин пародонта у хворих із тривожністю поділ на три групи був дещо

змінений. До контрольної групи були відібрані 30 хворих на генералізований пародонтит, які мали низький рівень тривожності. До другої групи (ГП–Т<sup>1</sup>) увійшли 62 хворих на генералізований пародонтит, які мали середній або помірний рівень тривожності. До третьої групи (ГП–Т<sup>2</sup>) увійшли 65 хворих на генералізований пародонтит, які мали високий рівень тривожності.

Лікування і профілактику захворювань пародонта груп пацієнтів проводили згідно з прийнятими в Україні протоколами надання стоматологічної допомоги [12; 17; 30]. Окрім того, з'ясовували наявність тривожних станів в повсякденному житті та під час відвідування стоматолога, а також можливі порушення з боку нервової системи, серцево-судинних захворювань, ураження суглобів, алергічні реакції на лікарські засоби тощо.

#### ***2.4.1. Оцінки стану вегетативної системи за індексом Кердо***

Одним із доступних критеріїв оцінки стану нейровегетативної системи у пацієнтів стоматолога в умовах тривожності та емоційного стресу є вегетативний індекс Кердо [189]. Розрахунок індексу Кердо проводився з урахуванням віку та статі хворих. Показником реакції на тривожність є зміни ритму серця, що може передувати розвитку гемодинамічних, метаболічних та інших порушень гомеостазу.

Оцінку стану вегетативної нервової регуляції можна зробити за даними розрахунку вегетативного індексу Кердо, якій вираховується за формулою:

(2.1)

$$I = \frac{Ad - d}{Ps}, \text{ де}$$

Ad – систолічний артеріальний тиск,

d – діастолічний артеріальний тиск,

Ps – частота пульсу.

Частота серцевих скорочень є індикатором переважання симпатичного або парасимпатичного впливу вегетативної системи, що в умовах

недостатнього захисту від емоційного стресу може стати одним із доступних критеріїв оцінки стану нейровегетативної системи та впливати на погіршення запалень пародонта.

#### ***2.4.2. Визначення рівня кортизолу в слині***

Вироблення кортизолу корою надниркових залоз регулюється за принципом негативного зворотного зв'язку адренокортикотропним гормоном (АКТГ) гіпофізу (рецептори, чутливі до кортизолу, є в більшості органів). Цей гормон виконує низку важливих функцій, бере участь в основних метаболічних процесах (включаючи метаболізм глюкози), розвитку запальних реакцій, регулюванні артеріального тиску та частоти серцевих скорочень, циркадних ритмів (циклів сну та неспання). Основною функцією кортизолу є регулювання реакції організму на стрес.

Концентрація вільного кортизолу в слині залежить від тих самих факторів, що його концентрація в крові: а) кортизол-продукуюча активність кори надниркових залоз; б) АКТГ-продукуюча активність гіпофізу; в) час доби (у нормі вранці концентрація кортизолу в слині максимальна, вдень знижується в середньому на 54,0 %, опівночі сягає мінімуму – знижується на 89 % порівняно з ранковою); г) стрес – основний фактор, що викликає різке підвищення рівня кортизолу в усіх біологічних рідинах.

Аналіз на кортизол у слині – неінвазивне дослідження. Простота та безболісність збору біологічного матеріалу робить цей метод найбільш зручним у випадках, коли необхідна неодноразова повторна оцінка концентрації вільного кортизолу.

На аналіз кортизолу у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності була отримана інформаційна згода (Додаток В 1). Перед збором слини хворим була надана інструкція та проведене навчання щодо підготовки і збору біологічного матеріалу в спеціалізований контейнер SarstedtCortisol-Salivette для дослідження кортизолу в ротовій рідині. Пацієнтів попереджали про важливість дотримання інструкції, а саме:

уникати стресових ситуацій; виключити прийом медикаментів, які можуть впливати на рівень кортизолу; за добу до збору виключити вживання алкоголю; за 3 години виключити фізичне й емоційне перенапруження; 2-3 години не їсти; протягом 3 годин перед забором слини не проводити гігієнічні процедури ротової порожнини та уникати травмування слизової рота; виключити рясне пиття мінімум за 10 хвилин до збору слини (дозволяється пити чисту воду, а фруктові соки та інші напої, які можуть знизити рН слини, заборонені); упродовж 30 хвилин до збору ротової рідини не чистити зуби щіткою або ниткою, а жінкам не використовувати губну помаду та бальзам для губ.

Збір слини проводили 3 рази на день: уранці о 10:00, удень о 15:00 та ввечері о 21:00. Зразки ротової рідини збирали шляхом смктання циліндричного синтетичного тампона протягом однієї хвилини. Котейнери зберігали в холодильнику до їх транспортування в медичну лабораторію «ДІЛА».

#### ***2.4.3. Рентгенологічне обстеження (внутрішньоротова контактна рентгенографія, ортопантомографія, комп'ютерна томографія)***

Внутрішньоротова контактна рентгенографія дозволяє отримати чітке зображення зубів і тканин пародонта при найменшому серед інших видів досліджень променевому навантаженні. Для оцінки стану кісткової складової пародонта проводили ортопантомографію (Planmeca) із визначенням ступеня резорбції міжальвеолярних перетинок відносно довжини кореня (індекс Фукса). Для визначення щільності кісткової тканини використовували КоКТ (Planmeca). Для дослідження цього показника було визначено ділянку інтересу, так звану ROI (region of interest), яка була побудована в точці перетину трьох томографічних зрізів. Оптимальним є визначення щільності губчастої кісткової тканини в ділянці других молярів нижньої щелепи та в підборідній ділянці. Щільність кісткової тканини визначали в одиницях Хаунсфілда (HU).

## 2.5. Методи соціологічного та психологічного дослідження

**Соціологічне та психологічне дослідження** проводили з використанням анкетування для виявлення прогностично значущих чинників ризику уражень пародонта на тлі тривожності та соціальних чинників ризику, враховуючи соціальний статус хворих: освіту, професію, сімейний стан тощо.

Обстеження проводили за допомогою визначених методик та створених гугл-форм із посиланнями на шкали тривожності Ч. Спілбергера та Ю. Ханіна [250, 252, 253]. Для забезпечення повної та об'єктивної характеристики стану психоемоційної сфери та психосоціальної діяльності обстежених був використаний комплекс психодіагностичних засобів, що складався з таких методик.

### 2.5.1. Психологічна шкала тривожності Ч. Спілбергера

(State-Trait Anxiety Inventory-STAI) – інформативний спосіб оцінки рівня тривожності. Вона дозволяє визначити як реактивну тривожність (стан тривожностей конкретний момент), так і особистісну тривожність (як стійку характеристику людини). Шкалу тривожності було розроблено Ч. Д. Спілбергером та адаптовано Ю. Л. Ханіним. (Додатки Е, Ж). Респондентам надавався перелік із 40 тверджень. Для перших 20 тверджень було необхідно визначити свій стан у момент виконання завдання (шкала ситуативної тривожності), для решти 20 – свій стан загалом (шкала особистісної тривожності). Оцінка людини свого стану є йому значним компонентом самоконтролю і самоаналізу. *Особистісна тривожність* (ОТ) – стійка індивідуальна характеристика. Вона відбиває сприйнятливність суб'єкта до тривоги та передбачає в нього наявність широкого спектра сприйняття загрозливих ситуацій, відповідаючи на кожну з них певної реакцією. *Ситуативна тривожність* (СТ), або її ще називають реактивну тривожність, характеризується як емоційна відповідь на стресову ситуацію, що суб'єктивно переживаються: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю,

нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути рівним за інтенсивністю та динамічністю у часі. Кожна шкала складається з 20 питань, обстежуваному пропонують обрати один з чотирьох варіантів відповіді: «майже ніколи», «інколи», «часто» або «майже завжди». Результат обчислюють у вигляді суми балів за формулою. Загальна оцінка може коливатися в діапазоні від 20 до 80 балів, де показник до 30 балів свідчить про низький рівень тривожності, показник 31–44 бали – помірний, а показник понад 45 балів – високий рівень тривожності.

*Шкала ситуативної тривожності (СТ):*

$СТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50$ , де  $\Sigma 1$  – сума закреслених на бланку цифр по пунктах шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$  – сума закреслених на бланку цифр по інших пунктах шкали: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

*Шкала особистісної тривожності (ОТ):*  $ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$ , де  $\Sigma 1$  – сума закреслених на бланку цифр по пунктах шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$  – сума інших цифр по пунктах 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретацію результатів проводили окремо для кожної шкали, відповідно до кількості отриманих балів.

### **2.5.2. Шкала стоматологічної тривожності Корах DAS [129, 130].**

Ця шкала (додаток К) включає спеціальні питання, щоб з'ясувати ставлення пацієнтів до відвідування лікаря-стоматолога, зокрема, такі.

1. Що Ви відчуваєте в день відвідування стоматолога? А. – Очікую на візит до стоматолога з нетерпінням. Б. – Не відчуваю жодних особливих переживань. В. – Відчуваю деяке занепокоєння. Г. – Боюся болючих відчуттів. Д. – Серйозно зляканий можливими діями лікаря.

2. Що Ви відчуваєте, чекаючи своєї черги в коридорі біля кабінету стоматолога? А. – Розслаблення. Б. – Занепокоєння. В. – Напруга. Г. – Значна напруга. Д. – Страх, підвищена пітливість, почуття нудоти.

3. Що Ви відчуваєте, сидячи встоматологічному кріслі та спостерігаючи, як лікар готує до роботи бормашину? *А. – Розслаблення. Б. – Занепокоєння. В. – Напруга. Г. – Значна напруга. Д. – Страх, підвищена пітливість, почуття нудоти.*

4. Що Ви відчуваєте, сидячи в стоматологічному кріслі та спостерігаючи, як лікар готує інструменти? *А. – Розслаблення. Б. – Занепокоєння. В. – Напруга. Г. – Значна напруга. Д. – Страх, підвищена пітливість, почуття нудоти.*

Обробка результатів та їх інтерпретація. Кожна відповідь оцінюється таким чином: відповідь «А» – 1 бал; "Б" – 2 бали; "В" – 3 бали; "Г" – 4 бали; "Д" – 5 балів. Сума відповідей на всі запитання може змінюватись у межах від 4 до 20 балів. Виражена дентофобія пацієнтів встановлюється при загальному результаті 17 балів і більше.

### **2.5.3. Методика оцінювання якості життя**

Oral Health Impact Profile (профіль впливу стоматологічного здоров'я) – ОНІР-14 [123].

Для оцінки стоматологічних складових якості життя (ЯЖ) пацієнтам із генералізованим пародонтитом, асоційованим із проявами тривожності, було запропоновано опитувальник ОНІР-14. Він має анкету з 14 питань, що дозволяють оцінювати вплив стану порожнини рота на якість життя за такими критеріями: повсякденне життя, переживання їжі, здатність спілкуватися.

Відповіді на питання оцінюють за чотирибальною шкалою:

*0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – постійно.*

Сума балів визначає рівень якості життя, пов'язаної зі стоматологічним здоров'ям пацієнтів, за такими інтервалами: 0–12 балів – хороший рівень якості життя; 13–24 бали – задовільний, 25–56 балів – незадовільний рівень якості життя хворих на генералізований пародонтит, асоційований із проявами тривожності.

Клінічне обстеження проводили двічі: до початку лікування та після, що також включало виявлення скарг пацієнтів та оцінку стану тканин пародонта, яку проводили, використовуючи спрощений гігієнічний індекс (ОHI-S); індекс кровоточивості ясенної борозни (SBI); папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА) у модифікації С. Parma (1960); пародонтальний індекс (ПІ) [4, 7, 12, 13, 20, 44].

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою пакета прикладних програм «Statistica-10». Відмінності вважали достовірними при  $p < 0,05$ . Для оцінки взаємозв'язку між різними показниками використовували коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона, рівень статистичної значущості якого починався з  $p < 0,05$  [58].

#### ***2.5.4. Методи профілактики і корекції подолання тривожності у хворих***

Для лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності була запропонована комплексна програма корекційних та профілактичних заходів подолання тривожності, яка базується на етичних принципах, диференційованості, комплексності та доступності. Програма включала лікувальні заходи, релаксаційні заняття, корекційні вправи для зняття тривожності та психоемоційної напруги, а також індивідуальну профілактику та корекцію психоемоційного стану пацієнтів перед лікуванням залежно від виявленого ступеня тривожності. Рівень тривожності об'єктивізували шляхом аналізу фізіологічних та поведінкових проявів, що дозволило адаптувати підходи до потреб кожного пацієнта.

#### **2.6. Комплексне лікування хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності**

Комплексне лікування хворих на генералізований пародонтит усіх груп починали з найважливішого елемента профілактики і лікування захворювань тканин пародонта – навчання пацієнтів раціональної гігієни порожнини рота



та професійної гігієни. Видалення всіх типів зубних відкладень за допомогою ручних і ультразвукових інструментів, а також повітряно-абразивним методом проводили під зрошенням розчином хлоргексидину (0,12 %, 10 мл), активного проти аеробних і анаеробних мікроорганізмів, деяких вірусів та грибків.

В усіх групах хворих професійна гігієна завершувалася індивідуальним підбором засобів та навчанням раціонального чищення зубів. У домашніх умовах рекомендували користуватися засобами очищувальної, антибактеріальної, дезодорувальної для перешкоджання утворенню зубних відкладень, пригнічення проявів запалення в тканинах пародонта, сприяння покращенню репаративних процесів. Пацієнтам були запропоновані відповідні зубні пасти, ополіскувачі для ротової порожнини та щітки.

Лікування пацієнтів усіх груп розпочинали зі зрошення ротової порожнини розчинами антисептиків, після чого під аплікаційним знеболенням «Sol. Lidocaini 10 %» ретельно видаляли зубні відкладення. Механічне видалення зубних відкладень поєднували з ультразвуковим. Далі проводили скейлінг та згладжування поверхні кореня (процедура SRP). Закінчували лікування старанним шліфуванням і поліруванням пришийкових ділянок та контактних поверхонь із подальшою обробкою фторумісними препаратами.

Хворим була рекомендована вітамінізована висококалорійна дієта, багата білками, овочами та несолодкими фруктами, а також кисломолочними продуктами з виключенням солодошів. Призначали вітамінно-мікроелементний комплекс «Віта-Супрадин Актив» (№05.03.02-03/20584 від 15.05.2020 р., виробник Swisscaps GmbH, Німеччина) по 1 таблетці, вкритій плівковою оболонкою, на добу, а також «Драгенофарм» (виробник «Апотекер Пюшль ГмбХ», Німеччина) – по 1 таблетці 1 раз на добу протягом 1 місяця. Ці препарати містять оптимальний набір необхідних вітамінів та мікроелементів.

Хворі на генералізований пародонтит групи ГП–Тр<sup>1</sup>, які мали помірний рівень тривожності, отримували для місцевого лікування розчин «Октенісепт» (затверджено наказом МОЗ України №39 від 28.03.2016, РП UA/4056/01/01, виробник «Schulke & Meyr GmbH», Німеччина), розведений дистильованою водою 1:3 – у вигляді аплікацій протягом 3 хвилин 3 рази на добу протягом 1 тижня. Цей препарат має широкий спектр антибактеріальної, фунгіцидної та віруліцидної дії завдяки гідрофобній взаємодії октенідинудигідрохлориду і феноксіетанолу з цитоплазматичними мембранами патогенних мікроорганізмів. Препарат «Лізак» (затверджено наказом МОЗ України №2109 від 17.10.2019 р. на необмежений термін, РП UA/10649/01/01, виробник ПАТ «Фармак», м. Київ, Україна) – розсмоктувати по 1 таблетці кожні 4 години протягом тижня. Препарат має добре виражену місцеву антисептичну, антибактеріальну і протигрибкову дію. Для загального лікування та зняття тривожності призначали препарат рослинного походження «Анантаваті» (виробник «Ananta Medicare Ltd», Індія) – по 1 таблетці 1 раз на добу протягом 1 місяця.

Хворі на генералізований пародонтит групи ГП–Тр<sup>2</sup>, які мали високий рівень тривожності, отримували для місцевого лікування антисептичний розчин «Хлоргексидину» 0,05 % (затверджено наказом МОЗ України № 1635 від 28.09.2017 р., РП UA/16324/01/01, виробник ТОВ «Фарма Черкас», Україна) у вигляді аплікацій протягом 3 хвилин 3 рази на добу протягом 1 тижня. Також призначали препарат «Лісобакт» (затверджено наказом МОЗ України №1285 від 01.06.2020 р. на необмежений термін, РП UA/2790/01/01, виробник «Bosnalijek d.d.», Боснія і Герцеговина) – розсмоктувати по 1 таблетці кожні 4 години протягом тижня. Препарат має добре виражену місцеву протівірусну, антибактеріальну і протигрибкову дію. Для загального лікування та зняття тривожності призначали ноотропний препарат «Ноофен» (затверджено наказом МОЗ України №748, РП UA/3773/01/01, виробник АТ «Олайнфарм», Латвія) – по 1 таблетці (250 мг) 3 рази на добу протягом 1

місяця. Препарат усуває тривожність, страх, психоемоційне напруження, дратівливість. Його призначення контролювалося лікарями-психологами.

Хворим на генералізований пародонтит групи ГП–Тр<sup>1</sup> та ГП–Тр<sup>2</sup>, які мали помірний та високий рівень тривожності, для загального лікування з метою її подолання було призначено комплекс адреноблокаторів [41, 42]. Також проводили корекційні вправи та релаксаційні заняття для подолання стоматологічної тривожності. Крім того, хворим на генералізований пародонтит, які мали помірний та високий рівень тривожності групи ГП–Тр<sup>1</sup> та ГП–Тр<sup>2</sup>, а також підвищений рівень кортизолу, для його зниження в рамках загального лікування призначали «AdrenalStressSupport» (виробник «NOW Foods», США) по 1 капсулі 2 рази на день. Це рослинна поживна суміш, розроблена для природної підтримки здорової реакції організму на надниркове навантаження.

Терапевтичне лікування було складовою комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит. Обстеження пацієнтів та забір ротової рідини проводили перед початком лікування, а також одразу після його завершення через 1, 3 та 6 місяців.

## **2.7. Схема лікувально-корекційних та профілактичних заходів подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит**

Для подолання й корекції тривожності була запропонована комплексна програма лікувально-корекційних та профілактичних заходів. Вона базується на етичних принципах, диференційованості, комплексності та доступності. Метою запропонованої програми було подолання проявів стоматологічної тривожності та нормалізації психоемоційного стану пацієнтів під час прийому в стоматолога за допомогою таких заходів: а) усвідомлення хворим причинно-наслідкових зв'язків між тривожною симптоматикою та лікувальним процесом у стоматології; б) покращення ставлення до свого стоматологічного здоров'я, напрацювання навичок подолання тривожності та негативних емоцій щодо лікування; в) корекція тривожності та власного

способу переживань, емоційного реагування на відвідування стоматологічного кабінету.

Запропонована комплексна програма подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит складається з трьох етапів: профілактично-мотивувальний, діагностично-корекційний, самопомоги і профілактики. Програма та схема лікувально-корекційних та профілактичних заходів була розписана для всіх груп хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності.

Для корекції тривожності та психоемоційного стану пацієнтам рекомендували препарати, що містять гліцин. Він належить до замінних амінокислот, легко проникає в більшість біологічних рідин і тканин організму, зокрема в головний мозок, де метаболізується. Накопичення гліцину в тканинах не відбувається: він швидко руйнується в печінці за допомогою гліцинооксидази до води і вуглекислого газу. Цей препарат є центральним нейромедіатором, що активує і нормалізує процеси захисного гальмування в центральній нервовій системі. Гліцин покращує метаболічні процеси в тканинах мозку, чинить антидепресивну та седативну дію, регулює діяльність глутаматних (NMDA) рецепторів, завдяки чому зменшується агресивність і конфліктність, підвищується соціальна адаптація, покращується настрій. Гліцин рекомендують для корекції стресових ситуацій та нормалізації психоемоційного напруження, одним із проявів якого є відвідування стоматологічної клініки. Для зменшення психоемоційного напруження, корекції стресових ситуацій, конфліктності пацієнтам рекомендували прийом препаратів «Гліцин-Дарниця» по 1 таблетці (100 мг) 1-2 рази на добу протягом 14–30 днів.

Зокрема, пацієнтам, які потребували багаторазового відвідування лікаря, рекомендували прийом препаратів на основі сухого екстракту валеріани (*valerianaeradix*), що належить до заспокійливих та седативних засобів (Код АТХ N05C M09). Лікарський засіб на основі валеріани зменшує збудливість центральної нервової системи. Дія зумовлена вмістом ефірної

олії, більша частина якої – складний ефір спирту борнеолу та ізовалеріанової кислоти. Седативні властивості мають також валепотріати та алкалоїди –валерин і хотинін.

Седативна дія екстракту валеріани проявляється повільно, але досить стабільно. Валеріанова кислота і валепотріатимають слабку спазмолітичну дію. Препарати приймали всередину після приймання їжі. Рекомендована доза для дорослих становить 30–60 мг (1–2 таблетки) 3–4 рази на добу. Таблетки потрібно було ковтати не розжовуючи, запиваючи достатньою кількістю рідини. Тривалість лікування залежала від терапевтичного ефекту та переносимості препарату і становила 5–10 днів [4, 6, 50, 51, 84, 179].

## 2.8. Методи статистичного аналізу

Статистичну обробку результатів проводили в рамках параметричної та непараметричної базової статистики з використанням таких критеріїв.

*Критерій «φ\*-кутове перетворення Фішера»* [32] – призначений для співвідношення двох вибірок за частотністю того ефекту, який цікавить дослідника. За допомогою певних процедур ми оцінювали достовірність відмінностей між відсотковими частками тих вибірок, у яких був зареєстрований ефект.

*T-критерій Ст'юдента* [32] застосовують для обчислення емпіричного значення t-критерію в ситуації перевірки гіпотези про відмінності між двома залежними вибірками за формулою:

(2.2)

$$t = \frac{|M_1 - M_2|}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2}{N_1} + \frac{\sigma_2^2}{N_2}}}$$

t-критерій Ст'юдента,

де  $M_1, M_2$  — середнє арифметичне,

$\sigma_1, \sigma_2$  — стандартне відхилення,

а  $N_1, N_2$  — розміри вибірок.

Коефіцієнт рангової кореляції *rs* Спірмена [31, 78] – визначає кореляційний зв'язок між двома ієрархіями ознак. Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена підраховується за формулою:

(2.3)

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot \sum (d^2)}{N \cdot (N^2 - 1)},$$

де *d* – різниця між рангами за двома змінними для кожного досліджуваного, *N* – кількість досліджуваних.

Усі обчислення проводили на персональному комп'ютері з використанням ліцензованих програм "MS Excel 10" для операційної системи "Windows". Для статистичної обробки було використано програмне забезпечення «IBM SPSS Statistics 20».

*Отримані в розділі дані опубліковані в наукових працях:*

1. *Horodnov E.* Methods of researching the quality of life in patients with dental diseases. In: Current trends in scientific research development. Proceedings of the 2nd International scientific and practical conference. In: Science Publisher, Boston, USA; 2024. Pp. 34-41. Available from: <https://sci-conf.com.ua/ii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-current-trends-in-scientific-research-development-19-21-09-2024-boston-ssha-arhiv/>
2. *Kundenko SP, Moskalyova AS, Horodnov EV.* Psychological and administrative aspects of manager's activities in higher education institutions. In: Topical aspects of modern scientific research. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. CPN Publishing Group. Tokyo, Japan; 2023. Pp. 442-449. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iv-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-topical-aspects-of-modern-scientific-research-21-23-12-2023-tokio-yaponiya-arhiv/>..
3. *Horodnov Ye.* Application of methods and exercises to overcome anxiety in patients with generalized periodontal lesions. In: Scientific research: modern challenges and future prospects. Proceedings of the 4th International scientific and

practical conference. MDPC Publ. Munich, Germany; 2024. Pp. 37-44. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iv-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-scientific-research-modern-challenges-and-future-prospects-18-20-11-2024-myunhen-nimechchina-arhiv/>

4. *Kundenko SP, Gorodnov EV*. Caractéristiques de l'activité administrative dans les établissements d'enseignement supérieur. In: Current challenges of science and education. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Berlin, Germany; 2023. Pp. 308-312. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iv-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-current-challenges-of-science-and-education-berlin-nimechchina-arhiv/>.

### РОЗДІЛ 3

## КЛІНІКО-НОЗОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ З ПРОЯВАМИ ТРИВОЖНОСТІ

### **3.1. Клінічні особливості поширеності захворювань пародонта у хворих з проявами тривожності**

Для визначення взаємозв'язку між рівнями тривожності та захворюваннями пародонта було обстежено 280 осіб віком 35–55 років з різними ступенями тривожності (173 жінки та 107 чоловіків). Усім пацієнтам було проведено комплексне клініко-рентгенологічне обстеження за загальноприйнятою схемою відповідно до «Протоколів надання медичної допомоги» зі спеціальності «Стоматологія терапевтична», наказ МОЗ України від 23.11.2004, № 566» (2005) [12, 67, 77]. Отримані дані заносили до карти пародонтологічного обстеження (додаток Д).

Під час ретельного клінічного обстеження ротової порожнини визначали стан твердих тканин зубів, зубних рядів, анатомічні особливості будови присінку рота, рівень прикріплення вуздечок слизової оболонки, стан слизової оболонки ясен, ясенні та пародонтальні кишені, ширину прикріплених ясен, стан періодонта та кісткової тканини коміркових відростків щелеп. Обстеження включало збір анамнезу, власне клінічне та рентгенографічні обстеження.

Для характеристики стану тканин пародонта проводили детальний огляд, визначали поширеність та інтенсивність дистрофічно-запального процесу в пародонті: наявність пародонтальних кишень, їх глибину, ступінь рецесії ясен, патологічну рухомість зубів. Ураховували такі ознаки запалення ясен, як гіперемія, набряк, кровоточивість. Звертали увагу на наявність зубних відкладень, травматичної оклюзії, наявність травматичних чинників. Огляд ротової порожнини проводили за загальноприйнятою методикою з використанням відповідних стоматологічних інструментів. Відзначали стан



твердих тканин: наявність каріозних порожнин, ускладненого карієсу. При огляді слизової оболонки ротової порожнини звертали увагу на колір, вологість, наявність зубних відкладень та можливих елементів ураження.

У результаті проведеного комплексного обстеження у 223 (79,64 %) пацієнтів – 143 (64,13 %) жінки і 80 (35,87 %) чоловіків – було діагностовано високу поширеність дистрофічно-запальних захворювань пародонта. У структурі захворювань пародонта найчастіше діагностували генералізований пародонтит – у 206 (92,38 %) пацієнтів, тоді як хронічний катаральний гінгівіт виявили лише в 17 (7,62 %) осіб із захворюваннями пародонта. Серед інших 57 обстежених, у яких не було виявлено дистрофічно-запальних захворювань пародонта, у 5 (1,79 %) діагностували дистрофічне ураження пародонта – пародонтоз. Серед хворих на генералізований пародонтит у 93 (41,70 %) осіб був діагностований I ступінь хронічного перебігу захворювання, а в 130 (58,30 %) – II ступінь. Результати дослідження поширеності захворювань пародонта представлено в таблиці 3.1.

*Таблиця 3.1*

**Структура поширеності захворювань пародонта в обстежених хворих**

| Стать    | Діагноз       |       |          |      |                            |       |            |       |
|----------|---------------|-------|----------|------|----------------------------|-------|------------|-------|
|          | Усього хворих |       | Гінгівіт |      | Генералізований пародонтит |       |            |       |
|          |               |       |          |      | I ступінь                  |       | II ступінь |       |
|          | Абс.          | %     | Абс.     | %    | Абс.                       | %     | Абс.       | %     |
| Чоловіки | 76            | 34,08 | 3        | 1,38 | 36                         | 16,21 | 37         | 16,59 |
| Жінки    | 147           | 64,12 | 14       | 6,37 | 52                         | 23,30 | 81         | 36,32 |
| Всього   | 223           | 100,0 | 17       | 7,70 | 88                         | 39,51 | 118        | 52,91 |

Таким чином, у досліджуваних були виявлені гендерні відмінності в розповсюдженості захворювань пародонта, зокрема генералізованого пародонтиту, який частіше спостерігався в жінок (64,12 %), ніж у чоловіків (34,08 %).

Згідно з результатами клінічних спостережень, у 94 хворих віком 35–45 років поширеність захворювань пародонта сягала (68,08 %). У разі

відсутності в 27 пацієнтів загальносоматичних захворювань в анамнезі поширеність захворювань пародонта в цій віковій категорії була в 1,4 раза меншою й досягала 48,15 % ( $p > 0,05$ ). У 147 хворих віком 46–55 років поширеність захворювань пародонта зросла до 87,76 %. У 39 хворих віком понад 50 років відсоток уражень тканин пародонта був найвищим – 92,31 %.

Отже, проведене дослідження показало досить високий рівень поширеності захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності. Патологія пародонта спостерігається як серед чоловіків, так і серед жінок, причому в жінок частіше. У структурі захворювань пародонта переважали більш серйозні ступені ураження, зокрема генералізований пародонтит II ступеня, виявлений у 41,74 % жінок і 13,11 % чоловіків. З віком у хворих спостерігалось зростання поширеності генералізованого пародонтиту, яке досягало 92,31 %.

### **3.2. Соціально-психологічні предиктори тривожності в жінок і чоловіків, хворих на генералізований пародонтит**

Відповідно до завдань наукової роботи були проведені дослідження соціально-психологічних предикторів розвитку генералізованого пародонтиту в жінок і чоловіків із проявами тривожності. В опитуванні взяли участь 157 осіб, які дали згоду на проведення опитування та анкетування. Гендерний склад хворих – 45 (28,66 %) чоловіків та 112 (71,34 %) жінок. На самперед оцінювали загальний рівень тривожності в усіх пацієнтів із захворюваннями пародонта. Методом опитування виявлено тривожні та стресові ситуації за останні 2–3 роки серед усіх обстежених. Зокрема, 18 (11,46 %) чоловіків та 73 (46,49 %) жінки часто переживали тривогу та мали важкі стресові ситуації. 5 (3,18 %) чоловіків і 20 (12,76 %) жінок відзначили, що й зараз перебувають у тяжкій стресовій ситуації. Майже 77 (49,04 %) опитаних, серед яких 12 (7,64 %) чоловіків і 25 (15,92 %) жінок, мали стресові ситуації на роботі, а 44 (28,02 %) жінок і 11 (7,00 %) чоловіків відмітили стресові ситуації в сімейних стосунках. Тривожність і страх перед

відвідуванням стоматолога відчували 13 (8,28 %) чоловіків і 62 (39,49 %) жінки. Гендерний аналіз тривожних та стресових ситуацій за останні роки серед хворих на генералізований пародонтит наведений у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

**Гендерний аналіз тривожних і стресових ситуацій за останні роки  
у хворих на генералізований пародонтит**

| Тривожні і стресові ситуації<br>останні 2-3 роки                   | Хворі<br>на генералізований пародонтит (n = 157) |       |                   |       |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------|-------------------|-------|
|                                                                    | Жінки (n = 112)                                  |       | Чоловіки (n = 45) |       |
|                                                                    | абс.                                             | %     | абс.              | %     |
| Загальна кількість обстежених з тривожними і стресовими ситуаціями | 73                                               | 46,49 | 18                | 11,46 |
| На сьогодні перебувають у стресовій ситуації                       | 20                                               | 12,76 | 5                 | 3,18  |
| Мають стресові ситуації на роботі                                  | 25                                               | 15,92 | 12                | 7,64  |
| Стресові ситуації в сімейних стосунках                             | 44                                               | 28,02 | 11                | 7,00  |
| Тривожність та страх перед відвідуванням стоматолога               | 62                                               | 39,49 | 13                | 8,28  |

Для виявлення прогностично значущих чинників ризику формування ураження тканин пародонта на тлі тривожності враховували соціальний статус хворих: освіту, професію, сімейний стан тощо. При розгляді соціальних факторів, що впливають на поширеність захворювань пародонта, виявлено соціально-психологічні особливості. Зокрема, за рівнем освіти розподіл був таким: середню освіту мали 36 (22,93 %) опитаних хворих, середню спеціальну – 53 (33,76 %), ще навчалися у вищому навчальному закладі – 12 (5,38 %) опитаних, мали вищу освіту – 54 (34,39 %). Серед обстежених хворих переважала група осіб із середньою спеціальною та вищою освітою – 107 (68,15 %), у якій спостерігали високий та середній рівні тривожності. У хворих із середньою та незакінченою вищою освітою рівень тривоги був значно нижчим.

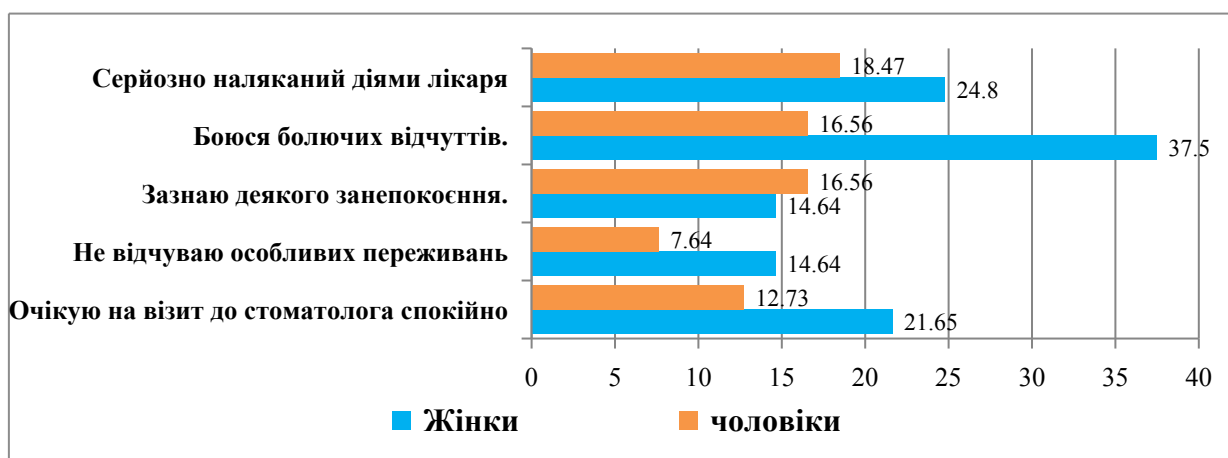
За сімейним станом хворих розподілили так: перебували в першому шлюбі 71 (45,22 %) хворих, у повторному шлюбі – у 31 (19,75 %) пацієнтів, у громадянському шлюбі – у 36 (22,93 %), одинаки (неодружені / розлучені / вдівці) – 19 (12,11%) пацієнтів. Сімейний стан також може впливати на розвиток стоматологічних захворювань. Повторні та громадянські шлюби часто супроводжувались напруженими, конфліктними ситуаціями. Таке хронічне напруження може призводити до розладів афективної сфери у вигляді тривожних станів, які могли провокувати загострення стоматологічних захворювань.

Важливе місце в житті людей посідає трудова діяльність, яка має безпосередній вплив на психоемоційний стан та тривожність людини. Аналіз професійної діяльності хворих на дистрофічно-запальні захворювання пародонта показав, що з 157 опитаних, які взяли участь у дослідженні, працює 131 (83,44 %) пацієнт, 6 (3,82 %) хворих є пенсіонерами, 19 (12,11 %) опитаних були безробітними та домогосподарками. Конфліктні ситуації на роботі, низький рівень матеріального забезпечення викликали в наших пацієнтів занепокоєння та тривожні стани, що негативно впливали на якість їхнього життя та стан здоров'я. Ці ситуації є негативним соціальним стресовим фактором, унаслідок якого хворі суттєво обмежують себе в придбанні необхідних речей, ліків та отриманні послуг, зокрема можливості вчасно відвідувати стоматологічну клініку.

Дослідження соціально-психологічних чинників у пацієнтів дозволило виявити важливі закономірності, пов'язані з можливим впливом соціальних факторів на розвиток генералізованого пародонтиту в жінок і чоловіків із проявами тривожності.

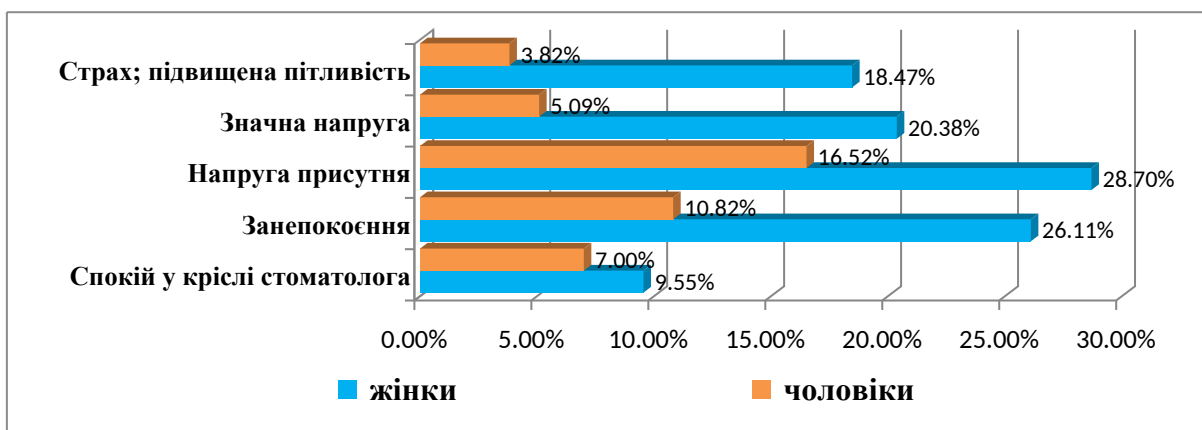
Згодом було проведено опитування 157 хворих на генералізований пародонтит за шкалою стоматологічної тривожності Кораха DAS [183; 184]. Мета опитування – з'ясувати рівень тривожності пацієнтів до відвідування клініки, під час обстеження та в процесі лікування. На запитання *«Що Ви відчуваєте в день відвідування стоматолога?»* отримали такі

відповіді: спокійно очікують на візит до стоматолога 34 (21,65 %) жінки та 20 (12,73 %) чоловіків; не відчувають жодних особливих переживань 23 (14,64 %) хворих жіночої статі і 12 (7,64 %) чоловічої; зазнають деякого занепокоєння 23 (14,64 %) пацієнток і 26 (16,54 %) пацієнтів; бояться болючих відчуттів 59 (37,50 %) жінок і 26 (16,56 %) чоловіків; дуже налякані можливими майбутніми діями стоматолога 39 (24,8 %) жінок і 29 (18,47 %) чоловіків. Результати опитування за методикою Кораха представлені на рисунку 3.1.



*Рис. 3.1. Результати опитування за методикою Кораха DAS відчуттів хворих на генералізований пародонтит під час відвідування стоматолога*

Аналіз відповідей на питання «Що Ви відчуваєте, сидячи в кріслі стоматолога і спостерігаючи, як лікар готує інструменти?» показав, що спокій у кріслі стоматолога під час підготовки бормащини до роботи відчувають 15 (9,55 %) жінок і 11 (7,00 %) чоловіків. Занепокоєння відчувають 41 (26,11 %) осіб жіночої статі і 17 (10,82 %) чоловічої. Відмічають напругу 28,70 % жінок і 16,52 % чоловіків. Значна напруга наявна в 32 (20,38 %) пацієнток і 8 (5,09 %) пацієнтів. Страх та підвищену пітливість відчувають 29 (18,47 %) жінок і 6 (3,82 %) чоловіків. Результати опитування представлені на рисунку 3.2.



*Рис.3.2. Результати опитування за методикою Кораха DAS відчуттів хворих під час очікування та спостереження, як лікар готує бормашину*

Також було виявлено, що тривожність підвищувалася тоді, коли пацієнт перебував у кріслі під час лікування. У багатьох учасників проведеного дослідження в підвищеній емоційній ситуації відмічали тремор кінцівок, спітніння та побіління шкіри.

Спостереження за хворими та їх опитування доводять, що перед і під час прийому в пацієнтів зростає тривожність на фізіологічному та психологічному рівнях: погіршується психоемоційний стан, з'являються страхи.

Приклади відповідей пацієнтів, чому виникає тривожність та страх під час стоматологічного лікування:

Питання: «Що Ви відчуваєте, сидячи в стоматологічному кріслі та спостерігаючи, як лікар готує бормашину?»

Відповідь пацієнта Володимира К.: «Дуже різні відчуття, трохи переживаю, не дуже приємно бути весь час з відкритим ротом і чути шум бормашини...».

Питання: «Що Ви відчуваєте, сидячи в кріслі стоматолога і спостерігаючи, як лікар готує інструменти?»

Відповідь пацієнтки Олександри Р.: «Під час відвідування стоматолога в мене заявляється страх, стрес і тривога – усе разом. Процедури викликають неприємні відчуття, з'являється сухість у роті, болі

*в шлунку. Дуже нервую, перебуваючи в стоматологічному кріслі, особливо коли бачу різні інструменти та голки. Боюсь уколів».*

Питання: *«Що Ви відчуваєте, коли стоматолог проводить лікувальні маніпуляції?»*

Відповідь пацієнтки Ангеліни С.: *«Я відчуваю тривожність і страх, не можу дивитись на кров, мене нудить і паморочиться голова. Я не люблю процедури в стоматолога та часто відкладаю зустріч із лікарем, незважаючи на те що погіршується стан захворювання».*

Аналіз результатів опитування за шкалою стоматологічної тривожності (методика Кораха DAS) дозволяє стверджувати, що у хворих наявні показники тривожності, які зростають уже тоді, коли пацієнти сидять у стоматологічному кріслі. Тривожність більш виражена в жінок, ніж у чоловіків, і може погіршувати перебіг захворювання пародонта (генералізованого пародонтиту), негативно впливати на результати лікування хворих.

Наступним завданням нашого дослідження було проведення тестування рівнів тривожності хворих за шкалою Ч. Спілбергера і Ю. Ханіна. У роботах Ч. Спілбергера [251, 253, 254] тривожність розглядається як *особистісна і ситуативна (реактивна)*. *Особистісна тривожність* (ОТ) може розглядатися як індивідуальна риса, що виявляється в постійній схильності до переживань тривоги в найрізноманітніших життєвих ситуаціях. *Ситуативна (реактивна) тривожність* (СТ) породжена певною конкретною ситуацією, яка об'єктивно викликає занепокоєння. Цей стан може виникати в будь-якої людини напередодні можливих неприємностей і життєвих ускладнень.

Тривога і тривожність тісно пов'язані зі стресом. При цьому особистісна тривожність характеризує вразливість або стійкість до дії різних стресових чинників загалом, тоді як ситуативна тривожність визначає рівень стресу, наприклад, при відвідуванні стоматологічної клініки.

Під час проведення лікарських втручань, що вимагають точності виконання маніпуляцій, високий рівень ситуативної тривожності пацієнта може зашкодити роботі лікаря і негативно позначитися на якості стоматологічної допомоги.

Для всіх обстежених було визначено рівень особистісної та ситуативної тривожності. Серед загальної кількості, яка становила 157 (100 %) осіб 45 (28,66 %) чоловіків і 112 (71,34 %) жінок – у 38 (33,92 %) пацієнток відмічений високий рівень особистісної тривожності, і цей показник становив у середньому  $65,9 \pm 0,91$  бала. У 49 (43,75 %) жінок виявлений помірний рівень ОТ: показник особистісної тривожності в середньому становив  $38,71 \pm 0,61$  бала. У 25 (22,32 %) хворих жінок спостерігали низький рівень ОТ із середніми показниками  $28,0 \pm 0,45$  бала.

Отримані результати розподілу особистісної тривожності у хворих на генералізований пародонтит за методикою Спілбергера–Ханіна представлені в таблиці 3.3.

*Таблиця 3.3*

**Гендерний аналіз особистісної тривожності у хворих  
на генералізований пародонтит за методикою Спілбергера–Ханіна**

| Значення рівня<br>особистісної тривожності | Хворі на генералізований пародонтит (n = 157) |       |                   |       |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------|-------------------|-------|
|                                            | Жінки (n = 112)                               |       | Чоловіки (n = 45) |       |
|                                            | абс.                                          | %     | абс.              | %     |
| Низький рівень < 30 балів                  | 25                                            | 22,32 | 19                | 42,22 |
| Помірний рівень 30–44 балів                | 49                                            | 43,75 | 18                | 40,00 |
| Високий рівень 45–80 балів                 | 38                                            | 33,92 | 8                 | 17,77 |

Серед 45 чоловіків у 8 (17,77 %) виявлений високий рівень ОТ із середнім показником  $57,2 \pm 0,88$  бала. 18 (40,00 %) чоловіків мали помірний рівень тривожності із середнім показником  $33,81 \pm 0,52$  бала. У 19 (42,22 %) хворих чоловіків визначений низький рівень особистісної тривожності – у середньому  $27,4 \pm 0,62$  бала. Порівнюючи показники 25 жінок і 19 чоловіків, визначено вищий відсоток високого рівня особистої тривожності в жінок



( $p < 0,05$ ). Помірний і низький рівні тривожності також були вищими в жінок (49 проти 18,  $p < 0,05$ ).

Ситуативна тривожність (СТ) є важливим аспектом дослідження, оскільки визначає рівень тривоги пацієнтів під час відвідування стоматолога. Серед жінок 18 (16,07 %) осіб мали низький рівень СТ, середнє значення якого становило  $28,1 \pm 0,61$  бала; 45 (40,17 %) жінок мали помірний рівень СТ із середнім показником  $57,32 \pm 0,82$  бала; у 49 (43,75 %) жінок спостерігали високий рівень ситуативної тривожності, середнє значення –  $74,2 \pm 0,68$  бала. У чоловіків низький рівень СТ мали 7 (15,55 %) осіб із середнім показником  $26,5 \pm 0,51$  бала; помірний рівень СТ мали 24 (53,33 %) чоловіки з середнім значенням показника  $46,54 \pm 0,62$  балів; високий рівень СТ виявлений у 14 (31,11 %) чоловіків, середнє значення показників  $55,2 \pm 0,67$  бала. Також було виявлено, що висока СТ у досліджуваних є значно вищою за особистісну тривожність. У жінок вона спостерігалась у 38 (33,92 %) осіб, а ситуативна – у 49 (43,75 %). У чоловіків із високим рівнем СТ було виявлено 14 (31,11 %) осіб, тоді як особистісною – лише 8 (17,77 %). Помірний рівень ситуативної тривожності спостережений у 45 (40,17 %) осіб жіночої статі, а особистісної – у 49 (43,75 %) жінок. Низький рівень СТ спостерігався у 18 (16,07 %) пацієнток, тоді як особистісної – у 25 (22,32 %). Такий розподіл може свідчити про те, що високий рівень СТ у жінок і чоловіків зростає за рахунок осіб, які до прийому в лікаря-стоматолога мали помірну та низьку тривожність.

Високий рівень СТ спостерігали у 43,75 % жінок і 31,11 % чоловіків із проявами хронічного генералізованого пародонтиту, що було достовірно вище ( $p < 0,05$ ) порівняно з аналогічним рівнем тривожності в контрольній групі. У контрольній групі показники відрізнялися від груп ГП–T<sup>1</sup> і ГП–T<sup>2</sup>: у 8 жінок (5,09 %) зафіксовано середній рівень ОТ, середнє значення якого становило  $35,8 \pm 0,72$  бала. Отримані результати розподілу ситуативної тривожності у хворих на генералізований пародонтит за методикою Спілбергера–Ханіна представлені в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

**Гендерний аналіз ситуативної тривожності у хворих  
на генералізований пародонтит за методикою Спілбергера–Ханіна**

| Значення рівня<br>ситуативної тривожності | Хворі на генералізований пародонтит<br>(n=157) |       |                 |       |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|-------|-----------------|-------|
|                                           | Жінки (n=112)                                  |       | Чоловіки (n=45) |       |
|                                           | абс.                                           | %     | абс.            | %     |
| Низький рівень < 30 балів                 | 18                                             | 16,07 | 7               | 15,55 |
| Помірний рівень 30–44 балів               | 45                                             | 40,17 | 24              | 53,33 |
| Високий рівень 45–80 балів                | 49                                             | 43,75 | 14              | 31,11 |

Ще у 8 (5,09 %) жінок виявлений низький рівень ОТ: показник у середньому становив  $28,71 \pm 0,53$  бала. Серед чоловіків 4 (2,54 %) особи мали середній рівень тривожності із середнім значенням  $26,71 \pm 0,32$  бала, а 10 (6,36 %) хворих показали низький рівень особистісної тривожності, середній показник –  $25,9 \pm 0,51$  бала.

Отримані результати гендерного аналізу рівнів тривожності показали, що очікування лікування в клініці викликає значну стоматологічну тривожність, а також страх у більшості жінок і чоловіків. При проведенні лікарських втручань, які потребують точності виконання маніпуляцій, високий рівень ОТ та СТ пацієнта шкодить роботі лікаря та негативно впливає на якість наданої стоматологічної допомоги. Пацієнти з помірним та високим рівнем тривожності потребують комплексного підходу до лікування та профілактики її подолання.

Ураховуючи захворювання генералізованого пародонтиту у хворих, їх соціально-психологічні особливості та рівні тривожності, було сформовано 3 групи обстеження із загальною кількістю 157 (100 %) осіб. До контрольної групи ГП–Кг (n = 30) увійшли 30 (19,10 %) пацієнтів (16 жінок і 14 чоловіків), які мали початкову форму генералізованого пародонтиту та низький рівень ситуативної тривожності (середні показники  $28,1 \pm 0,61$  бала). До другої групи (ГП–Т<sup>1</sup>) увійшли 62 (39,49 %) пацієнти (15 чоловіків та 47

жінок) у яких був виявлений генералізований пародонтит I ступеня та середній або помірний рівень ситуативної тривожності  $54,2 \pm 0,62$  бала. До третьої групи (ГП–Т<sup>2</sup>) увійшли 65 (41,40 %) хворих (16 чоловіків та 49 жінок) з генералізованим пародонти том II ступеня та високим рівнем тривожності із середніми показниками  $74,1 \pm 0,68$  бала.

Проведене обстеження стану пародонта в пацієнтів з різним ступенем тривожності показало різний рівень поширеності захворювань пародонта у різних групах/ Зокрема, у контрольній групі (ГП–Кг) захворювання пародонта були виявлені в 13 (43,33 %) пацієнтів, клінічно здорові тканини пародонта – у 17 (56,67 %) осіб. У другій групі (ГП–Т<sup>1</sup>) захворювання пародонта спостережено в 55 (88,71 %) хворих, клінічно здорові тканини пародонта – у 7 (56,67 %) пацієнтів. У третій групі (ГП–Т<sup>2</sup>) захворювання пародонта виявлено в 62 (95,38 %) пацієнтів і лише в 3 (4,62 %) хворих – клінічно здорові тканини пародонта (таблиця 3.5).

Таблиця 3.5

### Поширеність захворювань пародонта у групах пацієнтів

| Стан тканин пародонта                       | Група           |        |                            |        |                            |        |
|---------------------------------------------|-----------------|--------|----------------------------|--------|----------------------------|--------|
|                                             | ГП–Кг. (n = 30) |        | ГП–Т <sup>1</sup> (n = 62) |        | ГП–Т <sup>2</sup> (n = 65) |        |
|                                             | Абс.            | %      | Абс.                       | %      | Абс.                       | %      |
| Дистрофічно-запальні захворювання пародонта | 13              | 43,33  | 55                         | 88,71* | 62                         | 95,38* |
| Інтактний пародонт                          | 17              | 56,67* | 7                          | 11,29  | 3                          | 4,62   |

Примітка: \* – статистична достовірність ( $p < 0,001$ ) різниці між показниками дослідних груп, порівняно з контрольною групою.

Структура захворювань пародонта теж була різною. У пацієнтів з низьким рівнем тривожності гінгівіт виявлений у 16,67 % осіб, а генералізований пародонтит – у 26,66 %. Зі зростанням рівня тривожності кількість хворих на гінгівіт зменшується: у групи ГП–Т<sup>1</sup> гінгівіт виявлений у 4,84 % хворих, а генералізований пародонтит – у 83,87 %. У групі ГП–Т<sup>2</sup> виявлений лише генералізований пародонтит у 95,38 % пацієнтів. Таким

чином, з підвищенням рівня тривожності хворих зростає тяжкість дистрофічно-запальних захворювань пародонта.

Отже, поширеність захворювань пародонта певним чином залежить від рівня особистісної та ситуативної тривожності пацієнтів. У хворих контрольної групи без проявів тривожності або з легким ступенем тривожності розповсюдженість захворювань пародонта становила 43,33 %. За наявності середнього або помірного рівня тривожності поширеність захворювань пародонта зростала до 88,71 %, а в разі наявності високого рівня тривожності зростала до максимуму – 95,38 %. Дані обох груп порівняно з контрольною групою статистично достовірно відрізнялися ( $p < 0,05$ ).

Етіологія та патогенез захворювань пародонта досить складні, різноманітні й досі повністю не розкриті. Захворювання пародонта часто протікають на тлі розладів травлення, порушень обміну речовин, сенсibiliзації та інфікування організму. Більшість пацієнтів із загальними захворюваннями (58 осіб – 36 жінок і 22 чоловіків) становили жінки, які мали високий рівень ситуативної тривожності (таблиця 3.6).

Таблиця 3.6

**Супутні загальносоматичні ураження у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності (n=223)**

| Загальносоматичні ураження              | %     |
|-----------------------------------------|-------|
| Остеохондроз хребта                     | 45,74 |
| Тривожний стан та страхи                | 39,11 |
| Захворювання серцево-судинної системи   | 39,01 |
| Хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки | 37,67 |
| Хронічні бронхіти, тонзиліти, гайморити | 32,74 |
| Захворювання жіночих органів            | 24,66 |
| Захворювання печінки                    | 10,76 |
| Захворювання нирок                      | 6,73  |
| Немедикаментозні алергічні реакції      | 4,48  |
| Інші захворювання                       | 33,63 |

Серед чоловіків із загальними захворюваннями в половини виявлено помірний та високий рівні тривожності. Більше половини хворих відмічали не одне супутнє захворювання, що погіршує перебіг основної хвороби та знижує якість життя. З анамнезу життя обстежених пацієнтів було виявлено, що 45,74 % пацієнтів мають остеохондроз хребта; 39,11 % осіб відмічали тривожний стан та страхи; у 39,01 % діагностовано захворювання серцево-судинної системи, у 37,67 % – захворювання шлунка та дванадцятипалої кишки; у 32,74 % – хронічні бронхіти, тонзиліти, гайморити; у 24,66 % жінок – захворювання жіночих органів; у 10,76 % пацієнтів – захворювання печінки; у 6,73 % – захворювання нирок; у 4,48 % – не медикаментозні алергічні реакції; у 33,63 % – інші захворювання.

Проаналізувавши стан пародонта у досліджуваних хворих на генералізований пародонтит з наявними супутніми захворюваннями, можемо зробити висновок, що високі середні значення глибини пародонтальних кишень мають пацієнти із кардіологічними (4,3 мм) захворюваннями, гіпертонічною хворобою (4,0 мм), ендокринними захворюваннями (4,2 мм), хворобами нирок (3,9 мм). Хворі з тривожним станом і страхами мали 4,1 мм глибини пародонтальних кишень та кровоточивість ясен. Графічно результати розподілу хворих з наявними супутніми захворюваннями представлено на рис. 3.3.

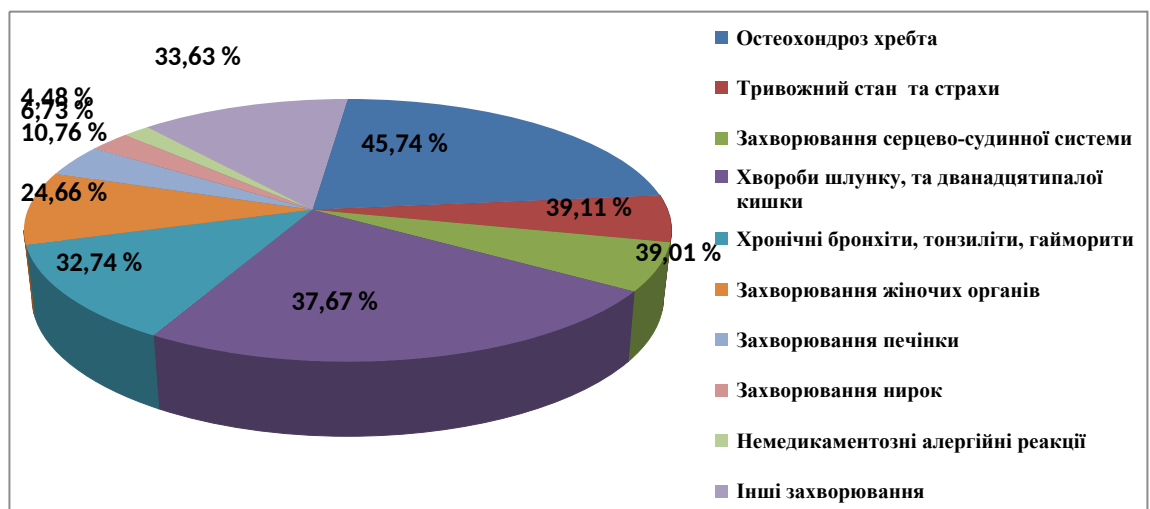


Рис. 3.3. Розподіл наявних супутніх захворювань у хворих на генералізований пародонтит

Одним із важливих факторів виникнення та розвитку патологічних змін пародонта є наявність численних загальносоматичних захворювань. Вважається, що низка уражень внутрішніх органів, таких як виразкова хвороба шлунка, дванадцятипалої кишки, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, тривожний стан і страх перед відвідуванням стоматологічної клініки, можуть сприяти виникненню та прогресуванню генералізованого пародонтиту.

### **3.3. Дослідження якості життя хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності**

Якість життя хворих на генералізований пародонтит, асоційований із проявами тривожності, оцінювали за опитувальником ОНІР-14 (Oral Health Impact Pro file) [123]. Опитувальник ОНІР-14 має 14 запитань. Для зручності аналізу результатів якості життя пацієнтів загальні результати були поділені на домени, що дозволяють більш конкретно оцінювати вплив стану порожнини рота на якість життя за такими критеріями: «проблеми із прийомом їжі», «проблеми спілкування», «повсякденне життя» та «загальна якість життя».

Клінічне обстеження проводили двічі: до початку лікування та відразу після завершення лікувально-профілактичних процедур. Окрім анкети, фіксували скарги пацієнтів та оцінювали стан тканин пародонта за допомогою спрощеного гігієнічного індексу (ОНІ-S), індексу кровоточивості ясен при зондуванні (SBI), папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА) в модифікації С. Parma (1960), пародонтального індексу (ПІ).

При аналізі результатів анкетування хворих за формою ОНІР-14 було виявлено, що середні показники першого опитування у контрольній групі ГП-Кг визначали загальну якість життя як задовільну –  $24,0 \pm 3,49$  бала. У групі, що мала помірний рівень тривожності та генералізований пародонтит І ступеня, визначали загальну якість життя як незадовільну із середнім показником  $41,0 \pm 6,07$  бала. Група, що мала високій рівень тривожності та

генералізований пародонтит II ступеня, оцінювала загальну якість життя як дуже погану. Це підтверджувалося найвищими балами серед усіх груп –  $49,0 \pm 7,64$  бала.

Дослідження показали, що в усіх хворих на генералізований пародонтит, асоційований із проявами тривожності, є проблеми в повсякденному житті, під час вживання їжі та в спілкуванні. Про це свідчили значення параметрів шкал опитувальника. Так, значення показника домену «Проблеми прийому їжі» в контрольній групі було  $8,0 \pm 1,14$  бала, у групі ГП–Т<sup>1</sup> –  $14,0 \pm 2,12$  бала, у групі ГП–Т<sup>2</sup> –  $19,0 \pm 3,11$  бала. Хворі скаржилися, що їм важко пережовувати їжу через відчуття болю.

Рівень показника «Проблеми в спілкуванні» опитувальника у контрольній групі ГП–Кг становив  $7,0 \pm 1,11$  бала, у групі ГП–Т<sup>1</sup> –  $15,0 \pm 2,24$  бала, у групі ГП–Т<sup>2</sup> –  $16,0 \pm 2,34$  бала. Пацієнти груп ГП–Т<sup>1</sup> та ГП–Т<sup>2</sup> скаржилися, що їм соромно спілкуватися з колегами, друзями, оскільки відчують неприємний запах з ротової порожнини.

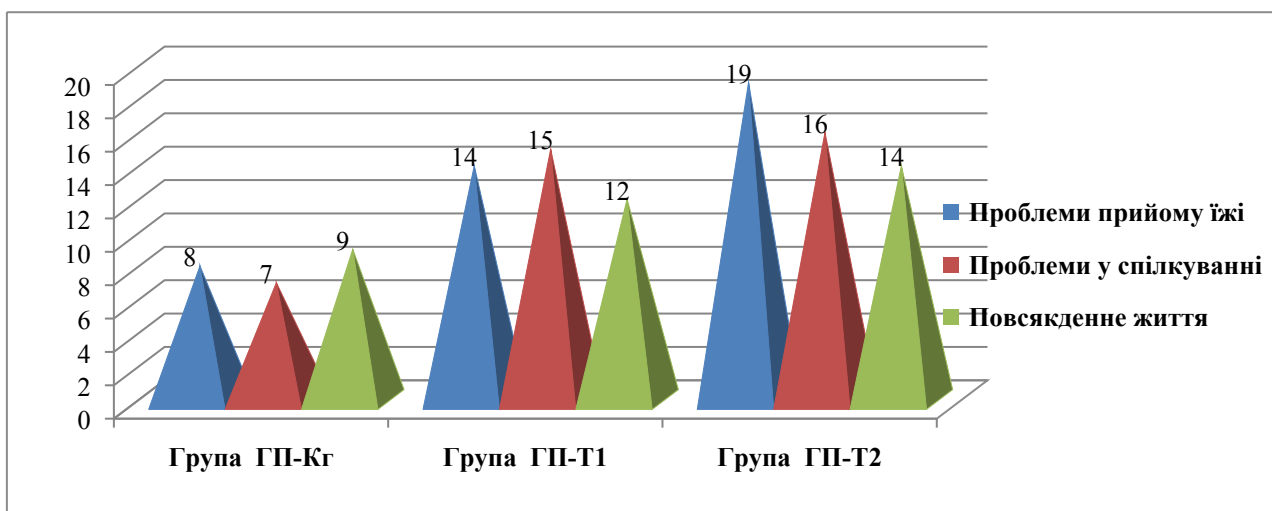
Результати показників якості життя хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності представлені в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

**Показники критеріїв якості життя (ОНІР-14) хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності**

| <i>Критерії</i>                                  | <i>Група ГП–Кг</i> | <i>Група ГП–Т<sup>1</sup></i> | <i>Група ГП–Т<sup>2</sup></i> |
|--------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Проблеми прийому їжі<br>(сума балів п.п. 1-5)    | $8,0 \pm 1,14$     | $14,0 \pm 2,12$               | $19,0 \pm 3,11$               |
| Проблеми в спілкуванні<br>(сума балів п.п. 6-10) | $7,0 \pm 1,11$     | $15,0 \pm 2,24$               | $16,0 \pm 2,34$               |
| Повсякденне життя<br>(Сума балів п.п. 11-14)     | $9,0 \pm 1,24$     | $12,0 \pm 1,71$               | $14,0 \pm 2,19$               |
| Загальна якість життя<br>(Сума балів п.п. 1-14)  | $24,0 \pm 3,49$    | $41,0 \pm 6,07$               | $49,0 \pm 7,64$               |

Графічно показники доменів представлені на рисунку 3.4.



*Рис. 3.4. Показники критеріїв якості життя хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності*

Показник домену «Повсякденне життя» в контрольній групі становив  $9,0 \pm 1,24$  бала, що свідчить про добрий рівень повсякденного життя. У групах з помірним та високим рівнем тривожності показники були значно вищі: у групі ГП-Т<sup>1</sup> –  $12,0 \pm 1,71$  бала, у групі ГП-Т<sup>2</sup> –  $14,0 \pm 2,19$  бала.

Ці дані свідчать, що повсякденне життя в пацієнтів за цим доменом оцінюється як задовільне. Однак хворі на генералізований пародонтит із помірним і високим рівнями тривожності скаржились на щоденні проблеми, наприклад: «Не можна на роботі спілкуватися, кудись піти в кафе або до друзів; ти наче «випадаєш із життя». Це дуже дратує та погіршує якість життя». Високі показники за шкалами опитувальника свідчать про наявність у хворих проблем із вживанням їжі, спілкуванням у повсякденному житті, що знижує їхню загальну якість життя. Особливо це виражено у хворих групи ГП-Т<sup>2</sup>, які є старшими за віком. Тому можна стверджувати, що з віком якість життя у хворих знижується. За результатами дослідження також виявлено, що в чоловіків якість життя вища, ніж у жінок.

Отже, оцінка стоматологічної якості життя стала підґрунтям для профілактики та лікування захворювань ротової порожнини, організації спеціальної лікувально-профілактичної та корекційної програми допомоги хворим. Захворювання пародонта призводять до значного зниження



функціональних можливостей пацієнтів, створюють дискомфорт у спілкуванні. Ці стоматологічні проблеми є не лише медичними, а й соціально та психологічно значущими, оскільки впливають на загальну якість життя пацієнтів.

### **3.4. Стан гігієни порожнини рота у хворих із проявами тривожності**

Клінічне обстеження пацієнтів проводили за стандартною схемою, яка включала збір анамнезу, аналіз скарг та обстеження хворих. Пацієнти переважно скаржилися на набряк ясен (45,74 %), спонтанну їх кровоточивість (59,64 %), особливо під час прийому твердої їжі (94,62 %), дискомфорт (87,44 %) та біль у яснах (56,05 %). Пацієнти також скаржилися на неприємний запах з рота (58,29 %), патологічну рухомість зубів (88,34 %), швидке відкладання зубного каменю (24,66 %) тощо.

Під час об'єктивного огляду в обстежених було виявлено гіперемію, ціаноз ясен, зміну форми сосочків, потовщення маргінального краю, рихлість та набряк ясен. У 72,65 % хворих спостерігали значні відкладення над'- та під'ясенного зубного каменю, у 42,61 % глибина пародонтальних кишень коливалася від 2,0 мм до 4,0 мм переважно в ділянці міжзубних проміжків.

Для визначення стану пародонта та подальшої ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит був дещо змінений склад груп пацієнтів. До контрольної групи були відібрані 30 хворих на генералізований пародонтит, які мали низький рівень тривожності. До другої групи (ГП–T<sup>1</sup>) увійшли 62 пацієнтів на генералізований пародонтит, які мали середній або помірний рівень тривожності. До третьої групи (ГП–T<sup>2</sup>) увійшли 65 хворих на генералізований пародонтит, які мали високий рівень тривожності. Результати аналізу скарг та обстеження хворих різних груп представлені в таблиці 3.8.

Таблиця 3.8

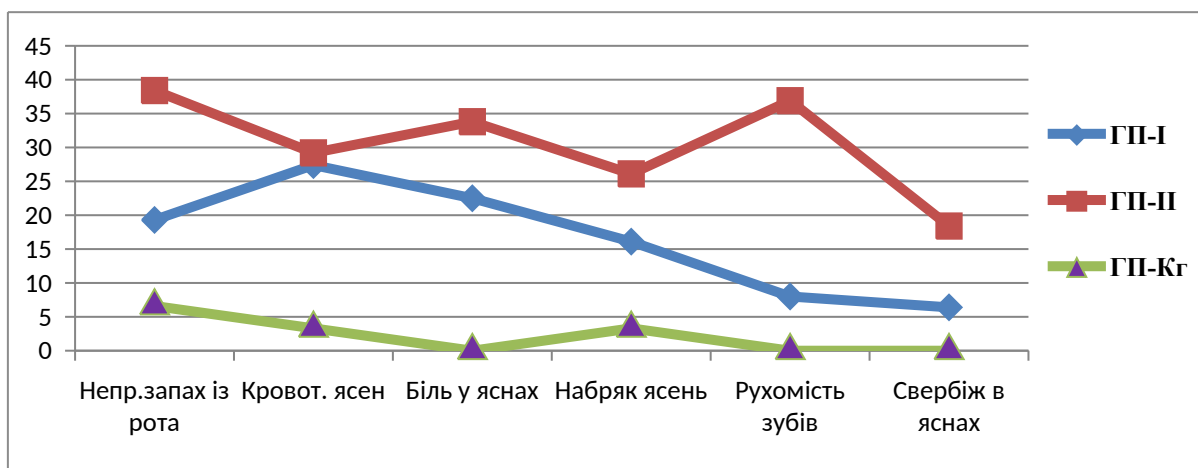
**Аналіз скарг хворих  
на генералізований пародонтит з різними проявами тривожності**

| Скарги                                | Групи хворих на генералізований пародонтит<br>(n = 157) |       |                            |       |                            |       |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|----------------------------|-------|----------------------------|-------|
|                                       | ГП–Кг (n = 30)                                          |       | ГП–Т <sub>1</sub> (n = 62) |       | ГП–Т <sub>2</sub> (n = 65) |       |
|                                       | абс.                                                    | %     | абс.                       | %     | абс.                       | %     |
| Набряк ясен                           | 11                                                      | 36,67 | 26                         | 41,94 | 35                         | 53,85 |
| Спонтанна кровоточивість ясен         | 9                                                       | 30,0  | 33                         | 53,23 | 51                         | 78,46 |
| Індекс кровоточивості ясен            | 11                                                      | 36,67 | 33                         | 53,23 | 51                         | 78,46 |
| Дискомфорт у яснах                    | 21                                                      | 70,0  | 51                         | 82,26 | 65                         | 100,0 |
| Біль у яснах                          | 14                                                      | 46,67 | 31                         | 50,0  | 43                         | 66,15 |
| Неприємний запах із рота              | 17                                                      | 56,67 | 31                         | 50,00 | 41                         | 63,08 |
| Патологічна рухомість зубів           | 23                                                      | 76,67 | 55                         | 88,87 | 61                         | 93,85 |
| Пародонтальні кишені (глибиною > 2мм) | 7                                                       | 23,33 | 21                         | 33,87 | 39                         | 60,0  |

У першій контрольній групі ГП–Кг пародонтальні кишені (глибиною > 2мм) було виявлено в 7 (23,33 %) осіб від загальної кількості 30 обстежених. Дискомфорт у яснах відчували 21 (70,00%) хворих, а патологічну рухомість відмічали 23 (76,67%) пацієнтів. У другій групі ГП–Т<sup>1</sup> набряк ясен спостерігався у 26 (41,94%) хворих, на кровоточивість ясен жалілися 33 (53,23%) обстежених, дискомфорт відчували 51(82,26%) пацієнтів, неприємний запах із ротової порожнини турбував 31(50,00%) жінок і чоловіків цієї групи. Пародонтальні кишені (глибиною > 2мм) було виявлено у 24 (38,71 %) з 62 пацієнтів. Найбільший відсоток скарг простежено в третій групі ГП–Т<sup>2</sup>– на набряк ясен скаржилися 35(53,85%) хворих, дискомфорт у яснах відчували 65 (100%) хворих. У 41 (63,08 %) з 65 осіб спостерігались пародонтальні кишені (глибиною > 2мм) і рухомість зубів відмічали 61 (93,85%) хворих. Кровоточивість ясен при зондуванні відмічена у 100 % хворих на генералізований пародонтит усіх груп. Індекс кровоточивості у хворих на генералізований пародонтит контрольної групи

ГП–Кг становив  $1,96 \pm 0,16$  бала, другої групи ГП–Т<sup>1</sup> –  $2,23 \pm 0,19$  бала, третьої групи ГП–Т<sup>2</sup> –  $2,63 \pm 0,21$  бала.

Дані результати вказують на зростання інтенсивності дистрофічно-запального процесу в пародонті при підвищенні рівня особистісної тривожності пацієнтів. Графічно результати вивчення та аналізу скарг хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності представлені на рисунку 3.5.



*Рис. 3.5. Результати вивчення та аналізу скарг хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності*

Для оцінки стану гігієни порожнини рота у хворих на генералізований пародонтит з різними рівнями тривожності було використано визначення спрощеного індексу гігієни порожнини рота ОНІ–S.

Визначення стану гігієни порожнини рота у хворих контрольної групи ГП–Кг показало середнє значення індексу ОНІ–S  $1,32 \pm 0,09$  бала, що відповідає задовільному стану гігієни порожнини рота. Для порівняння: у разі відсутності ураження пародонта і проявів тривожності добрий стан гігієни ротової порожнини було виявлено у 86,7 % обстежених. Зі зростанням рівня тривожності пацієнтів і тяжкості ураження пародонта значення індексу ОНІ–S збільшується: у хворих другої ГП–Т<sup>1</sup> групи –  $1,69 \pm 0,09$  бала, у пацієнтів третьої групи ГП–Т<sup>2</sup> –  $1,97 \pm 0,09$  бала. Дані про розподіл значень індексу ОНІ–S та гігієнічний стан порожнини рота у хворих на

генералізований пародонтит із проявами тривожності, представлені в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

**Розподіл показників індексу ОНІ-S у групах хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності**

| Значення індексу ОНІ-S   | Групи хворих на генералізований пародонтит (n = 157) |              |                   |              |                   |              |
|--------------------------|------------------------------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
|                          | ГП-КГ<br>(n = 30)                                    |              | ГП-Т1<br>(n = 62) |              | ГП-Т2<br>(n = 65) |              |
|                          | абс.                                                 | М ± m, %     | абс.              | М ± m, %     | абс.              | М ± m, %     |
| 0–0,6 Добрий             | 26                                                   | 86,7 ± 5,8** | 0                 | 0            | 0                 | 0            |
| 0,7–1,6 Задовільний      | 4                                                    | 13,3 ± 3,7*  | 14                | 22,5 ± 5,8*  | 17                | 26,1 ± 6,4*  |
| 1,7–2,5<br>Незадовільний | 0                                                    | 0            | 46                | 74,1 ± 5,3** | 47                | 72,3 ± 7,2** |
| > 2,6 Поганий            | 0                                                    | 0            | 2                 | 3,2 ± 1,3    | 1                 | 1,5 ± 1,1    |

*Примітки: \*  $p < 0,01$ ; \*\*  $p < 0,001$  – достовірність різниці між показниками груп.*

Отримані результати показали, що в групах ГП-Т<sup>1</sup> та ГП-Т<sup>2</sup> показники гігієни порожнини рота хворих були значно гіршими і статистично достовірно ( $p < 0,001$ ) відрізнялися. У другій групі ГП-Т<sup>1</sup> задовільний стан гігієни ротової порожнини мали 22,5 ± 5,8 % хворих, у пацієнтів третьої групи ГП-Т<sup>2</sup> такий стан спостерігався у 26,1 ± 6,4 % обстежених, порівнюючи з контрольною групою ГП-КГ – 13,3 ± 3,7 % ( $p < 0,05$ ). Незадовільний стан гігієни ротової порожнини зафіксовано в 74,1 ± 5,3 % хворих групи ГП-Т<sup>1</sup> і в 72,3 % пацієнтів групи ГП-Т<sup>2</sup> відповідно, порівнюючи з контрольною групою ГП-КГ ( $p < 0,001$ ).

Поганий показник стану гігієни ротової порожнини мали 3,2 ± 1,3 % хворих у групі ГП-Т<sup>1</sup> та 1,5 ± 1,1 % обстежених у групі ГП-Т<sup>2</sup>. Також було виявлено гендерні відмінності щодо задовільного стану порожнини рота, який частіше діагностували в жінок: 17,7 ± 2,0 % проти 25,2 ± 2,3 % у чоловіків ( $p < 0,01$ ). Як наслідок, поганий стан гігієни порожнини рота частіше спостерігався в чоловіків: 51,5 ± 3,5 % проти 27,3 ± 2,8 % у жінок ( $p < 0,05$ ). Отримані результати свідчать, що хворі в групах ГП-Т<sup>1</sup> і ГП-Т<sup>2</sup>

погано дбають про стан гігієни ротової порожнини, що є одним з етіологічних чинників виникнення захворювань пародонта.

За результатами проведеного опитування, регулярний догляд за ротовою порожниною здійснювали 27,35 % хворих із проявами тривожності з групи ГП–Т<sup>2</sup>. У групі ГП–Т<sup>1</sup> (пацієнти з середнім рівнем тривожності) відсоток осіб, які проводили регулярну гігієну порожнини рота, був вищим – 34,1 %, ( $p < 0,05$ ).

Результати анкетування в усіх групах показали, що 59,0 % обстежених чистили зуби 2 рази на день, 37,25 % – 1 раз на день, і 4,15 % респондентів проводили індивідуальну гігієну нерегулярно. Пацієнти користувалися найчастіше щітками середньої жорсткості (46,53 %), м'які щітки обирали в догляді за гігієною ротової порожнини 44,21 % хворих на генералізований пародонтит, жорсткими користувалися 9,26 % осіб. Жінки (39,81 %) частіше користувалися пастами з відбілювальним ефектом та високою абразивністю. Чоловіки (34,74 %) надають перевагу зубним пастам, що усувають кровоточивість. У виборі пасти та щітки до порад лікаря-стоматолога прислухалося 45,53 % опитаних; довіряють рекламі паст і щіток у засобах масової інформації 38,62 % хворих; під час купівлі пасти на яскравість упаковки звертають увагу 5,76 % жінок (чоловіки взагалі не приділяють цьому уваги). На цінову політику засобу гігієни звертають увагу 21,41 % чоловіків і 37,34 % жінок. Регулярно дотримуються правил гігієни порожнини рота 23,52 % чоловіків та 46,75 % жінок. З метою профілактики відвідують стоматолога всього 14,26 % хворих (9,82 % жінок і 4,44 % чоловіків). За стоматологічною допомогою до лікаря звертаються 85,5 % опитаних хворих тоді, коли вже мають зубний біль або серйозні проблеми із зубами.

Отримані дані дають підстави стверджувати, що низька культура гігієни ротової порожнини хворих є одним із чинників зростання захворюваності на генералізований пародонтит. Дотримання правил раціональної гігієни ротової порожнини та профілактика стоматологічних

захворювань включають не тільки правильність, а й регулярність чищення зубів, своєчасність заміни зубної щітки, а також вибір ефективної профілактичної зубної пасти.

Гігієнічний стан ротової порожнини оцінювали за спрощеним індексом гігієни Гріна-Вермільйона – ОНІ-S (Simplified Oral Hygiene Index, 1964). У результаті проведених досліджень встановлено, що максимальне значення індексу ОНІ-S, яке вказувало на погану гігієну ротової порожнини, було у хворих групи ГП-T<sup>2</sup> –  $1,91 \pm 0,09$  бала. В обстежених ГП-T<sup>1</sup> групи середні показники значення індексу становили  $1,83 \pm 0,18$  бала ( $p < 0,05$ ) та вказували на незадовільну гігієну порожнини рота. Значення індексу РМА були найвищими у хворих групи ГП-T<sup>2</sup> ( $41,2 \pm 1,44$  %) та ГП-T<sup>1</sup> ( $39,6 \pm 1,21$  %), порівнюючи з контрольною групою  $p < 0,01$ . Водночас індекс РМА вказував на тяжкий ступінь симптоматичного гінгівіту в групі ГП-T<sup>2</sup>, а в групі ГП-T<sup>1</sup> – на гінгівіт середнього ступеня тяжкості. Значення індексу РІ були найвищими у хворих третьої групи ГП-T<sup>2</sup> ( $2,73 \pm 0,12$  %) та в другій групі ГП-T<sup>1</sup> ( $2,78 \pm 0,11$  %).

Патологічна рухомість зубів у хворих під час огляду була спостережена у 8,01 % хворих групи ГП-T<sup>1</sup> та 36,91 % хворих групи ГП-T<sup>2</sup>. Слід зазначити, що патологічна рухомість характерна для більшої кількості обстежених осіб групи ГП-T<sup>2</sup> віком 45–55 років, у яких рівень тривожності був високим.

Отже, можна зазначити, що з віком і зростанням рівня тривожності патологічна рухомість зубів тільки підвищується. Під час огляду хворих при пальпації спостерігалася кровоточивість ясен та зміна їх кольору – гіперемовані з ціанотичним відтінком. Ясна нещільно прилягали до шийок зубів, їх рельєф змінювався. При зондуванні спостережено пародонтальні кишень, з яких виділялася помірна кількість серозного ексудату. Були виявлені зубні відкладення, над' - та під'ясенний зубний камінь та бляшки. При обстеженні хворих на генералізований пародонтит увагу звертали саме на наявність зубних відкладень, які є однією із причин патогенезу захворювань тканин пародонта. Дослідження рухомості зубів відповідало

ступеню резорбції кісткової тканини; у всіх випадках відмічались прояви травматичної оклюзії. На рентгенограмах виявляли порушення цілісності кортикальної пластинки та резорбцію між коміркових перегородок коміркового відростка до  $1/3-1/2$  їх висоти.

Таким чином, клінічні прояви у хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності різнилися залежно від ступеня розвитку та перебігу патологічного процесу в тканинах пародонта та мали низку особливостей порівняно з хворими контрольної групи. Під час обстеження було виявлено, що в пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> переважно спостерігались кровоточивість ясен, незначні відкладення зубного каменю, тоді як у хворих групи ГП–Т<sup>2</sup> було виявлено гіперемію (іноді з ціанотичним відтінком), набряк маргінальної частини ясен із деформацією форми сосочків.

Аналіз отриманих клінічних результатів показав, що у хворих на генералізований пародонтит з середнім та високим рівнем тривожності (групи ГП–Т<sup>1</sup> та ГП–Т<sup>2</sup>) ураження пародонта було більш вираженим порівняно з контрольною групою ГП–Кг.

### **3.5. Дослідження фізіологічних і поведінкових проявів стоматологічної тривожності у хворих на генералізований пародонтит**

Я. М. Омельченко та З. Г. Кісарчук (2008) виділяють два рівні проявів тривожності: фізіологічний і психологічний. Фізіологічна тривожність характеризується такими проявами, як *психофізичні реакції* (підвищений артеріальний тиск, пришвидшене серцебиття, утруднене дихання, м'язове напруження, спазми в горлі, зміна кольору шкіри від почервоніння до блідості, тремор та пітливість рук тощо) *психосоматичні симптоми* (розлади шлунка, біль у животі, нудота, сухість у роті, головний біль тощо) і *невротичні прояви* (плаксивість, гіперактивність, проблеми з апетитом, заїкання, мимовільні рухи тощо). *Психологічна тривожність* є трикомпонентною й проявляється *емоційно* (хвилювання, страх, напруженість, безпорадність, розгубленість, дратівливість), *поведінково* (від

гальмування активності через розосередженість, пасивність, невпевненість, бажання уникнути потенційних труднощів до збудженості нервової системи через агресивність, нетерплячість, гризіння нігтів, метушливість, раптові сплески активності тощо), [61].

Для виявлення тривожності у хворих на фізіологічному та поведінковому рівні із симптомами, наприклад, важким диханням, яке проявляється по-різному: від гіпервентиляції та прискореного дихання до задухи та нестачі повітря нами було проведено спостереження. Зазвичай симптоми є нестійкими й можуть повторюватися в напружених ситуаціях, при небезпеці чи нервовому збудженні. Такі відчуття часто лякають та посилюють тривожний розлад, ускладнюючи лікування.

Проведене обстеження жінок і чоловіків хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності дозволило виявити основні фізіологічні та поведінкові прояви стоматологічної тривожності. Як показав аналіз, пришвидшене серцебиття до лікування мали 34 (30,36 %) жінок і 21 (46,67 %) чоловіків; тремор та пітливість рук перед будь-яким лікуванням зазначали у себе – 22 (19,64 %) жінки та 16 (35,56%) чоловіків, проте вони ніколи не обговорювали цього з іншими лікарями (таблиця 3.10).

*Таблиця 3.10*

**Фізіологічні та поведінкові прояви у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності (n = 157)**

| Фізіологічні та поведінкові прояви | Жінки<br>(n = 112) |       | Чоловіки<br>(n = 45) |       |
|------------------------------------|--------------------|-------|----------------------|-------|
|                                    | абс.               | %     | абс.                 | %     |
| Пітливість рук                     | 22                 | 19,64 | 16                   | 35,56 |
| Пришвидшене серцебиття             | 34                 | 30,36 | 21                   | 46,67 |
| Тремтіння, утруднене дихання       | 12                 | 10,71 | 6                    | 13,33 |
| Проблеми зі шлунком, нудота.       | 7                  | 6,25  | 3                    | 6,67  |
| Збудливість, нетерплячість         | 9                  | 8,04  | 14                   | 31,11 |
| М'язове напруження                 | 13                 | 11,61 | 5                    | 11,11 |
| Тривожний стан, хвилювання         | 27                 | 24,11 | 11                   | 24,44 |
| Роздратування, агресивність        | 12                 | 10,71 | 18                   | 40,00 |
| Паніка, страх, напруженість        | 10                 | 8,93  | 4                    | 8,89  |



Високими показниками були також тривожний стан, хвилювання у 27 (24,11 %) жінок та в 11 (9,82 %) чоловіків. Роздратування відчували 12 (10,71 %) жінок та 18 (40,00 %) чоловіків. Це підтверджує думку, що чоловіки більш агресивні й також схильні до підвищеного рівня тривожності.

Графічно результати аналізу фізіологічних та поведінкових проявів у хворих на генералізований пародонтит, асоційований з тривожністю, представлено на рисунку 3.6.

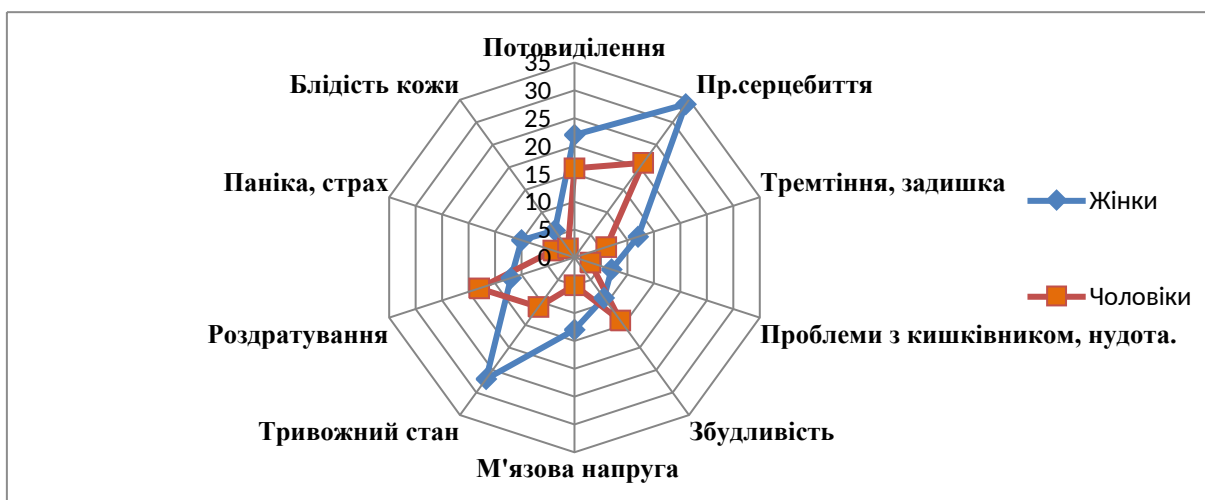


Рис. 3.6. Графічне зображення аналізу фізіологічних та поведінкових проявів у хворих на генералізований пародонтит, асоційований з тривожністю.

Отже, можемо стверджувати, що фізіологічні прояви такі як підвищений артеріальний тиск, пришвидшене серцебиття, утруднене дихання, м'язове напруження, спазми в горлі, зміна кольору шкіри від почервоніння до блідості, тремор та пітливість рук спостерігалися під час клінічного обстеження на стоматологічному прийомі. Також було виявлено на поведінковому рівні у деяких хворих невпевненість, хвилювання, напруженість, розгубленість, дратівливість, бажання уникнути лікування, нетерплячість, метушливість тощо. Також хворі на генералізований пародонтит під час обстеження скаржилися на головний біль, біль у животі, нудота, сухість у роті тощо.

### 3.6. Дослідження артеріального тиску та частоти пульсу у хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності

Результати дослідження артеріального тиску та частоти пульсу у хворих на генералізований пародонтит довели, що чутливим показником реакції на стрес та проявів тривожності є зміни ритму серця, які можуть передувати розвитку гемодинамічних, метаболічних та інших порушень гомеостазу. Частота серцевих скорочень є індикатором переважання симпатичного або парасимпатичного впливу вегетативної системи, що в умовах недостатнього захисту від емоційного стресу може стати одним із доступних критеріїв оцінки стану нейровегетативної системи та впливати на погіршення стану пародонта.

Дослідження артеріального тиску та частоти пульсу у хворих на генералізований пародонтит дало можливість отримати середні показники  $Ad$ ,  $d$  і  $Ps$  як у чоловіків, так і в жінок, які показали тенденцію до підвищення. У групі ГП–Т<sup>1</sup> у чоловіків віком 35–45 років артеріальний тиск ( $Ad$ ) у II та III вимірах підвищувався ( $p < 0,05$ ),  $d$  незначно збільшувалася і частота пульсу ( $Ps$ ) дорівнювала  $88 \pm 6,5$  ударів за хвилину зі значними коливаннями від 68 і вище 100 ударів за хвилину. У жінок цієї групи артеріальний тиск ( $Ad$ ) дорівнював  $132 \pm 6,2$  мм рт. ст.,  $d = 76 \pm 2,6$  мм рт. ст., частота пульсу ( $Ps$ )  $86 \pm 6,1$  ударів за хвилину. У I, II та III вимірах усі показники підвищувалися. У віці 45–55 років у групі ГП–Т<sup>2</sup> у чоловіків вихідний артеріальний тиск ( $Ad$ ) дорівнював  $136 \pm 6,2$  мм рт. ст. зі значними коливаннями всередині групи. У II та III вимірах артеріальний тиск ( $Ad$ ) підвищувався,  $d$  знижувалося, а частота пульсу ( $Ps$ ) збільшувалася. У жінок цієї групи віком 45–55 років вихідні показники артеріального тиску ( $Ad$ ),  $d$  та частоти пульсу ( $Ps$ ) були в межах вікових норм; у II і III вимірах вони збільшувалися. У контрольній групі показники в жінок і чоловіків відрізнялися порівняно з групами, усі показники були в нормі відповідно до віку та низького рівня тривожності.

Результати дослідження показників артеріального тиску та частоти пульсу представлені в таблиці 3.11.

*Таблиця 3.11*

**Середні показники артеріального тиску та частоти пульсу  
у хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності**

| Група             | абс. | Чоловіки (n = 45)<br>Ad d Ps<br>(середні показники)                                             | n  | Жінки (n = 112)<br>Ad d Ps<br>(середні показники)                                                |
|-------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ГП–Кг             | 14   | 1)122 ± 2,0 68 ± 2,0 80 ± 4,5<br>2)120 ± 2,1 70 ± 2,0 78 ± 4,4<br>3)120 ± 1,9 70 ± 2,0 78 ± 2,2 | 16 | 1)124 ± 3,2 74 ± 2,6 80 ± 4,1<br>2)124 ± 3,9 76 ± 2,3 79 ± 3,6<br>3)124 ± 2,0 74 ± 2,3 80 ± 2,5  |
| ГП–Т <sup>1</sup> | 15   | 1)128 ± 3,5 70 ± 2,2 88 ± 6,2<br>2)124 ± 3,1 71 ± 2,0 88 ± 6,5<br>3)122 ± 2,2 2 ± 2,2 90 ± 6,8  | 47 | 1) 132 ± 6,2 76 ± 2,6 86 ± 6,1<br>2)130 ± 4,9 78 ± 3,4 88 ± 6,6<br>3)129 ± 2,3 78 ± 3,6 88 ± 6,8 |
| ГП–Т <sup>2</sup> | 16   | 1)136 ± 6,2 81 ± 2,5 86 ± 3,4<br>2)141 ± 6,8 75 ± 2,5 88 ± 2,8<br>3)144 ± 2,5 76 ± 2,5 88 ± 4,5 | 49 | 1)126 ± 6,5 74 ± 2,4 84 ± 2,8<br>2)133 ± 4,4 78 ± 2,7 84 ± 2,6<br>3)142 ± 2,5 76 ± 2,5 84 ± 2,5  |

Таким чином, в досліджуваних групах у хворих на генералізований пародонтит виявлено тенденцію до підвищення всіх показників артеріального тиску та частоти пульсу в I, II та III вимірах у разі підвищення рівня стоматологічної тривожності, яка спостерігалася на фізіологічному та поведінковому рівнях.

### **3.7. Рівень кортизолу в ротовій рідині у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності**

Н. Haririan, О. Andrukhov, М. Böttcheretal (2018) у своїх дослідженнях показали, що гормони, пов'язані з тривогою та стресом, можуть модулювати ріст бактерій і фактори вірулентності окремих видів. Це приводить до зміщення в бік дисбактеріозу та погіршення клінічної картини генералізованого пародонтиту. На думку дослідників, у пацієнтів із

підвищеним рівнем тривоги та депресії порушуються механізми регенерації тканин пародонта, що, відповідно, знижує ефективність лікування генералізованого пародонтиту. Крім того, було доведено, що наявність тривожних і депресивних розладів погіршує результати пародонтологічної терапії [164].

Для об'єктивного оцінювання рівня стресу, зокрема наявності в пацієнтів стану тривоги, було проведене дослідження рівня кортизолу в ротовій рідині.

Усім пацієнтам була надана інструкція та проведене навчання стосовно підготовки і збору біологічного матеріалу в спеціалізований контейнер «Sarstedt Cortisol-Salivette» для дослідження рівня кортизолу в ротовій рідині. Хворих попереджали про стандартні умови дотримання інструкції, а саме: за одну добу до обстеження не вживати алкоголь, за одну годину до здачі аналізу не палити, не займатись фізичними навантаженнями, уникати стресових ситуацій. За 30 хвилин до збору ротової рідини не вживати їжу та напої, виключити чищення зубів щіткою або ниткою, жінкам не користуватися губною помадою та бальзамом для губ.

Збір слини проводили 3 рази на день: вранці о 10.00, вдень о 15.00 та ввечері о 21.00. Зразки ротової рідини збирали шляхом смоктання циліндричного синтетичного тампона впродовж однієї хвилини. Контейнери зі зразками зберігали в холодильнику, після чого пацієнти доставляли їх у медичну лабораторію «ДІЛА».

Контрольну групу ГП–Кг склали 30 хворих на генералізований пародонтит з низьким рівнем тривожності, серед них 16 жінок і 14 чоловіків. Групу ГП–Т<sup>1</sup> сформували 62 хворих на генералізований пародонтит (47 жінок і 15 чоловіків) з середнім рівнем тривожності. До третьої групи (ГП–Т<sup>2</sup>) увійшли 65 хворих на генералізований пародонтит (49 жінок і 16 чоловіків), які мали високий рівень тривожності. Отримані результати показали, що в усіх хворих груп ГП–Т<sup>1</sup> та ГП–Т<sup>2</sup> з помірним та високим рівнем тривожності спостерігалось значне підвищення рівня кортизолу в ротовій

рідині, що статистично достовірно ( $p < 0,05$ ) відрізнялося від показників контрольної групи.

Результати середніх показників рівня кортизолу в досліджуваних групах представлено в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

**Середні показники рівня кортизолу в групах хворих на  
генералізований пародонтит з проявами тривожності**

| Кортизол<br>та стать             | Час<br>збору | Групи обстежених           |                            |                                | Референтні<br>значення нг / мл |           |
|----------------------------------|--------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------|
|                                  |              | ГП–Кг.<br>(n = 30)         | ГП–Тр1<br>(n = 62)         | ГП–Тр2<br>(n = 65)             | Час<br>добы                    | Межі      |
| Кортизол<br>жінки<br>(n = 112)   | 10.00        | n = 16<br>$< 2,6 \pm 1,7$  | n = 47<br>$< 3,8 \pm 2,3$  | n = 49<br>$< 7,2 \pm 3,1^{**}$ | 0-4                            | $< 1,44$  |
|                                  |              |                            |                            |                                | 4-6                            | 0,44-3,88 |
|                                  |              |                            |                            |                                | 6-8                            | 0,58-6,54 |
|                                  | 15.00        | n = 16<br>$1,58 \pm 0,9$   | n = 47<br>$1,72 \pm 1,1$   | n = 49<br>$2,53 \pm 1,4^*$     | 8-10                           | $< 6,65$  |
|                                  |              |                            |                            |                                | 10-12                          | $< 2,5$   |
|                                  |              |                            |                            |                                | 12-14                          | 0,06-1,66 |
| Кортизол<br>чоловіки<br>(n = 45) | 10.00        | n = 14<br>$< 2,8 \pm 1,7$  | n = 15<br>$< 3,1 \pm 1,8$  | n = 16<br>$< 4,3 \pm 2,1^{**}$ | 14-16                          | 0,21-1,57 |
|                                  |              |                            |                            |                                | 16-18                          | $< 1,66$  |
|                                  |              |                            |                            |                                | 18-20                          | $< 1,71$  |
|                                  | 15.00        | n = 14<br>$1,69 \pm 0,8$   | n = 15<br>$1,77 \pm 1,1$   | n = 16<br>$1,95 \pm 1,3$       | 20-22                          | $< 0,99$  |
|                                  |              |                            |                            |                                | 22-24                          | $< 1,41$  |
|                                  |              |                            |                            |                                |                                |           |
|                                  | 21.00        | n = 14<br>$< 1,47 \pm 0,7$ | n = 15<br>$< 1,74 \pm 1,2$ | n = 16<br>$< 1,91 \pm 1,4^*$   |                                |           |
|                                  |              |                            |                            |                                |                                |           |
|                                  |              |                            |                            |                                |                                |           |

Примітки: \*  $p < 0,01$ ; \*\*  $p < 0,001$  – достовірність різниці між показниками груп.

Наявність генералізованого пародонтиту та значного рівня тривожності значно підвищує рівень кортизолу в ротовій рідині. Під час відвідування стоматолога у хворих ГП–Т<sup>2</sup> групи з генералізованими захворюваннями пародонта, виникає тривожність, що призводить до підвищення рівня кортизолу в ротовій рідині до  $< 7,2 \pm 3,1$  нг/мл вранці. Його показники достовірно ( $p < 0,05$ ) відрізняються від групи ГП–Т<sup>1</sup> ( $3,8 \pm 2,3$  нг/мл) і контрольної групи ГП–Кг ( $2,6 \pm 1,7$  нг/мл).

Можна констатувати, що в пацієнтів із підвищеним рівнем тривожності порушуються механізми регенерації тканин пародонта. Крім того, надмірне вироблення кортизолу – гормону, який відповідає за адаптацію до стресу – призводить до зниження дофаміну та серотоніну, що є причиною

тривожності, депресії, зниження мотивації, які негативно позначається на здоров'ї хворих на генералізований пародонтит.

### ***Висновки до розділу 3***

Обстеження стану пародонта в пацієнтів з різним рівнем тривожності показало, що низького рівня тривожності захворювання пародонта виявлені в 43,33 % пацієнтів. У разі середнього або помірного рівня тривожності (група ГП–Т<sup>1</sup>) захворювання пародонта діагностовано в 88,71 % пацієнтів. У разі високого рівня тривожності (група ГП–Т<sup>2</sup>) захворювання пародонта виявлені аж у 95,38 % пацієнтів. Таким чином, підвищення рівня тривожності пацієнтів сприяє розвитку захворювань пародонта.

Доведено, що різний рівень тривожності пацієнтів впливає на структуру захворювань пародонта. За наявності низького рівня тривожності гінгівіт виявлений у 16,67 % осіб, а генералізований пародонтит – у 26,66 %; у разі помірного рівня тривожності гінгівіт діагностований у 4,84 % обстежених, а генералізований пародонтит – у 83,87 % жінок і чоловіків; при високому рівні тривожності виявлений лише генералізований пародонтит у 95,38 % пацієнтів. Таким чином, з підвищенням рівня тривожності зростає тяжкість дистрофічно-запальних захворювань пародонта.

Установлено наявність значної кількості загальносоматичних захворювань, що може впливати на поширеність захворювань пародонта (зокрема генералізованого пародонтиту) і підвищення рівня тривожності пацієнтів, яка знижує мотивацію вчасного лікування та відтерміновує відвідування стоматолога на значний час, що ускладнює лікування.

Визначення стану гігієни порожнини рота у хворих на генералізований пародонтит показало, що за низького рівня тривожності добрий стан гігієни ротової порожнини виявлено у 86,7 % обстежених (середнє значення індексу ОНІ–S  $1,32 \pm 0,09$  бала). У разі помірного рівня тривожності стан гігієни погіршується: індекс ОНІ–S становить  $1,69 \pm 0,09$  бала. При високому рівні тривожності індекс ОНІ–S  $1,97 \pm 0,09$  бала. Таким чином, зростання рівня

тривожності пацієнтів сприяє погіршенню гігієнічного стану порожнини рота.

На основі аналізу отриманих клінічних результатів показано, що у хворих на генералізований пародонтит із середнім та високим рівнем тривожності (групи ГП–Т<sup>1</sup> та ГП–Т<sup>2</sup>) прояви ураження пародонта були більш вираженими порівняно з контрольною групою.

Визначено та проаналізовано основні фізіологічні та поведінкові прояви стоматологічної тривожності у хворих. У пацієнтів досліджуваних груп виявлено тенденцію до підвищення всіх показників артеріального тиску та частоти пульсу в I, II та III вимірах у разі підвищення рівня ситуативної тривожності. Ці зміни проявлялися на фізіологічному та поведінковому рівнях.

Тестування пацієнтів за шкалою Спілбергера–Ханіна показало, що висока ситуативна тривожність пацієнтів є значно вищою за особистісну тривожність. Серед жінок вона спостерігалась у 38 (33,92 %) осіб, а ситуативна вже у 49 (43,75 %), Серед чоловіків ситуативну тривожність виявлено в 14 (31,11 %) осіб, тоді як особистісну – лише у 8 (17,77 %) пацієнтів. Помірний рівень ситуативної тривожності спостережений у 45 (40,17 %) жінок, а особистісної – у 49 (43,75 %). Низький рівень ситуативної тривожності виявлено у 18 (16,07 %) пацієток, тоді як особистісної – у 25 (22,32 %). Ці результати можуть свідчити про те, що підвищення ситуативної тривожності до високого рівня як у жінок, так і в чоловіків відбулося за рахунок осіб, які до прийому в лікаря-стоматолога мали помірний та низький рівень тривожності.

Очікування лікування викликає значну стоматологічну тривогу та страх у більшості жінок і чоловіків. Під час проведення лікарських втручань, які потребують точності виконання маніпуляцій, високий рівень ситуативної тривожності пацієнта шкодить роботі лікаря та негативно впливає на якість наданої стоматологічної допомоги.

Установлено, що в усіх хворих груп ГП–Т<sup>1</sup> та ГП–Т<sup>2</sup> з помірним та високим рівнем тривожності спостерігалось значне підвищення рівня кортизолу в ротовій рідині, що статистично достовірно ( $p < 0,05$ ) відрізнялося від показників контрольної групи. Наявність генералізованого пародонтиту та значного рівня тривожності значно підвищує рівень кортизолу в ротовій рідині.

*Отримані у даному розділі дані опубліковані в наукових працях:*

1. Городнов ЄВ. Прояви тривожності у хворих на генералізований пародонтит під час стоматологічного прийому: стан вивчення проблеми // Science and technology: problems, prospects and innovations. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference. CPN Publishing Group. Osaka, Japan. 2022. Pp. 75-85.
2. Horodnov Ye. Theoretical aspects of quality of of life in the context of dental health. In: Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference. Lisbon, Portugal; 2023. Pp. 156-163.
3. Антоненко МІО, Борисенко АВ, Городнов ЄВ. Якість життя у хворих на генералізовані ураження пародонта з проявами тривожності. In: Global science: prospects and innovations. In: Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. Liverpool, UnitedKingdom; 2023. Pp. 59-69. Available from: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-global-science-prospects-and-innovations-28-30-12-2023-liverpul-velikobritaniya-arhiv/>
4. Городнов ЄВ. Профілактика та подолання тривожності у хворих із генералізованими ураженнями пародонта. Актуальні проблеми профілактичної медицини. 2024;28:12-19. DOI: <https://doi.org/10.32782/2786-9067-2024-28-2>
5. Horodnov Ye. Application of methods and exercises to overcome anxiety in patients with generalized periodontal lesions. In: Scientific research:



modern challenges and future prospects. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. MDPC Publ. Munich, Germany; 2024. Pp. 37-44. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iv-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-scientific-research-modern-challenges-and-future-prospects-18-20-11-2024-myunhen-nimechchina-arhiv/>.

6. Horodnov E. Methods of researching the quality of life in patients with dental diseases. In: Current trends in scientific research development. Proceedings of the 2nd International scientific and practical conference. In: Science Publisher, Boston, USA; 2024. Pp. 34-41. Available from: <https://sci-conf.com.ua/ii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-current-trends-in-scientific-research-development-19-21-09-2024-boston-ssha-arhiv/>

7. Городнов ЄВ. Рівень кортизолу в ротовій рідині у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності. Сучасна стоматологія. 2024;6(123):21-26. DOI: 10.33295/1992-576X-2024-6-21

## РОЗДІЛ 4

### ОБҐРУНТУВАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ ІЗ ПРОЯВАМИ ТРИВОЖНОСТІ

#### **4.1. Клінічна оцінка стану пародонта у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності після проведеного лікування**

Комплексне лікування хворих на генералізований пародонтит незалежно від групи починали з найважливішого елемента профілактики та терапії захворювань тканин пародонта – навчання пацієнтів раціональної гігієни порожнини рота. Видалення всіх типів зубних відкладень здійснювали за допомогою ручних і ультразвукових інструментів повітряно-абразивним методом. Процедуру проводили під зрошенням розчином хлоргексидину 0,12 % (10 мл.), активного проти аеробних і анаеробних мікроорганізмів, деяких вірусів і грибків [16, 30, 44, 54, 97, 113, 141].

В усіх групах хворих професійна гігієна завершувалася індивідуальним підбором засобів та навчанням раціонального чищення зубів. У домашніх умовах рекомендували користуватися засобами, спрямованими на очищувальну, антибактеріальну дію, запобігання утворенню зубних відкладень, пригнічення запальних процесів у тканинах пародонта та симуляцію репаративних процесів. Були запропоновані відповідні зубні пасти, ополіскувачі для порожнини рота та зубні щітки.

Лікування пацієнтів усіх груп розпочинали зі зрошення ротової порожнини розчинами антисептиків, після чого під аплікаційним знеболенням «Sol. Lidocaini» 10% ретельно видаляли зубні відкладення. Механічне видалення зубних відкладень поєднували з ультразвуковим. Процедуру закінчували ретельним шліфуванням і поліруванням при шийкових ділянок та контактних поверхонь із подальшою обробкою фторовмісними препаратами.

Хворим була рекомендована вітамінізована висококалорійна дієта, багата білками, овочами та несолодкими фруктами, а також кисломолочними продуктами з виключенням солодощів. Призначали вітамінно-мікроелементний комплекс «Віта-Супрадин Актив» (№05.03.02-03/20584, виробник «Swisscaps» GmbH (Німеччина), по 1 таблетці 1 раз на добу протягом 1 місяця. Дані препарати містять оптимальний вміст необхідних вітамінів та мікроелементів.

Хворі на генералізований пародонтит групи ГП–Tr<sup>1</sup> із середнім рівнем тривожності отримували для місцевого лікування розчин «Октенісепт» (затверджено наказом МОЗ України №39 від 28.03.2016, РП UA/4056/01/01, виробник «Schulke&Meyr» GmbH, Німеччина) у розведенні дистильованою водою 1:3 у вигляді аплікацій протягом 3 хвилин 3 рази на добу – 1 тиждень. Цей препарат має широкий спектр антибактеріальної, фунгіцидної та віруліцидної дії завдяки гідрофобній взаємодії октенідинуди гідрохлориду і феноксіетанолу з цитоплазматичними мембранами патогенних мікроорганізмів. Препарат «Лізак» (затверджено наказом МОЗ України №2109 від 17.10.2019 на необмежений термін, РП UA/10649/01/01, виробник ПАТ «Фармак», м. Київ, Україна) – розсмоктувати по 1 таблетці кожні 4 години протягом тижня. Препарат має добре виражену місцеву антисептичну, антибактеріальну і протигрибкову дію. Для загального лікування та зняття тривожності призначали препарат рослинного походження «Ананта ваті», виробник «Ananta Medicare» Ltd (Індія): по 1 таблетці 1 раз на добу протягом 1 місяця.

Хворі на генералізований пародонтит групи ГП–Tr<sup>2</sup> з високим рівнем тривожності отримували для місцевого лікування антисептичний розчин «Хлоргексидину» 0,05 % (затверджено наказом МОЗ України № 1635 від 28.09.2017, РП UA/16324/01/01, виробник ТОВ «Фарма Черкас», Україна) у вигляді аплікацій протягом 3 хвилин 3 рази на добу – 1 тиждень. Також призначали препарат «Лісобакт» (затверджено наказом МОЗ України №1285 від 01.06.2020 на необмежений термін, РП UA/2790/01/01, виробник

«Bosnalijek d.d.», Боснія і Герцоговина) – розсмоктувати по 1 таблетці кожні 4 години протягом тижня. Препарат має добре виражену місцеву противірусну, антибактеріальну і протигрибкову дію. Для загального лікування та зняття тривожності призначали ноотропний препарат «Ноофен» (затверджено наказом МОЗ України №748 від 12.11.2015, РП UA/3773/01/01, виробник АТ «Олайнфарм», Латвія) – по 1 таблетці (250 мг) 3 рази на добу протягом 1 місяця. Препарат усуває тривожність, страх, психоемоційне напруження, дратівливість. Його призначення контролювалося лікарями-психологами.

Хворим на генералізований пародонтит групи ГП–Tr<sup>1</sup> та ГП–Tr<sup>2/3</sup> середнім та високим рівнями тривожності для подолання тривожності було призначено комплекс адреноблокаторів [41, 42]. Також проводили корекційні заняття для подолання стоматологічної тривожності.

Крім того, хворим на генералізований пародонтит груп ГП–Tr<sup>1</sup> та ГП–Tr<sup>2/3</sup> середнім та високим рівнем тривожності й підвищеним рівнем кортизолу для зниження його рівня призначали «Adrenal Stress Support» (Виробник: «NOW Foods», США). Це рослинна та поживна суміш, розроблена для природної підтримки здорової реакції на надниркове навантаження. Надниркові залози допомагають організму реагувати і пристосовуватися до фізичних, психічних та емоційних стресів.

Терапевтичне лікування було складовою комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит. Обстеження пацієнтів та забір ротової рідини проводили перед початком лікування, а також одразу після проведеного лікування через 1, 3 та 6 місяців.

Комплексне обстеження хворих було проведено до лікування, через 1, 3 та 6 місяців після початку лікування для оцінки віддалених результатів. Результати клінічних симптомів перебігу генералізованого пародонтиту до та після лікування представлені в таблиці 4.1.

Таблиця 4.1

**Поширеність клінічних симптомів  
генералізованого пародонтиту у хворих до та після лікування**

| Терміни лікування | Групи             | Клінічні симптоми |              |              |             |                 |                  |
|-------------------|-------------------|-------------------|--------------|--------------|-------------|-----------------|------------------|
|                   |                   | Запах із рота     | Кровот. ясен | Біль у яснах | Набряк ясен | Рухомість зубів | Пародонт. кишень |
|                   |                   | %                 | %            | %            | %           | %               | %                |
| До лікування      | ГП–Кг.            | 6,6               | 3,3          | 8,2          | 3,3         | 6,6             | 0                |
|                   | ГП–Т <sup>1</sup> | 19,3              | 27,4         | 22,5         | 16,1        | 8,0             | 6,4              |
|                   | ГП–Т <sup>2</sup> | 38,4              | 29,2         | 33,8         | 26,1        | 36,9            | 18,4             |
| Через 1 місяць    | ГП–Кг.            | 5,2               | 3,0          | 3,2          | 2,4         | 5,4             | 0                |
|                   | ГП–Т <sup>1</sup> | 14,1              | 21,2         | 10,4         | 10,1        | 7,5             | 4,5              |
|                   | ГП–Т <sup>2</sup> | 32,9              | 23,0         | 15,8         | 12,5        | 28,3            | 12,1             |
| Через 3 місяці    | ГП–Кг.            | 5,0               | 2,9          | 0            | 0           | 4,2             | 0                |
|                   | ГП–Т <sup>1</sup> | 9,6               | 12,4         | 3,2          | 1,8         | 3,8             | 0                |
|                   | ГП–Т <sup>2</sup> | 19,1              | 14,5         | 4,8          | 2,7         | 4,7             | 4,5              |
| Через 6 місяців   | ГП–Кг.            | 4,8               | 2,7          | 0            | 0           | 0               | 0                |
|                   | ГП–Т <sup>1</sup> | 3,2               | 4,4          | 0            | 0           | 0               | 0                |
|                   | ГП–Т <sup>2</sup> | 5,7               | 5,2          | 0            | 0           | 0               | 0                |

При первинному огляді хворі всіх груп мали скарги на кровоточивість та відчуття дискомфорту в яснах, патологічну рухомість окремих зубів та неприємний запах з рота. При первинному об'єктивному огляді пародонта усіх пацієнтів була виявлена гіперемія (іноді з ціанотичним відтінком) та набряк сосочків маргінальної (інколи альвеолярної) частини ясен.

У результаті проведеного за складеною нами схемою лікування генералізованого пародонтиту вже через 1 місяць у пацієнтів зменшилися кровоточивість та болючість ясен, а також не спостерігалось ознак гіперемії та гноєвиділення з пародонтальних кишень.

Через 6 місяців гіперемію та кровоточивість ясен спостерігали лише в 4,84 % хворих ГП–Т<sup>1</sup>, тоді як рухомість зубів та наявність пародонтальних кишень з серозно-гнійними виділеннями не було діагностовано взагалі. Зміни

відбулись і в групі ГП–Т<sup>2</sup>: до лікування кровоточивість спостерігалась у 29,23 % обстежених, а після – лише в 6,15 % хворих.

До лікування гігієнічний стан порожнини рота хворих усіх груп характеризувався як незадовільний. При повторному огляді, через місяць від початку лікування, у пацієнтів скарг не було. При цьому спостережено нормалізацію кольору та контурів ясен, значне (майже до повної відсутності) зменшення кровоточивості. Аналіз результатів гігієнічних та пародонтальних індексів у різні лікувальні терміни показав, що через 1 місяць після проведеного лікування в групах достовірно ( $p < 0,05$ ) зменшувалися значення всіх пародонтальних індексів. Результати гігієнічних та пародонтальних індексів у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності представлені в таблиці 4.2.

Таблиця 4.2

**Динаміка гігієнічних та пародонтальних індексів  
у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності**

| Індексні показники | Групи дослідження | Терміни обстеження хворих після лікування |                |                |                 |
|--------------------|-------------------|-------------------------------------------|----------------|----------------|-----------------|
|                    |                   | До лікування                              | Через 1 місяць | Через 3 місяця | Через 6 місяців |
| ОНІ – S<br>(бали)  | ГП–Кг.            | 1,89                                      | 1,49           | 1,28*          | 1,29            |
|                    | ГП–Т <sup>1</sup> | 1,81                                      | 1,53           | 1,42           | 1,39            |
|                    | ГП–Т <sup>2</sup> | 1,93                                      | 1,54           | 1,48*          | 1,41            |
| РМА (%)            | ГП–Кг.            | 37,5                                      | 28,9           | 18,8           | 12,2            |
|                    | ГП–Т <sup>1</sup> | 39,6                                      | 28,2           | 19,8*          | 14,5*           |
|                    | ГП–Т <sup>2</sup> | 41,2                                      | 29,4           | 21,5*          | 14,7            |
| РІ (бали)          | ГП–Кг.            | 2,59                                      | 1,49           | 1,22           | 1,23            |
|                    | ГП–Т <sup>1</sup> | 2,59                                      | 1,54           | 1,34           | 1,16            |
|                    | ГП–Т <sup>2</sup> | 2,78                                      | 1,59           | 1,38           | 1,21*           |

\*  $p < 0,05$  – різниця значень індексних оцінок у хворих груп дослідження після лікування.

Отже, після оцінки клініко-лабораторної ефективності лікування було встановлено, що у хворих на генералізований пародонтит, асоційований із

проявами тривожності, відмічається покращення стану тканин пародонта – у 48 (77,42 %) пацієнтів у групі ГП–Т<sup>1</sup> і в 49 (75,38 %) пролікованих хворих групи ГП–Т<sup>2</sup>). Отримані результати ефективності лікування наближаються до результатів лікування пацієнтів контрольної групи з низьким рівнем тривожності – покращення відмічене в 26 (86,67 %) пролікованих пацієнтів. Задовільний стан тканин пародонта виявлений у 14 (22,58 %) пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> та у 15 (23,08 %) хворих групи ГП–Т<sup>2</sup>. Погіршення стану тканин пародонта спостерігали лише в 1 (1,54 %) пацієнта групи ГП–Т<sup>2</sup>.

Після лікування хворим усіх груп у вигляді гігієнічного догляду ротової порожнини були запропоновані підібрані заздалегідь зубні пасти з біологічно активними речовинами протизапальної та антибактеріальної дії. Вони усувають кровоточивість, перешкоджають утворенню зубних бляшок, містять рослинні компоненти, які не мають негативного впливу на ротову порожнину. На вибір хворим було запропоновано «Parodontax Комплексний захист», «Lacalut Фіто формула», «Colgate Total 12 Лікувальних трав» та рекомендовано впродовж 6 тижнів чистити зуби 2 рази на день конкретною зубною пастою, а також через кожні 2 тижні відвідувати стоматолога впродовж 1,5 місяця. Зубну пасту «Parodontax Комплексний захист» обрало 30 жінок та 11 чоловіків із загальної кількості досліджуваних (вони ввійшли в групу ГП–«Р»). Перевагу пасти «Lacalut Фіто формула» надали 35 жінок і 8 чоловіків, внесених до групи ГП–«L». Пасту «Colgate Total 12 Лікувальних трав» обрали 31 жінка і 12 чоловіків, які ввійшли до групи ГП–«С». Хворі мали захворювання пародонта та посередні показники індексу гігієни ротової порожнини. Під час користування вказаними зубними пастами їхні показники кровоточивості ясен зменшувалися паралельно з індексом РМА та РІ. Так, уже через 4 тижні на прийомі хворі не висловлювали суттєвих скарг. Симптомів кровоточивості не проявлялося у 26 (86,67 %) пацієнтів контрольної групи ГП–Кг, 47 (75,81 %) пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> та 45 (69,23 %) хворих групи ГП–Т<sup>2</sup>. Збільшення кількості зубних бляшок не спостерігали у 27 (90,0 %) пацієнтів контрольної групи ГП–Кг, 49 (79,03 %) пацієнтів групи

ГП–Т<sup>1</sup> та 47 (72,31 %) хворих групи ГП–Т<sup>2</sup>. Раціональне застосування зубних паст показало, що у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності, покращився стан ротової порожнини. Також спостерігалось покращення стану тканин пародонта, зникали відчуття дискомфорту в яснах і неприємний запах, зменшувалися набряк і кровоточивість ясен.

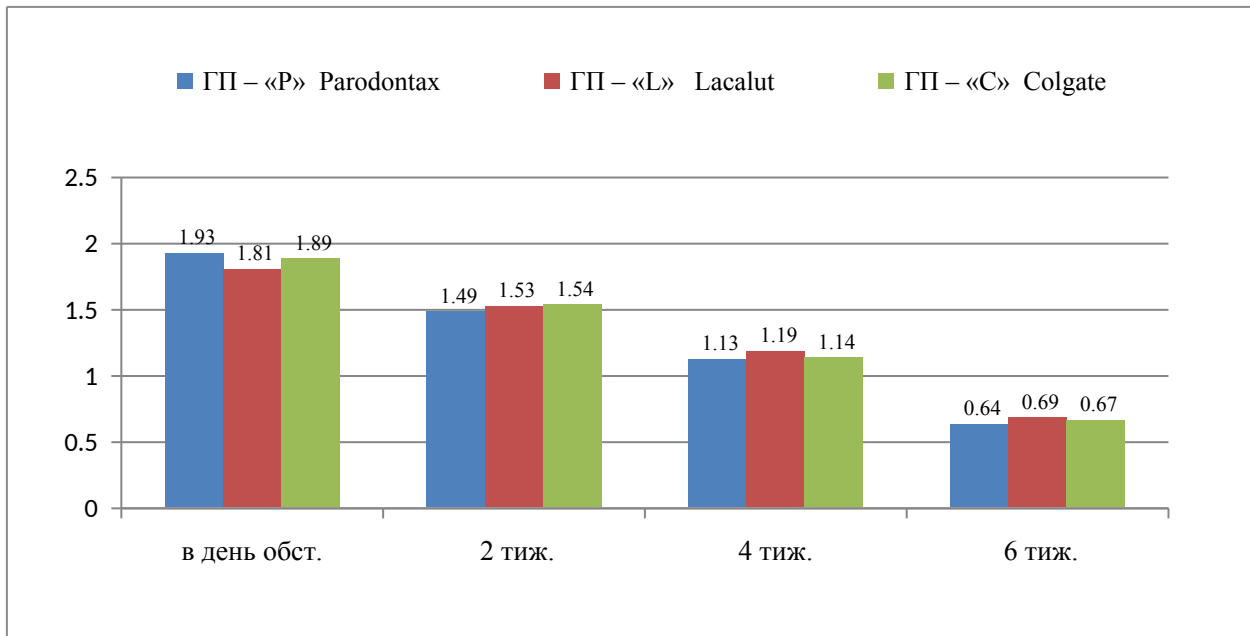
З іншого боку, покращувався стан гігієни порожнини рота, який визначали за гігієнічним індексом. У хворих контрольної групи значення індексу ОНІ–S до лікування становило  $1,32 \pm 0,09$  бала, у хворих другої ГП–Т<sup>1</sup> групи –  $1,69 \pm 0,09$  бала, у хворих третьої групи ГП–Т<sup>2</sup> –  $1,97 \pm 0,09$  бала. Після проведеного лікування значення індексу гігієни значно покращилося і в пацієнтів контрольної групи становило  $0,41 \pm 0,04$  бала. Стан гігієни порожнини рота в пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> покращився і наближався до даних контрольної групи. Значення індексу ОНІ–S у групі ГП–Т<sup>1</sup> становило  $0,58 \pm 0,05$  бала, а в групі ГП–Т<sup>2</sup> –  $0,67 \pm 0,05$  бала.

Отримані показники стану гігієни за індексом Гріна-Вермільйона залежно від використання зубних паст показало, що показник у день обстеження по групі ГП–«Р», що обрала пасту «Parodontax Комплексний захист», становив 1,93 бала. Після використання пасти вже через 2 тижні спостережено покращення показників стану гігієни за індексом Гріна-Вермільйона – 1,49 бала, а через 6 тижнів – 0,64 бала. Стан ротової порожнини покращився на 1,29 бала. Застосування пасти «Lacalut Фіто формула» групою ГП–«L» теж призвело до змін гігієнічного індексу: було 1,81 бала, стало 0,69 бала (показники покращилися на 1,12 бала). Група ГП–«С», що використовувала пасту «Colgate Total 12 Лікувальних трав», на початку обстеження мала показники 1,89 бала, а після профілактичних заходів через 6 тижнів – 0,67 бала. Це на 1,19 бала краще показників первинного обстеження.

На підставі отриманих даних стану гігієни ротової порожнини за гігієнічним індексом ОНІ–S при використанні зубної пасти «Parodontax Комплексний захист» можемо стверджувати, що вона є більш ефективним

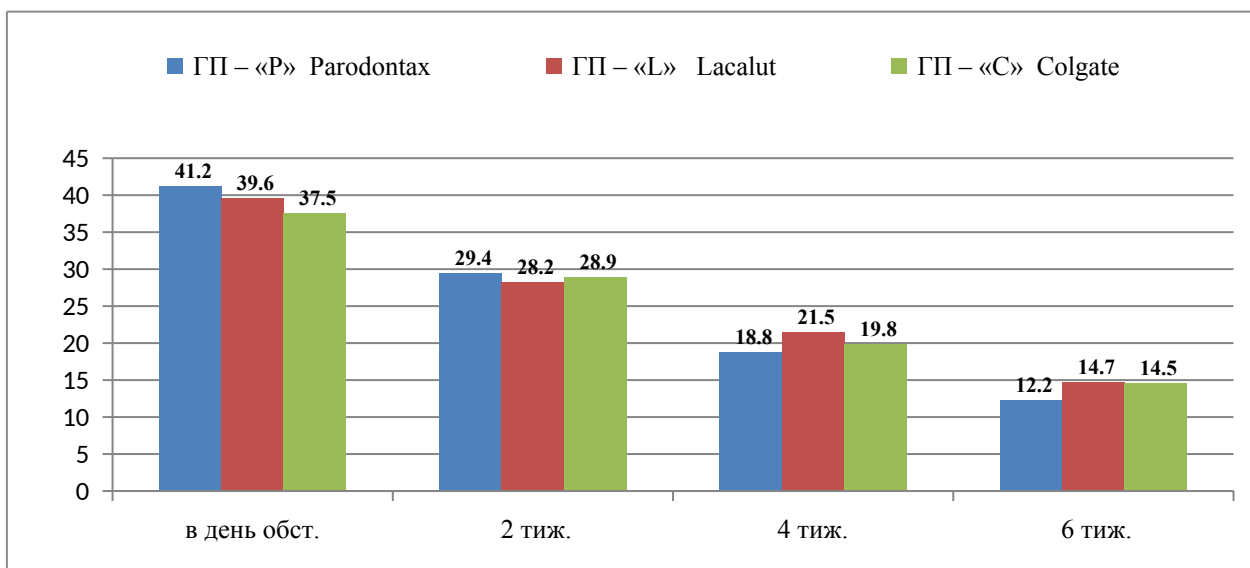


засобом у підтриманні раціонального задовільного гігієнічного стану ротової порожнини хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності. Отримані дані змін показників стану гігієни за індексом Гріна-Вермільйона при використанні зубних паст представлено на рисунку 4.1.



*Рис. 4.1. Динаміка змін показників стану гігієни ротової порожнини за індексом Гріна-Вермільйона при використанні зубних паст*

Показники змін індексу РМА при використанні зубних паст також змінилися: у групі ГП–«Р» вони із 41,2 бала знизилися до 12,2 бала за 6 тижнів. Результати дослідження показників змін індексу РМА при використанні зубних паст представлено на рисунку 4.2.

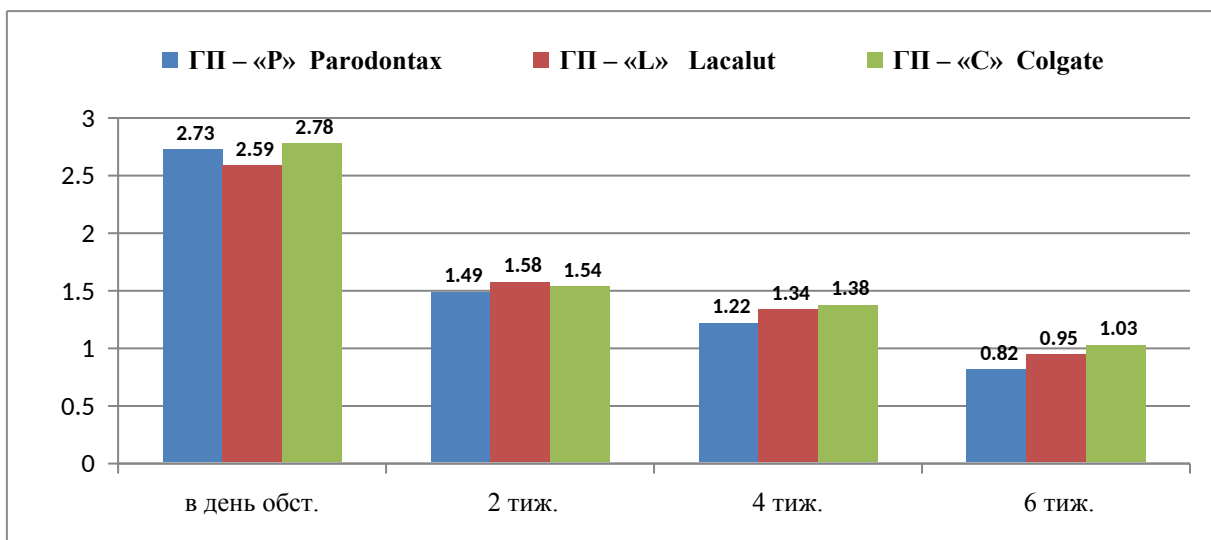


*Рис. 4.2. Динаміка змін показників індексу РМА при використанні зубних паст.*

У групі, що використовувала «Lacalut Фіто формула», показники впали з 39,6 бала до 14,7 бала. Група ГП–«С», яка використовувала пасту «ColgateTotal 12 Лікувальних трав», покращила показники з 37,5 до 14,5 бала.

Отримані результати дослідження за показниками індексу РМА також доводять, що більш ефективним профілактичним засобом для хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності є паста «Parodontax Комплексний захист».

Наступним етапом дослідження було проаналізувати зміни пародонтального індексу (PI) при використанні зубних паст. Динаміка змін представлена на рисунку 4.3.



*Рис. 4.3. Динаміка змін показників пародонтального індексу (PI) при використанні зубних паст*

Результати дослідження показали, що в показниках пародонтального індексу (PI) при використанні зубних паст також спостерігалася позитивна динаміка. Зокрема, у групі ГП–«Р» показник пародонтального індексу (PI) з 2,73 бала покращився до 0,82 бала за 6 тижнів чищення зубів пастою

«Parodontax Комплексний захист». У групі, що обрала пасту «Lacalut Фіто формула», показники 2,59 бала покращилися до 0,95 бала.

У групі ГП–«С», яка використовувала пасту «Colgate Total 12 Лікувальних трав», покращення пародонтального індексу (PI) відбулося з 2,78 до 1,03 бала. Отримані результати нашого дослідження за показниками пародонтального індексу (PI) показали, що більш ефективним профілактичним засобом для хворих на генералізований пародонтит є зубна паста «Parodontax Комплексний захист».

Досліджувані зубні пасти «Colgate Total 12 Лікувальних трав» та «Lacalut Фіто формула» виявили високу ефективність застосування. «Colgate Total 12 Лікувальних трав» містить екстракти чайного дерева, шавлії, евкаліпта, алое, міри, ромашки, обліпихи, карбонату кальцію та аргінін. Паста «Lacalut Фіто формула» має в складі екстракти ратанії, зеленого чаю, звіробою, шавлії і є більш ефективною при хронічному запаленні. Однак результати дослідження змін показників стану гігієни за індексом Гріна-Вермільйона, РМА і PI при використанні зубних паст довели, що більш ефективним профілактичним засобом виявилась зубна паста «Parodontax Комплексний захист», яка містить екстракт ехінацеї пурпурової, лимонний сік, масло шавлії лікарської, олію ефірну, м'яту тощо. Ця паста є однією з найбільш ефективних для застосування в комплексі лікувально-профілактичних заходів при захворюваннях пародонта. Комплекс введених фітопрепаратів забезпечує виражений протизапальний ефект та нормалізує функціональні реакції слизової оболонки.

Лікувально-гігієнічне застосування зубних паст у профілактиці генералізованого пародонтиту показало, що всі зубні пасти здатні нормалізувати функціональні реакції в мікрокапілярному руслі слизової оболонки, комплекс введених фітопрепаратів у зубних пастах забезпечує виражений протизапальний ефект. Отримані результати нашого дослідження виявили високу очищальну дію від використання зубних паст, що дозволяє рекомендувати їх для профілактики і корекції запальних процесів у тканинах

пародонта та контролювати виникнення зубного нальоту. Більш ефективним профілактичним засобом, за нашими дослідженнями, виявилася зубна паста «Parodontax Комплексний захист» – її доцільно рекомендувати в підтримувальній фазі комплексного лікування дистрофічно-запальних захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності.

У терміни спостережень протягом 6 місяців було обстежено 29 (96,67 %) з 30 пацієнтів контрольної групи, 60 (96,77 %) з 62 пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> та 62 (95,38 %) з 65 пацієнтів групи ГП–Т<sup>2</sup>. Досягнутий гігієнічний стан порожнини рота зберігався, індекс гігієни ОНІ–S становив у пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> 1,39 бала, групи ГП–Т<sup>2</sup> – 1,41 бала (порівняно з контрольною групою ГП–КГ – 1,29 бала). Рівень запалення ясен був відносно низьким, індекс РМА становив у пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> 14,5 %, групи ГП–Т<sup>2</sup> – 14,7 % (порівняно з контрольною групою ГП–КГ – 12,2 %). Пародонтальний індекс у пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> становив 1,16 бала, групи ГП–Т<sup>2</sup> – 1,21 бала (порівняно з контрольною групою ГП–КГ – 1,23 бала). Загалом покращення стану пародонта відмічене в 25 (86,21 %) пацієнтів контрольної групи ГП–КГ, у 45 (75,00 %) пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> та в 45 (72,58 %) пацієнтів групи ГП–Т<sup>2</sup>.

У терміни спостережень протягом 12 місяців було обстежено 26 (86,67 %) з 30 пацієнтів контрольної групи, 58 (96,77 %) з 62 пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> та 59 (90,77 %) з 65 пацієнтів групи ГП–Т<sup>2</sup>. Досягнутий гігієнічний стан порожнини рота зберігався, хоча індекс гігієни ОНІ–S дещо збільшився і становив у пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> 1,49 бала, групи ГП–Т<sup>2</sup> – 1,52 бала (порівняно з контрольною групою ГП–КГ – 1,31 бала). Рівень запалення ясен був відносно низьким, хоча індекс РМА також збільшився і становив у пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> 18,6 %, групи ГП–Т<sup>2</sup> – 19,2 % (порівняно з контрольною групою ГП–КГ – 14,5 %). Пародонтальний індекс у пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> становив 1,29 бала, групи ГП–Т<sup>2</sup> – 1,33 бала (порівняно з контрольною групою ГП–КГ – 1,26 бала). Загалом покращення стану пародонта відмічене у 22 (84,62 %) пацієнтів контрольної групи ГП–КГ, у 40 (68,97 %) хворих групи ГП–Т<sup>1</sup> та у 40 (67,79 %) пацієнтів групи ГП–Т<sup>2</sup>.

Проведені лікувально-профілактичні заходи дозволили зробити висновки, що дотримання правил раціональної гігієни ротової порожнини та профілактика стоматологічних захворювань залежать не тільки від правильності, а й кратності чищення зубів, своєчасної заміни зубної щітки, а головне – від вибору ефективної профілактичної зубної пасти для покращення стану пародонта.

#### **4.2. Результати лікувально - корекційних і профілактичних заходів подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит**

Комплексне лікування хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності передбачає залучення медичних психологів, а також застосування різних методів терапії. У зв'язку з цим потрібно створювати міждисциплінарні [11, 12, 14, 20] колективи (команди) фахівців, з метою забезпечення належного рівня лікування й реабілітації таких хворих. Комплексний підхід до лікування захворювань пародонта спрямований на зниження негативних реакцій пацієнта на лікарські маніпуляції, які супроводжуються тривожністю, страхом і зміною психоемоційного стану.

О. В. Кононова (2018) наголошує, що незнання хворими причин виникнення та характеру перебігу захворювань пародонта призводить до того, що вони не приділяють належної уваги найпростішим, проте досить ефективним методам профілактики [41, 42].

Для лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності нами була запропонована комплексна програма лікувально-корекційних та профілактичних заходів подолання тривожності та психоемоційного стану. До складання програми були залучені психологі та кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної і медичної психології НМУ імені О.О. Богомольця О.О. Лазуренко [48, 194]. Складання програми базувалося на етичних принципах, диференційованості, комплексності та доступності. Метою запропонованої програми було

подолання проявів стоматологічної тривожності та нормалізації психоемоційного стану пацієнтів під час прийому шляхом таких заходів:

- усвідомлення хворим причинно-наслідкових зв'язків між тривожною симптоматикою та лікувальним процесом у стоматології;
- покращенням ставлення до свого стоматологічного здоров'я і напрацювання навичок подолання тривожності та негативних емоцій щодо лікування;
- корекції тривожності та власного способу переживань, емоційного реагування на відвідування стоматологічного кабінету.

Запропонована комплексна програма подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит складається з таких етапів.

*Профілактично-мотивувальний етап*, метою якого є створення довірчих умов між пацієнтом та лікарем, досягнення високого рівня комплаєнтності, усвідомлене бажання пацієнта виконувати необхідні діагностичні та лікувальні стоматологічні процедури, готовність до продуктивної лікувально-профілактичної співпраці.

*Діагностично-корекційний етап* передбачає проведення діагностики клініко-психологічних особливостей, визначення причин та специфіки тривожності пацієнта, планування психокорекційних заходів, спрямованих на подальшу нормалізацію психоемоційного стану та подолання тривожності.

*Етап самодопомоги та профілактики.* На цьому етапі пацієнт опановує навички самодопомоги і саморегуляції для подолання тривожності та стабілізації психоемоційного стану. Він спрямований на створення передумов для тривалого нормального функціонування індивіда в усіх актуальних сферах, запобігання проявам тривожності та вдосконалення механізмів реагування на стресові ситуації. Особлива увага приділяється формуванню стійких навичок самоконтролю й саморегуляції тривожних станів шляхом використання спеціальних вправ і методів подолання тривожності.

Залежно від рівня тривожності використовувалась відповідна схема лікувально-профілактичних та корекційних заходів для хворих на генералізований пародонтит. Схеми представлені в таблиці 4.3.

Таблиця 4.3

**Схема лікувально-корекційних та профілактичних заходів  
подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит**

| <i>Рівні<br/>тривожності</i> | <i>Схема лікувально-корекційної та профілактичної програми</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Низький</b>               | <p>Ознайомлення пацієнта з факторами ризику розвитку захворювань пародонта і психологічна мотиваційна підготовка пацієнта до прийому.</p> <p>Рекомендації щодо організації раціонального режиму праці і відпочинку; дотримання здорового способу життя, огляди в лікаря-стоматолога.</p> <p>Підбір засобів та предметів гігієни, навчання методів раціональної гігієни ротової порожнини (зубів, пародонта тощо).</p> <p>Навчання пацієнтів гігієни ротової порожнини, а також основ режиму і якості раціонального харчування.</p> <p>Навчання масажу ясен і методу полоскання антисептичними засобами порожнини рота.</p> <p>При низькому рівні тривожності для нормалізації емоційного статусу лікар проводить психологічну підготовку у вигляді роз'яснення, переконання, схвалення, підбадьорення, наведення прикладів успішного та ефективного лікування хворих.</p> <p>Пропонування та навчання релаксаційних методів зняття тривожності та напруги.</p> <p style="text-align: center;"><b><i>Вправа «Тяємний тапінг»</i></b></p> <p><i>Мета:</i> оволодіння прийомами релаксації та заспокоєння. <i>Інструкція:</i> Тапінг (від англійського – «tap») означає «постукування». Робочою ділянкою для цієї вправи є останні фаланги пальців на правій та лівій руках. Натискаючи великим пальцем на фаланги, стимулюються нервові закінчення. Ці імпульси пригнічують активність мигдалеподібного тіла – мозкового центру, який відповідає за тривожність. Тапінг можна виконувати в будь-яких умовах, не привертаючи зайвої уваги.</p> |

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      | Повторювати цю вправу можна стільки, скільки потрібно, і в будь-який зручний час, відчувши тривогу або інші неприємні емоції [33, 34, 66].                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Помірний<br/>або<br/>середній</b> | <p>Ознайомлення пацієнта з факторами ризику розвитку захворювань пародонта і психологічна мотиваційна підготовка пацієнта до прийому.</p> <p>Рекомендації щодо організації раціонального режиму праці і відпочинку; дотримання здорового способу життя, огляди в лікаря-стоматолога.</p> <p>Підбір засобів та предметів гігієни, навчання методів раціональної гігієни ротової порожнини (зубів, пародонта тощо).</p> <p>Навчання пацієнтів гігієни ротової порожнини та основ режиму та якості раціонального харчування.</p> <p>Навчання масажу ясен і методу полоскання антисептичними засобами порожнини рота.</p> <p>При помірній тривожності для нормалізації емоційного статусу лікар проводить психологічну підготовку у вигляді роз'яснення, заспокоєння, переконання, схвалення, підбадьорення, наведення прикладів успішного лікування хворих тощо, запевнення пацієнта про буде вжито всіх необхідних заходів для успішного та ефективного лікування.</p> <p>Для лікування та зняття тривожності призначали препарат рослинного походження «Анантаваті» виробника «AnantaMedicareLtd.» (Індія): по 1 таблетці 1 раз на добу протягом 1 місяця.</p> <p>Запропонування та навчання застосування релаксаційних методів для зняття тривожності, напруги та страху.</p> <p>Опанування та застосування вправ дихальної гімнастики для подолання ситуативної тривожності.</p> <p><b>Корекційна вправа «Ритмічне дихання».</b> Помітивши емоційне збудження (хвилювання, напруження, обурення), починайте дихати на «раз — два — три». Вдих (1-2-3), видих (1-2-3). Потім спробуйте зробити видих ще тривалішим (1-5, 1-7). Повторити декілька разів [33, 34].</p> <p><b>Корекційна вправа: «Комбіноване дихання».</b> Цей метод дає змогу одночасно використовувати три групи прийомів профілактики тривожності: уповільнення дихання, підтримання контакту з тілом і розслаблення м'язів тулуба. Для цього необхідно вдихнути спочатку на повні груди так, щоб вони помітно піднялися. Потім «перемістити»</p> |



|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                | <p>повітря до живота (він також має надутися). Видих здійснюється у два етапи: спочатку виштовхуємо повітря із живота, потім — з грудей. 4–5 таких комбінованих вдихів-видихів допоможуть вам відчути себе значно спокійнішим і розслабленим [33, 34].</p> <p>За необхідності запропонувати антистресові рослинні препарати перед відвідуванням лікаря-стоматолога.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Високий</b> | <p>Ознайомлення пацієнта з факторами ризику розвитку захворювань пародонта і психологічна мотиваційна підготовка пацієнта до прийому.</p> <p>Рекомендації щодо організації раціонального режиму праці і відпочинку; дотримання здорового способу життя, огляди в лікаря-стоматолога.</p> <p>Навчання пацієнтів гігієни ротової порожнини та основ режиму і якості раціонального харчування.</p> <p>Навчання масажу ясен і методу полоскання антисептичними засобами порожнини рота.</p> <p>Підбір засобів та предметів гігієни, навчання методів раціональної гігієни ротової порожнини (зубів, пародонта тощо).</p> <p>При помірній тривожності для нормалізації емоційного статусу лікар проводить психологічну підготовку у вигляді роз'яснення, заспокоєння, переконання, схвалення, підбадьорення, наведення прикладів успішного лікування хворих тощо, запевнення пацієнта про буде вжито всіх необхідних заходів для успішного та ефективного лікування.</p> <p>Застосування інформаційно-роздаткових буклетів з корекційними вправами для подолання тривожності та страху.</p> <p>Для лікування та зняття тривожності призначали ноотропний препарат «Ноофен», виробник АТ «Олайнфарм», Латвія) – по 1 таблетці (250 мг) 3 рази на добу протягом 1 місяця. Препарат усуває тривожність, страх, психоемоційну напругу, дратівливість, його призначення контролюється лікарями-психологами.</p> <p>Застосування релаксаційних методів для зняття напруги.</p> <p>Використання корекційних вправ дихальної гімнастики щодо подолання тривожності.</p> <p><b><i>Корекційна вправа «Керування диханням»</i></b></p> <p><b><i>Мета:</i></b> зняття фізичної й емоційної напруги, заспокоєння.</p> |

*Інструкція:* Це ефективний засіб впливу на тонус м'язів і емоційні центри мозку. Повільне і глибоке дихання (за участю м'язів живота) знижує збудливість нервових центрів, сприяє розслабленню. Часте (грудне) дихання, навпаки, забезпечує високий рівень активності організму, підтримує нервово-психічну напругу. Сидячи або стоячи, намагайтеся розслабити м'язи тіла й зосередити увагу на диханні. На рахунок 1-2-3-4 робіть повільний глибокий вдих (при цьому живіт випинається вперед, а грудна клітка залишається нерухомою); на наступні чотири рахунки проводиться затримка дихання; потім плавний видих на рахунок 1-2-3-4; знову затримка перед наступним вдихом на рахунок 1-2-3-4. Вже через 3–5 хвилин такого дихання ви помітите, що ваш стан став помітно спокійнішим і врівноваженішим [39].

***Корекційна вправа «Почергове дихання ніздрями»***

*Мета:* зняття фізичної й емоційної напруги, заспокоєння, зняття тривожності.

*Інструкція:* Закрийте ліву ніздрю, вдихаючи через праву, а потім видихайте лівою ніздрею, закривши праву. У положенні сидячи покладіть ліву руку на ліве коліно. Для початку вдихніть і видихніть. Підніміть праву руку до носа. Зігніть вказівний і середній пальці до долоні, залишивши великий, безіменний і мізинець витягнутими. Великим пальцем правої руки закрийте праву ніздрю. Вдихніть через ліву ніздрю. Закрийте ліву ніздрю безіменним пальцем. Відпустіть праву ніздрю і видихніть. Вдихніть через праву ніздрю. Закрийте праву ніздрю великим пальцем. Відпустіть ліву ніздрю і видихніть. Почергове дихання ніздрями, відоме як Наді Шодхана, є дихальною технікою йоги, яка може знизити артеріальний тиск і покращити увагу. Проте якщо під час виконання вправи людина починає відчувати запаморочення, слід повернутися до нормального дихання [62,66].

***Корекційна вправа «Дихання з частотою»***

*Мета:* допомогти зменшити тривожність і дозволити пацієнту досягти розслабленого стану.

*Інструкція:* Сидячи або лежачи із заплющеними очима, вдихніть через ніс із закритим ротом, рахуючи до шести. Легені не повинні бути занадто повними. Повільно й обережно видихніть, рахуючи до шести, не

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>форсуючи дихання. Продовжуйте вправу за необхідності до 10 хвилин. Після виконання вправи людина повинна залишатися нерухомою та зосередитися на самопочутті протягом кількох хвилин. Хоча частота резонансної частоти дихання різна для різних людей, типовий діапазон становить від 4–5 до 7 вдихів-видихів на хвилину [73].</p> <p style="text-align: center;"><b><i>Корекційна вправа «Дихання по квадрату»</i></b></p> <p><i>Мета:</i> зменшити тривожність.</p> <p><i>Інструкція:</i> потрібно пальцем однієї руки водити по долоні іншої, утворюючи квадрат. На вертикальних гранях уявного квадрата робити вдих/видих, а на горизонтальних – паузи. Вдих–пауза–видих–пауза. Так треба повторювати хвилин п’ять або до заспокоєння »[34, 62].</p> <p style="text-align: center;"><b><i>Вправа. Точка екстреної допомоги під час тривожності</i></b></p> <p>Знайдіть точку між безіменним пальцем та мізинцем і натисніть на неї. Це допомагає заспокоїтися та зняти тривожність [33, 34, 39].</p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Таким чином, у роботі лікаря-стоматолога акцент робиться на лікувально-корекційну підготовку хворого до стоматологічного прийому з метою досягнення комплаєнтності. Важливо, щоб відвідування клініки здійснювалося з метою лікування занедбаного захворювання, сприяючи формуванню мотивації до профілактичних та корекційних заходів і покращення стоматологічного здоров’я.

Після проведеного лікування та корекційних заходів хворим було запропоновано оцінити особистісну (ОТ) та ситуативну (СТ) тривожність у групах з урахуванням гендерних показників за допомогою методики Спілбергера–Ханіна.

Отримані результати показали зниження стоматологічної тривожності та покращення самопочуття хворих.

Результати показників особистісної тривожності в контрольній групі ГП–Кг (n = 30) теж змінилися. До лікування високий рівень ОТ серед хворих на генералізований пародонтит був виявлений в 1 (3,30 %) чоловіка із середнім показником  $45,01 \pm 0,46$  бала. Після лікування кількість чоловіків з високим рівнем ОТ зменшилась до 0 (0,00 %). Серед жінок до лікування

високий рівень ОТ був спостережений у 3 осіб (10,0 %) із середнім показником  $45,02 \pm 0,47$  бала. Після лікування кількість жінок і чоловіків з високим рівнем ОТ зменшилась до 0.

З помірним рівнем особистісної тривожності у контрольній групі було виявлено 5 (16,66 %) чоловіків із середнім показником  $34,22 \pm 0,45$  бала. Після лікування кількість чоловіків з помірним рівнем ОТ зменшилася до 3 (10,00 %) за рахунок зниження високого рівня у хворих на генералізований пародонтит з середнім показником  $31,54 \pm 0,49$  бала. Серед жінок до лікування був виявлений помірний рівень ОТ у 6 (20,00 %) осіб із середнім показником  $33,27 \pm 0,50$  бала. Після лікування кількість жінок з помірним рівнем тривожності зменшилася до 4 (13,33 %) за рахунок зниження високого рівня у хворих на генералізований пародонтит, показник становив  $32,31 \pm 0,48$  бала.

Низький рівень особистісної тривожності у групі ГП–Кг до лікування було спостережено у 8 (26,66 %) хворих чоловіків із середнім показником  $26,73 \pm 0,48$  бала. Після лікування кількість чоловіків з низьким рівнем тривожності становила 11 (36,66 %) осіб за рахунок зниження високого та помірного рівнів тривожності. Середній показник відповідав  $27,25 \pm 0,48$  бала. Серед жінок цієї групи до лікування низький рівень ОТ був виявлений у 7 (23,33 %) осіб із середнім показником  $26,14 \pm 0,44$  бала. Після лікування кількість жінок з низьким рівнем тривожності становила 12 (40,00 %) з середнім показником  $28,15 \pm 0,49$  бала. У чоловіків і жінок контрольної групи також спостережено покращення після лікування та корекційних заходів для зниження тривожності: вони більше усміхалися і навіть жартували, а результати показників статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера. Отримані результати представлені в таблиці 4.4.

Таблиця 4.4

**Результати зниження особистісної тривожності в групах хворих на  
генералізований пародонтит до та після лікування**

| Особистісний рівень<br>тривожності (ОТ)<br>у хворих ГП |          | Хворі на ГП із проявами тривожності,<br>(n = 157) |                               |                               |                   |                               |                               |
|--------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|                                                        |          | (до лікування)                                    |                               |                               | (після лікування) |                               |                               |
|                                                        |          | ГП-КГ<br>(n = 30)                                 | ГП-Т <sup>1</sup><br>(n = 62) | ГП-Т <sup>2</sup><br>(n = 65) | ГП-КГ<br>(n = 30) | ГП-Т <sup>1</sup><br>(n = 62) | ГП-Т <sup>2</sup><br>(n = 65) |
| Низький<br>< 30 балів                                  | Жінки    | 23,3 %                                            | 20,96 %                       | 7,69 %                        | 40,0 %            | 27,41 %*                      | 12,30 %*                      |
|                                                        | чоловіки | 26,6 %                                            | 9,67 %                        | 6,15 %                        | 36,6 %            | 14,51 %*                      | 13,84 %*                      |
| Помірний<br>30–44 б.                                   | жінки    | 20,0 %                                            | 29,03 %                       | 38,46 %                       | 13,3 %            | 33,87%                        | 41,53 %                       |
|                                                        | чоловіки | 16,6 %                                            | 9,67 %                        | 10,76 %                       | 10,0 %            | 8,06%                         | 7,69% **                      |
| Високий<br>45–80 б.                                    | жінки    | 10,0%                                             | 25,80%                        | 29,23 %                       | 0,00 %            | 14,51%                        | 21,53 %*                      |
|                                                        | чоловіки | 3,3 %                                             | 4,83 %                        | 6,15 %                        | 0,00 %            | 1,61%**                       | 3,07 %                        |

Примітка: \*  $p \leq 0,01$ ; \*\*  $p \leq 0,05$  за критерієм Фішера.

До лікування в групі ГП-Т<sup>1</sup> (n = 62) високий рівень ОТ був виявлений у 3 (4,83 %) чоловіків із середнім показником  $53,81 \pm 0,52$  бала. Після лікування кількість чоловіків з високим рівнем ОТ зменшилася до 1 (1,61 %) зі зменшенням середнього показника до  $46,54 \pm 0,50$  бала. До лікування високий рівень ОТ був спостережений у 16 (25,80 %) жінок із середнім показником  $68,81 \pm 0,62$  бала. Після лікування кількість жінок з високим рівнем ОТ зменшилась до 9 (14,51 %) з середнім показником  $47,52 \pm 0,57$  бала. У чоловіків і жінок спостережено покращення після лікування і результати показників статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

До лікування в групі ГП-Т<sup>1</sup> помірний рівень ОТ був виявлений у 6 (9,67 %) чоловіків із середнім показником  $38,22 \pm 0,52$  бала. Після лікування кількість чоловіків з помірним рівнем ОТ зменшилася до 5 (8,06 %) осіб за рахунок зниження високого рівня у хворих до помірної з середнім показником  $35,43 \pm 0,49$  бала. Серед жінок до лікування був спостережений помірний рівень ОТ у 18 (29,03 %) осіб із середнім

показником  $41,22 \pm 0,51$  бала. Після лікування кількість жінок з помірним рівнем тривожності становила 21 (33,87 %) особу за рахунок зниження високого рівня у хворих на генералізований пародонтит до помірного з показником  $37,63 \pm 0,54$  бала. У чоловіків і жінок відзначено покращення після лікування, а результати показників статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

Результати рівня особистісної тривожності у хворих за методикою Спілбергера–Ханіна до лікування представлені на рисунку 4.4.

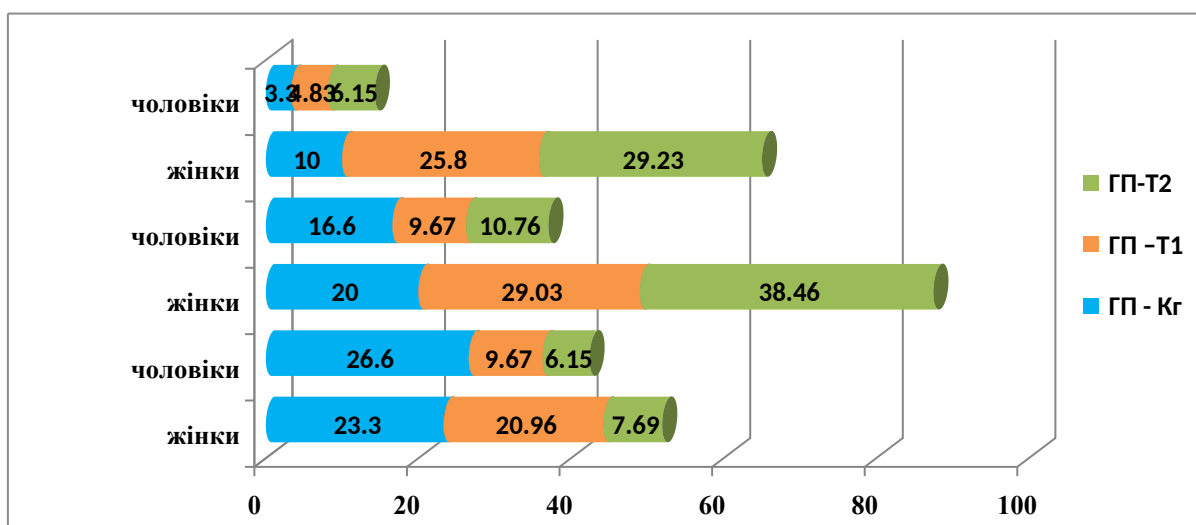


Рис. 4.4. Рівні особистісної тривожності у хворих на генералізований пародонтит до лікування за методикою Спілбергера–Ханіна

У групі ГП–Т<sup>1</sup> низький рівень ОТ був виявлений у 6 (9,67 %) чоловіків із середнім показником  $27,34 \pm 0,48$  бала. Після лікування кількість чоловіків з низьким рівнем тривожності становила 9 (14,51 %) осіб за рахунок зниження високого та помірного рівнів тривожності із середнім показником  $28,39 \pm 0,47$  бала. Серед жінок цієї групи до лікування низький рівень ОТ був спостережений у 13 (20,96 %) осіб із середнім показником  $29,37 \pm 0,43$  бала. Після лікування кількість жінок з низьким рівнем тривожності становила 17 (27,41 %) осіб за рахунок зниження високого та помірного рівнів тривожності у хворих на генералізований пародонтит із середнім показником  $28,71 \pm 0,50$  бала. Зміни свідчать про ефективність застосування комплексної програми подолання тривожності. У чоловіків і

жінок відзначено покращення після лікування, а результати показників статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера. Результати після лікування представлені на рисунку 4.5.

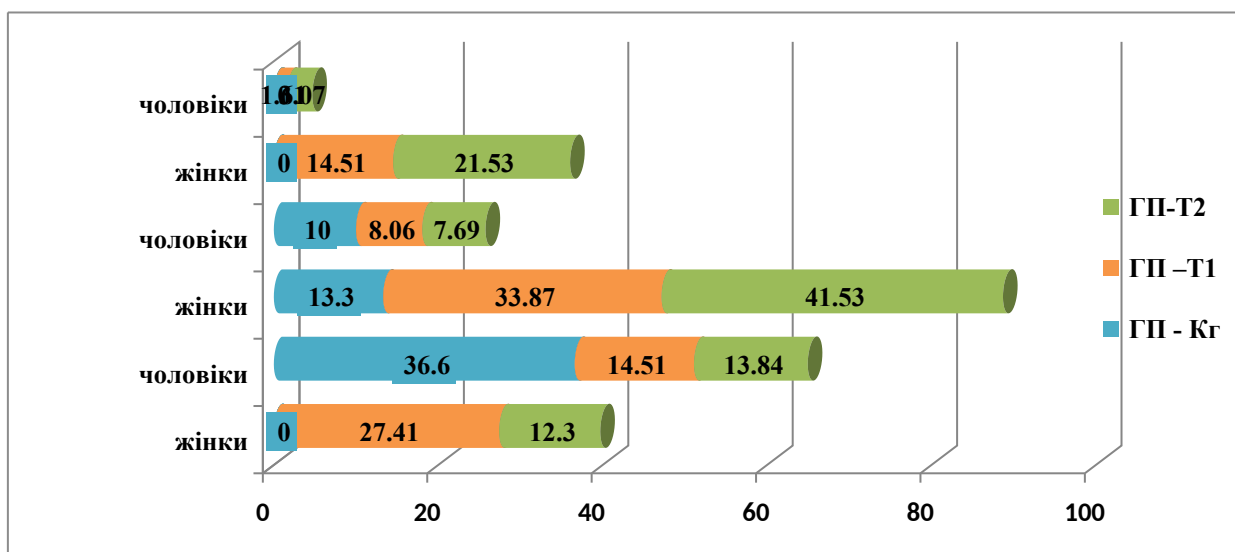


Рис. 4.5. Рівні особистісної тривожності у хворих на генералізований пародонтит після лікування за методикою Спілберґера–Ханіна

У групі ГП–T<sup>2</sup> (n = 65) хворих на генералізований пародонтит високий рівень ОТ був виявлений у 4 (6,15 %) чоловіків із середнім показником  $61,33 \pm 0,55$  бала. Після лікування кількість чоловіків з високим рівнем особистісної тривожності зменшилася до 2 (3,07 %) з середнім показником  $48,83 \pm 0,58$  бала. Серед жінок до лікування високий рівень ОТ був спостережений у 19 (29,23 %) осіб із середнім показником  $72,34 \pm 0,63$  бала. Після лікування кількість жінок з високим рівнем особистісної тривожності зменшилась до 14 (21,53 %), відповідно середній показник знизився також до  $57,46 \pm 0,61$  бала. У чоловіків і жінок відзначено покращення після лікування, а результати показників статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

До лікування у групі ГП–T<sup>2</sup> помірний рівень ОТ був виявлений у 7 (10,76 %) чоловіків із середнім показником  $37,31 \pm 0,49$  бала. Після лікування кількість чоловіків з помірним рівнем особистісної тривожності становила 5 (7,69 %) осіб за рахунок зниження високого рівня із середнім показником  $33,52 \pm 0,51$  бала. Серед жінок до лікування був спостережений помірний

рівень особистісної тривожності у 25 (38,46 %) осіб із середнім показником  $43,54 \pm 0,52$  бала. Після лікування кількість жінок з помірним рівнем тривожності становила 27 (41,53 %) за рахунок зниження високого рівня до помірного та низького, середній показник становив  $39,11 \pm 0,52$  бала. У чоловіків і жінок відзначено покращення після лікування та корекційних заходів для зниження тривожності, а результати показників статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

У групі ГП–Т<sup>2</sup> низький рівень ОТ був виявлений у 4 (6,45 %) хворих чоловіків із середнім показником  $28,21 \pm 0,49$  бала. Після лікування кількість чоловіків з низьким рівнем тривожності становила 9 (13,84 %) осіб за рахунок зниження високого та помірного рівнів тривожності із середнім показником  $29,17 \pm 0,48$  балів. Серед жінок цієї групи до лікування низький рівень ОТ був спостережений у 5 (7,69 %) осіб із середнім показником  $28,96 \pm 0,47$  бала. Після лікування кількість жінок з низьким рівнем тривожності становила 8 (12,30 %) осіб за рахунок зниження високого та помірного рівнів тривожності із середнім показником  $27,93 \pm 0,52$  бала. Зміни свідчать про значну ефективність застосування комплексної програми подолання тривожності. У чоловіків і жінок відзначено покращення після лікування та корекційно-профілактичних заходів, а результати показників статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

Крім того, була проаналізована *ситуативна тривожність* до і після лікувально-профілактичних заходів та корекційних вправ. До лікування в контрольній групі ГП–Кг ( $n = 30$ ) у хворих на генералізований пародонтит високий рівень СТ був виявлений у 3 (10,0 %) чоловіків із середнім показником  $46,03 \pm 0,48$  бала. Після лікування кількість чоловіків з високим рівнем СТ зменшився до 1 (3,33 %). Серед жінок до лікування високий рівень ситуативної тривожності в контрольній групі ГП–Кг був виявлений у 4 (13,3 %) осіб із середнім показником  $41,15 \pm 0,48$  бала. Після лікування кількість жінок з високим рівнем ситуативної тривожності зменшилась до 1 (3,33 %).



У контрольній групі ГП–Кг помірний рівень СТ було виявлено в 7 (23,30 %) чоловіків із середнім показником  $32,31 \pm 0,46$  бала. Після лікування кількість чоловіків становила 8 (12,90 %) осіб із середнім показником  $31,67 \pm 0,48$  бала. Серед жінок до лікування помірний рівень СТ був спостережений у 7 (23,30 %) осіб із середнім показником  $35,18 \pm 0,52$  бала. Після лікування кількість жінок становила 8 (26,60 %) хворих із середнім показником  $33,89 \pm 0,49$  бала (таблиця 4.5).

Таблиця 4.5

**Результати вивчення ситуативної тривожності у хворих на генералізований пародонтит до та після лікування**

| Ситуативний<br>рівень тривожності<br>(СТ) у хворих ГП |          | Хворі на ГП із проявами тривожності<br>(n = 157) |                               |                               |                   |                               |                               |
|-------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|                                                       |          | (до лікування)                                   |                               |                               | (після лікування) |                               |                               |
|                                                       |          | ГП–Кг<br>(n = 30)                                | ГП–Т <sup>1</sup><br>(n = 62) | ГП–Т <sup>2</sup><br>(n = 65) | ГП–Кг<br>(n = 30) | ГП–Т <sup>1</sup><br>(n = 62) | ГП–Т <sup>2</sup><br>(n = 65) |
| 1                                                     | 2        | 3                                                | 4                             | 5                             | 6                 | 7                             | 8                             |
| Низький<br>< 30 балів                                 | жінки    | 16,6 %*                                          | 9,67 %**                      | 10,70 %                       | 23,3 %*           | 19,35 %**                     | 16,92 %*                      |
|                                                       | чоловіки | 13,33 %*                                         | 3,22 %*                       | 1,53 %                        | 16,6 %*           | 8,06 %*                       | 7,69 %*                       |
| Помірний<br>30–44 балів                               | жінки    | 23,33 %                                          | 30,64 %                       | 29,23 %                       | 26,60 %           | 29,03 %                       | 30,76 %                       |
|                                                       | чоловіки | 23,33 %                                          | 12,90 %                       | 13,84 %                       | 26,60 %           | 11,29 %                       | 10,76 %**                     |
| Високий<br>45–80 балів                                | жінки    | 13,33 %*                                         | 35,48 %                       | 35,38 %*                      | 3,33 %*           | 27,41 %                       | 27,69 %*                      |
|                                                       | чоловіки | 10,0 %                                           | 8,06 %                        | 9,23 %                        | 3,33 %            | 4,84 %                        | 6,15 %                        |

Примітка: \*  $p \leq 0,01$ ; \*\*  $p \leq 0,05$  за критерієм Фішера.

У контрольній групі ГП–Кг до лікування низький рівень СТ був виявлений у 4 (26,66 %) чоловіків із середнім показником  $27,65 \pm 0,49$  бала. Після лікування кількість чоловіків з низьким рівнем тривожності становила 5 (16,6 %) осіб за рахунок зниження високого та помірного рівнів тривожності із середнім показником  $26,94 \pm 0,48$  бала. Серед жінок цієї групи до лікування низький рівень СТ був спостережений у 5 (16,6 %) осіб із середнім показником  $28,33 \pm 0,47$  бала. Після лікування кількість жінок з

низьким рівнем тривожності становила 7 (23,33 %) осіб із середнім показником  $27,86 \pm 0,49$  бала. У чоловіків і жінок контрольної групи також відзначено покращення після лікування та корекційних заходів щодо зниження тривожності, а результати показників статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

Результати показників статистично достовірні ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера (рисунок 4.6).

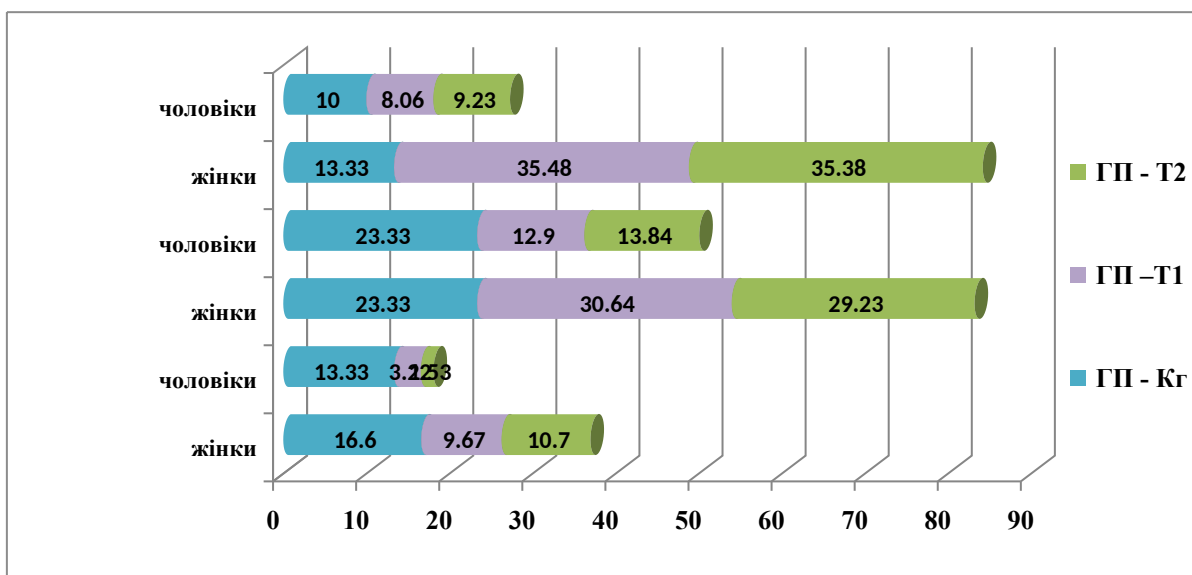


Рис. 4.6. Рівні ситуативної тривожності у хворих на генералізований пародонтит до лікування за методикою Спілбергера–Ханіна

У групі ГП–Т<sup>1</sup> (n = 62) до лікування високий рівень СТ був виявлений у 22 (35,48 %) жінок із середнім показником  $67,11 \pm 0,58$  бала. Після лікування кількість жінок з високим рівнем СТ зменшилася до 17 (27,41 %) із середнім показником  $45,88 \pm 0,56$  бала. Серед чоловіків високий рівень СТ був спостережений у 5 (8,06 %) осіб. Після лікування кількість чоловіків з високим рівнем СТ зменшилася до 3 (4,83 %).

У групі ГП–Т<sup>1</sup> до лікування помірний рівень СТ був виявлений у 8 (12,90 %) осіб чоловічої статі із середнім показником  $35,84 \pm 0,50$  бала. Після лікування кількість чоловіків зменшилось до 7 (11,29 %) осіб із середнім показником  $32,25 \pm 0,49$  бала. Серед жінок до лікування помірний рівень СТ був спостережений у 19 (30,64 %) осіб. Після лікування та корекційних

заходів кількість жінок становила 18 осіб (29,03 %) із середнім показником  $40,13 \pm 0,52$  бала. Результати показників статистично достовірні ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

Рівні ситуативної тривожності у хворих за методикою Спілбергера–Ханіна до лікування представлені на рисунку 4.7.

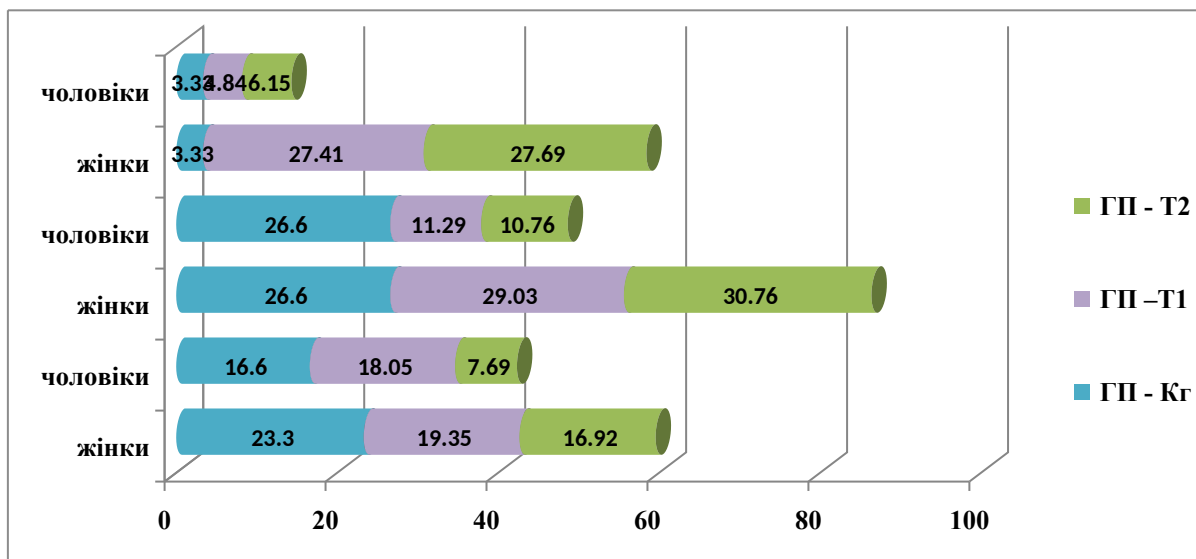


Рис. 4.7. Рівні ситуативної тривожності у хворих на генералізований пародонтит за методикою Спілбергера–Ханіна після лікування

Низький рівень у групі ГП–T<sup>1</sup> СТ до лікування мали 2 (3,22 %) чоловіки та 6 (9,67 %) жінок. Після корекційно-профілактичних заходів кількість чоловіків становила 5 (8,06 %) осіб із середнім показником  $26,63 \pm 0,54$  бала. Серед жінок до лікування низький рівень СТ був спостережений у 12 (19,35 %) осіб із середнім показником  $29,21 \pm 0,54$  бала. Результати показників статистично достовірні ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

У групі ГП–T<sup>2</sup> (n = 65) до лікування високий рівень СТ був виявлений у 6 (9,23 %) чоловіків з середнім показником  $63,71 \pm 0,52$  бала. Після лікування кількість чоловіків становила 4 (6,15 %) осіб. У решти ситуативна тривожність знизилася з високої до помірної із середнім показником  $46,51 \pm 0,52$  бала. Серед жінок до лікування високий рівень СТ був спостережений у 23 (35,38 %) осіб із середнім показником  $75,23 \pm 0,68$

бала. Після лікування кількість жінок становила 18 (27,69 %) осіб із середнім показником до  $61,21 \pm 0,58$  бала.

У групі ГП–Т<sup>2</sup> до лікування помірний рівень СТ був виявлений у 9 (13,84 %) осіб чоловічої статі із середнім показником  $35,84 \pm 0,50$  бала. Після лікування кількість чоловіків групи зменшилася до 7 (10,76 %) осіб із середнім показником  $31,25 \pm 0,49$  бала. Серед жінок, хворих на генералізований пародонтит, помірний рівень СТ до лікування був спостережений у 19 (41,53%) осіб. Після лікування та корекційних заходів кількість жінок групи становила 20(30,76 %) осіб за рахунок зниження високого рівня СТ із середніми показниками  $40,13 \pm 0,52$  бала. Результати показників статистично достовірні ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

У групі ГП–Т<sup>2</sup> до лікування низький рівень СТ серед чоловіків був виявлений в 1 (1,53 %) особи. Після лікування кількість чоловіків становила вже 5 (7,69 %) осіб за рахунок зниження високого та помірного рівнів СТ із середніми показниками  $24,73 \pm 0,48$  бала. Серед жінок до лікування низький рівень СТ був спостережений у 7 (10,70 %) осіб. Після лікування та корекції кількість жінок становила 11 (16,92 %) за рахунок зниження високого та помірного рівнів СТ із середніми показниками  $26,17 \pm 0,49$  бала. Результати показників статистично достовірні ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера. Зміни свідчать про ефективність застосування комплексної програми подолання тривожності.

Результати лікування та корекційно-профілактичних заходів у чоловіків і жінок усіх груп показали зниження рівня ситуативної тривожності та покращення самопочуття. Аналіз результатів до та після лікування показує, що хворі, які мали генералізований пародонтит II ступеня та високий рівень тривожності, лікувалися довше, ніж ті пацієнти які мали помірний рівень тривожності. В 1 (1,54 %) пацієнта навіть спостерігали погіршення стану тканин пародонта, де рівень ситуативної тривожності був постійним, що становило  $74,26 \pm 0,62$  бала.

Після лікування та корекційно-профілактичних заходів було проведене анкетування хворих за шкалою стоматологічної тривожності Кораха DAS. Аналіз результатів дослідження довів, що показники тривожності знизилися, а саме:

- очікували на візит до стоматолога більш спокійно до лікування 34 (21,65%) після лікування прояви тривожності зменшились і вже 49 (31,21%) жінок та 34 (21,65%) чоловіки очікували візит спокійніше;

- не відчували жодних особливих переживань до лікування було 23 (14,64%) жінок і 12 (7,64%) чоловіків, то після профілактики і корекції не відчували переживань 35 (22,29%) жінок 18 (11,46%) чоловіків.

Результати анкетування представлені в таблиці 4.6.

Таблиця 4.6

**Порівняльні показники за шкалою Кораха у хворих на ГП із проявами тривожності до та після лікувально-корекційних заходів**

| Відповіді                                   | Хворі на ГП із проявами тривожності, (n = 157) |       |          |       |                            |         |          |         |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------|-------|----------|-------|----------------------------|---------|----------|---------|
|                                             | До лікування і корекції                        |       |          |       | Після лікування і корекції |         |          |         |
|                                             | Жінки                                          |       | Чоловіки |       | Жінки                      |         | Чоловіки |         |
|                                             | n                                              | %     | n        | %     | n                          | %       | n        | %       |
| 1                                           | 2                                              | 3     | 4        | 5     | 6                          | 7       | 8        | 9       |
| Очікую на візит до стоматолога спокійно     | 34                                             | 21,65 | 20       | 12,73 | 49                         | 31,21** | 34       | 21,65** |
| Не відчуваю жодних особливих переживань     | 23                                             | 14,64 | 12       | 7,64  | 35                         | 22,29** | 18       | 11,46   |
| Маю деяке занепокоєння                      | 23                                             | 14,64 | 26       | 16,56 | 18                         | 11,46*  | 15       | 9,55**  |
| Боюся болючих відчуттів                     | 59                                             | 37,5  | 26       | 16,56 | 33                         | 21,01** | 16       | 10,19** |
| Серйозно наляканий/а можливими діями лікаря | 39                                             | 24,80 | 29       | 18,47 | 27                         | 17,19   | 14       | 8,91**  |

Примітка: \*  $p \leq 0,01$ ; \*\*  $p \leq 0,05$  за критерієм Фішера.

- Мали деяке занепокоєння до лікування 23 (14,64%) жінок і 26 (16,56%) чоловіків, то після проведених лікувально-корекційних та профілактичних заходів занепокоєння не турбували 18 (11,44 %) жінок і 15 (9,55 %) чоловіків;

- боялися болячих відчуттів до лікування 59 (37,5%) жінок і 26 (16,56%) чоловіків, після лікування відсоток знизився у 33 (21,01 %) жінки і 16 (10,19 %) чоловіків;

- під час думок про прийом у стоматолога дуже налякані можливими діями стоматолога до лікування були 39 (24,80%) жінок і 29 (18,47%) чоловіків, то вже після корекційних вправ можливі дії стоматолога не лякали 27 (17,19 %) жінок і 14 (8,91 %) чоловіків.

До проведення профілактичних заходів та виконання корекційних вправ занепокоєння відчували 23 (14,64 %) жінки і 26 (16,56 %) чоловіків.

Після лікування та корекції тривожність збереглася у 18 (11,46 %) жінок і 15 (9,55 %) чоловіків. Отримані результати корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

Пацієнти стали спокійніше очікувати візит до стоматолога. До лікування це спостерігалось в 34 (21,65 %) жінок і 20 (12,73 %) чоловіків, а після корекції та виконання профілактичних вправ – у 49 (31,21 %) жінок і 34 (21,65 %) чоловіків. Результати корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

Отже, отримані результати за шкалою стоматологічної тривожності Кораха DAS до та після лікування у жінок і чоловіків свідчать про те, що корекційно-профілактичні й просвітницькі заходи сприяють зниженню тривожності та страху у хворих на генералізований пародонтит під час відвідування стоматологічної клініки. Це позитивно впливає на результати проведення стоматологічних маніпуляцій, забезпечує більш точне виконання лікувального протоколу стоматологом, а також сприяє легшому перебігу захворювання та швидшому одужанню пацієнтів із низьким рівнем тривожності.

#### **4.3. Гендерний аналіз результатів обстеження фізіологічних і поведінкових проявів у хворих на генералізований пародонтит**

Після проведення лікувально-корекційних та профілактичних заходів згідно завдань дослідження нами проводилось повторне спостереження щодо

фізіологічних та поведінкових проявів у хворих під час лікування. Після порівняння результатів до лікування і після ми прийшли до висновків, що пришвидшене серцебиття до лікування відчували 29 жінок (25,8%) і 17 чоловіків (13,3%), після лікування знижується кількість тих хворих що мають прискорене серцебиття, а саме 16 жінок (10,1%) і 8 чоловіків (5,0%); тремор та пітливість рук спостерігали у себе перед лікуванням 22 (14,0%) жіночої статі та 16 (10,1%) осіб чоловічої статі, після лікувально-корекційних та профілактичних заходів проявів на фізіологічному та поведінковому рівні зменшилось у 11 (7,0%) жінок і 8 (5,1%) чоловіків. Результати корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера. (табл. 4.7).

Таблиця 4.7.

**Гендерний аналіз фізіологічних змін та поведінкових проявів у хворих на захворювання пародонта із проявами тривожності**

| Фізіологічні зміни та поведінкові прояви | Кіл-ть пацієнтів (n=157)<br>(до лікування) |      |                    |      | Кіл-ть пацієнтів (n=157)<br>(після лікування) |        |                    |        |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|------|--------------------|------|-----------------------------------------------|--------|--------------------|--------|
|                                          | Жінки<br>(n=112)                           |      | Чоловіки<br>(n=45) |      | Жінки<br>(n=112)                              |        | Чоловіки<br>(n=45) |        |
|                                          | n                                          | %    | n                  | %    | n                                             | %      | n                  | %      |
| Пітливість рук                           | 22                                         | 19,6 | 16                 | 35,5 | 14                                            | 12,5*  | 10                 | 22,2** |
| Пришвидшене серцебиття                   | 29                                         | 25,8 | 17                 | 37,7 | 16                                            | 14,2** | 12                 | 26,6   |
| Тремтіння, утруднене дихання             | 12                                         | 10,7 | 6                  | 13,3 | 1                                             | 0,8**  | 1                  | 2,2    |
| Проблеми зі шлунком, нудота.             | 7                                          | 6,2  | 3                  | 6,6  | 1                                             | 0,8    | 0                  | 0      |
| Збудливість, нетерплячість               | 9                                          | 8,1  | 14                 | 31,1 | 3                                             | 2,6*   | 9                  | 20,0** |
| М'язове напруження                       | 13                                         | 11,6 | 9                  | 20,0 | 4                                             | 3,5    | 4                  | 8,8    |
| Тривожний стан, хвилювання               | 27                                         | 24,1 | 8                  | 17,7 | 17                                            | 15,1*  | 5                  | 11,1*  |
| Роздратування, агресивність              | 12                                         | 10,7 | 18                 | 40,0 | 7                                             | 6,5    | 11                 | 24,4** |
| Паніка, страх, напруженість              | 10                                         | 8,9  | 4                  | 8,8  | 5                                             | 4,4    | 1                  | 2,2    |
| Зміна кольору шкіри, блідість            | 6                                          | 5,3  | 2                  | 4,4  | 4                                             | 3,5    | 1                  | 2,2    |

Також високими показниками які відмічали хвори у себе перед корекційними заходами були тривожний стан, хвилювання у жінок 27 (17,1%) жінок, а роздратування у себе відмічали – 18 (11,4%) чоловіків, після

лікування показники знизились до у жінок 17 (15,1%), у чоловіків до 5 (11,1%). Паніка, страх, напруження до лікування спостерігалось у 10 (8,9%) жінок і 5 (4,4%) чоловіків, після лікування та корекційних вправ відбулось зниження напруження та страху і залишалось у 4 (8,8%) жінок і 1 (2,2%) чоловіка. Результати корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

Графічно результати спостереження фізіологічних та поведінкових проявів у хворих на захворювання пародонта асоційованих з тривожністю до лікування і після лікування представлено на рисунку 4.8 та 4.9.

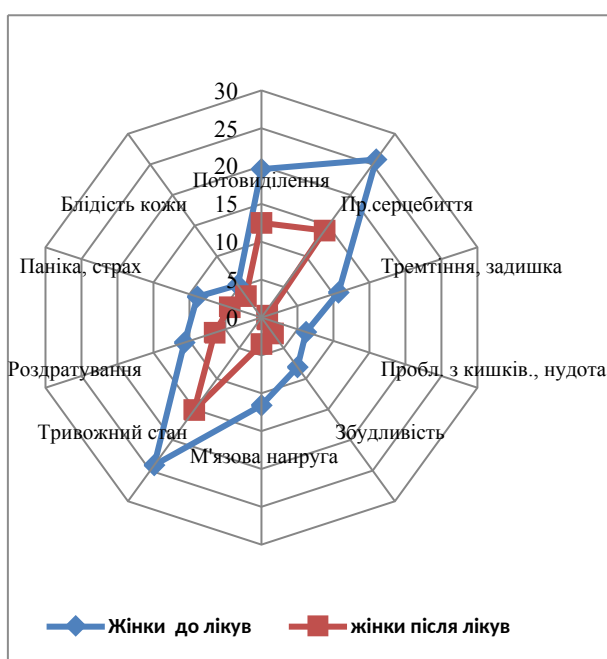


Рис. 4.8. Аналіз результатів обстеження фізіологічних і поведінкових проявів жінок до та після лікування

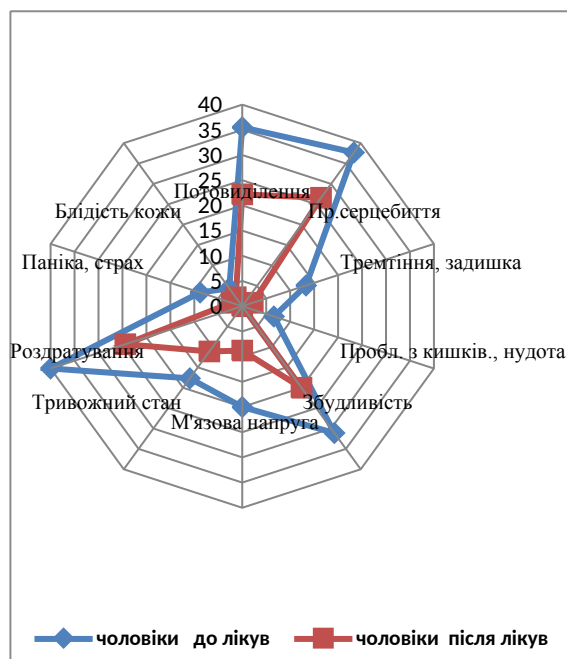


Рис. 4.9. Аналіз результатів обстеження фізіологічних і поведінкових проявів у чоловіків до та після лікування

Отже, доведено, що фізіологічні та поведінкові прояви, такі як підвищений артеріальний тиск, пришвидшене серцебиття, утруднене дихання, м'язове напруження, спазми в горлі, тривожний стан, тощо, після проведення лікувально-корекційних та профілактичних заходів змінилися.



#### 4.4. Результати оцінки якості життя хворих до та після проведених лікувано-корекційних і профілактичних заходів

До початку лікування в пацієнтів із захворюваннями пародонта спостерігалось значне зниження якості життя за опитувальником ОНІР-14. Після проведеного курсу лікувально-профілактичних заходів та корекційних вправ відзначено нормалізацію клінічної картини пародонта, суттєве поліпшення самопочуття хворих і зниження рівня тривожності. Найбільш виражений клінічний ефект був зафіксований у групі хворих із початково високим рівнем тривожності. При аналізі результатів повторного опитування після лікування та порівняння показників хворих за формою ОНІР-14 було виявлено, що в контрольній групі ГП–Кг покращення якості життя відбулося за всіма критеріями з  $24,0 \pm 3,49$  до  $11,0 \pm 1,32$  бала. У групі ГП–Т<sup>1</sup> після лікування також спостережено зниження загального показника з  $41,0 \pm 6,04$  до  $24,0 \pm 6,04$  бала. Результати оцінки якості життя у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності представлені в таблиці 4.8.

Таблиця 4.8.

#### Показники якості життя хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності до та після лікування

| Критерії                                      | Група ГП–Кг                       |                                        | Група ГП–Т <sup>1</sup>           |                                       | Група ГП–Т <sup>2</sup>           |                                       |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
|                                               | До лікування                      | Після лікування                        | До лікування                      | Після лікування                       | До лікування                      | Після лікування                       |
| Проблеми прийому їжі (сума балів п.п. 1-5)    | $8,0 \pm 1,14$                    | $4,0 \pm 0,45$                         | $14,0 \pm 2,12$                   | $9,0 \pm 1,25$                        | $19,0 \pm 3,11$                   | $11,0 \pm 1,32$                       |
| Проблеми в спілкуванні (сума балів п.п. 6-10) | $7,0 \pm 1,11$                    | $3,0 \pm 0,42$                         | $15,0 \pm 2,18$                   | $8,0 \pm 1,14$                        | $16,0 \pm 2,34$                   | $9,0 \pm 1,22$                        |
| Повсякденне життя (сума балів п.п. 11-14)     | $9,0 \pm 1,24$                    | $4,0 \pm 0,45$                         | $12,0 \pm 1,74$                   | $7,0 \pm 1,11$                        | $14,0 \pm 2,19$                   | $9,0 \pm 1,23$                        |
| Загальна якість життя (сума балів п.п. 1-14)  | <b><math>24,0 \pm 3,49</math></b> | <b><math>11,0 \pm 1,32^{**}</math></b> | <b><math>41,0 \pm 6,04</math></b> | <b><math>24,0 \pm 3,5^{**}</math></b> | <b><math>49,0 \pm 7,64</math></b> | <b><math>29,0 \pm 3,77^{*}</math></b> |

Примітка: \*  $p \leq 0,01$ ; \*\*  $p \leq 0,05$  за критерієм Фішера.

Хворі групи ГП–Т<sup>2</sup> після лікування теж відмічали зміни загальних показників з  $49,0 \pm 7,64$  до  $29,0 \pm 3,77$  бала. Аналіз показників домену «Проблеми прийому їжі» після лікування в контрольній групі ГП–Кг показав суттєве зниження загального показника з  $8,0 \pm 1,14$  до  $4,0 \pm 0,45$  бала. У групі ГП–Т<sup>1</sup> цей показник з  $14,0 \pm 2,12$  змінився до  $9,0 \pm 1,25$  бала. У групі ГП–Т<sup>2</sup> теж спостережено поліпшення з  $19,0 \pm 3,11$  до  $11,0 \pm 1,32$  бала. Після завершення лікувально-профілактичних заходів хворі відзначили покращення якості життя, зокрема щодо проблем із вживанням їжі, що підтверджується статистичним аналізом ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера. За доменом «Проблеми в спілкуванні» у хворих контрольної групи ГП–Кг після лікування показник покращився з  $7,0 \pm 1,11$  до  $3,0 \pm 0,42$  бала. У групі ГП–Т<sup>1</sup> показник змінився з  $15,0 \pm 2,18$  до  $8,0 \pm 1,14$  бала. У групі ГП–Т<sup>2</sup> теж спостережено покращення показника з  $19,0 \pm 3,11$  до  $11,0 \pm 1,32$  бала. Графічно це представлено на рисунку 4.10.

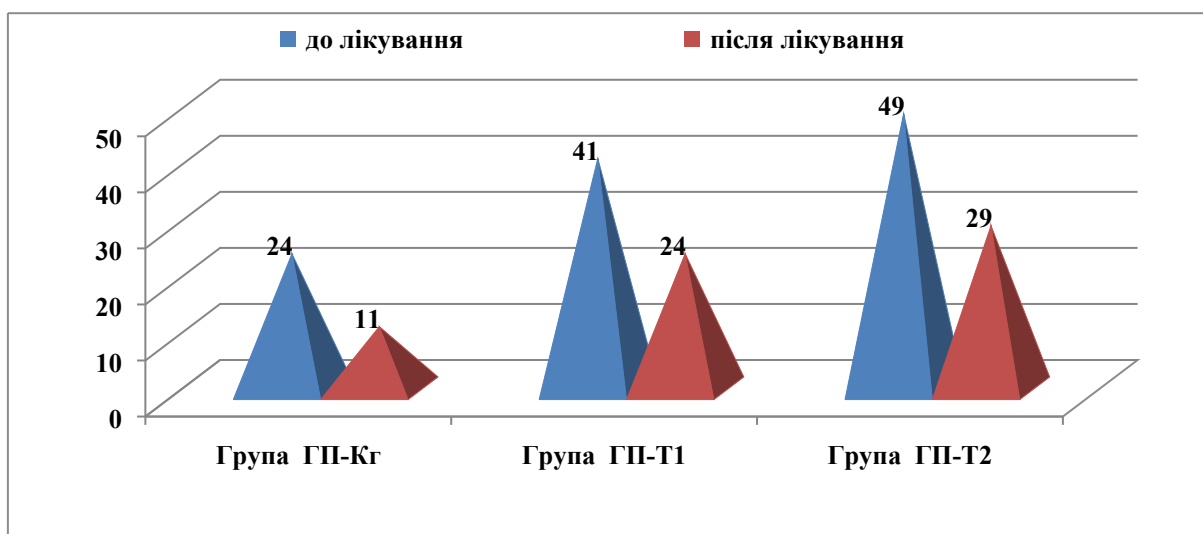


Рис. 4.10. Загальні показники якості життя хворих на генералізований пародонтит до та після лікування

Після завершення лікування хворі на генералізований пародонтит із проявами тривожності засвідчили поліпшення якості життя, що стосується проблем зі спілкуванням – підтверджується статистичним аналізом ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

Значення показників домену «Повсякденне життя» до лікування в контрольній групі ГП–Кг становило  $9,0 \pm 1,24$ , після лікування знизилося до  $4,0 \pm 0,45$  бала. У групі ГП–Т<sup>1</sup> до лікувальних процедур цей показник був  $12,0 \pm 1,74$  бала, після лікування зменшився до  $7,0 \pm 1,11$  бала. У групі ГП–Т<sup>2</sup> до лікування хворі також скаржилися на проблеми в повсякденному житті, і показник становив  $14,0 \pm 2,19$  бала, тоді як після лікування спостерігалось покращення і значення показника знизилося до  $9,0 \pm 1,23$  бала. Завершивши лікувально-профілактичні процедури, хворі на генералізований пародонтит із проявами тривожності відзначали покращення якості життя, що підтверджується статистичним аналізом ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

Проведене дослідження показало, що наявність захворювань пародонта знижує рівень суб'єктивного відчуття якості життя хворих, а підвищена тривожність ускладнює процес лікування.

Отже, результати дослідження свідчать про те, що якість життя у пацієнтів із проявами тривожності є змінною категорією залежно від віку, фізіологічних та психологічних чинників, а також під впливом лікувальних і профілактичних заходів. З огляду на це, оцінка якості життя має проводитися в динаміці й ураховуватися лікарем-стоматологом для надання більш ефективної допомоги хворим на генералізований пародонтит із проявами тривожності. Комплексні лікувальні та профілактично-корекційні заходи сприяють зниженню тривожності та покращують якість життя. Здійснення моніторингу якості життя хворих із генералізованим пародонтитом на етапах лікувальної та корекційної стоматологічної допомоги дало нам змогу скоригувати подальшу тактику ведення пацієнтів із проявами тривожності.

Варто зауважити, що захворювання пародонта у хворих із проявами тривожності призводять до значного зниження функціональних можливостей, створюють труднощі спілкуванні та погіршують якість повсякденного життя. Ці стоматологічні проблеми є не лише медичними, а й мають важливе соціальне та психологічне значення, оскільки безпосередньо впливають на загальне самопочуття та якість життя пацієнтів.

#### 4.5. Результати визначення рівня кортизолу як маркера стоматологічної тривожності у хворих на генералізований пародонтит

Результати визначення рівня кортизолу в ротовій рідині показали, що хворі на генералізований пародонтит з помірним та високим рівнем тривожності мають високий та середній рівень кортизолу в слині порівняно з контрольною групою. Так, середні показники рівня кортизолу в контрольній групі ГП–Кг до лікування становили  $2,3 \pm 1,43$  нг/мл на ранок 10:00 у віковій підгрупі 35–44 років (молодий вік). Після лікування він суттєво не змінився і становив  $2,2 \pm 1,2$  нг/мл.

У віковій підгрупі 45–55 років (середній вік) рівень кортизолу до лікування становив  $2,5 \pm 1,5$  нг/мл, а після нього несуттєво зменшився до  $2,4 \pm 1,4$  нг/мл. У групі ГП–Тр<sup>2</sup> з високим рівнем тривожності середній показник рівня кортизолу в слині до лікування у віковій підгрупі 35–45 років (молодий вік) становив  $6,09 \pm 3,2$  нг/мл. Після проведених процедур він зменшився до  $3,08 \pm 1,7$  нг/мл, що значно корелює з результатами по групі ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішером.

Результати рівня кортизолу у хворих до та після лікування представлені в таблиці 4.9.

Таблиця 4.9

##### Динаміка рівня кортизолу у хворих до та після лікування

| Групи          |       | Ранок<br>10.00     | Ранок<br>10.00     | День<br>15.00      | День<br>15.00      | Вечір -<br>21.00   | Вечір -<br>21.00   |
|----------------|-------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|                |       | (до лікув.)        | (піс.лікув.)       | (до лікув.)        | (піс.лікув.)       | (до лікув.)        | (піс.лікув.)       |
| Вік            |       | рівень Кг<br>нг/мл | рівень Кг<br>нг/мл | рівень Кг<br>нг/мл | рівень Кг<br>нг/мл | рівень Кг<br>нг/мл | рівень Кг<br>нг/мл |
|                |       | (сер. зн.)         | (сер. зн.)         | (сер. зн.)         | (сер. зн.)         | (сер. зн.)         | (сер. зн.)         |
| ГП–            | 35-44 | 2,3 ± 1,4          | 2,2 ± 1,2          | 1,07 ± 0,6         | 0,77 ± 0,6         | 1,32 ± 1,1         | 0,92 ± 0,5         |
| Кг             | 45-55 | 2,5 ± 1,5          | 2,4 ± 1,4          | 1,25 ± 0,7         | 0,85 ± 0,5         | 1,44 ± 1,3         | 0,98 ± 1,6         |
| ГП–            | 35-44 | 3,02 ± 1,8         | 2,52 ± 1,5*        | 1,69 ± 0,8         | 1,09 ± 0,6*        | 1,35 ± 1,2         | 1,15 ± 1,6         |
| Т <sup>1</sup> | 45-55 | 3,71 ± 1,9         | 2,77 ± 1,5*        | 1,98 ± 0,8         | 1,12 ± 1,5*        | 1,85 ± 1,4         | 1,20 ± 1,7*        |
| ГП–            | 35-44 | 6,09 ± 3,2         | 3,08 ± 1,7**       | 2,47 ± 1,5         | 1,29 ± 1,7**       | 2,18 ± 1,1         | 1,14 ± 1,6*        |
| Т <sup>2</sup> | 45-55 | 7,24 ± 4,3         | 3,32 ± 1,8**       | 2,95 ± 1,6         | 1,35 ± 1,6*        | 2,69 ± 1,4         | 1,19 ± 1,5*        |

Примітка: \*  $p \leq 0,01$ ; \*\*  $p \leq 0,05$  за Фішером.

У підгрупі 45–55 років до лікування на ранок 10:00 рівень кортизолу був підвищений та становив  $7,24 \pm 4,3$  нг/мл. Після проведення процедур він знизився до  $3,32 \pm 1,8$  нг/мл, що значно корелює з результатами по групі ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

Таким чином, збільшення рівня запалення тканин пародонта при генералізованому пародонтиті та підвищення рівня тривожності збільшує рівень кортизолу в слині. Після проведеного лікування результати в групах суттєво змінилися, що статистично достовірно ( $p < 0,05$ ) відрізнялося від показників контрольної групи. Графічно результати середнього рівня кортизолу у хворих на генералізований пародонтит до та після лікування представлено на рисунках 4.9 та 4.10.

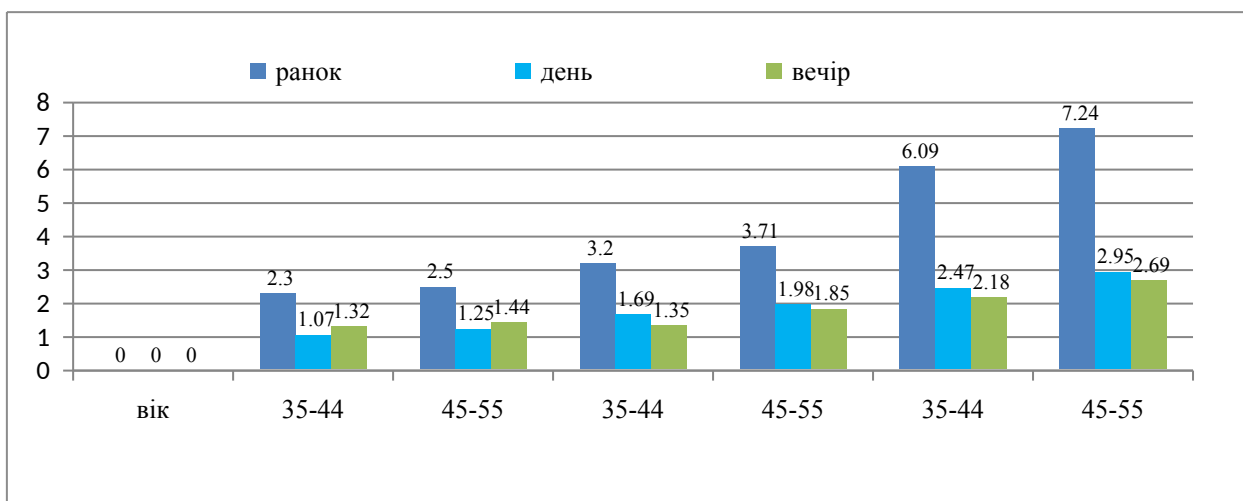
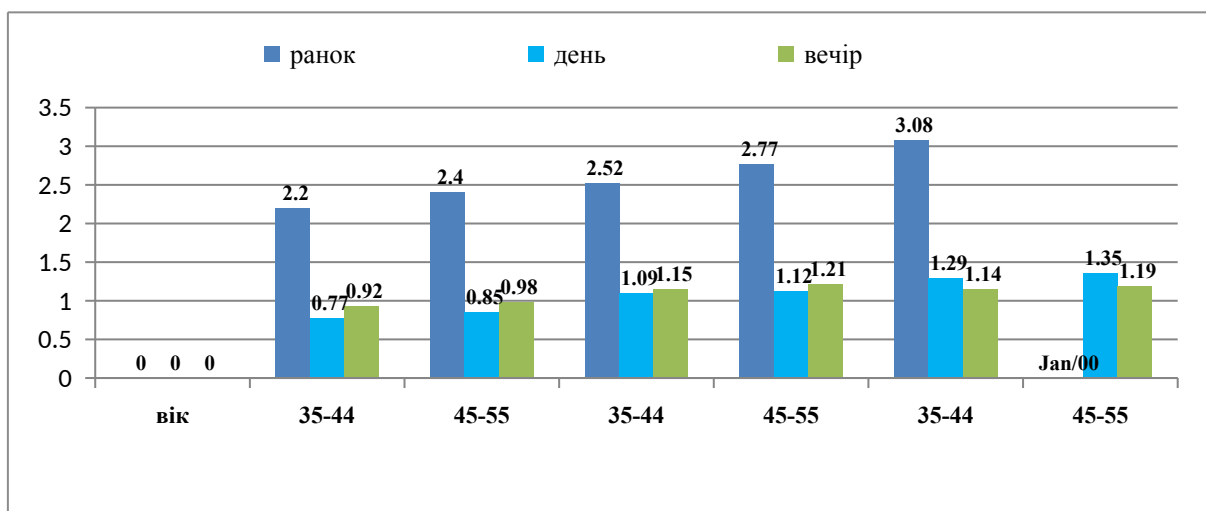


Рис. 4.10. Графічне зображення рівня кортизолу у хворих до лікування

У групах ГП–Т<sup>1</sup> та ГП–Т<sup>2</sup> з помірним рівнем тривожності до лікування було виявлене значне підвищення кортизолу в ротовій рідині. Після проведених лікувально-профілактичних заходів показники рівня кортизолу зменшилися. Зокрема, у віковій групі 35–44 років на ранок 10:00 рівень кортизолу зменшився з  $3,02 \pm 1,87$  нг/мл до  $2,52 \pm 1,57$  нг/мл. Це значно корелює з результатами по групі ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера. У віковій групі 45–55 років до лікування рівень кортизолу становив  $3,71 \pm 1,9$  нг/мл. Після лікування він зменшився до  $2,77 \pm 1,5$  нг/мл, що також корелює з

результатами по групі ( $p \leq 0,05$ ). Таким чином, підвищення рівня запалення тканин пародонта при генералізованому пародонтиті та зростання рівня тривожності супроводжується збільшенням концентрації кортизолу в слині.



*Рис. 4.11. Графічне зображення рівня кортизолу у хворих після лікування*

Проведене комплексне лікування хворих на генералізований пародонтит, асоційований із проявами тривожності, дало можливість наблизити рівень кортизолу до референтних значень.

Таким чином, розповсюдженість захворювань тканин пародонта серед населення працездатного віку від 35 до 55 років залишається високою та не має тенденції до зниження, що робить цю проблему надзвичайно актуальною. Взаємозв'язок між захворюваннями тканин пародонта, загальними патологічними станами організму та підвищеним рівнем тривожності суттєво впливає на етіопатогенез пародонтиту. Це вимагає не лише застосування стандартного протоколу лікування, а й використання препаратів, що мають безпосередній вплив на мікроциркуляторне русло. Психологічні прояви тривожності у хворих на генералізований пародонтит відображаються на гормональному балансі організму, зокрема у вигляді підвищеного рівня кортизолу в ротовій рідині.

*Висновки до розділу 4*

Після оцінки клініко-лабораторної ефективності лікування було встановлено, що у хворих на генералізований пародонтит, асоційований із проявами тривожності, спостерігається покращення стану тканин пародонта. Таке покращення зафіксовано в 48 (77,42 %) пролікованих пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> і в 49 (75,38 %) пролікованих пацієнтів групи ГП–Т<sup>2</sup>. Отримані результати ефективності лікування наближаються до показників хворих контрольної групи з низьким рівнем тривожності, де покращення відзначено в 26 (86,67 %) пролікованих пацієнтів. Задовільний стан тканин пародонта виявлений у 14 (22,58 %) осіб групи ГП–Т<sup>1</sup> і в 15 (23,08 %) пацієнтів групи ГП–Т<sup>2</sup>.

На підставі отриманих даних стану гігієни ротової порожнини за гігієнічним індексом ОНІ–S та змін індексу РМА при використанні зубної пасти «Parodontax Комплексний захист» можна стверджувати, що ця паста є найбільш ефективним засобом у підтриманні раціонального задовільного гігієнічного стану ротової порожнини у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності.

Проведене дослідження дає підстави стверджувати, що низька культура гігієни ротової порожнини у хворих є одним із чинників, які провокують зростання захворюваності на генералізований пародонтит. Дотримання правил раціональної гігієни ротової порожнини та профілактика стоматологічних захворювань включають не тільки правильність і регулярність чищення зубів, своєчасну заміну зубної щітки, а й, що найголовніше, вибір ефективної профілактичної зубної пасти.

Хворим на генералізований пародонтит була запропонована комплексна програма лікувально-корекційних та профілактичних заходів, спрямованих на подолання тривожності, яка базувалася на етичних принципах диференційованості, комплексності та доступності. Метою цієї програми було подолання проявів стоматологічної тривожності та нормалізація психоемоційного стану пацієнтів шляхом профілактичних,

просвітницьких та лікувально-корекційних заходів під час прийому в стоматолога.

До лікування в групі ГП–Т<sup>1</sup> (n = 62) високий рівень особистісної тривожності (ОТ) був виявлений у 3 (4,83 %) чоловіків із середнім показником  $53,81 \pm 0,52$  бала. Після лікування кількість чоловіків з високим рівнем ОТ зменшилася до 1 (1,61 %) із середнім показником  $46,54 \pm 0,50$  бала. Серед жінок високий рівень ОТ до лікування був спостережений у 16 (25,80 %) осіб із середнім показником  $68,81 \pm 0,62$  бала. Після лікування кількість жінок з високим рівнем ОТ зменшилася до 9 (14,51 %) із середнім показником  $47,52 \pm 0,57$  бала.

У групі ГП–Т<sup>2</sup> (n = 65) хворих на генералізований пародонтит високий рівень ОТ був виявлений у 4 (6,15 %) чоловіків із середнім показником  $61,33 \pm 0,55$  бала. Після лікування кількість чоловіків з високим рівнем ОТ зменшилася до 2 (3,07 %) із середнім показником  $48,83 \pm 0,58$  бала. Серед жінок високий рівень ОТ до лікування був спостережений у 19 (29,23 %) осіб із середнім показником  $72,34 \pm 0,63$  бала. Після лікування кількість жінок з високим рівнем ОТ зменшилася до 14 (21,53 %) осіб із середнім показником  $57,46 \pm 0,61$  бала. Ці зміни показують зниження високого та помірного рівнів ОТ у хворих на генералізований пародонтит та свідчать про ефективність застосування комплексної програми подолання тривожності. У чоловіків і жінок відзначено покращення після лікування та корекційно-профілактичних заходів, а результати показників статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

Спостерігалось також зниження рівня ситуативної тривожності (СТ). Наприклад, у групі ГП–Т<sup>1</sup> (n = 62) до лікування високий рівень СТ був виявлений у 22 (35,48 %) жінок із середнім показником  $67,11 \pm 0,58$  бала. Після лікування кількість жінок з високим рівнем СТ зменшилася до 17 (27,41 %) із середнім показником  $45,88 \pm 0,56$  бала. Серед чоловіків до лікування високий рівень СТ був спостережений 5 (8,06 %) осіб, а після



лікування зменшився до 3 (4,83 %) осіб. Результати показників статистично достовірні ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

У групі ГП–Т<sup>2</sup> ( $n = 65$ ) до лікування високий рівень СТ був виявлений у 6 (9,23 %) чоловіків із середнім показником  $63,71 \pm 0,52$  бала. Після лікування кількість чоловіків становила 4 (6,15 %) осіб. У решти СТ знизилася з високої до помірної із середнім показником  $46,51 \pm 0,52$  бала. Серед жінок до лікування високий рівень СТ був спостережений у 23 (35,38 %) осіб із середнім показником  $75,23 \pm 0,68$  бала. Після лікування кількість жінок становила 18 (27,69 %) осіб із середнім показником до  $61,21 \pm 0,58$  бала. Результати показників статистично достовірні ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

Отже, спостерігалось зниження високого та помірного рівнів особистісної тривожності у хворих на генералізований пародонтит, що свідчить про ефективність застосування комплексної програми подолання тривожності. У чоловіків і жінок після лікування та корекційно-профілактичних заходів спостережено значне покращення, а отримані результати статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

Результати лікування та корекційно-профілактичних заходів показали зниження рівня ситуативної тривожності та покращення самопочуття в чоловіків і жінок усіх досліджуваних груп. Аналіз результатів до та після лікування свідчить, що хворі на генералізований пародонтит II ступеня з високим рівнем тривожності лікувалися довше від тих, хто мав помірний рівень тривожності. У 1 (1,54 %) пацієнта, де рівень СТ залишався стабільно високим ( $74,26 \pm 0,62$  бала), спостерігалось навіть погіршення стану тканин пародонта.

Оцінка якості життя у пацієнтів із проявами тривожності доводить, що ця категорія є змінною, залежить від віку, фізіологічних та психологічних чинників. З огляду на це, оцінка якості життя має проводитися в динаміці й ураховуватися лікарем-стоматологом для надання більш ефективної

допомоги хворим на генералізований пародонтит із проявами тривожності. Комплексні лікувальнокорекційні та профілактичні заходи сприяють зниженню тривожності, зміцненню стоматологічного здоров'я та покращують якість життя. Здійснення моніторингу якості життя хворих із генералізованим пародонтитом на етапах лікувальної та корекційної стоматологічної допомоги дало нам змогу скоригувати подальшу тактику ведення пацієнтів із проявами тривожності.

Визначення рівня кортизолу в ротовій рідині підтвердило, що збільшення запалення тканин пародонта при генералізованому пародонтиті, а також помірний і високий рівень тривожності сприяють зростанню концентрації кортизолу в слині. Після проведеного лікування та корекційно-профілактичних заходів його рівень значно знизився в усіх групах дослідження, що статистично достовірно ( $p < 0,05$ ) відрізнялося від показників контрольної групи.

*Отримані у даному розділі дані опубліковані у наукових працях:*

1. *Городнов ЄВ.* Лікувально-гігієнічні засоби профілактики генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності. Сучасна стоматологія. 2024;5(122):4-10. DOI: [10.33295/1992-576X-2024-5-4](https://doi.org/10.33295/1992-576X-2024-5-4)  
DOI: [10.33295/1992-576X-2024-5-4](https://doi.org/10.33295/1992-576X-2024-5-4)

2. *Городнов ЄВ.* Рівень кортизолу в ротовій рідині у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності. Сучасна стоматологія. 2024;6 (123):21-27. DOI: [10.33295/1992-576X-2024-6-21](https://doi.org/10.33295/1992-576X-2024-6-21)

3. *Городнов ЄВ.* Оцінка якості життя у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності. Сучасна стоматологія. 2025;1(124);9-15. DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2025-1-9>

## АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Захворювання пародонта є одною з важливих проблем сучасної стоматології [1, 3, 5, 7, 12, 18, 22, 30, 44, 53, 70, 84]. За даними досліджень, їх поширеність серед населення досягає 95,0 %, а серед осіб віком 35–55 роки – понад 79,70 %. Ураження пародонта є основною причиною втрати зубів. На частоту і тяжкість захворювань пародонта впливають як індивідуальні особливості сприйняття пацієнта, такі низка факторів ризику. Дослідження свідчать про високий рівень поширеності парадонтальних патологій і тенденцію до їхнього розвитку в молодшому віці [97].

Запальні (38,0 %) та дистрофічно-запальні (23,0 %) процеси в тканинах пародонта досить часто діагностують в осіб 25–34 років. Водночас лише 12,0 % осіб цієї вікової групи мають здоровий пародонт, у 53,0 % – початкові запальні зміни, у 23,0 % – початкові дистрофічно-запальні зміни, у 12,0 % – ураження більш тяжкого ступеня [87].

Серед усіх захворювань пародонта 90,0 % випадків становлять запальні й дистрофічно-запальні захворювання – гінгівіт і пародонтит [12,30].

Особливу актуальність у стоматології становлять дистрофічно-запальні захворювання пародонта, зокрема генералізований пародонтит, що характеризується високою поширеністю, тенденцією до прогресування та необхідністю тривалого комплексного лікування. Крім медичних аспектів, ці захворювання мають і психологічну складову, оскільки стоматологічне лікування нерідко викликає страх у пацієнтів. Згідно з дослідженнями, під час стоматологічного прийому приблизно у 40,0 % хворих спостерігається високий рівень тривожності, психоемоційної напруги та страху [1, 12].

У стоматологічному кабінеті реакція пацієнта на попередні стоматологічні маніпуляції проявляється емоційною напругою, що варіюється від епізодів стоматологічної тривоги до розвитку невротичних станів. Негативний досвід попереднього лікування, стійка психоемоційна установка на біль, очікування дискомфорту сприяють розвитку стоматологічної

тривожності, яка змушує пацієнтів відкладати візит до лікаря на тривалий час. Це не лише погіршує стан порожнини рота, а й ускладнює процес лікування.

М. Ю. Антоненко (2012) зазначає, що перед стоматологом постають два завдання: надання стоматологічної допомоги та корекція психоемоційного стану пацієнта з урахуванням його індивідуальних особливостей і рівня тривожності. Для ефективного вирішення цієї проблеми лікарю-стоматологу необхідно володіти не тільки знаннями з психології, що стосуються особистісних характеристик хворого, а й розуміти особливості проявів тривожності, які можуть виникати під час прийому, зокрема методи їх корекції [1].

Аналіз літератури з даного питання дає змогу розглядати тривожність з різних точок зору. Багато дослідників вважають, що підвищена тривожність виникає і реалізується внаслідок складної взаємодії когнітивних, афективних і поведінкових реакцій під впливом різних стресових факторів. Зокрема, R. S. Lazarus (1984) вважає, що тривожність акцентує увагу на переживанні емоційного дискомфорту, пов'язаного з очікуванням негативних подій або передчуттям загрози. Інакше кажучи, цей термін найчастіше використовують для опису тимчасового психоемоційного стану особистості, що виникає під впливом стресових факторів. Тривожність проявляється в ситуаціях, коли індивід сприймає певний подразник або обставини такими, що містять реальні чи потенційні елементи небезпеки, загрози або шкоди [195].

C. D. Spilberger (1991) розглядає особистісну тривожність як стійку індивідуальну характеристику, що пов'язана з особистісним конфліктом. Вона проявляється через відчуття постійної небезпеки, невизначеності, стурбованості, напруги та страху можливої невдачі. Водночас оптимальний рівень тривожності є необхідним для ефективного пристосування особистості, виконуючи захисну й мобілізуючу функції. Ситуативна (реактивна) тривожність, на думку автора, виникає у відповідь на об'єктивно небезпечну ситуацію, спричинену зовнішніми чинниками, що створюють

соціальну загрозу. Цей стан є реакцією на зміни обставин, які суб'єкт сприймає як стресові та загрозові [251].

Дослідники P. Milgrom, P. Weinstein (1993); D. Gordon et al. (2013) схильні вважати тривожність психічним станом, що виконує адаптивну реакцію у відповідь на стресову ситуацію під час відвідування стоматолога [212, 157].

Y. M. Dailey et al (2002); K. F. Woodmansey (2005) досліджували поширеність стоматологічної тривоги в пацієнтів. Вони встановили, що одним із найяскравіших проявів емоційної напруги є тремор рук. Згідно з результатами їхніх досліджень, рівень тривожності підвищувався в момент перебування пацієнта в стоматологічному кріслі [133, 271].

N. L. Corah, E. N. Gale, S. J. Illig (1978) зазначали, що отримана пацієнтом травма під час прийому значно підвищує ризик розвитку тривожності. Так, у ході експерименту лікарів Американської стоматологічної асоціації за участю 462 жінок було з'ясовано, що пацієнтки з попередніми травмами частіше відчували страх перед стоматологічними втручаннями [129].

A. H. Friedlander et al. (2004); P. Rucci et al. (2009); P. Kasalova et al. (2020); N. T. Avramova (2022) також провели подібні дослідження. Вони довели, що стоматологічна тривожність проявляється на кількох рівнях. На фізіологічному рівні це підвищений тиск, прискорене серцебиття, сухість у роті тощо. На емоційному – відчуття незахищеності, безпорадності тощо. На когнітивному – утруднене прийняття рішень. На поведінковому – обгризання нігтів, безцільне ходіння, ритмічне постукування, маніпулювання дрібними предметами тощо [151, 238, 180, 102].

I. M. Vasileva (2018) зазначила, що стоматологічна тривога є психологічним бар'єром, який негативно впливає на частоту відвідування пацієнтами клініки. Пацієнти з високим рівнем тривожності зазвичай записуються на прийом до стоматолога нерегулярно або лише в разі сильного болю і термінової необхідності [261].

Аналіз літератури та практичних напрацювань дозволяє зробити висновок, що рівень тривожності у хворих на генералізований пародонтит може погіршувати перебіг захворювання.

Для визначення взаємозв'язку між рівнями тривожності й захворюваннями пародонта було обстежено 280 осіб віком 35–55 років з різними ступенями тривожності (173 жінки та 107 чоловіків). У результаті проведеного комплексного обстеження у 223 (79,64 %) пацієнтів – 143 (64,13 %) жінки і 80 (35,87 %) чоловіків – було діагностовано високу поширеність дистрофічно-запальних захворювань пародонта. У структурі захворювань пародонта найчастіше діагностували генералізований пародонтит – у 206 (92,38 %) пацієнтів, тоді як хронічний катаральний гінгівіт виявили лише в 17 (7,62 %) осіб із захворюваннями пародонта. Серед інших 57 обстежених, у яких не було виявлено дистрофічно-запальних захворювань пародонта, у 5 (1,79 %) діагностували дистрофічне ураження пародонта – пародонтоз. Серед хворих на генералізований пародонтит у 93 (41,70 %) осіб був діагностований I ступінь хронічного перебігу захворювання, а в 130 (58,30 %) – II ступінь.

У досліджуваних були виявлені гендерні відмінності в розповсюдженості захворювань пародонта, зокрема генералізованого пародонтиту, який частіше спостерігався в жінок (64,12 %), ніж у чоловіків (34,08 %).

Згідно з результатами клінічних спостережень, у 94 хворих віком 35–45 років поширеність захворювань пародонта сягала (68,08 %). У разі відсутності в 27 пацієнтів загальносоматичних захворювань в анамнезі поширеність захворювань пародонта в цій віковій категорії була в 1,4 раза меншою й досягала 48,15 % ( $p > 0,05$ ). У 147 хворих віком 46–55 років поширеність захворювань пародонта зросла до 87,76 %. У 39 хворих віком понад 50 років відсоток уражень тканин пародонта був найвищим – 92,31 %.

Отже, проведене дослідження показало досить високий рівень поширеності захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності.

Патологія пародонта спостерігається як серед чоловіків, так і серед жінок, причому в жінок частіше. У структурі захворювань пародонта переважали більш серйозні ступені ураження, зокрема генералізований пародонтит II ступеня, виявлений у 41,74 % жінок і 13,11 % чоловіків. З віком у хворих спостерігалось зростання поширеності генералізованого пародонтиту, яке досягало 92,31 %.

Відповідно до завдань наукової роботи були проведені дослідження соціально-психологічних предикторів розвитку генералізованого пародонтиту в жінок і чоловіків із проявами тривожності. В опитуванні взяли участь 157 осіб, які дали згоду на проведення опитування та анкетування. Гендерний склад хворих – 45 (28,66 %) чоловіків та 112 (71,34 %) жінок. На самперед оцінювали загальний рівень тривожності в усіх пацієнтів із захворюваннями пародонта. Методом опитування виявлено тривожні та стресові ситуації за останні 2–3 роки серед усіх обстежених. Зокрема, 18 (11,46 %) чоловіків та 73 (46,49 %) жінки часто переживали тривогу та мали важкі стресові ситуації. 5 (3,18 %) чоловіків і 20 (12,76 %) жінок відзначили, що й зараз перебувають у важкій стресовій ситуації. Майже 77 (49,04 %) опитаних, серед яких 12 (7,64 %) чоловіків і 25 (15,92 %) жінок, мали стресові ситуації на роботі, а 44 (28,02 %) жінок і 11 (7,00 %) чоловіків відмітили стресові ситуації в сімейних стосунках. Тривожність і страх перед відвідуванням стоматолога відчували 13 (8,28 %) чоловіків і 62 (39,49 %) жінки.

Для виявлення прогностично значущих чинників ризику формування ураження тканин пародонта на тлі тривожності враховували соціальний статус хворих: освіту, професію, сімейний стан тощо. При розгляді соціальних факторів, що впливають на поширеність захворювань пародонта, виявлено соціально-психологічні особливості. Зокрема, за рівнем освіти розподіл був таким: середню освіту мали 36 (22,93 %) опитаних хворих, середню спеціальну – 53 (33,76 %), ще навчалися у вищому навчальному закладі – 12 (5,38 %) опитаних, мали вищу освіту – 54 (34,39 %). Серед

обстежених хворих переважала група осіб із середньою спеціальною та вищою освітою – 107 (68,15 %), у якій спостерігали високий та середній рівні тривожності. У хворих із середньою та незакінченою вищою освітою рівень тривоги був значно нижчим. Дослідження соціально-психологічних чинників у пацієнтів дозволило виявити важливі закономірності, пов'язані з можливим впливом соціальних факторів на розвиток генералізованого пародонтиту в жінок і чоловіків із проявами тривожності.

Дослідження соціально-психологічних чинників у пацієнтів дозволило виявити важливі закономірності, пов'язані з можливим впливом соціальних факторів на розвиток генералізованого пародонтиту в жінок і чоловіків із проявами тривожності. Спокійно очікують на візит до стоматолога 34 (21,65%) жінки та 20 (12,73 %) чоловіків; не відчують жодних особливих переживань 23 (14,64 %) хворих жіночої статі і 12 (7,64 %) чоловічої; зазнають деякого занепокоєння 23 (14,64 %) пацієнток і 26 (16,54 %) пацієнтів; бояться болючих відчуттів 59 (37,50 %) жінок і 26 (16,56 %) чоловіків; дуже налякані можливими майбутніми діями стоматолога 39 (24,8 %) жінок і 29 (18,47 %) чоловіків. Спокій у кріслі стоматолога під час підготовки бормащини до роботи відчують 15 (9,55 %) жінок і 11 (7,00 %) чоловіків. Занепокоєння відчують 41 (26,11 %) осіб жіночої статі і 17 (10,82 %) чоловічої. Відмічають напругу 28,70 % жінок і 16,52 % чоловіків. Значна напруга наявна в 32 (20,38 %) пацієнток і 8 (5,09 %) пацієнтів. Страх та підвищену пітливість відчують 29 (18,47 %) жінок і 6 (3,82 %) чоловіків. Фізіологічні та поведінкові прояви більше виражені у жінок і можуть погіршувати перебіг та розвиток захворювання пародонта (генералізований пародонтит) та негативно впливати на результати лікування хворих.

Тривога і тривожність тісно пов'язані зі стресом. При цьому особистісна тривожність буде характеризувати вразливість або стійкість до дії різних стресових чинників в цілому, а ситуативна тривожність — рівень стресу, наприклад, в момент відвідування стоматологічної клініки тощо.



Під час проведення лікарських маніпуляцій, які потребують точності виконання маніпуляцій, високий рівень ситуативної тривожності пацієнта може зашкодити роботі лікаря та негативно впливати на якість виконаних маніпуляцій стоматологічної допомоги.

Проведене обстеження стану пародонта у пацієнтів з різним ступенем тривожності показало різний рівень поширеності захворювань пародонта у різних групах. Зокрема у пацієнтів контрольної групи захворювання пародонта були виявлені у 13 (43,33 %) пацієнтів, клінічно здорові тканини пародонта – у 17 (56,67 %) пацієнтів. У другій групі (ГП-Т<sup>1</sup>) захворювання пародонта були виявлені у 55 (88,71 %) пацієнтів, клінічно здорові тканини пародонта – у 7 (56,67 %) пацієнтів. І у третій групі (ГП-Т<sup>2</sup>) захворювання пародонта були виявлені у 62 (95,38 %) пацієнтів і лише у 3 (4,62%) пацієнтів були виявлені клінічно здорові тканини пародонта.

Різною була і структура захворювань пародонта. Так у пацієнтів з низьким рівнем тривожності гінгівіт виявлений у 16,67 %, відповідно генералізований пародонтит у 26,66 % хворих. Зростання рівня тривожності збільшує захворювання на генералізований пародонтит у 83,87% хворих групи (ГП-Т<sup>1</sup>); і в групі (ГП-Т<sup>2</sup>) у 95,38% пацієнтів. Таким чином, з підвищенням рівня тривожності зростає тяжкість дистрофічно-запальних захворювань пародонта.

Під час клінічного обстеження було виявлено скарги хворих на: набряк ясен (45,74 %), спонтанну кровоточивість ясен (59,64 %), кровоточивість ясен під час приймання твердої їжі (94,62 %), дискомфорт у яснах (87,44 %), біль в яснах (56,05 %). Скарги були на неприємний запах з ротової порожнини (58,29 %), патологічну рухомість зубів (88,34 %), швидке відкладання зубного каменю (24,66 %) тощо.

Для визначення стану пародонта та подальшої ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит був дещо змінений склад груп пацієнтів. До контрольної групи були відібрані 30 хворих на генералізований пародонтит, які мали низький рівень тривожності. До другої групи (ГП-Т<sup>1</sup>)

увійшли 62 хворих на генералізований пародонтит, які мали середній або помірний рівень тривожності. До третьої групи (ГП-Т<sup>2</sup>) увійшли 65 хворих на генералізований пародонтит, які мали високий рівень тривожності.

Отримані результати показали, що порівняно з контрольною групою ГП-Кг. у групах ГП-Т<sup>1</sup> та ГП-Т<sup>2</sup>, показники гігієни порожнини рота хворих були значно гіршими і статистично достовірно ( $p < 0,001$ ) відрізнялися. У другій групі ГП-Т<sup>1</sup> «задовільний» стан гігієни ротової порожнини мали  $22,5 \pm 5,8$  % хворих, у пацієнтів третьої групи ГП-Т<sup>2</sup> такий стан спостерігався у  $26,1 \pm 6,4$  % обстежених, порівняно з контрольною групою ГП-Кг. –  $13,3 \pm 3,7$  % ( $p < 0,05$ ). «Незадовільний» стан гігієни ротової порожнини зафіксовано у  $74,1 \pm 5,3$  % хворих групи ГП-Т<sup>1</sup> і  $72,3$  % пацієнтів групи ГП-Т<sup>2</sup> відповідно, порівняно з контрольною групою ГП-Кг. ( $p < 0,001$ ). «Поганий» показник стану гігієни ротової порожнини мали  $3,2 \pm 1,3$  % хворих в групі ГП-Т<sup>1</sup>, та  $1,5 \pm 1,1$  % у групі ГП-Т<sup>2</sup>. Також було виявлено гендерні відмінності, щодо задовільного стану порожнини рота, який частіше діагностували в жінок  $17,7 \pm 2,0$  % проти  $25,2 \pm 2,3$  % у чоловіків ( $p < 0,01$ ). Як наслідок, недостатній стан гігієни порожнини рота частіше спостерігався в чоловіків  $51,5 \pm 3,5$  % проти  $27,3 \pm 2,8$  % у жінок ( $p < 0,05$ ). Отримані результати свідчать, що хворі у групах ГП-Т<sup>1</sup> і у групі ГП-Т<sup>2</sup> погано дбають про стан гігієни ротової порожнини, що є одним з етіологічних чинників виникнення даного захворювання пародонта.

Таким чином, поширеність захворювань пародонта певним чином залежить від рівня особистісної та ситуативної тривожності пацієнтів. У пацієнтів контрольної групи без проявів тривожності або з легким її ступенем тривожності розповсюдженість захворювань пародонта становила  $43,33$  %. У разі наявності середнього або помірного рівня тривожності поширеність захворювань пародонта зростала до  $88,71$  % і у разі наявності високого рівня тривожності зростала до максимуму -  $95,38$  %. Дані обох груп порівняно з контрольною групою статистично достовірно відрізнялися ( $p < 0,05$ ).

Під час клінічного обстеження було виявлено гіперемію, ціаноз ясен, зміну форми сосочків, потовщення маргінального краю, рихлість та набряк ясен. У 72,65 % хворих спостерігали значні відкладення над'- та під'ясенного зубного каменю, у 42,61 % глибина пародонтальних кишень коливалася від 2,0 мм до 4,0 мм переважно в ділянці міжзубних проміжків. У першій контрольній групі ГП–Кг пародонтальні кишені (глибиною > 2мм) було виявлено в 7 (23,33 %) осіб від загальної кількості 30 обстежених. Дискомфорт у яснах відчували 21 (70,00%) хворих, а патологічну рухомість відмічали 23 (76,67%) пацієнтів. У другій групі ГП–Т<sup>1</sup> набряк ясен спостерігався у 26 (41,94%) хворих, на кровоточивість ясен жалілися 33 (53,23%) обстежених, дискомфорт відчували 51 (82,26%) пацієнтів, неприємний запах із ротової порожнини турбував 31 (50,00%) жінок і чоловіків цієї групи. Пародонтальні кишені (глибиною > 2мм) було виявлено у 24 (38,71 %) з 62 пацієнтів. Найбільший відсоток скарг простежено в третій групі ГП–Т<sup>2</sup>– на набряк ясен скаржилися 35(53,85%) хворих, дискомфорт у яснах відчували 65 (100%) хворих. У 41 (63,08 %) з 65 осіб спостерігались пародонтальні кишені (глибиною > 2 мм) і рухомість зубів відмічали 61 (93,85%) хворих. Кровоточивість ясен при зондуванні відмічена у 100 % хворих на генералізований пародонтит усіх груп. Індекс кровоточивості у хворих на генералізований пародонтит контрольної групи ГП–Кг становив  $1,96 \pm 0,16$  бала, другої групи ГП–Т<sup>1</sup> –  $2,23 \pm 0,19$  бала, третьої групи ГП–Т<sup>2</sup> –  $2,63 \pm 0,21$  бала. Патологічна рухомість зубів у хворих під час огляду була спостережена у 8,01 % хворих групи ГП–Т<sup>1</sup> та 36,91 % хворих групи ГП–Т<sup>2</sup>. Слід зазначити, що патологічна рухомість характерна для більшої кількості обстежених осіб групи ГП–Т<sup>2</sup> віком 45–55 років, у яких рівень тривожності був високим.

У ході дисертаційного дослідження також було виявлено, що у всіх хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності є проблеми у повсякденному житті, під час вживання їжі та у спілкуванні. Про це свідчили значення параметрів шкал опитувальника. Про це свідчили значення

параметрів шкал опитувальника. Так, значення показника домену «Проблеми прийому їжі» в контрольній групі було  $8,0 \pm 1,14$  бала, у групі ГП–Т<sup>1</sup> –  $14,0 \pm 2,12$  бала, у групі ГП–Т<sup>2</sup> –  $19,0 \pm 3,11$  бала. Хворі скаржилися, що їм важко пережовувати їжу через відчуття болю.

Рівень показника «Проблеми в спілкуванні» опитувальника у контрольній групі ГП–Кг становив  $7,0 \pm 1,11$  бала, у групі ГП–Т<sup>1</sup> –  $15,0 \pm 2,24$  бала, у групі ГП–Т<sup>2</sup> –  $16,0 \pm 2,34$  бала. Пацієнти груп ГП–Т<sup>1</sup> та ГП–Т<sup>2</sup> скаржилися, що їм соромно спілкуватися з колегами, друзями, оскільки відчувають неприємний запах з ротової порожнини. Показник домену «Повсякденне життя» в контрольній групі становив  $9,0 \pm 1,24$  бала, що свідчить про добрий рівень повсякденного життя. У групах з помірним та високим рівнем тривожності показники були значно вищі: у групі ГП–Т<sup>1</sup> –  $12,0 \pm 1,71$  бала, у групі ГП–Т<sup>2</sup> –  $14,0 \pm 2,19$  бала.

Отже, оцінка стоматологічної якості життя стала підґрунтям для профілактики та лікування захворювань ротової порожнини, організації спеціальної лікувально-профілактичної та корекційної програми допомоги хворим. Захворювання пародонта призводять до значного зниження функціональних можливостей пацієнтів, створюють дискомфорт у спілкуванні. Ці стоматологічні проблеми є не лише медичними, а й соціально та психологічно значущими, оскільки впливають на загальну якість життя пацієнтів.

Згідно завдань дослідження були визначені фізіологічні та поведінкові прояви тривожності у пацієнтів. Вимірювання артеріального тиску та частоти пульсу у хворих на генералізований пародонтит асоційованими із проявами тривожності дало можливість отримати середні показники. Дослідження артеріального тиску та частоти пульсу у хворих на генералізований пародонтит дало можливість отримати середні показники  $Ad$ ,  $d$  і  $Ps$  як у чоловіків, так і в жінок, які показали тенденцію до підвищення. У групі ГП–Т<sup>1</sup> у чоловіків віком 35–45 років артеріальний тиск ( $Ad$ ) у II та III вимірах підвищувався ( $p < 0,05$ ),  $d$  незначно збільшувалася і частота пульсу ( $Ps$ )

дорівнювала  $88 \pm 6,5$  ударів за хвилину зі значними коливаннями від 68 і вище 100 ударів за хвилину. У жінок цієї групи артеріальний тиск ( $Ad$ ) дорівнював  $132 \pm 6,2$  мм рт. ст.,  $d = 76 \pm 2,6$  мм рт. ст., частота пульсу ( $Ps$ )  $86 \pm 6,1$  ударів за хвилину. У I, II та III вимірах усі показники підвищувалися. У віці 45–55 років у групі ГП-Т<sup>2</sup> у чоловіків вихідний артеріальний тиск ( $Ad$ ) дорівнював  $136 \pm 6,2$  мм рт. ст. зі значними коливаннями всередині групи. У II та III вимірах артеріальний тиск ( $Ad$ ) підвищувався,  $d$  знижувалося, а частота пульсу ( $Ps$ ) збільшувалася. У жінок цієї групи віком 45–55 років вихідні показники артеріального тиску ( $Ad$ ),  $d$  та частоти пульсу ( $Ps$ ) були в межах вікових норм; у II і III вимірах вони збільшувалися. У контрольній групі показники в жінок і чоловіків відрізнялися порівняно з групами, усі показники були в нормі відповідно до віку та низького рівня тривожності. Таким чином, в досліджуваних групах у хворих на генералізований пародонтит виявлено тенденцію до підвищення всіх показників артеріального тиску та частоти пульсу в I, II та III вимірах у разі підвищення рівня стоматологічної тривожності, яка спостерігалася на фізіологічному та поведінковому рівнях.

Для об'єктивного оцінювання рівня стресу, зокрема наявності в пацієнтів стану тривоги, було проведено дослідження рівня кортизолу в ротовій рідині. Наявність генералізованого пародонтиту та значного рівня тривожності значно підвищує рівень кортизолу в ротовій рідині. Під час відвідування стоматолога у хворих ГП-Т<sup>2</sup> групи з генералізованими захворюваннями пародонта, виникає тривожність, що призводить до підвищення рівня кортизолу в ротовій рідині до  $< 7,2 \pm 3,1$  нг/мл вранці. Його показники достовірно ( $p < 0,05$ ) відрізняються від групи ГП-Т<sup>1</sup> ( $3,8 \pm 2,3$  нг/мл) і контрольної групи ГП-Кг ( $2,6 \pm 1,7$  нг/мл).

Можна констатувати, що в пацієнтів із підвищеним рівнем тривожності порушуються механізми регенерації тканин пародонта. Крім того, надмірне вироблення кортизолу – гормону, який відповідає за адаптацію до стресу – призводить до зниження дофаміну та серотоніну, що є причиною

тривожності, депресії, зниження мотивації, які негативно позначається на здоров'ї хворих на генералізований пародонтит.

Згідно з етапами та завданнями дослідження комплексне лікування у хворих на генералізований пародонтит всіх груп починали з найважливішого елементу профілактики і лікування захворювань тканин пародонта – навчанню пацієнтів раціональній гігієні порожнини рота та професійній гігієні. Видалення усіх типів зубних відкладень, за допомогою ручних і ультразвукових інструментів та повітряно-абразивним методом, проводили під зрошенням 0,12 % розчином хлоргексидину, препарату активного проти аеробних і анаеробних мікроорганізмів, деяких вірусів та грибків

Хворим була рекомендована вітамінізована висококалорійна дієта, багата білками, овочами та несолодкими фруктами, а також кисломолочними продуктами з виключенням солодощів. Призначали вітамінно-мікроелементний комплекс «Віта-Супрадин Актив» (№05.03.02-03/20584 від 15.05.2020, виробник Swissscaps GmbH (Німеччина), Драгенофарм (Апотекар Пюшль ГмбХ, Німеччина) – по 1 табл. 1 раз на добу протягом 1 місяця. Дані препарати містять оптимальний вміст необхідних вітамінів та мікроелементів.

Хворі на генералізований пародонтит групи ГП–Тр<sup>1</sup>, які мають середній рівень тривожності, отримували для місцевого лікування розчин «Октенісепт» (затверджено наказом МОЗ України №39 від 28.03.2021, РП UA/4056/01/01, виробник Schulke&MeyrGmbH, Німеччина) у розведенні дистильованою водою 1:3 у вигляді аплікацій протягом 3 хвилин 3 рази на добу – 1 тиждень. Цей препарат володіє широким спектром антибактеріальної, фунгіцидної та віруліцидної дії за рахунок гідрофобної взаємодії октенідинудигідрохлориду і феноксіетанолу з цитоплазматичними мембранами патогенних мікроорганізмів. Препарат «Лізак» (затверджено наказом МОЗ України №2109 від 17.10.2019 на необмежений термін, РП UA/10649/01/01, виробник ПАТ «Фармак», м. Київ, Україна) – розсмоктувати по 1 таблетці кожні 4 години протягом тижня. Препарат має добре виражену

місцеву антисептичну, антибактеріальну і протигрибкову дію. Для загального лікування та зняття тривожності призначали препарат рослинного походження «Анантаваті» виробник Ananta Medicare Ltd. (Індія): по 1 таблетці 1 раз на добу протягом 1 міс.

Хворі на генералізований пародонтит групи ГП–Тр<sup>2</sup>, які мають високий рівень тривожності отримували для місцевого лікування антисептичний розчин хлоргексидину 0,05 % (затверджено наказом МОЗ України № 1635 від 28.09.2022, РП UA/16324/01/01, виробник ТОВ «Фарма Черкас», Україна) у вигляді аплікацій протягом 3 хвилин 3 рази на добу – 1 тиждень. Також призначали препарат «Лісобакт» (затверджено наказом МОЗ України №1285 від 01.06.2020 на необмежений термін, РП UA/2790/01/01, виробник Bosnalijekd.d., Боснія і Герцоговина) – розсмоктувати по 1 таблетці кожні 4 години протягом тижня. Препарат має добре виражену місцеву противірусну, антибактеріальну і протигрибкову дію. Для загального лікування та зняття тривожності призначали ноотропний препарат «Ноофен» (затверджено наказом МОЗ України №748 від 12.11.2020, РП UA/3773/01/01, виробник АТ «Олайнфарм», Латвія) – по 1 таблетці (250 мг) 3 рази на добу протягом 1 міс. Препарат усуває тривожність, страх, психоемоційне напруження, дратівливість, його призначення контролювалося проводилося лікарями-психологами.

У результаті проведеного лікування генералізованого пародонтиту вже через 1 місяць, у пацієнтів, лікування яких здійснювали за складеною нами схемою, кровоточивість та болючість ясен зменшилась, а також не спостерігали ознак гіперемії та гноєвиділення з пародонтальних кишень.

Через 6 місяців у хворих наявність гіперемії та кровоточивості ясен спостерігали у 4,84 % групи ГП–Тр<sup>1</sup>, тоді як, рухомість зубів та наявність пародонтальних кишень з серозно-гнійними виділеннями не було діагностовано в жодного пацієнта даної групи. Зміни відбулись і в групі ГП–Тр<sup>2</sup>, а саме до лікування кровоточивість спостерігалась у 29,23 % обстежених після лікування ця ознака діагностовано лише у 6,15 % хворих.

Отже, після оцінки клініко-лабораторної ефективності лікування, було встановлено, що у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності відмічається покращення стану тканин пародонта, зокрема у 48 (77,42 %) пролікованих пацієнтів у групі ГП – Т<sup>1</sup>, і у 49 (75,38 %) пролікованих пацієнтів у групі ГП – Т<sup>2</sup>. Отримані результати ефективності лікування наближаються до результатів лікування пацієнтів контрольної групи з низьким рівнем тривожності. Так покращення відмічене у пролікованих пацієнтів - 26 (86,67 %). Задовільний стан тканин пародонта виявлений у 14 (22,58%) хворих групи ГП – Т<sup>1</sup>, та у 15 (23,08 %) хворих групи ГП – Т<sup>2</sup>. «Погіршення» стану тканин пародонта, спостерігали лише у 1 (1,54 %) пацієнта групи ГП – Т<sup>2</sup>.

Після лікування хворим всіх груп у вигляді гігієнічного догляду ротової порожнини були запропоновані підібрані зубні пасти з біологічно активними речовинами протизапальної та антибактеріальної дії. Вони усувають кровоточивість, перешкоджають утворенню зубних бляшок, містять рослинні компоненти, які не мають негативного впливу на ротову порожнину. На вибір хворим було запропоновано «Parodontax Комплексний захист», «Lacalut Фіто формула», «Colgate Total 12 Лікувальних трав» та рекомендовано впродовж 6 тижнів чистити зуби 2 рази на день конкретною зубною пастою та через кожні 2 тижні відвідувати стоматолога у продовж 1,5 місяця. Зубну пасту «Parodontax Комплексний захист» обрало 30 жінок та 11 чоловіків із загальної кількості досліджуваних, вони увійшли в групу ГП – «Р»; перевагу пасті «Lacalut Фіто формула» віддали 35 жінок і 8 чоловіків яких ми занесли до групи ГП– «L»; пасту «Colgate Total 12 Лікувальних трав» обрали 31 жінка і 12 чоловіків, котрі увійшли до групи ГП – «С». Пацієнти, мали захворювання пародонта та посередні показники індексу гігієни ротової порожнини. Під час користування вказаними зубними пастами у хворих показники кровоточивості ясен зменшувалися паралельно з індексом РМА та РІ. Так, на прийомі вже через 4 тижні хворі під час огляду не висловлювали суттєвих скарг, симптомів кровоточивості не проявлялося у



26 (86,67 %) жінок і чоловіків контрольної групи ГП – Кг., 47 (75,81 %) пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> та у 45 (69,23%) хворих групи ГП – Т<sup>2</sup>. Збільшення кількості зубних бляшок не спостерігали у 27 (90,0%) пацієнтів контрольної групи ГП-Кг., 49 (79,03%) пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> та у 47 (72,31%) хворих групи ГП–Т<sup>2</sup>. Рациональне застосування зубних паст показало, що у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності, покращився стан ротової порожнини. Також спостерігалось покращення стану тканин пародонта, зникало відчуття дискомфорту в яснах і неприємний запах, зменшувалися набряк і кровоточивість ясен.

Покращення стану гігієни порожнини рота, визначали за гігієнічним індексом. У хворих контрольної групи значення індексу ОНІ-S до лікування становило  $1,32 \pm 0,09$  балів, у другої групи ГП–Т<sup>1</sup>  $1,69 \pm 0,09$  балів. У хворих третьої групи ГП–Т<sup>2</sup> індекс ОНІ-S становив  $1,97 \pm 0,09$  балів. Після проведеного лікування значення індексу гігієни значно покращувалося і становило у пацієнтів контрольної групи  $0,41 \pm 0,04$  балів. Стан гігієни порожнини рота у пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup> покращувався і наближався до даних контрольної групи – його значення індексу ОНІ-S становило  $0,58 \pm 0,05$  балів, в групі ГП – Т<sup>2</sup> становило  $0,67 \pm 0,05$  балів.

Отримані значення стану гігієни за індексом Гріна-Вермільйона залежно від використання зубних паст показали, що показник у день обстеження по групі ГП–«Р», що обрала пасту «Parodontax Комплексний захист» був 1,93. Після використання пасти вже через 2 тижня відбулося покращення показників стану гігієни за індексом Гріна-Вермільйона і становив 1,49, а через 6 тижнів - 0,64. Тобто стан ротової порожнини покращився на 1,29 балів. Дослідження показало, що застосування пасти «Lacalut Фіто формула» групою ГП–«L» теж призвело до змін гігієнічного індексу з 1,81 до 0,69, показники покращилися на 1,12 балів. Група ГП – «С», що використовувала пасту «Colgate Total 12 Лікувальних трав», на початку обстеження мала показники 1,89, а після профілактичних заходів через 6 тижнів він становив 0,67, що на 1,19 балів краще первинного обстеження.

Було проведено анкетування хворих з метою отримання інформації щодо вибору профілактичних засобів (зубних паст, зубних щіток) ротової порожнини. Результати проведеного анкетування хворих показали, що 45 (40,18 %) жінок з 112 частіше користуються зубними пастами з відбілювальним ефектом, які є досить високо абразивними. З іншого боку 15 (33,33 %) з 45 чоловіків надають перевагу зубним пастам, що усувають кровоточивість. У виборі пасти та щітки до порад лікаря-стоматолога прислухається 72 (45,86 %) з 157 опитаних пацієнтів; довіряють рекламі паст і щіток у засобах масової інформації - 38,22 % хворих; під час купівлі пасти на яскравість упаковки звертають увагу 5,36 % жінок (чоловіки взагалі не приділяють цьому уваги); на цінову політику засобу гігієни звертають увагу 22,22 % чоловіків і 36,61 % жінок. Дотримуються регулярно правил гігієни порожнини рота 22,22 % чоловіків та 46,43 % жінок.

Проведене анкетування дає підстави стверджувати, що низька культура гігієни ротової порожнини хворих, є одним із чинником до зростання захворюваності на генералізований пародонтит. Дотримання правил раціональної гігієни ротової порожнини та профілактика стоматологічних захворювань належать не тільки правильність, а й кратність чищення зубів, своєчасність заміни зубної щітки, а головне вибір ефективної профілактичної зубної пасти.

Для лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності була запропонована комплексна програма лікувально-корекційних та профілактичних заходів подолання тривожності.

Вона базується на етичних принципах, диференційованості, комплексності та доступності. Метою запропонованої програми було подолання проявів стоматологічної тривожності та нормалізації психоемоційного стану пацієнтів під час прийому шляхом таких заходів:

- усвідомлення хворим причинно-наслідкових зв'язків між тривожною симптоматикою та лікувальним процесом у стоматології;

- покращенням ставлення до свого стоматологічного здоров'я і напрацювання навичок подолання тривожності та негативних емоцій щодо лікування;

- корекції тривожності та власного способу переживань, емоційного реагування на відвідування стоматологічного кабінету.

Запропонована комплексна програма подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит складається з таких етапів.

*Профілактично-мотивувальний етап*, метою якого є створення довірчих умов між пацієнтом та лікарем, досягнення високого рівня комплаєнтності, усвідомлене бажання пацієнта виконувати необхідні діагностичні та лікувальні стоматологічні процедури, готовність до продуктивної лікувально-профілактичної співпраці.

*Діагностично-корекційний етап* передбачає проведення діагностики клініко-психологічних особливостей, визначення причин та специфіки тривожності пацієнта, планування психокорекційних заходів, спрямованих на подальшу нормалізацію психоемоційного стану та подолання тривожності.

*Етап самодопомоги та профілактики.* На цьому етапі пацієнт опановує навички самодопомоги і саморегуляції для подолання тривожності та стабілізації психоемоційного стану. Він спрямований на створення передумов для тривалого нормального функціонування індивіда в усіх актуальних сферах, запобігання проявам тривожності та вдосконалення механізмів реагування на стресові ситуації. Особлива увага приділяється формуванню стійких навичок самоконтролю й саморегуляції тривожних станів шляхом використання спеціальних вправ і методів подолання тривожності.

Після застосування комплексної програми лікувально-корекційних та профілактичних заходів подолання тривожності до лікування в групі ГП–Т<sup>1</sup> (n = 62) високий рівень ОТ був виявлений у 3 (4,83 %) чоловіків із середнім показником  $53,81 \pm 0,52$  бала. Після лікування кількість чоловіків з високим рівнем ОТ зменшилася до 1 (1,61 %) зі зменшенням середнього показника до

46,54 ± 0,50 бала. До лікування високий рівень ОТ був спостережений у 16 (25,80 %) жінок із середнім показником 68,81 ± 0,62 бала. Після лікування кількість жінок з високим рівнем ОТ зменшилась до 9 (14,51 %) з середнім показником 47,52 ± 0,57 бала. Після застосування комплексної програми лікувально-корекційних та профілактичних заходів подолання тривожності. Результати показників статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

У групі ГП–Т<sup>2</sup> (n = 65) хворих на генералізований пародонтит високий рівень ОТ був виявлений у 4 (6,15 %) чоловіків із середнім показником 61,33 ± 0,55 бала. Після лікування кількість чоловіків з високим рівнем особистісної тривожності зменшилась до 2 (3,07 %) з середнім показником 48,83 ± 0,58 бала. Серед жінок до лікування високий рівень ОТ був спостережений у 19 (29,23 %) осіб із середнім показником 72,34 ± 0,63 бала. Після лікування кількість жінок з високим рівнем особистісної тривожності зменшилась до 14 (21,53 %), відповідно середній показник знизився також до 57,46 ± 0,61 бала. У чоловіків і жінок відзначено покращення після лікування, а результати показників статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера.

У групі ГП–Т<sup>1</sup> (n = 62) до лікування високий рівень СТ був виявлений у 22 (35,48 %) жінок із середнім показником 67,11 ± 0,58 бала. Після лікування кількість жінок з високим рівнем СТ зменшилась до 17 (27,41 %) із середнім показником 45,88 ± 0,56 бала. Серед чоловіків високий рівень СТ був спостережений у 5 (8,06 %) осіб. Після лікування кількість чоловіків з високим рівнем СТ зменшилась до 3 (4,83 %). Результати показників статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера

У групі ГП–Т<sup>2</sup> (n = 65) до лікування високий рівень СТ був виявлений у 6 (9,23 %) чоловіків з середнім показником 63,71 ± 0,52 бала. Після лікування кількість чоловіків становила 4 (6,15 %) осіб. У решти ситуативна тривожність знизилася з високої до помірної із середнім

показником  $46,51 \pm 0,52$  бала. Серед жінок до лікування високий рівень СТ був спостережений у 23 (35,38 %) осіб із середнім показником  $75,23 \pm 0,68$  бала. Після лікування кількість жінок становила 18 (27,69 %) осіб із середнім показником до  $61,21 \pm 0,58$  бала. Результати показників статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера

Результати лікування та корекційно-профілактичних заходів у чоловіків і жінок усіх груп показали зниження рівня ситуативної тривожності та покращення самопочуття. Аналіз результатів до та після лікування показує, що хворі, які мали генералізований пародонтит II ступеня та високий рівень тривожності, лікувалися довше, ніж ті пацієнти які мали помірний рівень тривожності. В 1 (1,54 %) пацієнта навіть спостерігали погіршення стану тканин пародонта, де рівень ситуативної тривожності був постійним, що становило  $74,26 \pm 0,62$  бала.

Згідно результатів проведених лікувально-профілактичних заходів та використання корекційних вправ щодо подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит, можна зробити висновки, що у розвитку дистрофічно-запального процесу у пародонті важливу роль відіграє ситуативна тривожність, яка впливає на дистрофічно-запальний процес. Тому у роботі лікаря–стоматолога має врахуватися наявність у пацієнтів стоматологічна тривожність. В просвітницькому арсеналі лікаря мають бути роздаткові матеріали та роздруковані вправи щодо подолання тривожності.

Проведений курсу лікувальних заходів та корекційних вправ довів суттєве поліпшення самопочуття хворих та нормалізацію клінічної картини пародонта. Виражений клінічний ефект був зафіксований в групі хворих, де рівень тривожності був високим. При аналізі результатів повторного анкетування та порівняння показників хворих за формою ОНІР-14 було виявлено, що у контрольній групі по всіх критеріях відбулось покращення якості життя майже в двічі з  $24,0 \pm 3,49$  бала до  $11,0 \pm 1,32$ . У групі ГП - Т<sup>1</sup> перед лікуванням загальні показники якості життя були вище  $41,0 \pm 6,04$  бала, тобто якість життя була гірше і визначалась як незадовільна. Після лікування

показники знизились до  $24,0 \pm 6,04$  балів, і вважалось задовільними. У групі ГП - Т<sup>2</sup> теж відбулись зміни з  $19,0 \pm 3,11$  бала відбулось покращення до  $11,0 \pm 1,32$ . Після завершення лікування хворі на генералізований пародонтит із проявами тривожності засвідчили покращення якості життя.

Результати визначення рівня кортизолу в ротовій рідині показали, що хворі на генералізований пародонтит з помірним та високим рівнем тривожності мають високий та середній рівень кортизолу у слині порівняно з контрольною групою. Середні показники рівня кортизолу в контрольній групі ГП–Кг до лікування становили  $2,3 \pm 1,43$  нг/мл на ранок 10.00 у віковій підгрупі 35-44 років (молодий вік). Після лікування він суттєво не змінився і становив  $2,2 \pm 1,2$  нг/мл). У віковій підгрупі 45-55 років (середній вік) рівень кортизолу до лікування рівень кортизолу становив  $2,5 \pm 1,5$  нг/мл, після лікування він зменшився до  $2,4 \pm 1,4$  нг/мл. В групі ГП–Тр<sup>2</sup> з високим рівнем тривожності середні показники рівня кортизолу в слині до лікування у віковій підгрупі 35-45 років (молодий вік) становили  $6,09 \pm 3,2$  нг/мл. Після лікування він зменшився до  $3,08 \pm 1,7$  нг/мл.

Таким чином, збільшення рівня запалення тканин пародонта при генералізованому пародонтиті та підвищення рівня тривожності збільшує рівень кортизолу у слині. Після проведеного лікування результати у групах суттєво змінилися, що статистично достовірно ( $p < 0,05$ ) відрізнялося від показників контрольної групи.

Отже, згідно результатів проведених лікувально-профілактичних заходів та використання корекційних вправ щодо подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит, можна зробити висновки, що у розвитку дистрофічно-запального процесу у пародонті важливу роль відіграє ситуативна тривожність, яка впливає на дистрофічно-запальний процес. Тому у роботі лікаря–стоматолога має робитися акцент на врахуванні наявності у пацієнтів стоматологічної тривожності.

Проведене дослідження дало можливість створення алгоритму стоматологічного супроводу хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності.

**Алгоритм стоматологічного супроводу хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності**



Проведені клінічні та лабораторні дослідження та отримані результати дозволяють сформулювати відповідні висновки дисертаційної роботи.

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуального наукового завдання сучасної стоматології – підвищення ефективності профілактики та лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності шляхом клініко-лабораторного обґрунтування комплексу лікувально-реабілітаційних заходів диференційованої медикаментозної та психологічної корекції виявлених рівнів тривожності.

1. Проведене обстеження стану пародонта в пацієнтів з різним ступенем тривожності показало, що за наявності низького рівня тривожності захворювання пародонта виявлено в 43,33 % пацієнтів. У разі середнього або помірного рівня тривожності (група ГП–Т<sup>1</sup>) захворювання пародонта спостережено у 88,71 % хворих. У разі високого рівня тривожності (група ГП–Т<sup>2</sup>) захворювання пародонта діагностовано в 95,38 % обстежених. Таким чином, підвищення рівня тривожності пацієнтів тісно пов'язане з розвитком захворювань пародонта.

2. Різний рівень тривожності пацієнтів впливає на структуру захворювань пародонта. За наявності низького рівня тривожності гінгівіт виявлений у 16,67 %, а генералізований пародонтит – у 26,66 % пацієнтів. У разі помірного рівня тривожності гінгівіт спостережений у 4,84 %, а генералізований пародонтит – у 83,87 % хворих. У разі високого рівня тривожності генералізований пародонтит діагностований у 95,38 % пацієнтів. Таким чином, з підвищенням рівня тривожності зростає тяжкість дистрофічно-запальних захворювань пародонта.

3. Визначення стану гігієни порожнини рота у хворих на генералізований пародонтит показало, що за низького рівня тривожності добрий стан гігієни ротової порожнини було виявлено у 86,7 % обстежених (середнє значення індексу ОНІ-S  $1,32 \pm 0,09$  бала). У разі помірного рівня тривожності стан гігієни погіршується, індекс ОНІ-S становить  $1,69 \pm 0,09$



бала. У разі високого рівня тривожності індекс ОНІ-S становить  $1,97 \pm 0,09$  бала. Отже, зростання рівня тривожності пацієнтів супроводжується погіршенням гігієнічного стану порожнини рота.

4. Тестування пацієнтів за шкалою Спілбергера–Ханіна виявило, що висока ситуативна тривожність у досліджуваних значно перевищує особистісну. Гендерний аналіз результатів дослідження виявив, що серед жінок висока ситуативна тривожність спостерігалась у 38 (33,92 %) осіб, а ситуативна – у 49 (43,75 %). Серед чоловіків із високою ситуативною тривожністю було виявлено 14 (31,11 %) осіб, тоді як особистісну мали лише 8 (17,77 %). Помірний рівень ситуативної тривожності виявлений у 45 (40,17 %) осіб жіночої статі, а особистісної – у 49 (43,75 %). Низький рівень ситуативної тривожності спостерігався у 18 (16,07 %) пацієнток, а особистісної – у 25 (22,32 %). Ці результати свідчать, що ситуативна тривожність у жінок і чоловіків зросла до високого рівня через пацієнтів, які до прийому в лікаря-стоматолога мали помірний або низький рівень тривожності.

5. Установлено, що в усіх хворих груп ГП–Т<sup>1</sup> та ГП–Т<sup>2</sup> з помірним та високим рівнем тривожності спостерігалось значне підвищення рівня кортизолу в ротовій рідині, що статистично достовірно ( $p < 0,05$ ) відрізнялося від показників контрольної групи. Наявність генералізованого пародонтиту та високого рівня тривожності в разі підвищує рівень кортизолу в ротовій рідині.

6. Після оцінки клініко-лабораторної ефективності лікування було встановлено, що у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності спостерігається покращення стану тканин пародонта: у 48 (77,42 %) пролікованих пацієнтів у групі ГП–Т<sup>1</sup> і в 49 (75,38 %) пролікованих пацієнтів у групі ГП–Т<sup>2</sup>. Отримані результати ефективності лікування наближаються до результатів лікування пацієнтів контрольної групи з низьким рівнем тривожності, де покращення відзначено в 26 (86,67 %) обстежених. Задовільний стан тканин пародонта виявлений у 14 (22,58 %)

пацієнтів групи ГП–Т<sup>1</sup>, та в 15 (23,08 %) хворих групи ГП–Т<sup>2</sup>. Через 6 місяців покращення стану пародонта в групах ГП–Т<sup>1</sup> та ГП–Т<sup>2</sup> спостережено в 75,00 % і в 72,58 % хворих відповідно (у контрольній групі – у 86,21 % пацієнтів). Через 12 місяців покращення стану пародонта в групах ГП–Т<sup>1</sup> та ГП–Т<sup>2</sup> виявлено в 68,97 % та у 67,79 % пацієнтів відповідно (в контрольній групі – у 84,62 % обстежених).

7. Визначення рівня особистісної і ситуативної тривожності до та після лікування показало її зниження, що свідчить про значну ефективність запропонованих схем лікування. Наприклад, у групі ГП–Т<sup>2</sup> у 6 (9,23 %) чоловіків до лікування був високий рівень ситуативної тривожності з середнім показником  $63,71 \pm 0,52$  бала. Після профілактичних та корекційних заходів у 7 (10,77 %) чоловіків відзначено зниження високого рівня ситуативної тривожності до  $46,51 \pm 0,52$  бала. Серед жінок цієї групи у 23 (35,38 %) обстежених з високим рівнем ситуативної тривожності до лікування середній показник становив  $75,23 \pm 0,68$  бала. Після лікувально-профілактичних процедур та корекційних вправ рівень ситуативної тривожності знизився до 18 (27,69 %) жінок – у середньому до  $61,21 \pm 0,58$  бала. Результати показників статистично достовірно корелюють ( $p \leq 0,05$ ) за критерієм Фішера

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Проведеними дослідженнями показано вплив рівня тривожності на поширеність в прогресування генералізованого пародонтиту. Ураховуючи це, доцільно перед початком лікування визначати рівень тривожності пацієнта з метою подальшої його корекції під час лікування захворювань пародонта.

2. Для визначення рівня тривожності хворих на генералізований пародонтит доцільно використовувати тестування за шкалою Спілбергера–Ханіна, яка дозволяє визначити рівень особистісної та ситуативної тривожності пацієнтів. Слід враховувати, що ситуативна тривожність більш точно відображає рівень тривожності пацієнта перед стоматологічним втручанням.

3. У разі необхідності більш точного визначення рівня стоматологічної тривожності варто застосовувати шкалу стоматологічної тривожності Кораха DAS. Слід зауважити, що тест Кораха має низький поріг чутливості до вікових, статевих, освітніх, соціальних і культурних особливостей обстежуваних. Такий тест може бути використаний також для оцінки стану пацієнта з дентофобією.

4. Для об'єктивного визначення рівня тривожності рекомендується вимірювати рівень кортизолу в ротовій рідині пацієнта, що дозволяє кількісно оцінити рівень тривожності до та після проведення медикаментозної корекції.

5. Для подолання і корекції тривожності пропонується використовувати комплексну програму лікувально-корекційних та профілактичних заходів та дотримуватися алгоритму стоматологічного супроводу хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності. Залежно від рівня тривожності рекомендується застосовувати відповідну схему лікувально-профілактичних і корекційних заходів для хворих на генералізований пародонтит.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антоненко МЮ. Наукове обґрунтування сучасної стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні [автореферат]. Київ: Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця, Полтава: Укр. мед. стоматол. акад. МОЗ України; 2012. 41с.
2. Антоненко МЮ, Борисенко АВ, Городнов ЄВ. Предиктори тривожності у хворих з генералізованими ураженнями пародонта. В: Science and society: modern trends in a changing world. Proceedings of the 1st International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Vienna, Austria; 2023, pp. 72-80. Доступно з: <https://sci-conf.com.ua/wp-content/uploads/2023/12/SCIENCE-AND-SOCIETY.-MODERN-TRENDS-IN-A-CHANGING-WORLD-18-20.12.23.pdf>
3. Антоненко МЮ, Борисенко АВ, Городнов ЄВ. Якість життя у хворих на генералізовані ураження пародонта з проявами тривожності. В:Globalscience: prospects and innovations. Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. Liverpool, United Kingdom, 28-30.12.2023, pp. 59-69. Доступно з: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-global-science-prospects-and-innovations-28-30-12-2023-liverpul-velikobritaniya-arhiv/>
4. Антоненко МЮ, Комісаренко ЮІ, Зеленська НА, Саяпіна ЛМ, Значкова ОА, Малий ДЮ. Обґрунтування включення вітаміну D3 в комплексне лікування генералізованого пародонта, асоційованого з цукровим діабетом 1 та 2 типу. Сучасна стоматологія. 2018;1:45–49. Доступно з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ss\\_2018\\_1\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ss_2018_1_11)
5. Антоненко МЮ, Решетник ЛЛ, Зелінська НА, Брюзгіна ТС. Антиоксидантний стрес як індикативний маркер діагностики і вектора верифікації лікування генералізованого пародонтиту при нервовій анорексії. Сучасні мед технології. 2020;1(44): 78-83. Доступно з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Smt\\_2020\\_1\\_14](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Smt_2020_1_14)

6. Астапов ВМ. Функціональний підхід до вивчення стану тривоги. Класифікація тривожних розладів. Прикладна психологія. 2002;2:32-43.
7. Батіг ВМ, Борисенко АВ. Особливості лікування періодонтиту та захворювань пародонта залежно від типу вегетативної нервової системи пацієнтів. Київ: Книга-плюс; 2023. 314 с.
8. Біденко НВ, Остапко ОІ, Коваль ОІ. До питання про формування психологічного підходу до дитини під час стоматологічного прийому. Сучасна стоматологія, 2018; 4: 32-5. Доступно з: <http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/1033/1/Do%20pitan%27%20pro%20formuvannja%20psiholog%D1%96chnogo%20p%D1%96dhodu.pdf>
9. Білоклицька ГФ, Горголь КО. Новий протокол диспансеризації осіб молодого віку (18-25 років) із захворюваннями тканин пародонта, заснований на молекулярно-генетичному профілі. Сучасна стоматологія. 2020;(1):52-7. <http://lib.inmeds.com.ua:8080/jspui/handle/lib/1764>
10. Білоклицька ГФ, Копчак ОВ. Оцінка клінічної ефективності модифікованої методики лікування запально-дистрофічних захворювань тканин пародонта з застосуванням ін'єкційної форми тромбоцитарної аутоплазми. Зб. наук. праць. Київ: НМАПО ім. П.Л. Шупика; 2015; 24(1):482-488.
11. Богдан ОМ, Гончарук-Хомин МЮ. До питання взаємозв'язків пародонтиту та психоемоційного стресу. Intermedicaljournal. 2023. Спецвип: 21–26. DOI: <https://doi.org/10.32782/2786-7684/2023-3-4>
12. Борисенко АВ (ред). Терапевтична стоматологія. Т.3. Захворювання пародонта: підручник. Київ: Медицина; 2018. 624 с.
13. Борисенко АВ, Антоненко МЮ, Сідельнікова ЛФ. Практична пародонтологія:науково-методичне видання. Київ: Доктор-Медія; 2011. 472 с.
14. Борисенко АВ, Городнов ЄВ. Застосування фібрину збагаченого тромбоцитами (PRF) для лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності. В: Innovative development of science, technology and

education. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Vancouver, Canada; 2023, pp. 215-222.

15. Борисенко АВ, Куваєв ОС, Леснухіна ГЛ, Відерська ГВ. Визначення антибактеріальної дії компонентів медикаментозної композиції з аргініном для лікування хворих із захворюваннями пародонта. Вісник проблем біології і медицини. 2016;2(3):306-11. Доступно з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm\\_2016\\_2%283%29\\_\\_63](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2016_2%283%29__63)

16. Борисенко АВ, Куваєв ОС, Столяр ВГ, М'ялківський КО. Порівняльне дослідження ефективності протизапальної композиції та препарату "ТантумВерде®" в комплексній терапії хворих на генералізований пародонтит. Сучасна стоматологія. 2015;4:48-50.

17. Борисенко АВ, Політун АМ, Несін ОФ, Сідельникова ЛФ. Розділ. 2. Терапевтична стоматологія. Протоколи надання стоматологічної допомоги за спеціальностями «Ортопедична стоматологія», «Терапевтична стоматологія», «Хірургічна стоматологія», «Ортодонтія», «Дитяча терапевтична стоматологія», «Дитяча хірургічна стоматологія». Київ: МНІАЦ медичної статистики, МВЦ «Медінформ»; 2004. 236 с.

18. Вадзюк СН, Паласюк БО, Паласюк ОІ. Взаємозв'язок між психофізіологічними особливостями та станом пародонта у школярів. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2012;(1):173–4.

19. Вовк ЮВ, Вовк ВЮ, Дельцова ОІ. Експериментальне вивчення репаративного остеогенезу кісткових дефектів, заповнених кальцій-фосфатним біоматеріалом у поєднанні зі збагаченою тромбоцитами плазмою крові. Новини стоматології. 2009;1:53-63.

20. Водоріз ЯЮ, Лемешко АВ, Марченко ІЯ, Шундрік МА, Ткаченко ІМ, Коваленко ВВ. Оцінка якості життя пацієнтів із потребою у лікуванні зубів фронтальної групи. Вісник проблем біології і медицини. 2019;4(1): 296-300. Доступно з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm\\_2019\\_4%281%29\\_\\_72](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2019_4%281%29__72)

21. Воловик ІА. Корекція гіпоксії в комплексному лікуванні захворювань пародонта: автореф. дис на здоб. наук. ступ. мед.н.; НМУ імені О.О.Богомольця, Київ; 2018. 21с.

22. Волосовець ТМ. Запальні ураження тканин пародонта, асоційовані з персистуючою герпесвірусною інфекцією, та шляхи оптимізації їх профілактики, патогенетичної терапії та реабілітації : автореф. дис. на здоб. наук. ступ. д.м.н.: спец.14.01.22"Стоматологія" МОЗУ, НМА післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Київ; 2013. 40с.

23. Гойко ОВ. Практичне використання пакета STATISTICA для аналізу медико-біологічних даних: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ; 2004. 76 с.

24. Горицька КВ. Використання збагаченої тромбоцитами плазми для оптимізації репараційного остеогенезу при травматичних переломах нижньої щелепи [автореферат]. Львів: ЛНМУ імені Данила Галицького; 2009. 20 с.

25. Городнов Є. Диференційоване застосування зубних паст у профілактиці генералізованого пародонтиту. Вісник стоматології. 2024;128((3)53):35-42. DOI: <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2024-53-3.7>

26. Городнов ЄВ. Профілактика та подолання тривожності у хворих із генералізованими ураженнями пародонта. Актуальні проблеми профілактичної медицини. 2024;28:12-19. DOI: <https://doi.org/10.32782/2786-9067-2024-28-2>

27. Городнов ЄВ. Рівень кортизолу в ротовій рідині у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності. Сучасна стоматологія. 2024;6 (123):21-27. DOI: 10.33295/1992-576X-2024-6-21

28. Городнов ЄВ, Прощенко АМ. Особливості комунікації лікаря з пацієнтом як складова його ефективної професійної діяльності. В: Current challenges of science and education. Proceedings of the 6th International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Berlin, Germany; 2024, pp. 63-72.

29. Городнов ЄВ. Фізіологічні та поведінкові прояви стоматологічної тривожності у хворих на генералізований пародонтит. В: European congress of scientific discovery. Proceedings of the 1 st International scientific and practical conference. Barca Academy Publishing. Madrid, Spain; 2024, pp. 96-102.

30. Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Доступно з: <https://mozokua/depressiya/testy/item/2711-gospitalna-shkala-trivogi--depres-HADS>

31. Губська ОЮ, Прикащикова ГІ. Психогастроентерологія розладів кишково-мозкової взаємодії. Огляд літератури з власними дослідженнями. Сучасна гастроентерологія. 2023;3:61-67. DOI: <http://doi.org/10.30978/MG-2023-3-61>.

32. Гур'янов ВГ, Лях ЮЄ, Парій ВД, Короткий ОВ, Чалий ОВ, Чалий КО, Цехмістер ЯВ. Посібник з біостатистики. Аналіз результатів медичних досліджень у пакеті EZR (R-statistics): навчальний посібник. Київ: Вістка; 2018. 208 с.

33. Іванова ЛІ, Сущенко ЛП. Фізичне виховання у спеціальних медичних групах: теорія та методика: навчальний посібник. Київ: Козарі; 2012. 214 с.

34. Ігумнова ОБ. Напрями психокорекції негативних психічних станів студентів. Наукові записки Національного університету “Острозька академія”. Серія : Психологія і педагогіка. 2014; 30:64-68.

35. Ітон К, Овер Ф ; наук. ред. пер. Анатолій Борисенко. Практична пародонтологія : пер. з англ. 2-ге вид. Київ: Медицина; 2023. 325 с.

36. Калюжна ЄМ. Психологічні механізми особистісної тривожності у підлітковому віці: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.07. Київ; 2008. 27 с.

37. Канюра ОА. Шляхи удосконалення стоматологічної допомоги населенню. Вісник проблем біології і медицини. 2014; 4(3): 295–8.

38. Карпенко З, Мицько В. Соціальні неврози особистості перехідного періоду суспільства. Психологія і суспільство. 2001;1:124-132.



39. Кокун ОМ. Психофізіологія: навчальний посібник. Київ : Центр навчальної літератури; 2006. 184 с.
40. Коленко ЮГ, Воловик ІА, Мялківський КО. Вплив захворювань тканин пародонта на якість життя пацієнтів. Сучасна стоматологія. 2021; 2:36-42. DOI: 10.33295/1992-576X-2021-2-36
41. Кононова ОВ. Взаємозв'язок між рівнем психологічного стресу та ураженням тканин пародонта. Современная стоматология. 2018;5:37–9.
42. Кононова ОВ. Особливості лікування хворих на генералізований пародонтит із проявами психоемоційного стресу. Сучасна стоматологія. 2019;2:32-5. Доступно з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ss\\_2019\\_2\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ss_2019_2_8)
43. Копчак ОВ, Волінська ТБ. Мікробіоценоз пародонтальних карманів при генералізованому пародонтиті. Вісник проблем біології і медицини. 2017;2(136):360-363. Доступно з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm\\_2017\\_2\\_80](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2017_2_80)
44. Копчак ОВ. Патогенетичне обґрунтування нових підходів до лікування генералізованих захворювань пародонта у пацієнтів з ендотеліальною дисфункцією при кардіоваскулярній патології: автореф. дис. ... д.мед.н.: 14.01.22; НМАПО імені П.Л. Шупика. Київ; 2018. 43 с.
45. Крайнюк ВМ. Психологічні особливості проявів тривожності і агресивності у юнаків призовного віку : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.01. Київ; 1999. 18 с.
46. Кузняк НБ, Продан МП, Трифаненко СІ. Ефективність застосування збагаченої тромбоцитами плазми крові для оптимізації репараційного остеогенезу після атипового видалення зубів. Клінічна та експериментальна патологія. 2013;12/2(44):103-5.
47. Кустрьо ТВ, Антоненко МЮ, Губська ОЮ, Значкова ОА, Шемелько МЛ. Структура та клініко-рентгенологічні особливості уражень пародонта в пацієнтів із глютен-асоційованими захворюваннями. Сучасна стоматологія 2020;2:58-61. DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2020-2-40>
48. Лазуренко О.О. Психологія емоцій. Підручник. Київ: Книга Плюс, 2018, 262 с.

49. Лисенко ОС, Борисенко АВ. Спосіб хірургічного лікування внутрішньокісткових пародонтальних кишень у хворих на пародонтит: патент України на корисну модель № 99721, МПК А 61 В 17/00. № u2014 11512 ; заявл. 22.10.14 ; опубл. 25.06.15, Бюл. № 12.

50. Литовченко ВП. Медичне інтерв'ю в системі стоматологічної допомоги пацієнтам з особливими потребами. Мед перспективи. 2022;27(4):239-249. DOI: [10.26641/2307-0404.2022.4.271238](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.4.271238)

51. Лобань ГА, Ганчо ОВ, Петрушанко ТО, Мошель ТМ. Пробіотик як фактор підвищення колонізаційної резистентності порожнини рота. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2023;23(1(81)):79–83. DOI: [10.31718/2077-1096.23.1.79](https://doi.org/10.31718/2077-1096.23.1.79)

52. Лучинський МА, Пясецька ЛВ, Лучинська ЮІ. Пародонтальний статус осіб молодого віку залежно від психофізіологічного стану. Клінічна стоматологія. 2018;2:21–5. Доступно з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/klct\\_2018\\_2\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/klct_2018_2_6)

53. Мазур ІП, Супрунович ІМ, Бакшутова НО. Призначення фармакотерапевтичних препаратів і засобів догляду за порожниною рота у практичній діяльності лікарів-стоматологів: аналітичний огляд опитування лікарів-стоматологів за 2017–2018 роки. Сучасна стоматологія. 2019;1: 92-96.

54. Мазур ІП. Фармакологічні засоби для місцевого лікування тканин пародонта. Современная стоматология. 2020;5:47-52.

55. Майбородіна ДД, Велика НВ, Антоненко МЮ. Оцінка якості життя при ситуаційному аналізі факторів ризику генералізованих уражень пародонта в осіб молодого віку з ожирінням. Сучасна стоматологія. 2019;3:32-35. DOI: 10.33295/1992-576X-2019-3-32

56. Малий ДЮ, Антоненко МЮ. Епідеміологія захворювань пародонта: віковий аспект. УНММЖ. 2013;(4):41-3.

57. Маркова МВ. Психотерапія несприятливих психічних розладів тривожно-депресивного спектру (когнітивно-реверсивний підхід). Журнал псих. мед психології. 2008;2 (19):25 – 31.

58. Мельничук ГМ, Гаврилів ГМ, Воляк МН, Кімак ГБ. Курс лекцій із профілактики стоматологічних захворювань: навчальний посібник. Івано-Франківськ; 2012. 328 с.

59. Мунтян ЛМ, Рябчинський АВ, Вальчук ОГ. Деякі аспекти премедикації у стоматологічній практиці. Матеріали І (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України. Київ; 1999, с. 356–357.

60. Омельченко ЯМ. Корекція тривожних станів молодших школярів засобами кататимно-імагінативної психотерапії: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.07. Київ; 2006. 20 с.

61. Омельченко ЯМ, Кісарчук З. Психологічна допомога дітям з тривожними станами. Київ: Шк. Світ; 2008. 112с.

62. Осадько ОЮ. Страх тривоги: специфіка психологічної допомоги. Психолог. 2004;13:9-12.

63. Павлюк ТВ, Рожко ММ. Аналіз деяких показників оксидативного стресу в студентів з початковим-І ступенем генералізованого пародонтиту. Галицький лікарський вісник. 2018;25(4):33-6.

64. Пилипенко НГ. Дослідження впливу типу гендерної ідентичності особистості на рівень тривожності. В: Соціально-педагогічні аспекти збереження та зміцнення здоров'я дітей та молоді в Україні: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Мелітополь; 2007,с. 52-58.

65. Пилипенко НМ. Психологічний аналіз схильності осіб із підвищеною тривожністю до дезадаптивного переживання професійних змін. В: Проблеми заг. та пед. психології: Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ: ГНОЗІС; 2006. Т. 8. ч. 8.; с 210-218.

66. Порада АМ, Солодовник ОВ, Прокопчук НЄ. Основи фізичної реабілітації навчальний посібник. 2-ге вид. Київ: Медицина; 2008. 248 с.

67. Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями "ортопедична стоматологія", "терапевтична стоматологія", "хірургічна стоматологія", "ортодонтія", "дитяча терапевтична стоматологія",

"дитяча хірургічна стоматологія" : наказ МОЗ України від 23.11.2004 № 566.  
Доступно з: <https://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=9473>

68. Прощенко АМ. Розповсюдженість, різноманітність підходів до лікування та реабілітації функціональних розладів СНЩС. Інновації в стоматології. 2024; 2: 125-130. DOI: <https://doi.org/10.35220/2523-420X/2024.2.18>

69. Пупін ТІ, Мороз КА, Виноградова ОМ, Гнідь РМ, Гнідь МР, Сагайдак ТВ. Генералізований пародонтит і подагра: порівняння патогенетичних механізмів розвитку (огляд літератури). Клінічна стоматологія. 2021;(1):44–53. DOI: <https://doi.org/10.11603/2311-9624.2021.1.12040>

70. Репецька ОМ, Рожко ММ, Скрипник НВ, Ільницька ОМ. Поширеність та інтенсивність захворювань тканин пародонта в осіб молодого віку на тлі первинного гіпотиреозу. Сучасна стоматологія. 2020;1:42–48. Доступно з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ss\\_2020\\_1\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ss_2020_1_12)

71. Решетник ЛЛ, Антоненко МЮ, Борисенко АВ. Генералізовані захворювання пародонта та нервова анорексія. Київ: Книга плюс; 2023. 164 с.

72. Самойленко АВ, Павлов СВ, Возна ІВ. Сучасні методи діагностики неспецифічного захисту тканин пародонта в жителів промислового регіону. Український стоматологічний альманах. 2020;2:18-22. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Usa\\_2020\\_2\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Usa_2020_2_4)

73. Семенов АМ, Лазуренко СІ. Можливості фізичної реабілітації при порушенню функціональному стані людини. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. 2013;10 (12):313-325.

74. Ставицька СО. Прояв та подолання особистісної тривожності у школярів. Психологія: зб. наук. праць. Київ; 1998. Вип.2 :65-70.

75. Ставицька СО. Психолого-педагогічні умови подолання особистісної тривожності у дітей молодшого шкільного віку: автореф. дис. ... канд. психол. наук: спец. 19.00.07. Національний пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ; 1998. 20 с.

76. Столяр ВГ, Борисенко АВ. Терапевтичний супровід імплантації та протезування пацієнтів похилого віку. Київ: Книга-плюс; 2023. 185 с.

77. Стоматологія (терапевтична, ортопедична, хірургічна, дитяча). Ортодонтія. Протоколи надання медичної допомоги : зб. норм. док. Київ : МНІАЦ медичної статистики, МВЦ «Медінформ»; 2012. 236 с.

78. Філіпський АВ, Горицька КВ, Готь М.М. Віддалені результати застосування збагаченого тромбоцитами фібрину при заміщенні великих посткістозних порожнин на нижній щелепі. Новини стоматології. 2014; 4:8–13.

79. Хаустова ОО. Психосоматичний підхід до порушень вегетативної нервової системи у загальній лікарській практиці. Neuronews. 2016;2:35. Доступно з: <https://neuronews.com.ua/uploads/files/2016/2-1/1321256216.pdf>

80. Чабан ОС, Хаустова ЕА, Жабенко ЕЮ, Жабенко НЮ, Олійник АО. Тривога: історія про супер тривожних людей. Київ, 2013. 130 с.

81. Чернякова ОЄ. Оцінка якості життя хворих на бронхіальну астму і цукровий діабет за допомогою міжнародного опитувальника SF-36 В: Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяч.155-річчю з дня народження В. В. Підвисоцького (для молодих вчених та студентів). Одеса : ОНМедУ ; 2012, с. 294–295.

82. Чорний СВ. Нейро та психофізіологічний аналіз стану тривожності у людини: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. біолог. наук: спец. 03.00.13 Сімферополь; 2007. 21с.

83. Шевченко НФ. Діагностика емоційного стану хворих – крок до вчасної психологічної допомоги. Науковий вісник Південноукраїнського державного педагогічного університету ім. К.Д. Ушинського: зб. наук праць. Одеса: НДПУ ім. К.Д. Ушинського. 2009; 3(2):149-155.

84. Шемелько МЛ, Борисенко АВ. Хірургічні методики лікування та профілактика після операційних ускладнень, як підготовчий етап

ортопедичної реабілітації хворих на генералізований пародонтит. Київ: Книга-плюс; 2023. 180 с.

85. Шпуліна О.О. Пародонтопротекторна ефективність ліпоєвої кислоти при експериментальному хронічному генералізованому пародонтиті. [Автореф. ...дис. на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.03.05 – фармакологія]. Одеський державний медичний університет МОЗ України. Одеса; 2007. 21 с.

86. Янко НВ, Каськова ЛФ, Павленкова ОС, Солошенко ЮІ, Амосова ЛІ. Оцінка впливу параметрів здоров'я ротової порожнини на пов'язану з ним якість життя в майбутніх стоматологів. Укр. стоматологічний альманах. 2020;2:47-52. Доступно з: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Usa\\_2020\\_2\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Usa_2020_2_9)

87. Ярова СП, Осипенкова ТС. Ефективність методу диференційної корекції перекисного окислення ліпідів і антиоксидантного захисту в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту. Вісник стоматології. 2001;1:28–31.

88. Ярова СП, Попандопуло АГ, Брашкін АП, Буше ВВ. Спосіб використання збагаченої тромбоцитами плазми у лікуванні генералізованого пародонтиту II-III ступеню тяжкості. Університет клініка. 2014;10(1):82-84.

89. Akcali A, Huck O, Tenenbaum H, Davideau JL, Buduneli N. Periodontal diseases and stress: a brief review. J Oral Rehabil. 2013 Jan;40(1):60-8. doi: 10.1111/j.1365-2842.2012.02341.x.

90. Alfandini R, Prahasanti C. Papillary Bleeding Index in Public Health Service on Gingival Inflammation Wibisono. Int J Pharmaceutical Res. 2020;12(4): 1575-8. DOI: <https://doi.org/10.31838/ijpr/2020.12.04.225>

91. Alghoul M. Blepharoplasty: Anatomy, Planning, Techniques, and Safety. Aesthet Surg J. 2019 Jan 1;39(1):10-28. doi: 10.1093/asj/sjy034. PMID: 29474509.

92. Amianto F, Northoff G, Abbate Daga G, Fassino S, Tasca GA. Is Anorexia Nervosa a Disorder of the Self? A Psychological Approach. Front Psychol. 2016 Jun 14;7:849. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00849. PMID: 27378967; PMCID: PMC4906654.

93. Antonenko M Yu, Slavinskaya VV, Reshetnyk LL, Zelinskaya NA, Popov RV. Pathogenetic mechanisms of affiliation generalized parodontal diseases and anorexia Nervosa. *Balneo Res J.* 2020;11(2):125-32. DOI: 10.12680 / balneo.2020.327

94. Antonenko M, Reshetnyk L, Zelinskaya N, Stolyar V, Revych V. Diversity of treatment of generalized periodontal diseases in patients with anorexia nervosa. *Georgian Med News.* 2020 Sep;(306):46-51. PMID: 33130645.

95. Antonenko MY, Borisenko AV, Dzeman NA, Dzeman MI, Dzeman IM, Nikolaenko AN, Marinina (Vasilchenko) EI. The latest endogenous regenerative biological immunomodulatory agents. Riga LAP LAMBERT Academic Publishing; 2022. 274 p

96. Antonenko MYu, Paryi AM, Zelinskaya NA, Znachkova OA, Maiborodina D. The state of oral hygiene as a risk factor for oral lichen planus: the immunogenetic aspect. *The Unity of Science: Int Scien Periodical J.* 2017;3:67-71

97. Antonenko MYu, Slavinskaya VV, Palamarchuk SI, Palamarchuk MI, Reshetnyk LL, Zelinskaya NA. Integration features of oral hygiene and periodontopathogenic micro biota in children with generalized chronic catarrhal gingivitis and atopic dermatitis. *Int J Med Dent.* 2020;2(24):206-210.

98. Anttila S, Knuuttila M, Ylöstalo P, Joukamaa M. Symptoms of depression and anxiety in relation to dental health behavior and self-perceived dental treatment need. *Eur J Oral Sci.* 2006 Apr;114(2):109-14. doi: 10.1111/j.1600-0722.2006.00334.x.

99. Appukuttan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2016 Mar 10;8:35-50. doi: 10.2147/CCIDE.S63626

100. Armfield JM, Milgrom P. A clinician guide to patients afraid of dental injections and numbness. *SAAD Dig.* 2011 Jan;27:33-9. PMID: 21323034.

101. Armfield JM. The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. *Aust Dent J.* 2010 Dec;55(4):368-77. doi: 10.1111/j.1834-7819.2010.01256.x. PMID: 21174906.

102. Avramova NT. Dental fear, anxiety, and phobia; causes, diagnostic criteria and the medical and social impact. *J Mind Med Sci*. 2022;9(2):202-208. doi: 10.22543/2392-7674.1348
103. Baelum V, López R. Periodontal disease epidemiology - learned and unlearned? *Periodontol 2000*. 2013 Jun;62(1):37-58. doi: 10.1111/j.1600-0757.2012.00449.x. PMID: 23574463.
104. Baeyens W, Glineur R, Evrard L. L'intérêt de l'utilisation des facteurs plaquettaires de la coagulation: platelet-rich plasma (PRP) et platelet-rich fibrin (PRF) dans la reconstruction osseuse pré-implantaire [The use of platelet concentrates: platelet-rich plasma (PRP) and platelet-rich fibrin (PRF) in bone reconstruction prior to dental implant surgery]. *Rev Med Brux*. 2010 Nov-Dec;31(6):521-7. French. PMID: 21290856.
105. Ball J, Darby I. Mental health and periodontal and peri-implant diseases. *Periodontol 2000*. 2022 Oct;90(1):106-124. doi: 10.1111/prd.12452.
106. Bandura A. *Aggression: A social learning analysis*, Englewood Cliffs. New Jersey, Prentice-Hall; 1973.
107. Bawankar PV, Kolte AP, Kolte RA. Evaluation of stress, serum and salivary cortisol, and interleukin-1 $\beta$  levels in smokers and non-smokers with chronic periodontitis. *J Periodontol*. 2018 Sep;89(9):1061-1068. doi: 10.1002/JPER.18-0028. Epub 2018 Aug 16. PMID: 29752711.
108. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med*. 2013 May;43(5):897-910. doi: 10.1017/S003329171200147X. Epub 2012 Jul 10. PMID: 22781489.
109. Beck AT, Emery G. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York : Basic Books; 1985, pp. 52-128.
110. Beck AT. Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In: S. Rachman & J. Maser (Eds.) *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1987, pp. 91-109.



111. Beloklitskaya GF, Volynskaya TB. The ABCs of manual scaling. Kyiv: KIT; 2011. 68 p. : ill.
112. Borie E, Oliví DG, Orsi IA, Garlet K, Weber B, Beltrán V, Fuentes R. Platelet-rich fibrin application in dentistry: a literature review. *Int J Clin Exp Med*. 2015 May 15;8(5):7922-9. PMID: 26221349; PMCID: PMC4509294.
113. Borisenko AV, Volovik IA. The state of dental exposure in young people depending on periodontal diseases. *Modern dentistry*. 2016;1:28-34.
114. Botelho J, Machado V, Mascarenhas P, Rua J, Alves R, Cavacas MA, Delgado A, João Mendes J. Stress, salivary cortisol and periodontitis: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Oral Biol*. 2018 Dec;96:58-65. doi: 10.1016/j.archoralbio.2018.08.016. Epub 2018 Aug 30. PMID: 30189327.
115. Bowlby, J. Prototypes of Human Sorrow. *Attachment and Loss:Vol. II: Separation, Anxiety and Anger*. 1973;95:3-24. Available from: <https://pep-web.org/browse/document/IPL.095.0000A>
116. Bracha HS, Vega EM, Vega CB. Posttraumatic dental-care anxiety (PTDA): Is "dental phobia" a misnomer? *Hawaii Dent J*. 2006 Sep-Oct;37(5):17-9. PMID: 17152624.
117. Brand HS, Abraham-Inpijn L. Cardiovascular responses induced by dental treatment. *Eur J Oral Sci*. 1996 Jun;104(3):245-52. doi: 10.1111/j.1600-0722.1996.tb00074.x. PMID: 8831058
118. Breivik T, Gundersen Y, Myhrer T, Fonnum F, Osmundsen H, Murison R, Gjermo P, von Hörsten S, Opstad PK. Enhanced susceptibility to periodontitis in an animal model of depression: reversed by chronic treatment with the antidepressant tianeptine. *J Clin Periodontol*. 2006 Jul;33(7):469-77. doi: 10.1111/j.1600-051X.2006.00935.x. PMID: 16820034.
119. Bruton A, Lewith GT. The Buteyko breathing technique for asthma: a review. *Complement Ther Med*. 2005 Mar;13(1):41-6. doi: 10.1016/j.ctim.2005.01.003. Epub 2005 Apr 18. PMID: 15907677.

120. Bulik CM, Kleiman SC, Yilmaz Z. Genetic epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2016; Nov;29(6):383-388.
121. Bullon P, Morillo JM, Ramirez-Tortosa MC, Quiles JL, Newman HN, Battino M. Metabolic syndrome and periodontitis: is oxidative stress a common link? *J Dent Res*. 2009 Jun;88(6):503-18. doi: 10.1177/0022034509337479. PMID: 19587154.
122. Cakmak O, Alkan BA, Ozsoy S, Sen A, Abdulrezzak U Association of gingival crevicular fluid cortisol/dehydroepi and rosterone levels with periodontal status. *J Periodontol*. 2014 85(8):e287–e294 . <https://doi.org/10.1902/jop.2014.130787>
123. Campos LA, Peltomäki T, Marôco J, Campos JADB. Use of Oral HealthImpact Profile-14 (OHIP-14) in Different Contexts. What Is Being Measured? *Int J Environ ResPublicHealth*. 2021 Dec 20;18(24):13412. doi: 10.3390/ijerph182413412. PMID: 34949018; PMCID: PMC8703465.
124. Castillo DM, Sánchez-Beltrán MC, Castellanos JE, Sanz I, Mayorga-Fayad I, Sanz M, Lafaurie GI. Detection of specific periodontal microorganisms from bacteraemia samples after periodontal therapy using molecular-based diagnostics. *J ClinPeriodontol*. 2011 May;38(5):418-27. doi: 10.1111/j.1600-051X.2011.01717.x.
125. CazalisJ, Tanabe S, Gagnon G, Sorsa T, Grenier D. Tetracyclines and chemically modified tetracycline-3 (CMT-3) modulate cytokine secretion by lipopolysaccharide-stimulated whole blood. *Inflammation*. 2009 Apr;32(2):130-7. doi: 10.1007/s10753-009-9111-9.
126. Coelho JMF, Miranda SS, da Cruz SS, Trindade SC, Passos-Soares JS, Cerqueira EMM, Costa MDCN, Figueiredo ACMG, Hintz AM, Barreto ML, Seymour GJ, Scannapieco F, Gomes-Filho IS. Is there association between stress and periodontitis? *Clin Oral Investig*. 2020 Jul;24(7):2285-2294. doi: 10.1007/s00784-019-03083-9.
127. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. *JAMA*. 2007 Oct 10;298(14):1685-7. doi: 10.1001/jama.298.14.1685. PMID: 17925521.

128. Cooper S, Osborne J, Newton S, Harrison V, Thompson Coon J, Lewis S, Tattersfield A. Effect of two breathing exercises (Buteyko and pranayama) in asthma: a randomised controlled trial. *Thorax*. 2003 Aug;58(8):674-9. doi: 10.1136/thorax.58.8.674. PMID: 12885982; PMCID: PMC1746772.
129. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc*. 1978 Nov;97(5):816-9. doi: 10.14219/jada.archive.1978.0394. PMID: 31377.
130. Corah NL. Dental anxiety. Assessment, reduction and increasing patient satisfaction. *DentClin North Am*. 1988 Oct;32(4):779-90. PMID: 3053270.
131. Cornell JE, Saunders MJ, Paunovich ED, Frisch MB. Oral Health Quality of Life Inventory (OH-QoL). *Slade CD*, 135-150.
132. Costa FO, Susin C, Cortelli JR, Almeida Pordeus I. Epidemiology of periodontal disease. *Int J Dent*. 2012;2012:848641. doi: 10.1155/2012/848641
133. Dailey YM, Humphris GM, Lennon MA. Reducing patients' state anxiety in general dental practice: a randomized controlled trial. *J Dent Res*. 2002 May;81(5):319-22. doi: 10.1177/154405910208100506.
134. Danilevsky NF, Revenok BA. Psychotherapeutic correction of anxiety-phobic conditions when visiting the dentist. *Newsletter of Dent*. 1998;4(20):12–15.
135. De Filippo E, Marra M, Alfinito F, Di Guglielmo ML, Majorano P, Cerciello G, De Caprio C, Contaldo F, Pasanisi F. Hematological complications in anorexia nervosa. *Eur J Clin Nutr*. 2016 Nov;70(11):1305-1308. doi: 10.1038/ejcn.2016.115.
136. DiStefano M, Polizzi A, Santonocito S, Romano A, Lombardi T, Isola G. Impact of Oral Microbiome in Periodontal Health and Periodontitis: A Critical Review on Prevention and Treatment. *Int J MolSci*. 2022;23(9):5142. doi:10.3390/ijms23095142.
137. Dubar M, Clerc-Urmès I, Baumann C, Clément C, Alauzet C, Bisson C. Relations of Psychosocial Factors and Cortisol with Periodontal and Bacterial Parameters: A Prospective Clinical Study in 30 Patients with Periodontitis Before

and After Non-Surgical Treatment. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Oct 20;17(20):7651. doi: 10.3390/ijerph17207651.

138. Durham RC, Allan T, Hackett CA. On predicting improvement and relapse in generalized anxiety disorder following psychotherapy. *Br J Clin Psychol*. 1997 Feb;36(1):101-19. doi: 10.1111/j.2044-8260.1997.tb01234.x.

139. Dye BA. Global periodontal disease epidemiology. *Periodontol* 2000. 2012 Feb;58(1):10-25. doi: 10.1111/j.1600-0757.2011.00413.x.

140. Ellis A. Rational emotive behavior therapy. In: RJ. Corsini, D Wedding (Eds.) *Current psychotherapies*. 7th ed., instr. ed. Thomson Brooks/Cole Publishing Co; 2005, pp. 166–201.

141. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980 May;137(5):535-44. doi: 10.1176/ajp.137.5.535

142. Eysenck HJ. *The structure of human personality*. London : Methuen&Co. Ltd; 1953. 350 p.

143. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, Vos T, Whiteford HA. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*. 2013 Nov;10(11):e1001547. doi: 10.1371/journal.pmed.1001547. Epub 2013 Nov 5. PMID: 24223526; PMCID: PMC3818162.

144. Filardo G, Kon E, DI Matteo B, DI Marino A, Sessa A, Merli ML, Marcacci M. Leukocyte-poor PRP application for the treatment of knee osteoarthritis. *Joints*. 2014 Jan 8;1(3):112-20.

145. Firat D, Tunc EP, Sar V. Dental anxiety among adults in Turkey. *J Contemp Dent Pract*. 2006 Jul 1;7(3):75-82. PMID: 16820810.

146. Frencken JE, Sharma P, Stenhouse L, Green D, Lavery D, Dietrich T. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis - a comprehensive review. *J Clin Periodontol*. 2017 Mar;44 Suppl 18:S94-S105. doi: 10.1111/jcpe.12677.

147. Freud A. *The Ego and the Mechanisms of Defence*. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis; 1966. 204 p.

148. Freud S. An outline of psychoanalysis. In: J. Strachey (Ed. Trans.) The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press. 1964. Vol. 23, pp. 141–207.

149. Freud S. The Complete Introductory Lectures on Psychoanalysis. New York: W. W. Norton; 1966. 645 p.

150. Freud S. Werke aus den Jahren 1925–1931 (Gesammelte Werke in achtzehn Bänden mit einem Nachtragsband). Frankfurt am Main : S. Fischer Verlag; 1999. Band 14. 614 s.

151. Friedlander AH, Marder SR, Sung EC, Child JS. Panic disorder: psychopathology, medical management and dental implications. J Am Dent Assoc. 2004 Jun;135(6):771-8; quiz 796-7. doi: 10.14219/jada.archive.2004.0306.

152. Furnas DW. Festoons of orbicularis muscle as a cause of baggy eyelids. Plast Reconstr Surg. 1978 Apr;61(4):540-6. doi: 10.1097/00006534-197804000-00007. PMID: 635044.

153. Genco RJ, Borgnakke WS. Risk factors for periodontal disease. Periodontol 2000. 2013 Jun;62(1):59-94. doi: 10.1111/j.1600-0757.2012.00457.x. PMID: 23574464

154. Gheisary Z, Mahmood R, Harri Shivanantham A, Liu J, Lieffers JRL, Papagerakis P, et al. The Clinical, Microbiological, and Immunological Effects of Probiotic Supplementation on Prevention and Treatment of Periodontal Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients. 2022;14(5):1036. doi: 10.3390/nu14051036.

155. Golan S, Goldberg RA. Time Course Analysis of Upper Blepharoplasty Complications. Dermatol Surg. 2017 Feb;43(2):307-309. doi: 10.1097/DSS.0000000000000919

156. Golovakha EI, Panina NV. Psychology of human mutual understanding. Kyiv; 1989. 211 p.

157. Gordon D, Heimberg RG, Tellez M, Ismail AI. A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. J Anxiety Disorders.

Pergamon. 2013;27:365–78. Available from:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088761851300056X>

158. Grinevich EG, Linsky IV. Disasters and neurotic disorders in Ukraine. *Archives of Psychiatry*. 2007;1-2:7-12.

159. GubskaOY, DenesyukOR. Nomenclature and diagnosis of seronegative celiacdisease and chronicnon-celiacenteropathiesinadults. *Gastroenterology*. 2023;57(1):43–46. <https://doi.org/10.22141/2308-2097.57.1.2023.528>

160. Guo F, Song J, Wang L, Yu X. Upper Eyelid Skin Laxity in Elderly Patients: Correction SurgeryWith Eyelid Marginal Incision. *Annals of Plastic Surgery*. 2022 Dec;89(6):610-614. DOI: 10.1097/sap.0000000000003289.

161. Gupta A, Shetty N. Association between dentalcaries, periodontal status, and personalitytraitsof 35–44-year-old adultsin Bareilly City, Uttar Pradesh, India. *J Indian Assoc Public Heal Dent*. 2019;17(4):301-5. doi: 10.4103/jiaphd.jiaphd\_127\_18

162. Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral Conditions and Health-Related Quality of Life: A Systematic Review. *J Dent Res*. 2017 Jul;96(8):864-874. doi: 10.1177/0022034517709737.

163. Hale WW 3rd, Klimstra TA, Branje SJ, Wijsbroek SA, Meeus WH. Is adolescent generalized anxiety disorder a magnet for negative parental interpersonal behaviors? *Depress Anxiety*. 2013 Sep;30(9):849-56. doi: 10.1002/da.22065.

164. Haririan H, Andrukhov O, Böttcher M, Pablik E, Wimmer G, Moritz A, Rausch-Fan X. Salivary neuropeptides, stress, and periodontitis. *J Periodontol*. 2018 Jan;89(1):9-18. doi: 10.1902/jop.2017.170249. PMID: 28914594.

165. Hartshorne J, Gluckman HA. Comprehensive clinical review of Platelet Rich Fibrin (PRF) anditsrole in promoting tissue healing and regeneration indentistry. Part II: Preparation, optimization, handling and application, benefits and limitations of PRF. *International Dentistry. African Edition*. 2016; 6(5):34-51.

166. Heaton B, Dietrich T. Causal the oryandtheetiology of periodontal diseases. *Periodontol* 2000. 2012 Feb;58(1):26-36. doi: 10.1111/j.1600-0757.2011.00414.x. PMID: 22133365.
167. Horney K. Gentlerebel of psychoanalysis. NewYork : DialPress; 1978.
168. Horney K. Neurosisand Human Growth: TheStruggle to wards Self-Realization. NewYork: W. W. Norton; 1956. 184 p
169. Horodnov E. Methods of researching the quality of life in patients with dental diseases. In: Current trends in scientific research development. Proceedings of the 2nd International scientific and practical conference. BoScience Publisher, Boston, USA; 2024, pp. 34-41.
170. Horodnov Ye. Justification of the use of autoplasm in the treatment to fgeneralizedperiodontal diseases. In: Science and innovation of modern world. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. CognumPublishingHouse. London, UnitedKingdom; 2022, pp. 31-39.
171. Horodnov Ye. Manifestions of anxiety in patients with generalized periodonts when providing dentalcare. In: Eurasian scientific discussions. Proceedings of the 12th International scientific and practical conference. BarcaAcademyPublishing. Barcelona, Spain; 2022, pp. 48-53.
172. Horodnov Ye. Application of method sandexercises too vercome anxiety in patients with generalized periodontallesions. In: Scientific research: modern challenges and future prospects. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Munich, Germany; 2024, pp. 37-44.
173. Ionel A, Lucaciu O, Tăbăran F, Berce C, Toader S, Hurubeanu L, Bondor C, Câmpian RS. Histopathological and clinical expression of periodontal disease related to the systemic inflammatory response. *HistolHistopathol*. 2017 Apr;32(4):379-384. doi: 10.14670/HH-11-803.
174. Jepsen S, Suvan J, Deschner J. The association of periodontal diseases with metabolic syndrome and obesity. *Periodontol* 2000. 2020 Jun;83(1):125-153. doi: 10.1111/prd.12326. PMID: 32385882.

175. Johannsen A, Asberg M, Söder PO, Söder B. Anxiety, gingival inflammation and periodontal disease in non-smokers and smokers - an epidemiological study. *J Clin Periodontol*. 2005 May;32(5):488-91. doi: 10.1111/j.1600-051X.2005.00704.x.
176. Jordan RA, Klingenberg D. Is the significant caries index in low-caries populations still significant?. *J Dent Res*. 2014;93, Spec Iss C, Abstract 00137.
177. Kaplan RM, Bush JW. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychol*. 1982;1(1):61-80.
178. Karnad MP. Dental anxiety-how would you manage it? *SAAD Dig*. 2015 Jan;31:26-31. PMID: 25895236.
179. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod CM (ed.) *Evaluation of chemotherapeutic agents*. New York: Columbia University Press; 1949, pp. 191–205.
180. Kasalova P, Prasko J, Holubova M, Vanek J, Ociskova M, Minarikova K, Chupacova M, Kantor K, Kolek A, Sollár T, Nesnidal V, Zatkova M, Slepecky M, Barnard L. Marriage in a panic: Panic disorder and intimate relationships. *NeuroEndocrinol Lett*. 2020 Oct;41(4):179-194.
181. Kesim S, Unalan D, Esen C, Ozturk A. The relationship between periodontal disease severity and state-trait anxiety level. *J Pak Med Assoc*. 2012 Dec;62(12):1304-8. PMID: 23866479.
182. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:119-38. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409.
183. Klages U, Claus N, Wehrbein H, Zentner A. Development of a questionnaire for assessment of the psychosocial impact of dental aesthetic treatments in young adults. *Eur J Orthod*. 2006 Apr;28(2):103-11. doi: 10.1093/ejo/cji083. Epub 2005 Oct 28. PMID: 16257989.
184. Klein DF, Fink M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am J Psychiatry*. 1962 Nov;119:432-8. doi: 10.1176/ajp.119.5.432. PMID: 14033346.



185. Kornman KS. Mapping the pathogenesis of periodontitis: a new look. *J Periodontol*. 2008 Aug;79(8 Suppl):1560-8. doi: 10.1902/jop.2008.080213.
186. Kosmidis P. Quality of life as a new endpoint. *Chest*. 1996;109(Suppl. 5):110–121.
187. Kossler AL, Peng GL, Yoo DB, Azizzadeh B, Massry GG. Current Trends in Upper and Lower Eyelid Blepharoplasty Among American Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery Members. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2018 Jan/Feb;34(1):37-42. doi: 10.1097/IOP.0000000000000849.
188. Kundenko SP, Gorodnov EV. Caractéristiques de l'activité administrative dans les établissements d'enseignement supérieur. In: *Current challenges of science and education. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference*. MDPC Publishing. Berlin, Germany; 2023, pp.308-312.
189. Kundenko SP, Moskalyova AS, Horodnov EV. Psychological and administrative aspects of manager's activities in higher education institutions. In: *Topical aspects of modern scientific research. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference*. CPN Publishing Group. Tokyo, Japan; 2023, pp. 442-449.
190. Kurki P, Korhonen M, Honkalampi K, Suominen AL. Patients' multifaceted views of dental fear in a diagnostic interview. *Acta Odontol Scand*. 2021 Apr;79(3):194-204. doi: 10.1080/00016357.2020.1817545.
191. Kustro TV, Gubska OY, Antonenko MY. Microbiological characteristics of subgingival microbiota and determination of secretory Ig A level in patients with gluten-related disorders. *Scien Europe*. 2020;60(2):25–29.
192. Kvaratskhelia S, Nemsadze T, Puturidze S, Gogiberidze M, Jorbenadze T. Morphological changes in periodontal tissue during periodontitis. *Georgian Med News*. 2021 Feb;(311):50-54. PMID: 33814390.
193. LaMonte MJ, Genco RJ, Hovey KM, Wallace RB, Freudenheim JL, Michaud DS, Mai X, Tinker LF, Salazar CR, Andrews CA, Li W, Eaton CB, Martin LW, Wactawski-Wende J. History of Periodontitis Diagnosis and Edentulism as Predictors of Cardiovascular Disease, Stroke, and Mortality in

Postmenopausal Women. *J Am Heart Assoc.* 2017 Mar 29;6(4):e004518. doi: 10.1161/JAHA.116.004518.

194. Lazurenko Olena, Smila Nataliya. Emotional Intelligence of Future Physicians Who Tend to Hide Professional Mistakes. *The New Educational Review*, 2021 <https://doi.org/10.15804/tner.21.64.2.23>

195. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer; 1984.

196. Lee H, Halverson S, Ezinwa N. Mosquito-Borne Diseases. *PrimCare*. 2018 Sep;45(3):393-407. doi: 10.1016/j.pop.2018.05.001. PMID: 30115330.

197. Lee JH, Choi JK, Jeong SN, Choi SH. Charlson comorbidity index as a predictor of periodontal disease in elderly participants. *J Periodontal Implant Sci.* 2018 Apr 30;48(2):92-102. doi: 10.5051/jpis.2018.48.2.92.

198. Lee JH, Oh JY, Youk TM, Jeong SN, Kim YT, Choi SH. Association between periodontal disease and non-communicable diseases: A 12-year longitudinal health-examine cohort study in South Korea. *Med (United States)*. 2017; 96 (26):1–7.

199. Leininger M, Tenenbaum H, Davideau JL. Modified periodontal risk assessment score: long-term predictive value of treatment outcomes. A retrospective study. *J Clin Periodontol.* 2010 May;37(5):427-35. doi: 10.1111/j.1600-051X.2010.01553.x.

200. Lépine JP. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry.* 2002;63 Suppl 14:4-8. PMID: 12562112.

201. Li Q, Pan S, Dangaria SJ, Gopinathan G, Kolokythas A, Chu S, et al. Platelet-Rich Fibrin Promotes Periodontal Regeneration and Enhances Alveolar Bone Augmentation *BioMedResInt.* 26 March 2013; Article ID 638043: 13p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/638043>

202. Locker D, Poulton R, Thomson WM. Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001 Dec;29(6):456-63. doi: 10.1034/j.1600-0528.2001.290607.x.

203. Lu H, Xu M, Wang F, Liu S, Gu J, Lin S, Zhao L. Chronic stress accelerates ligature-induced periodontitis by suppressing glucocorticoid receptor- $\alpha$  signaling. *Exp Mol Med*. 2016 Mar 25;48(3):e223. doi: 10.1038/emm.2015.127.
204. Mack F, Schwahn C, Feine JS, Mundt T, Bernhardt O, John U, Kocher PT, Biffar R. The impact of tooth loss on general health related to quality of life among elderly Pomeranians: results from the study of health in Pomerania (SHIP-O). *Int J Prosthodont*. 2005 Sep-Oct;18(5):414-9. PMID: 16220807
205. Mahler MS. Onhuman symbiosis and the vicissitudes of individuation. *J Am Psychoanal Assoc*. 1967 Oct;15(4):740-63. doi: 10.1177/000306516701500401. PMID: 4170516.
206. Mancina G, Bertinieri G, Grassi G, Parati G, Pomidossi G, Ferrari A, Gregorini L, Zanchetti A. Effects of blood-pressure measurement by the doctor on patient's blood pressure and heart rate. *Lancet*. 1983 Sep 24;2(8352):695-8. doi: 10.1016/s0140-6736(83)92244-4.
207. Marchenko AV, Loban GA, Petrushanko TO, Chereda VV, Faustova MO, Ananieva MM. The effect of the psycho-emotional stress on the state of microbiota of the gingivalsulcus. *Світ медицини та біології*. 2020;3(73):69–74. Available from: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/13866>
208. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006; 3:442-448.
209. May R. *The Meaning of Anxiety*. New York: Pocket Books; 1977. 432 p.
210. McSweeney AJ, Creer TL. Health-related quality-of-life assessment in medical care. *Dis Mon*. 1995 Jan;41(1):1-71. PMID: 7805548.
211. Mihaylova I, Avramova N, Vasilev B. Personality Traits and Dental Anxiety. *IOSR J Dentand Med Sciences (IOSR-JDMS)*. 2018;17(2):8-10. doi: 10.9790/0853-1702040810
212. Milgrom P, Weinstein P, Heaton LJ. *Treating fearful dental patients: a patient management handbook*. 3rd edn. Seattle, WA: Dental Behavioral Resources; 2009.

213. Milgrom P, Weinstein P. Dental fears in general practice: new guidelines for assessment and treatment. *Int Dent J*. 1993 Jun;43(3 Suppl 1):288-93. PMID: 8406959.
214. Miron RJ, Zucchelli G, Pikos MA, Salama M, Lee S, Guillemette V, Fujioka-Kobayashi M, Bishara M, Zhang Y, Wang HL, Chandad F, Nacopoulos C, Simonpieri A, Aalam AA, Felice P, Sammartino G, Ghanaati S, Hernandez MA, Choukroun J. Use of platelet-rich fibrin in regenerative dentistry: a systematic review. *Clin Oral Investig*. 2017 Jul;21(6):1913-1927. doi: 10.1007/s00784-017-2133-z.
215. Moore R, Brødsgaard I, Birn H. Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. *Behav Res Ther*. 1991;29(1): 51-60. doi: 10.1016/s0005-7967(09)80007-7
216. Mowrer OH. Anxiety-reduction and learning. *J. exp. Psychol*. 1940:497-516.
217. Mühlemann HR, Son S. Gingival sulcus bleeding-a leading symptom in initial gingivitis. *Helv Odontol Acta*. 1971 Oct;15(2):107-13. PMID: 5315729.
218. Murad MH, Ingle NA, Assery MK. Evaluating factors associated with fear and anxiety to dental treatment-A systematic review. *J Family Med Prim Care*. 2020 Sep 30;9(9):4530-4535. doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc\_607\_20
219. Nazir M, Al-Ansari A, Al-Khalifa K, Alhareky M, Gaffar B, Almas K. Global Prevalence of Periodontal Disease and Lack of Its Surveillance. *ScientificWorldJournal*. 2020 May 28;2020:2146160. doi: 10.1155/2020/2146160.
220. Ng SK, Keung Leung W. A community study on the relationship between stress, coping, affective dispositions and periodontal attachment loss. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006 Aug;34(4):252-66. doi: 10.1111/j.1600-0528.2006.00282.x.
221. Offidani E, Tomba E, Linder MD. Two key concepts in the life course approach in medicine: allostatic load and cumulative life course impairment. *Curr Probl Dermatol*. 2013;44:17-32. doi: 10.1159/000350385.

222. Ordway SN. Resources and the American dream: including a theory of the limit of growth. New York: Ronald Press; 1953.
223. Osborn NF. The limits of the Earth. Boston: Little Brown and Co; 1954.
224. Papapanou PN, Susin C. Periodontitis epidemiology: is periodontitis under-recognized, over-diagnosed, or both? *Periodontol 2000*. 2017 Oct;75(1):45-51. doi: 10.1111/prd.12200.
225. Park RE, Burgess EW, McKenzie RD. The city. Chicago, Illinois: The University of Chicago Press.; 1925. 142 p.
226. Patten SB. Major depression epidemiology from a diathesis-stress conceptualization. *BMC Psychiatry*. 2013 Jan 11;13:19. doi: 10.1186/1471-244X-13-19.
227. Penmetsa G, Seethalakshmi P. Effect of stress, depression, and anxiety over periodontal health indicators among health professional students. *J Indian Assoc Public Heal Dent*. 2019;17(1):36-40.
228. Petit C, Anadon-Rosinach V, Tuzin N, Davideau JL, Huck O. Influence of Depression and Anxiety on Non-Surgical Periodontal Treatment Outcomes: A 6-Month Prospective Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Sep 6;18(17):9394. doi: 10.3390/ijerph18179394.
229. Petrushanko TA, Chereda VV, Loban' GA. The relationship between colonization resistance of the oral cavity and individual-typological characteristics of personality: dental aspects. *Wiad Lek*. 2017;70(4):754–7.
230. Pollack MH, Smoller JW. The longitudinal course and outcome of panic disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1995 Dec;18(4):785-801. PMID: 8748381.
231. Procedural Statistics. The Aesthetic Society. Available from: <https://www.theaestheticsociety.org/media/procedural-statistics>
232. Proshchenko A, Terekhov S, Vesova O, Kaminsky V, Kryvosheieva A. Utilization of artificial intelligence for predictive modeling in dental implantology. *Georgian Medical News*. 2024 May(350):6-15. PMID: 39089263.

233. Reid K, Farrel D, Dealey C. Health related quality of life questionnaires : are they fit for purpose? Intech. Europ; 2012. 389 p. <https://www.intechopen.com/chapters/31113>
234. Reshetnyk LL, Antonenko MYu, Zelinskaya NA. Hygienic condition of the oral cavity in patients with generalized parodontal diseases associated with anorexia nervosa. Znanstvenamisel j (Slovenia). 2020;2(40):17-19.
235. Richter W. Alternativen und Visionen zur Verbesserung der Knorpelregeneration. Trauma Berufskrankh. 2002;4 (Suppl 2):100–3. <https://doi.org/10.1007/s10039-002-0550-x>.
236. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L, Lydiard RB, Massie MJ, Katon W, Laden SK, Stein MB. Anxiety disorders and comorbid medical illness. Gen Hosp Psychiatry. 2008 May-Jun;30(3):208-25. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2007.12.006.
237. Rubin G. An interview with Dr. Gordon Rubin. N Y J Dent. 1988 Mar;58(2):56-9, 66-7. PMID: 3162560.
238. Rucci P, Miniati M, Oppo A, Mula M, Calugi S, Frank E, Shear MK, Mauri M, Pini S, Cassano GB. The structure of life time panic-agoraphobia spectrum. J Psychiatr Res. 2009 Jan;43(4):366-79. doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.04.002
239. Saintrain MV, de Souza EH. Impact of tooth loss on the quality of life. Gerodontology. 2012 Jun;29(2):e632-6. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00535.x
240. Sánchez AR, Sheridan PJ, Kupp LI. Is platelet-rich plasma the perfect enhancement factor? A current review. Int J Oral Maxillofac Implants. 2003 Jan-Feb;18(1):93-103. PMID: 12608674.
241. Sarason JG. Anxiety, self-preoccupation and attention. Anxiety Res, 1988;1(1), 3–7. <https://doi.org/10.1080/10615808808248215>
242. Saul H. Phobias: fighting the fear. New York: Arcade Pub; 2002, pp. 12–94.
243. Scott DL, Garrood T. Quality of life measures: use and abuse. Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol. 2000 Dec;14(4):663-87. doi: 10.1053/berh.2000.0106.

244. Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: A under studied problem in youth. *Clinical Psychology Review*. 2017 Jul;55:25-40. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.04.004. PMID: 28478271.
245. Shcherba V, Demkovych A, Hasiuk P, Lebid O, Duda K, Stoikeych H. Morphological changes of periodontal components under experimental lipopolysaccharide periodontitis combined with hyperthyroidism. *Wiad Lek*. 2022;75(8 pt 2):1960-1964. doi: 10.36740/WLek202208203.
246. Silva LM, Brenchley L, Moutsopoulos NM. Primary immunodeficiencies reveal the essential role of tissue neutrophils in periodontitis. *Immunol Rev*. 2019 Jan;287(1):226-235. doi: 10.1111/imr.12724. PMID: 30565245; PMCID: PMC7015146.
247. Soory M. Association of periodontitis with rheumatoid arthritis and atherosclerosis: Novel paradigms in etiopathogeneses and management? *Open Access Rheumatol*. 2010 May 28;2:1-16. doi: 10.2147/oarr.s10928.
248. Spector AM, Postolache TT, Akram F. Et al. Psychological Stress: A Predisposing and Exacerbating Factor in Periodontitis. *Curr Oral Health Rep*. 2020; 7:208–215. <https://doi.org/10.1007/s40496-020-00282-2>
249. Spence J, Spence K. The motivational components of manifest anxiety: Drive and drive stimuli. New York: Academic Press 1966, pp. 112-43.
250. Spielberger CD, Sarason IG. (Eds.) *Stress and anxiety*. Washington; 1975, pp. 12–56.
251. Spielberger CD, Rickman RL. Assessment of State and Trait Anxiety. In: N. Satorius (Eds.) *Anxiety: Psychobiological and clinical perspectives*. Washington: Hemisphere: Taylor and Francis; 1991, pp. 69-83.
252. Spielberger CD, Ritterband LM, Sydeman SJ, Reheiser EC, Unger KK. Assessment of emotional states and personality traits: Measuring psychological vital signs. In: J.N. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment: Practical approaches*. New York: Oxford University Press; 1995, pp. 42–58.
253. Spielberger CD. Assessment of State and Trait Anxiety: Conceptual and Methodological Issues. *The Southern Psychologist*. 1985;2:6-16.

254. Spielberger CD. Test Anxiety Inventory. SamplerSet. Manual, Test, Scoring RedwoodCity: MindGarden; 1980. 240 p
255. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, Spencer AJ. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004 Apr;32(2):107-14. doi: 10.1111/j.0301-5661.2004.00131.x.
256. Strik JJ, Denollet J, Lousberg R, Honig A. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2003 Nov 19;42(10):1801-7. doi: 10.1016/j.jacc.2003.07.007. PMID: 14642691.
257. Tellez M, Kinner DG, Heimberg RG, Lim S, Ismail AI. Prevalence and correlates of dental anxiety in patients seeking dental care. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015 Apr;43(2):135-42. doi: 10.1111/cdoe.12132. Epub 2014 Oct 24. PMID: 25346261
258. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *SocSciMed*. 1995 Nov;41(10):1403-9. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-k. PMID: 8560308.
259. Tsuang MT, Tohen M. Textbook in psychiatric epidemiology. New York : Wiley-Liss; 2002. 736 p.
260. Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004 May;184:386-92. doi: 10.1192/bjp.184.5.386
261. Vasileva IM. Personality traits, levels of anxiety and the impact on dental health in people over 18 years of age. Dissertation. Medical University-Sofia; 2018 [PhD Thesis in Bulgarian]
262. Vika M, Skaret E, Raadal M, Ost LG, Kvale G. Fear of blood, injury, and injections, and its relationship to dental anxiety and probability of avoiding dental treatment among 18-year-olds in Norway. *Int J Paediatr Dent*. 2008 May;18(3):163-9. doi: 10.1111/j.1365-263X.2007.00904.



263. Vogelzangs N, de Jonge P, Smit JH, Bahn S, Penninx BW. Cytokineproduction capacity in depression and anxiety. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2016 [cited 2020 May 10];6(5):e825. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5070051/>
264. Wagner EYN, Ajdacic-Gross V, Strippoli MPF, Gholam-Rezaee M, Glaus J, Vandeleur C, et al. Associations of personality traits with chroniclow-grade in flammation in a Swiss community sample. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019 [cited 2020 May 9];10:819. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6863063/>
265. Warreth A, Doody K, Al-Mohsen M, Morcos O, Al-Mohsen M, Ibieyou N. Fundamentals of occlusion and restorative dentistry. Part II: occlusalcontacts, interferences and occlusal considerations in implant patients. *J Ir Dent Assoc*. 2015 Oct-Nov;61(5):252-9.
266. Wasu S, Wasu P, Thakare KS, Umale B. Stress and Periodontal Disease. *Int J OralCareRes* 2017; 5(3):233-237.
267. Watson D, Clark LA. Negative affectivity: the disposition to experience aversiveemotionalstates. *Psychol Bull*. 1984 Nov;96(3):465-90. PMID: 6393179.
268. Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovasculartherapies. *Am J Cardiol*. 1984 Oct 1;54(7):908-13. doi: 10.1016/s0002-9149(84)80232-5. PMID: 6333175.
269. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013 Nov 9;382(9904):1575-86. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6. Epub 2013 Aug 29. PMID: 23993280.
270. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe-- a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005 Aug;15(4):357-76. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.012.

271. Woodmansey KF. The prevalence of dental anxiety in patients of a university dental clinic. *J Am Coll Heal*. 2005;54(1):59–61.
272. World Health Organization. *Oral Health Surveys Basic Methods*. 5th ed. Geneva : WHO; 2013. 125 p.
273. Yelin E. Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace. *NAP*. 1999: 100–161.
274. Zadik Y, Sandler V, Bechor R, Salehrabi R. Analysis of factors related to extraction of endodontically treated teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod*. 2008 Nov;106(5):e31-5. doi: 10.1016/j.tripleo.2008.06.017. Epub 2008 Aug 20. PMID: 18718782.
275. Zafar MU, Paz-Yepes M, Shimbo D, Vilahur G, Burg MM, Chaplin W, Fuster V, Davidson KW, Badimon JJ. Anxiety is a better predictor of platelet reactivity in coronary artery disease patients than depression. *Eur Heart J*. 2010 Jul;31(13):1573-82. doi: 10.1093/eurheartj/ehp602. Epub 2010 Jan 22. PMID: 20097703; PMCID: PMC2895160.
276. Zhang T, Andrukhov O, Haririan H, Müller-Kern M, Liu S, Liu Z, Rausch-Fan X. Total Antioxidant Capacity and Total Oxidant Status in Saliva of Periodontitis Patients in Relation to Bacterial Load. *Front Cell Infect Microbiol*. 2016 Jan 6;5:97. doi: 10.3389/fcimb.2015.00097.
277. Zuckerman M. General and situation specific traits and states: New approaches to assessment of anxiety and other constructs. In: M. Zuckerman ed. & Ch.D. Spielberger. *Emotions and anxiety: New concepts, methods and applications*. New York: John Wiley & Sons; 1976, pp. 133–174.

## ДОДАТКИ

## ДОДАТОК А

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Публікації, в яких опубліковані наукові результати дисертації:*

1. Городнов ЄВ. Лікувально-гігієнічні засоби профілактики генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності. Сучасна стоматологія. 2024;5(122):4-10. DOI: [10.33295/1992-576X-2024-5-4](https://doi.org/10.33295/1992-576X-2024-5-4) (Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).

2. Городнов Є. Диференційоване застосування зубних паст у профілактиці генералізованого пародонтиту. Вісник стоматології. 2024;128((3)53):35-42. DOI: <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2024-53-3.7> (Дисертант проводив експериментальні дослідження, аналіз та статистичну обробку даних, написання та підготовку статті до друку).

3. Городнов ЄВ. Профілактика та подолання тривожності у хворих із генералізованими ураженнями пародонта. Актуальні проблеми профілактичної медицини. 2024;28:12-19. DOI: <https://doi.org/10.32782/2786-9067-2024-28-2> (Дисертант проводив експериментальні дослідження, аналіз та статистичну обробку даних, написання та підготовку статті до друку.)

4. Городнов ЄВ. Рівень кортизолу в ротовій рідині у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності. Сучасна стоматологія. 2024;6(123):21-26. Доступно з: <https://www.dentalexpert.com.ua/index.php/stomatology/issue/view/34/14> DOI:10.33295/1992-576X-2024-6-21 (Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).

5. Городнов ЄВ. Оцінка якості життя у хворих на генералізований пародонтит із проявами тривожності. Сучасна стоматологія. 2025;1(124):9-15. DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2025-1-9> (Дисертант проводив

експериментальні дослідження, аналіз та статистичну обробку даних, написання та підготовку статті до друку).

***Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:***

6. *Городнов ЄВ. Лікування генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності методом плазмоліфтингу: аналіз наукової літератури. В: Світ наукових досліджень. Вип. 15: матеріали Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції, (м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 19-20 грудня 2022 р.) / [редкол.: О. Патряк та ін.]; WSSG w Przeworsku. Тернопіль: ФОП Шпак В.Б, 2022. С.154-160. Доступно з: <http://www.economy-confer.com.ua/full-article/4135/> (Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

7. *Городнов ЄВ. Дослідження тривожності у хворих на генералізований пародонтит при наданні стоматологічної допомоги. In: Modern science: innovations and prospects. Proceedings of the 16-th International scientific and practical conference. SSPG Publish. Stockholm, Sweden; 2022. Pp. 152-157. (Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

8. *Horodnov Ye. Justification of the use of autoplasm in the treatment of generalized periodontal diseases. In: Science and innovation of modern world. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. London, United Kingdom; 2022. Pp. 31-39. (дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

9. *Городнов ЄВ. Прояви тривожності у хворих на генералізований пародонтит під час стоматологічного прийому: стан вивчення проблеми. In: Science and technology: problems, prospects and innovations. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference. CPN Publishing Group.*

Osaka, Japan. 2022. Pp. 75-85. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

10. Horodnov Ye. Manifestions of anxiety in patients with generalized periodonts when providing dental care. In: Eurasian scientific discussions. Proceedings of the 12th International scientific and practical conference. Barca Academy Publishing. Barcelona, Spain; 2022. Pp. 48-53. Available from: <https://sci-conf.com.ua/xii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-eurasian-scientific-discussions-18-20-12-2022-barselona-ispaniya-arhiv/> *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

11. Horodnov Ye. Gender characteristics of anxiety manifestations in patients with generalized periodonts. In: Proceedings of the XXII International Scientific and Practical Conference. «Modern theories and improvement of world methods», Helsinki, Finland; 2023. Pp. 190-193. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

12. Антоненко МЮ, Борисенко АВ, Городнов ЄВ. Предиктори тривожності у хворих з генералізованими ураженнями пародонта. In: Scienceandsociety: moderntrendsin a changingworld. Proceedings of the 1 st International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Vienna, Austria; 2023. Pp. 72-80. Available from: <https://sci-conf.com.ua/i-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-science-and-society-modern-trends-in-a-changing-world-18-20-12-2023-viden-avstriya-arhiv/>. *(Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, виконано статистичне опрацювання даних з аналізом отриманих результатів, висновки сформульовані спільно із співавторами).*

13. Horodnov Ye. Theoretical aspects of quality of life in the context of dental health. In: Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference. Lisbon, Portugal; 2023. Pp. 156-163. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

14. Антоненко МЮ, Борисенко АВ, Городнов ЄВ. Якість життя у хворих на генералізовані ураження пародонта з проявами тривожності. In: Global science: prospects and innovations. In: Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. Liverpool, United Kingdom; 2023. Pp. 59-69. Available from: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-global-science-prospects-and-innovations-28-30-12-2023-liverpul-velikobritaniya-arhiv/> (Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, виконано статистичне опрацювання даних з аналізом отриманих результатів, висновки сформульовані спільно із співавторами).

15. Борисенко АВ, Городнов ЄВ. Застосування фібрину збагаченого тромбоцитами (PRF) для лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності. In: Innovative development of science, technology and education. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Vancouver, Canada; 2023. Pp. 215-222. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-innovative-development-of-science-technology-and-education-vankuver-kanada-arhiv/> (Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, виконано статистичне опрацювання даних з аналізом отриманих результатів, висновки сформульовані спільно із співавтором).

16. Kundenko SP, Gorodnov EV. Caractéristiques de l'activité administrative dans les établissements d'enseignement supérieur. In: Current challenges of science and education. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Berlin, Germany; 2023. Pp. 308-312. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iv-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-current-challenges-of-science-and-education-berlin-nimechchina-arhiv/>. (Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, виконано статистичне опрацювання даних з аналізом отриманих результатів, висновки сформульовані спільно із співавторами).

17. *Kundenko SP, Moskalyova AS, Horodnov EV.* Psychological and administrative aspects of manager's activities in higher education institutions. In: Topical aspects of modern scientific research. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. CPN Publishing Group. Tokyo, Japan; 2023. Pp. 442-449. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iv-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-topical-aspects-of-modern-scientific-research-21-23-12-2023-tokio-yaponiya-arhiv/>. (Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, виконано статистичне опрацювання даних з аналізом отриманих результатів, висновки сформульовані спільно із співавторами).

18. *Городнов ЄВ, Прощенко АМ.* Особливості комунікації лікаря з пацієнтом як складова його ефективної професійної діяльності. In: Current challenges of science and education. Proceedings of the 6th International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Berlin, Germany; 2024. Pp.63-72. Available from: <https://sci-conf.com.ua/vi-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-current-challenges-of-science-and-education-12-14-02-2024-berlin-nimechchina-arhiv/>. (Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, виконано статистичне опрацювання даних з аналізом отриманих результатів, висновки сформульовані спільно із співавторами).

19. *Городнов ЄВ.* Фізіологічні та поведінкові прояви стоматологічної тривожності у хворих на генералізований пародонтит. In: European congress of scientific discovery. Proceedings of the 1 st International scientific and practical conference. Barca Academy Publishing . Madrid, Spain; 2024. Pp. 96-102. Available from: <https://sci-conf.com.ua/i-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-european-congress-of-scientific-discovery-29-31-12-2024-madrid-ispaniya-arhiv/> (Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).

20. *Horodnov Ye.* Application of methods and exercises to overcome anxiety in patients with generalized periodontal lesions. In: Scientific research: modern



challenges and future prospects. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. MDPC Publ. Munich, Germany; 2024. Pp. 37-44. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iv-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-scientific-research-modern-challenges-and-future-prospects-18-20-11-2024-myunhen-nimechchina-arhiv/>. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

21. Horodnov E. Methods of researching the quality of life in patients with dental diseases. In: Current trends in scientific research development. Proceedings of the 2nd International scientific and practical conference. In: Science Publisher, Boston, USA; 2024. Pp. 34-41. Available from: <https://sci-conf.com.ua/ii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-current-trends-in-scientific-research-development-19-21-09-2024-boston-ssha-arhiv/> *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

22. Городнов ЄВ, Лазуренко ОО. Корекція психоемоційного стану та подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит. In: Future of science: innovations and perspectives. Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. SSPG Publish. Stockholm, Sweden. 2025. Pp. 74-82. Available from: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-future-of-science-innovations-and-perspectives-24-26-03-2025-stokgolm-shvetsiya-arhiv/>. *(Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, виконано статистичне опрацювання даних з аналізом отриманих результатів, висновки сформульовані спільно із співавторами).*



## ДОДАТОК Б

## ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ:

1. Городнов ЄВ. Лікування генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності методом плазмоліфтингу: аналіз наукової літератури. В: Світ наукових досліджень. Вип. 15: матеріали Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції, (м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 19-20 грудня 2022 р.) / [редкол.: О. Патряк та ін.]; WSSG w Przeworsku. Тернопіль: ФОП Шпак В.Б, 2022. С.154-160. Доступно з: <http://www.economy-confer.com.ua/full-article/4135/>

2. Городнов ЄВ. Дослідження тривожності у хворих на генералізований пародонтит при наданні стоматологічної допомоги. In: Modern science: innovations and prospects. Proceedings of the 16-th International scientific and practical conference. SSPG Publish. Stockholm, Sweden; 2022. Pp. 152-157.

3. Horodnov Ye. Justification of the use of autoplasm in the treatment of generalized periodontal diseases. In: Science and innovation of modern world. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. London, United Kingdom; 2022. Pp. 31-39. (дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).

4. Городнов ЄВ. Прояви тривожності у хворих на генералізований пародонтит під час стоматологічного прийому: стан вивчення проблеми. In: Science and technology: problems, prospects and innovations. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference. CPN Publishing Group. Osaka, Japan. 2022. Pp. 75-85.

5. Horodnov Ye. Manifestions of anxiety in patients with generalized periodonts when providing dental care. In: Eurasian scientific discussions. Proceedings of the 12th International scientific and practical conference. Barca Academy Publishing. Barcelona, Spain; 2022. Pp. 48-53. Available from: <https://sci-conf.com.ua/xii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-urasian-scientific-discussions-18-20-12-2022-barselona-ispaniya-arhiv/>

6. Horodnov Ye. Gender characteristics of anxiety manifestations in patients with generalized periodontitis. In: Proceedings of the XXII International Scientific and Practical Conference. «Modern theories and improvement of world methods», Helsinki, Finland; 2023. Pp. 190-193.

7. Антоненко МЮ, Борисенко АВ, Городнов ЄВ. Предиктори тривожності у хворих з генералізованими ураженнями пародонта. In: Science and society: modern trends in a changing world. Proceedings of the 1 st International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Vienna, Austria; 2023. Pp. 72-80. Available from: <https://sci-conf.com.ua/i-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-science-and-society-modern-trends-in-a-changing-world-18-20-12-2023-viden-avstriya-arhiv/>.

8. Horodnov Ye. Theoretical aspects of quality of life in the context of dental health. In: Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference. Lisbon, Portugal; 2023. Pp. 156-163.

9. Антоненко МЮ, Борисенко АВ, Городнов ЄВ. Якість життя у хворих на генералізовані ураження пародонта з проявами тривожності. In: Global science: prospects and innovations. In: Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. Liverpool, United Kingdom; 2023. Pp. 59-69. Available from: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-global-science-prospects-and-innovations-28-30-12-2023-liverpul-velikobritaniya-arhiv/>

10. Борисенко АВ, Городнов ЄВ. Застосування фібрину збагаченого тромбоцитами (PRF) для лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності. In: Innovative development of science, technology and education. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Vancouver, Canada; 2023. Pp. 215-222. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-innovative-development-of-science-technology-and-education-vankuver-kanada-arhiv/>

11. Kundenko SP, Gorodnov EV. Caractéristiques de l'activité administrative dans les établissements d'enseignement supérieur. In: Current challenges of science and education. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Berlin, Germany; 2023. Pp. 308-312. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iv-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-current-challenges-of-science-and-education-berlin-nimechchina-arhiv/>.

12. Kundenko SP, Moskalyova AS, Horodnov EV. Psychological and administrative aspects of manager's activities in higher education institutions. In: Topical aspects of modern scientific research. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. CPN Publishing Group. Tokyo, Japan; 2023. Pp. 442-449. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iv-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-topical-aspects-of-modern-scientific-research-21-23-12-2023-tokio-yaponiya-arhiv/>.

13. Городнов ЄВ, Прощенко АМ. Особливості комунікації лікаря з пацієнтом як складова його ефективної професійної діяльності. In: Current challenges of science and education. Proceedings of the 6th International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Berlin, Germany; 2024. Pp.63-72. Available from: <https://sci-conf.com.ua/vi-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-current-challenges-of-science-and-education-12-14-02-2024-berlin-nimechchina-arhiv/>.

14. Городнов ЄВ. Фізіологічні та поведінкові прояви стоматологічної тривожності у хворих на генералізований пародонтит. In: European congress of scientific discovery. Proceedings of the 1 st International scientific and practical conference. Barca Academy Publishing . Madrid, Spain; 2024. Pp. 96-102. Available from: <https://sci-conf.com.ua/i-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-european-congress-of-scientific-discovery-29-31-12-2024-madrid-ispaniya-arhiv/>

15. Horodnov Ye. Application of methods and exercises to overcome anxiety in patients with generalized periodontal lesions. In: Scientific research:

modern challenges and future prospects. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. MDPC Publ. Munich, Germany; 2024. Pp. 37-44. Available from: <https://sci-conf.com.ua/iv-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-scientific-research-modern-challenges-and-future-prospects-18-20-11-2024-myunhen-nimechchina-arhiv/>.

16. Horodnov E. Methods of researching the quality of life in patients with dental diseases. In: Current trends in scientific research development. Proceedings of the 2nd International scientific and practical conference. In: Science Publisher, Boston, USA; 2024. Pp. 34-41. Available from: <https://sci-conf.com.ua/ii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-current-trends-in-scientific-research-development-19-21-09-2024-boston-ssha-arhiv/>

17. Городнов ЄВ, Лазуренко ОО. Корекція психоемоційного стану та подолання тривожності у хворих на генералізований пародонтит. In: Future of science: innovations and perspectives. Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. SSPG Publish. Stockholm, Sweden. 2025. Pp. 74-82. Available from: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-future-of-science-innovations-and-perspectives-24-26-03-2025-stokholm-shvetsiya-arhiv/>.

**ДОДАТОК В****Інформована згода пацієнта на участь в клінічному дослідженні**

Головний дослідник (ПІБ, звання, посада, телефон): \_\_\_\_\_  
 Особа, яка уповноважена для контакту у випадку термінової необхідності (ПІБ, адреса, звання, посада, телефон): \_\_\_\_\_  
 Дослідний центр (кафедра, адреса, телефон): \_\_\_\_\_  
 Назва теми дослідження: \_\_\_\_\_  
 Де і коли затверджена тема дослідження: \_\_\_\_\_

**ІНФОРМОВАНА ЗГОДА****I. ЗАПРОШЕННЯ ДО УЧАСТІ В ДОСЛІДЖЕННІ**

Ми запрошуємо Вас до участі в дослідженні, що проводиться кафедрою (назва, адреса, телефон): \_\_\_\_\_

Ми хочемо щоб Ви знали про те, що :

- Участь у цьому дослідженні є добровільною;
- Ви можете відмовитися від участі в дослідженні або вийти з нього в будь-який момент без стягнень або втрати належних Вам пільг. В будь-якому разі Вам не відмовлять в тому, на що Ви маєте право не будучи учасником дослідження;
- Можливо, Ваша участь у дослідженні принесе особисто Вам додаткову користь;
- У результаті дослідження можливо отримати знання, які в майбутньому принесуть користь іншим людям;
- Головний дослідник, або інша уповноважена особа, може відсторонити Вас без Вашої згоди від участі у дослідженні за медичними показаннями, або через недотримання Вами вимог дослідження, незвичайні або серйозні побічні явища.

Перш, ніж Ви погодитесь на участь у дослідженні, обговоріть, не поспішаючи, все з лікарем-дослідником або іншими фахівцями, а також зі своїми родичами або друзями. Для цього Вам надається наступна інформація (розділ II).

**II. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТА**

Інформуємо Вас про наступне:

1. Відомості про захворювання: \_\_\_\_\_
2. Діагностика та опис рутинних та сучасних методів лікування: \_\_\_\_\_
3. Мета дослідження: \_\_\_\_\_
4. Завдання дослідження: \_\_\_\_\_
5. Методи дослідження: \_\_\_\_\_
6. Засоби, що будуть використані при дослідженні: \_\_\_\_\_
7. Ступінь участі суб'єктів ( пацієнтів, волонтерів, тощо) дослідження: \_\_\_\_\_

**III. МОЖЛИВІ РИЗИКИ ТА ПОБІЧНІ ЯВИЩА, АБО НЕЗРУЧНОСТІ  
ДЛЯ СУБ'ЄКТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**

\_\_\_\_\_

**IV. КОРИСТЬ ТА ПЕРЕВАГИ ДЛЯ СУБ'ЄКТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**

\_\_\_\_\_

## V. ОРГАНІЗАЦІЯ, ЯКА ПРОВІДИТЬ ТА ФІНАНСУЄ ДОСЛІДЖЕННЯ (НАЗВА, АДРЕСА, ТЕЛЕФОН)

## VI. ДОТРИМАННЯ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ ТА ДОЗВІЛ НА ВИКОРИСТАННЯ ПЕРСОНАЛЬНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я

Інформація, отримана від Вас, буде зібрана та проаналізована як частина цього дослідження. Ця інформація буде об'єднана з даними, отриманими від інших учасників дослідження. Будь-яку інформацію, що ідентифікує Вашу особу, буде включено в Ваші медичні дані і буде збережено у таємниці. Цю інформацію може бути переглянуто представником органів охорони здоров'я або урядових закладів з метою перевірки роботи Дослідного центру. Інформація, яка не ідентифікує Вас особисто, може бути опублікованою у наукових виданнях або використаною у майбутніх клінічних та біомедичних дослідженнях.

Якщо Ви маєте які-небудь запитання, що стосуються Ваших прав як учасника дослідження, самого дослідження, побічних ефектів, шкоди, пов'язаних з ним, або якщо Вам буде необхідна термінова медична допомога під час Вашої участі у дослідженні, Вам належить звернутися до Головного дослідника (лікаря, що проводить дослідження або особи, що уповноважена для контактів).

## VII. ЗГОДА

Щоб прийняти участь в цьому дослідженні Ви маєте особисто написати Ваші ініціали, особисто підписати та датувати цю сторінку.

Я підтверджую, що:

- я прочитав та зрозумів всю інформацію і у мене був час подумати над цим
- я мав можливість задати питання, на всі мої запитання були отримана вичерпна інформація
- я розумію, що моя участь є добровільною і я маю можливість вийти з дослідження в будь-який час без пояснення причин, без шкоди для мого поточного лікування
- я отримав копію цієї Форми Поінформованої Згоди
- я погоджуюсь взяти участь у вищевказаному дослідженні

Суб'єкт дослідження (пацієнт):

| П.І.Б.<br>(друкованими літерами) | Підпис | Контактні дані,<br>телефон | Дата |
|----------------------------------|--------|----------------------------|------|
|                                  |        |                            |      |

Головний дослідник:

| П.І.Б.<br>(друкованими літерами) | Підпис | Дата |
|----------------------------------|--------|------|
|                                  |        |      |
|                                  |        |      |

Текст Інформованої згоди затверджено на засіданні кафедри (назва кафедри, адреса, телефон)

НМУ імені О.О. Богомольця

від «\_\_» \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р., протокол засідання № \_\_\_\_

Зав. каф (ПІБ, підпис) \_\_\_\_\_

Секретар (ПІБ, підпис) \_\_\_\_\_

Головний Дослідник (ПІБ, підпис) \_\_\_\_\_



## ДОДАТОК В 1

## Інформована згода

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України  
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Стоматологічна клініка  
03037м.Київ,пр-т Маяковського,буд.70

Код за ЄДРПОУ 2 8 7 6 8 0 0 9 3 8

## МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації  
№003-6/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

№

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА  
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ  
ОПЕРАЦІЙ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я, \_\_\_\_\_.

одержав(ла) у стоматологічній клініці «ХОРОШО»  
(найменування закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Я даю згоду на внесення до локальної інформаційної госпітальної системи, яка ведеться закладом охорони здоров'я, моїх (моєї дитини) персональних даних, у тому числі даних щодо стану мого здоров'я, поставлених мені діагнозів, призначеного лікування та його перебігу.

Я погоджуюсь із використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних".

Інформацію надав лікар \_\_\_\_\_ "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року \_\_\_\_\_  
(П.І.Б.) (дата) (підпис)

Я, \_\_\_\_\_, згодний(а) із  
запропонованим планом лікування

\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року \_\_\_\_\_  
(підпис) (дата)

## ДОДАТОК Г

АНКЕТА  
ПАЦІЄНТА ПРИ ПЕРВИННОМУ ПРИЙОМІ

(ДАНІ ПРО ПАЦІЄНТА, ЯКІ НЕОБХІДНІ ПРИ ЛІКУВАННІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ)

*Шановні пацієнти, ми раді вітати Вас в нашій клініці.*

Багато захворювань та різний стан організму можуть впливати на хід вашого лікування.

Тому просимо уважно заповнити цей бланк.

*Персональні дані є лікарською таємницею і не підлягають розголошенню, а лише служать для контролю за станом здоров'я під час лікування.*

П.І.Б. \_\_\_\_\_  
 Дата народження \_\_\_\_\_  
 Домашня адреса \_\_\_\_\_  
 Контактний телефон \_\_\_\_\_  
 Професія \_\_\_\_\_  
 Місце роботи \_\_\_\_\_  
 Дата останнього відвідування стоматолога \_\_\_\_\_

## Дайте відповіді на такі запитання:

1. Чи нарікаєте Ви на кровотечу з ясен? «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_ «інколи» \_\_\_\_\_
2. Чи маєте Ви підвищений тиск? «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_ «інколи» \_\_\_\_\_
3. Чи маєте Ви понижений тиск? «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_ «інколи» \_\_\_\_\_
4. Чи маєте Ви захворювання серця :врожена або набута вада серця, операція на серці, протези серцевих клапанів, ендокардит, стимулятор серця (*потрібне підкреслити*).
5. Чи маєте Ви наступні захворювання?
  - Цукровий діабет: «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_ «не знаю» \_\_\_\_\_
  - Захворювання крові (тривала кровотеча, не згортання крові та ін..) : «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_ «не знаю» \_\_\_\_\_
  - Інфекційні захворювання: : «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_ «не знаю» \_\_\_\_\_
  - Алергія: : «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_ «не знаю» \_\_\_\_\_ (якщо «так», то на що \_\_\_\_\_)
  - Онкологічні захворювання: «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_
  - Гепатит (жовтяниця) (В,С): «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_ «не знаю» \_\_\_\_\_
  - Захворювання печінки: «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_ «не знаю» \_\_\_\_\_
  - Ревматизм: «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_ «не знаю» \_\_\_\_\_
  - Захворювання нирок: «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_ «не знаю» \_\_\_\_\_
  - Венеричні захворювання: «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_ «не знаю» \_\_\_\_\_
6. Чи приймаєте Ви ліки, які покращують згортання крові? «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_ (Якщо «ТАК», то які \_\_\_\_\_)
7. Алергічна реакція на окремі лікарські засоби? Якщо «ТАК», то до яких? \_\_\_\_\_
8. Чи маєте Ви в даний час будь-які інші захворювання? «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_
9. Чи Ви палите? «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_
10. Чи часто маєте фізичні перевантаження? «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_
11. Чи робили Вам анестезію? «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_. Коли останній раз? \_\_\_\_\_ (приблизна дата)
12. Стосується тільки жінок: Ви вагітні? «так» \_\_\_\_\_ «ні» \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Пацієнт \_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_



Дата: \_\_\_\_\_ ПІБ: \_\_\_\_\_  
Вік (повних років): \_\_\_\_\_ Стать: \_\_\_\_\_  
Професія: \_\_\_\_\_ Супутня патологія: \_\_\_\_\_

**Стаж проявів ураження пародонта:**  
кровоточивість (спонтанна/при чищенні зубів) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
зубний наліт \_\_\_\_\_ галітоз \_\_\_\_\_  
рухомість зубів \_\_\_\_\_  
підвищена чутливість до температурних подразників \_\_\_\_\_  
Частота рецидивів на рік \_\_\_\_\_ Тривалість рецидивів \_\_\_\_\_  
Діагноз пародонтологічний: \_\_\_\_\_  
Прояви на слизовій оболонці порожнини рота: \_\_\_\_\_

**Причинний фактор виникнення захворювання чи рецидиву:**  
**Тривожність** \_\_\_\_\_ **Стрес** \_\_\_\_\_ **Переохолодження** \_\_\_\_\_ **Перегрівання** \_\_\_\_\_  
Інше \_\_\_\_\_  
Соматичні захворювання \_\_\_\_\_  
Загострення пародонтиту/гінгівіту \_\_\_\_\_  
Прийом ліків (вказати) \_\_\_\_\_  
Захворювання \_\_\_\_\_  
Скарги на захворювання \_\_\_\_\_  
Інші \_\_\_\_\_

[illegible]

## ДОДАТОК Е

### Шкала самооцінки рівня тривожності (Ч.Д. Спілберга, Ю.Л. Ханіна).

**Бланк для відповідей**

Прізвище \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Шкала ситуативної тривожності**

**Інструкція:** Прочитайте уважно кожне з наведених пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як Ви себе почуваєте **в даний момент**. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

| №  | Судження                                    | Ніколи | Майже ніколи | Часто | Майже завжди |
|----|---------------------------------------------|--------|--------------|-------|--------------|
| 1  | Я спокійний                                 | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 2  | Мені нічого не погрожує                     | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 3  | Я знаходжусь у напрузі                      | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 4  | Я відчуваю співчуття                        | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 5  | Я відчуваю себе вільно                      | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 6  | Я засмучений                                | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 7  | Менехвилюють можливі невдачі                | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 8  | Я відчуваю себе відпочилим                  | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 9  | Я збентежений                               | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 10 | Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 11 | Я впевнений у собі                          | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 12 | Я нервую                                    | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 13 | Я не нахожжу собі місця                     | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 14 | Я збуджений                                 | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 15 | Я не відчуваю скутості, напруженості        | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 16 | Я задоволений                               | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 17 | Я стурбований                               | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 18 | Я занадто збуджений і мені не по собі       | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 19 | Мені радісно                                | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 20 | Мені приємно                                | 1      | 2            | 3     | 4            |

## ДОДАТОК Ж

# Шкала самооцінки рівня тривожності (Ч.Д. Спілберга, Ю.Л. Ханіна).

Бланк для відповідей

Прізвище \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Шкала

особистої тривожності

**Інструкція.** Прочитайте уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть цифру у відповідній графі справа залежно від того, **як ви себе почувасте зазвичай**. Над питаннями довго не думайте, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

| №  | Судження                                                                        | Ніколи | Майже ніколи | Часто | Майже завжди |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------|-------|--------------|
| 21 | Я відчуваю задоволення                                                          | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 22 | Я дуже швидко втомлююся                                                         | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 23 | Я легко можу заплакати                                                          | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 24 | Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші                                    | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 25 | Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення               | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 26 | Зазвичай я відчуваю себе бадьорим                                               | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 27 | Я спокійний, холонокровний і зібраний                                           | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 28 | Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують мене                                  | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 29 | Я занадто переживаю через дрібниці                                              | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 30 | Я цілком щасливий                                                               | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 31 | Я приймаю все занадто близько до серця                                          | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 32 | Мені не вистачає впевненості в собі                                             | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 33 | Зазвичай я відчуваю себе в безпеці                                              | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 34 | Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів                              | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 35 | У мене буває хандра                                                             | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 36 | Я задовалений                                                                   | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 37 | Всякі дрібниці відволікають і хвилюють мене                                     | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 38 | Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 39 | Я врівноважена людина                                                           | 1      | 2            | 3     | 4            |
| 40 | Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи        | 1      | 2            | 3     | 4            |

**ДОДАТОК К****Шкала стоматологічної тривожності Кораха**

*Інструкція:* «Будь ласка, прочитайте питання та можливі варіанти відповідей на них. Виберіть той варіант, який найкраще відповідає вашому стану».

**1. Які почуття ви відчуваєте у день відвідування стоматолога**

- А. Очікую на візит до стоматолога з нетерпінням.
- Б. Не відчуваю жодних особливих переживань.
- В. Зазнаю деякого занепокоєння.
- Г. Боюся болючих відчуттів.
- Д. Серйозно наляканий можливими діями лікаря.

**2. Які почуття ви відчуваєте, чекаючи своєї черги у коридорі біля кабінету стоматолога?**

- А. Розслабленість.
- Б. Занепокоєння.
- В. Напруга.
- Г. Значна напруга.
- Д. Страх, підвищену пітливість, почуття нудоти.

**3. Які почуття ви відчуваєте, сидячи у кріслі стоматолога та спостерігаючи, як лікар готує до роботи бормашину?**

- А. Розслабленість.
- Б. Занепокоєння.
- В. Напруга.
- Г. Значна напруга.
- Д. Страх, підвищену пітливість, почуття нудоти.

**4. Які почуття ви відчуваєте, сидячи у кріслі стоматолога та спостерігаючи, як лікар готує інструменти?**

- А. Розслабленість.
- Б. Занепокоєння.
- В. Напруга.
- Г. Значна напруга.

*Обробка результатів та їх інтерпретація:*

- Відповіді «А» відповідає 1 бал;
- відповіді "Б" - 2 бали;
- відповіді "В" - 3 бали;
- відповіді "Г" - 4 бали;
- Відповіді "Д" - 5 балів.

## ДОДАТОК Л

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи  
та інновацій, к. мед. н., професор

С.В. ЗЕМСКОВ

2025 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

**1. Назва пропозиції для впровадження:** Комплексне лікування та профілактика генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності.

**2. Ким запропоновано, адреса виконавця:** кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, вул. Зоологічна, 1, 03057, м. Київ, Україна.

Винахідники: Городнов Євген Вадимович

**3. Джерела інформації:**

1. Антоненко М. Ю., Борисенко А. В., Городнов Є.В. Предиктори тривожності у хворих з генералізованими ураженнями пародонта // Science and society: modern trends in a changing world. Proceedings of the 1st International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Vienna, Austria. 2023. Pp. 72-80.
2. Городнов Є. В Лікувально-гігієнічні засоби профілактики генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності// Науково-практичний журнал «Сучасна стоматологія» №5 (122) 2024. С.4-10.
3. Городнов Є.В. Проценко А.М. Особливості комунікації лікаря з пацієнтом як складова його ефективної професійної діяльності // Current challenges of science and education. Proceedings of the 6th International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Berlin, Germany. 2024. Pp.63-72.

**4. Де і коли було впроваджено:** кафедра стоматології IPO, Національного медичного університету імені О.О. Богомольця., м. Київ, вул. Зоологічна, 1, 03057. Впроваджено у навчальний процес – у матеріали лекцій і практичних занять для лікарів-інтернів та лікарів-слухачів. Протокол № 5 від 20.01.2025р.

**5. Термін впровадження:** з 12 лютого 2024 р. по 24 січня 2025 р.

**6. Загальна кількість спостережень:** 83 пацієнтів.

**7. Результати використання методу:** позитивні (кількість спостережень) - 81; негативні (кількість спостережень) - 1; невизначені (кількість спостережень) - 1. Досягнутий клінічний ефект відповідав в зазначеному джерелі інформації.

**8. Показники ефективності:** поглиблення знань студентів, лікарів-інтернів, лікарів-слухачів, аспірантів стосовно комплексного лікування та профілактики генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності.

**9. Відмітки і пропозиції:** істотних зауважень немає, рекомендовано впровадити даний метод у щоденну клінічну практику.

« 27 » січня 2025 року

Відповідальний за впровадження:  
в.о. Завдувач кафедри Стоматології IPO,  
НМУ імені О.О.Богомольця, к.мед.наук, доцент

А.М.Проценко



## ДОДАТОК Л1

## «ЗАТВЕРДЖУЮ»

Заступник генерального директора з питань надання  
стоматологічної допомоги Університетської клініки  
Національного медичного університету імені О.О.  
Богомольця

Д.Ю.Шпак

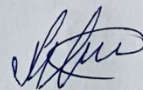
2025 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції для впровадження: Комплексне лікування та профілактика генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності.
2. Ким запропоновано, адреса виконавця: кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, вул. Зоологічна, 1, 03057, м. Київ, Україна.  
Винахідники: Городнов Євген Вадимович
3. Джерела інформації:
  1. Антоненко М. Ю., Борисенко А. В., Городнов Є. В. Предиктори тривожності у хворих з генералізованими ураженнями пародонта // Science and society: modern trends in a changing world. Proceedings of the 1st International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Vienna, Austria. 2023. Pp. 72-80.
  2. Городнов Є. В. Лікувально-гігієнічні засоби профілактики генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності // Науково-практичний журнал «Сучасна стоматологія» №5 (122) 2024. С.4-10.
  3. Городнов Є. В. Прощенко А. М. Особливості комунікації лікаря з пацієнтом як складова його ефективної професійної діяльності // Current challenges of science and education. Proceedings of the 6th International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Berlin, Germany. 2024. Pp.63-72.
  4. Городнов Є. Диференційоване застосування зубних паст у профілактиці генералізованого пародонтиту // Науково-практичний журнал «Вісник стоматології» № 3 (128) Т 53 2024. С. 35-42.
4. Де і коли було впроваджено: Діагностика, лікування та профілактика генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності. В клінічній роботі лікаря-стоматолога. Стоматологічний центр, м. Київ, вул. Зоологічна, 1, 03057.
5. Термін впровадження: з 12 лютого 2024 р. по 24 січня 2025 р.
6. Загальна кількість спостережень: 77 пацієнтів.
7. Результати використання методу: позитивні (кількість спостережень) - 75; негативні (кількість спостережень) - 1; невизначені (кількість спостережень) - 1.  
Досягнутий клінічний ефект відповідав в зазначеному джерелі інформації.
8. Показники ефективності: підвищення ефективності комплексного лікування та профілактики генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності.
9. Відмітки і пропозиції: істотних зауважень немає, рекомендовано впровадити даний метод у щоденну клінічну практику.

« 27 » січня 2025 року

Відповідальний за впровадження:  
Завідувач відділення терапевтичної  
стоматології та реабілітації  
Стоматологічного медичного центру  
Університетської клініки  
НМУ імені О.О.Богомольця

 Сироїшко М.В.



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

7.6.0. Проректор закладу вищої освіти  
з науково-педагогічної роботи  
Буковинського державного  
медичного університету,  
доц. Володимир ХОДОРОВСЬКИЙ  
« 7 » \_\_\_\_\_ 2025 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

**1. Назва пропозиції для впровадження:** Комплексне лікування та профілактика генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності.

**2. Ким запропоновано, адреса виконавця:** кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, вул. Зоологічна, 1, 03057, м. Київ, Україна.

Винахідники: Городнов Євген Вадимович

**3. Джерела інформації:**

1. *Городнов Є.В.* Лікувально-гігієнічні засоби профілактики генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності // Науково-практичний журнал «Сучасна стоматологія» №5 (122) 2024. С.4-10.

2. *Антоненко М. Ю., Борисенко А. В., Городнов Є.В.* Предиктори тривожності у хворих з генералізованими ураженнями пародонта // Science and society: modern trends in a changing world. Proceedings of the 1st International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Vienna, Austria. 2023. Pp. 72-80.

3. *Борисенко А.В., Городнов Є.В.* Застосування фібрину збагаченого тромбоцитами (PRF) для лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності // Innovative development of science, technology and education. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Vancouver, Canada. 2023. Pp. 215-222.

4. *Городнов Є.* Диференційоване застосування зубних паст у профілактиці генералізованого пародонтиту // Науково-практичний журнал «Вісник стоматології» № 3 (128) Т 53 2024. С. 35-42

5. *Horodnov Evgeny.* Methods of researching the quality of life in patients with dental diseases // Current trends in scientific research development. Proceedings of the 2nd International scientific and practical conference. Bo Science Publisher, Boston, USA. 2024. Pp. 34-41.

**4. Де і коли було впроваджено:** кафедра терапевтичної стоматології Буковинського державного медичного університету. м. Чернівці, Театральна пл., 2, 58002. Впроваджено у навчальний процес – у матеріали лекцій і практичних занять для студентів спеціальності «Стоматологія».

**5. Термін впровадження:** з 15 лютого 2024 р. по 25 січня 2025 р.

**6. Загальна кількість спостережень:** 47 пацієнтів.

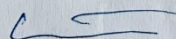
**7. Результати використання методу:** позитивні (кількість спостережень) - 47; негативні (кількість спостережень) - 0; невизначені (кількість спостережень) - 0. Досягнутий клінічний ефект відповідав у зазначеному джерелі інформації.

**8. Показники ефективності:** поглиблення знань студентів стосовно лікування та профілактики генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності.

**9. Відмітки і пропозиції:** зауважень немає, рекомендовано впровадити даний метод у щоденну навчальну та клінічну практику.

« 7 » \_\_\_\_\_ 02 \_\_\_\_\_ 2025 року

Відповідальний за впровадження:  
Завідувач кафедри



Віктор БАТІГ





«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор стоматологічної клініки «Хорошо».

Д.І.ОГОРОДНИКОВ

2025 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції для впровадження: Комплексне лікування та профілактика генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності.
2. Ким запропоновано, адреса виконавця: кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, вул.Зоологічна,1, 03057, м. Київ, Україна.  
Винахідники: Городнов Євген Вадимович
3. Джерела інформації:
  1. Городнов Є. Диференційоване застосування зубних паст у профілактиці генералізованого пародонтиту// Науково-практичний журнал «Вісник стоматології» № 3 (128). Т. 53. 2024. С. 35-42.
  2. Городнов Є.В Лікувально-гігієнічні засоби профілактики генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності// Науково-практичний журнал «Сучасна стоматологія» №5 (122) 2024. С.4-10.
  3. Борисенко А.В., Городнов Є.В. Застосування фібрину збагаченого тромбоцитами (PRF) для лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності //Innovative development of science, technology and education. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Vancouver, Canada. 2023. Pp. 215-222.
4. Де і коли було впроваджено: Діагностика, лікування та профілактика генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності. В клінічній роботі лікаря-стоматолога. Стоматологічна клініка «Хорошо» м. Київ, вул. Червоної калини,70.
5. Термін впровадження: з 27 лютого 2024 р. 24 січня 2025 р.
6. Загальна кількість спостережень: 38 пацієнтів.
7. Результати використання методу: позитивні (кількість спостережень) - 37; негативні (кількість спостережень) - 0; невизначені (кількість спостережень) - 1.  
Досягнутий клінічний ефект відповідав у зазначеному джерелі інформації.
8. Показники ефективності: підвищення ефективності комплексного лікування та профілактики генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності.
9. Відмітки і пропозиції: зауважень немає, рекомендовано впровадити даний метод у щоденну навчальну та клінічну практику.

« 27 » 01. 2025 року

Відповідальний за впровадження:  
Лікар-стоматолог  
клініки «Хорошо»

А.М.Очколяс



«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Директор Стоматологія OxiDen clinic.  
 ГМИРЯНСЬКА О.М.  
 « 17 » 02 2025 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

**1. Назва пропозиції для впровадження:** Комплексне лікування та профілактика генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності.

**2. Ким запропоновано, адреса виконавця:** кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, вул. Зоологічна, 1, 03057, м. Київ, Україна.

Винахідники: Городнов Євген Вадимович

**3. Джерела інформації:**

1. *Городнов Є.В.* Лікувально-гігієнічні засоби профілактики генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності// Науково-практичний журнал «Сучасна стоматологія» №5 (122) 2024. С.4-10.

2. *Городнов Є.* Диференційоване застосування зубних паст у профілактиці генералізованого пародонтиту// Науково-практичний журнал «Вісник стоматології» № 3 (128). Т. 53. 2024. С. 35-42.

3. *Борисенко А.В., Городнов Є.В.* Застосування фібрину збагаченого тромбоцитами (PRF) для лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами тривожності //Innovative development of science, technology and education. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Vancouver, Canada. 2023. Pp. 215-222.

4. *Horodnov Evgeny.* Methods of researching the quality of life in patients with dental diseases//Current trends in scientific research development. Proceedings of the 2nd International scientific and practical conference. Bo Science Publisher, Boston, USA. 2024. Pp. 34-41.

**4. Де і коли було впроваджено:** Діагностика, лікування та профілактика генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності. В клінічній роботі лікаря-стоматолога. Стоматологічна клініка «OxiDen clinic» м. Київ, вул. Закревського, 103.

**5. Термін впровадження:** з 4 березня 2024 р. 14 лютого 2025 р.

**6. Загальна кількість спостережень:** 47 пацієнтів.

**7. Результати використання методу:** позитивні (кількість спостережень) - 47; негативні (кількість спостережень) - 0; невизначені (кількість спостережень) - 1. Досягнутий клінічний ефект відповідав у зазначеному джерелі інформації.

**8. Показники ефективності:** підвищення ефективності комплексного лікування та профілактики генералізованих захворювань пародонта у хворих із проявами тривожності.

**9. Відмітки і пропозиції:** зауважень немає, рекомендовано впровадити даний метод у щоденну навчальну та клінічну практику.

« 17 » 02 2025 року

Відповідальний за впровадження:  
 Лікар-стоматолог клініки «OxiDen clinic»

Мартиненко Г.В.

