

пломбувальних матеріалів дозволяють значно скоротити терміни лікування хворих, зменшити кількість ускладнень та отримати стійкий терапевтичний ефект.

Список літератури

1. Пат. № 73856 Україна МПК А61С 7/00. Спосіб лікування карієсу зубів з використанням атравматичної відновної методики / Ніколішин А.К., Зайцев А.В., Котелевська Н.В., Гриценко Ю.Ю.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" – № u 2012 03554; заявл. 26.03.2012; опубл. 10.10.2012, Бюл.№ 19.
2. Пат. №19296 Україна МПК А61С 5/02. Спосіб лікування пульпітів / Геранін С.І., Ніколішин А.К., Котелевська Н.В.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" – № u 2006 06070; заявл. 01.06.2006; опубл. 15.12.2006, Бюл. №12.
3. Ніколішин А.К. Індивідуальний підбір матеріалів для обтурації кореневих каналів у хворих на хронічний верхівковий періодонтит за методом Р. Фолля / А.К. Ніколішин, Т.Д. Бублій // Галицький лікарський вісник. – 2003. – Т.10, №1. С. 123-126.
4. Пат. № 5569 Україна МПК А61С 5/02. Спосіб лікування періодонтитів / Котелевська Н.В., Ніколішин А.К.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" - № 20040705587; заявл. 9.07.2004; опубл. 15.03.2005, Бюл. № 3.
5. Котелевська Н.В., Ніколішин А.К. Спосіб лікування гострого гнійного та загостреного хронічного верхівкового періодонтитів // Реєстр галузевих нововведень. – К., 2008. – Вип. 28-29, Реєстр № 281/29/08 – С. 188-189.
6. Пат. № 56028 Україна МПК А61К 6/00 А61Н 1/00. Спосіб лікування хронічного верхівкового періодонтиту зубів / Ю.В. Сідаш, А.К. Ніколішин; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" – № u 2010 05727; заявл. 12.05.2010; опубл. 27.12.2010, Бюл. №24.
7. Пат. № 24354 Україна МПК А 61С 5/04. Спосіб реставрації девітального фронтального зуба за допомогою склопластикових штифтів фірми ЕСТА / Попович І.Ю., Петрушанко Т.О.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" - № u 2007 02039; заявл. 26.02.2007; опубл. 25.06. 2007, Бюл. № 9.
8. Петрушанко Т.О., Попович І.Ю. Спосіб реставрації девітального фронтального зуба // Реєстр галузевих нововведень. – К., 2009. – Вип. 30-31, Реєстр № 296/31/09. – С.179.

Реферати

ВЛИЯНИЕ НАУЧНЫХ РАЗРАБОТОК СОТРУДНИКОВ КАФЕДРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Петрушанко Т.А., Литовченко И.Ю., Николишин А.К., Котелевская Н.В., Сидаш Ю.В.

В статье представлен анализ количественных и качественных показателей лечебной работы сотрудников кафедры терапевтической стоматологии, который свидетельствует о повышении эффективности лечебного процесса как следствие активного внедрения в практическую деятельность научных разработок новых технологий, предложенных учеными кафедры.

Ключевые слова: показатели работы стоматолога-терапевта, осложненный кариес, лечение.

Стаття надійшла 1.06.2014 р.

INFLUENCE OF EMPLOYEES' SCIENTIFIC ELABORATIONS OF DEPARTMENT OF THERAPEUTIC DENTISTRY FOR INDICATORS OF MEDICAL WORK

Petrushanko T.A., Litovchenko I.Yu., Nikolishin A.K., Kotelevskaya N.V., Sidash Yu.V.

The article presents an analysis of quantitative and qualitative indicators of medical staff of the department of therapeutic dentistry, which indicates an increase in the efficiency of the therapeutic process as a result of active introduction into practice of scientific development of new technologies proposed by scientists of the department.

Keywords: performance dentist therapist, complication of tooth decay, treatment.

УДК 616-021.2-06

О. В. Подольський, В. В. Стеблюк

ДУ «Український НЦ медичної реабілітації та курортології МОЗ України», м. Одеса

РІВЕНЬ СТРЕСОРНОГО НАПРУЖЕННЯ ТА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Проаналізовано рівень нервово-психічного напруження у пацієнтів з артеріальною гіпертензією. У 64,46% пацієнтів з артеріальною гіпертензією відзначено підвищений рівень нервово-психічного напруження. Максимальну вираженість нейровегетативних та нейроендокринних реакцій виявлено у хворих з синдромом психоемоційного напруження та артеріальною гіпертензією I стадії. У пацієнтів з синдромом психоемоційного напруження та артеріальною гіпертензією II стадії відзначено зниження рівня кортизолу та нормалізацію вмісту адренокортикотропного гормону завдяки розвитку захисно-приспосувальних реакцій. У пацієнтів з синдромом психоемоційного напруження та артеріальною гіпертензією III стадії виявлено стадію виснаження адаптаційних резервів, що притаманно тривалому хронічному стресу.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, стрес, синдром психоемоційного напруження.

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. За даними офіційної статистики кількість хворих на артеріальну гіпертензію складає 32,2% дорослого населення України. Спостерігається стійке зростання поширеності АГ – більше, ніж удвічі в порівнянні з 1998 р. та на 170% у порівнянні з 2000 роком [1].

Доведено, що виникнення і перебіг АГ тісно пов'язані з наявністю численних факторів ризику: вік, стать, маса тіла, аліментарні фактори, паління, фізична активність, психосоціальні фактори, соціально-економічний статус. Одним з важливих факторів є високий рівень психоемоційного напруження, що виникає в умовах стресової ситуації. Виявлено взаємодію нервових (симпатична нервова система) і гуморальних (ренін-ангіотензин-альдостеронова система) механізмів регуляції артеріального тиску при стресі. Саме тому синдром психоемоційного напруження (СПЕН) є фоновим станом, на тлі якого розвивається АГ, а також елементом ланки патогенезу захворювання, утворюючи хибне коло взаємообтяжливих станів [2, 3, 6, 8]. Досить давно доведено, що гострий стрес викликає короткочасне підвищення артеріального тиску, проте взаємозв'язок хронічного стресу, ризик розвитку артеріальної гіпертензії та хвороб серцево-судинної системи продовжують вивчатись вітчизняними та закордонними дослідниками. Так, в публікації F. Sparthenberger з співавторами на основі метааналізу результатів обстежень 52049 осіб було показано, що хронічний стрес і особливо неадаптивна реакція на стрес є ймовірними причинами стійкого підвищення артеріального тиску [7]. Ряд документів присвячено розробці системи впровадження результатів психосоціальних досліджень в кардіологічну практику [4, 5].

Метою роботи була оцінка рівня нервово-психічного напруження у пацієнтів з артеріальною гіпертензією різного ступеня тяжкості.

Матеріал та методи дослідження. У дослідження були включені пацієнти чоловічої статі з групи диспансерного обстеження відомчих лікувальних закладів МВС. До групи А (n=66) включені чоловіки, середній вік яких склав 35,67±8,95 років, що мали артеріальну гіпертензію 1-го ступеня (I стадії) без ускладнень. Група В (n=75) – чоловіки, середній вік яких склав 48,33±7,12 років, мали встановлений діагноз артеріальна гіпертензія 2–3-го ступеня (II стадії) та стенокардія напруження I функціонального класу (ФК). Група С (n=35) – чоловіки, середній вік яких склав 47,78±8,54 років, мали встановлений діагноз артеріальна гіпертензія 2–3-го ступеня (II–III стадії), стенокардія напруження II ФК та серцева недостатність (СН) I–II ФК за класифікацією NYCA. Результати порівнювали з даними, отриманими при скринінговому профілактичному психологічному обстеженні 143 здорових чоловіків відповідного віку (контрольна група).

Результати дослідження та їх обговорення. Стресовитривалість та стресостійкість пацієнтів оцінювали за допомогою опитувальників «Визначення нервово-психічного напруження», шкали PSM-25, Бостонського тесту стресовитривалості та оцінки стресостійкості Коухена. На основі таких показників як фізичний дискомфорт, больові та температурні відчуття, стан м'язового тону, координація рухів, рухова активність, відчуття з боку серцево-судинної системи та травного тракту, стан потовиділення та слизової оболонки рота, забарвлення шкіри, чутливість до зовнішніх подразників, відчуття впевненості, настрої, особливості сну, особливості емоційного стану в цілому, явища психологічного дискомфорту, частота виникнення стану напруження, тривалість стану напруження та інші показники, визначали загальний ступінь вираженості напруження. Результати порівнювали з даними, отриманими при скринінговому профілактичному психологічному обстеженні 143 здорових чоловіків відповідного віку (контрольна група).

Таблиця 1

Рівень нервово-психічного напруження

Показник	Група А (n=76)	Група В (n=75)	Група С (n=35)	Контрольна група (n=143)
Рівень НПН	46,73±4,22*	53,39±3,21*	58,63±1,32*	34,28±6,32**

Примітки: * – різниця достовірна відносно показників у пацієнтів інших груп (p<0,05); ** – різниця достовірна відносно показників у пацієнтів дослідних груп (p<0,05).

Як видно з отриманих результатів, найвищий рівень нервово-психічного напруження (58,63±1,32 бала) спостерігався у пацієнтів групи С, де до стресорних чинників додається дискомфорт, пов'язаний з обмеженнями, що їх накладає хвороба (табл. 1).

Проведене опитування за методикою PSM-25 виявило чітку різницю, зумовлену стадійністю розвитку синдрому психоемоційного напруження і пов'язаної з ним АГ та її ускладненнями. Так, виявлено значне зростання рівня стресорного напруження (132,54±8,22 бала) у пацієнтів групи А. У пацієнтів групи В відзначено незначне зниження цього показника (до 106,6±5,21 бала) з подальшим незначним підвищенням у пацієнтів групи С (108,9±7,21 бала) (різниця недостовірна). Втім різниця між показниками у пацієнтів обстежених груп в порівнянні з такими у осіб контрольної групи (91,54±4,29) є достовірною (табл. 2).

Результати Бостонський теста дозволили зробити висновок, що у пацієнтів з АГ I стадії стресогенні ситуації мають велике значення в особистому і соціальному функціонуванні, тобто ці особи постійно перебувають в стані стресорного напруження. Особливо тривожними чинниками є

надмірна маса тіла, відсутність нормального відпочинку та емоційна самотність (табл. 3). Тест самооцінки стресостійкості С. Коухена показав, що у пацієнтів дослідних груп низький рівень здатності до керування стресом. Особливо це стосується здатності вправлятися з підвищеним обсягом професійних навантажень та відчуттям знервованості (табл. 4).

Таблиця 2

Оцінка рівня стресорного напруження за методикою PSM-25

Показник	Група А (n=76)	Група В (n=75)	Група С (n=35)	Контрольна група (n=143)
Рівень стресорного напруження	132,54±8,22*	106,6±5,21	108,9±7,21	91,54±4,29*

Примітки: тут і далі * – різниця достовірна відносно показників у пацієнтів інших груп (p<0,05).

Таблиця 3

Дослідження стресовитривалості за Бостонським тестом

Група обстежених	Група А (n=76)	Група В (n=75)	Група С (n=35)	Контрольна група (n=143)
Показник, бал	48,52±7,21*	45,39±2,23*	46,79±4,32*	29,52±4,41

Таблиця 4

Оцінка стресовитривалості за тестом Коухена

Група обстежених	Група А (n=76)	Група В (n=75)	Група С (n=35)	Контрольна група (n=143)
Показник, бал	25,52±3,83*	23,98±4,32*	26,43±2,17*	13,63±3,28

Дослідження стану психоемоційної сфери проводили за шкалою депресії Бека, тестом самооцінки іпохондрії Вільсона, тестом «Виснаженості життєвих сил» Аппелса та шкали тривожності Спілбергера. Результати психологічних досліджень опрацьовано за допомогою програми PSV, наданою дослідникам автором — В.П. Устиновим (Інститут педагогіки та психології Сибірського відділення РАН). Достовірної різниці між показниками депресивності, іпохондричності та виснаженості в групах не отримано, що вказує на низький ступінь психопатизації у пацієнтів обраної медико-соціальної групи, однак спостерігається тенденція до посилення психотичної симптоматики у пацієнтів зі стійкою АГ. У той же час відзначено високий рівень реактивної тривожності в групах А і В, вочевидь, пов'язане зі специфікою роботи (табл. 5).

Таблиця 5

Показники стану психоемоційної сфери обстежених

Показник	Група А (n=76)	Група В (n=75)	Група С (n=35)	Контрольна група (n=143)
Депресивність	13,78±5,21	14,79±2,43	16,43±4,22	15,34±6,23
Іпохондрія	6,13±3,11	5,56±3,21	9,21±3,11	6,56±2,14
Виснаженість	4,54±3,32	4,67±4,26	7,43±2,21	4,92±1,26
Реактивна тривожність	16,32±2,12*	17,21±3,22*	13,21±4,63	9,54±2,32
Особиста тривожність	9,15±3,21	11,21±3,05	10,36±3,54	10,09±3,56

Примітка: * – різниця вірогідна відносно показників у осіб контрольної групи (p<0,05).

Результати оцінки психоемоційної сфери показали, що у пацієнтів усіх дослідних груп виявлено підвищений рівень стресорного напруження, який реалізується психосоматичними проявами, а саме АГ, гіпотетично через каскад нейроендокринних та нейровегетативних реакцій. Так, результати дослідження стану вегетативної регуляції за шкалами оцінки ступеня дистонії показали виражену дистонію з переважанням симпатикотонії у пацієнтів групи А (35,98±6,23 бала за суб'єктивною шкалою та 39,65±3,21 – за об'єктивною шкалою) і помірну дистонію у пацієнтів групи В (29,67±8,21 бала за суб'єктивною шкалою та 23,78±5,15 – за об'єктивною шкалою). У пацієнтів групи С відзначено стабілізацію лабільності (клінічних коливань) вегетативної симптоматики, що, вочевидь, було пов'язано зі зниженням адаптаційного потенціалу, звуженням «коридору адаптації» та формуванням морфофункціональних змін, характерних для стійкої АГ з явищами недостатності кровообігу – 25,32±6,13 та 14,25±5,87 бала відповідно (різниця достовірна відносно показників у пацієнтів з АГ I та II стадії; p<0,05).

Таблиця 6

Рівень гормонів стресорної панелі у обстежених

Показник	Група А (n=39)	Група В (n=36)	Група С (n=27)	Контрольна група (n=25)
Кортизол, мг/дл	27,55±5,12*	18,89±0,32	9,08±1,34*	15,09±2,56
КРГ, нг/мл	0,38±0,03	0,37±0,08	0,59±0,11	0,32±0,07
АКТГ, пг/мл	29,78±3,56*	18,65±3,17	21,32±0,14	17,67±3,22

Примітка: * – різниця вірогідна відносно такої у осіб контрольної групи (p<0,05).

Активация симпатичної ланки вегетативної нервової системи та стійка симпатикотонія є причиною (первинна реакція) та наслідком (замикання хибного кола) порушень нейроендокринної регуляції, що підтвердили результати визначення рівня гормонів стресорної панелі (табл. 6). 3

наведених результатів видно, що у пацієнтів групи А був підвищений рівень кортизолу та адренкортикотропного гормону (АКТГ), що відповідає першій стадії хронічного стресу – стадії тривоги та напруженої адаптації.

У пацієнтів групи В показники наближались до нормальних, хоча зберігалась напруженість адаптації. У пацієнтів групи С відзначено зниження рівня кортизолу за підвищеного рівня кортикотропін-рилізінг гормону (КРГ) та помірно підвищеного вмісту АКТГ, що відповідає стадії виснаження адаптаційних резервів, яке притаманне тривалому хронічному стресу.

Висновки

1. У 64,46% пацієнтів диспансерної групи з АГ було визначено підвищений рівень нервово-психічного напруження. У пацієнтів з АГ та синдромом психоемоційного напруження було відмічено зростання показника від $46,73 \pm 4,22$ бала у пацієнтів з АГ 1-го ступеня (I стадії) до $53,39 \pm 3,21$ бала у пацієнтів з АГ II ступеня (II стадії) та до $58,63 \pm 1,32$ бала у пацієнтів з АГ 3-го ступеня (III стадії).
2. Максимальну вираженість нейровегетативних та нейроендокринних реакцій було виявлено у хворих з синдромом психоемоційного напруження та АГ I стадії, що проявлялось надмірною активацією симпатоадреналової системи, підвищенням рівня кортизолу до $27,55 \pm 5,12$ мг/дл та вмісту АКТГ до $29,78 \pm 3,56$ пг/мл.
3. У пацієнтів з АГ 2-го ступеня (II стадії) та синдромом психоемоційного напруження відзначено зниження рівня кортизолу до $18,89 \pm 0,32$ мг/дл та нормалізацію вмісту АКТГ до $18,65 \pm 3,17$ пг/мл завдяки розвитку захисно-приспосувальних реакцій.
4. У пацієнтів з АГ III стадії та синдромом психоемоційного напруження спостерігалось зниження рівня кортизолу до $9,08 \pm 1,34$ мг/дл за підвищеного вмісту КРГ ($0,59 \pm 0,11$ нг/мл) та помірно підвищеного – АКТГ ($21,32 \pm 0,14$ пг/мл), що є характерним для стадії виснаження адаптаційних резервів, яка притаманна тривалому хронічному стресу.

Список літератури

1. Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. – 2012. Наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120524_384.html.
2. Крадинова Е. А. Психоэмоциональный фактор в формировании гипертонической болезни и методы коррекции на курорте / Е.А. Крадинова // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2009. – № 2. – С. 68–71.
3. Кравченко А. М. Работа, стресс і артеріальна гіпертензія / А. М. Кравченко // Рациональная фармакотерапия. – 2012. – № 3. – С. 15–18.
4. Albus C. Psychocardiology: clinically relevant recommendations regarding selected cardiovascular diseases / C. Albus, K. H. Ladwig, C. Herrmann-Lingen // Dtsch. Med. Wochenschr. – 2014. - Vol. 139, № 12. – P. 596-601.
5. Ladwig K. H. Position paper on the importance of psychosocial factors in cardiology: Update 2013 / K.H. Ladwig, F. Lederbogen, C. Albus [et al.] // GMS German Medical Science. – 2014. - Vol. 12. – P. 1-24.
6. Rosenthal T. Occupational stress and hypertension / T. Rosenthal, A. J. Alter // Am. Soc. Hypertens. – 2012. – Vol. 6, № 1. – P. 2-22.
7. Sparrenberger F. Does psychosocial stress cause hypertension? A systematic review of observational studies / F. Sparrenberger, F. T. Cicheler, A. M. Ascoli [et al.] // J. Hum. Hypertens. – 2009. – Vol. 23, № 1. – P. 12-19.
8. Spruill T. M. Chronic Psychosocial Stress and Hypertension / T. M. Spruill // Curr. Hypertens. Rep. – 2010. – Vol. 12, № 1. – P. 10-16.

Реферати

УРОВЕНЬ СТРЕССОРНОГО НАПРЯЖЕНИЯ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Подольский А. В., Стеблюк В. В.

Проанализирован уровень нервно-психического напряжения у пациентов с артериальной гипертензией. У 64,46% пациентов с артериальной гипертензией отмечен повышенный уровень нервно-психического напряжения. Максимальная выраженность нейровегетативных и нейроэндокринных реакций выявлена у больных с синдромом психоэмоционального напряжения и артериальной гипертензией I стадии. У пациентов с синдромом психоэмоционального напряжения и артериальной гипертензией II стадии отмечены снижение уровня кортизола и нормализация содержания адренкортикотропного гормона благодаря развитию защитно-приспособительных реакций. У пациентов с синдромом психоэмоционального напряжения и артериальной гипертензией III стадии выявлена стадия истощения адаптационных резервов, что характерно для длительного хронического стресса.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, стресс, синдром психоэмоционального напряжения.

Стаття надійшла 10.06.2014 р.

LEVEL OF STRESSOR TENSION AND EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

Podolsky A.V., Steblyuk V.V.

Was analysed the level of psychoemotional tension in patients with hypertension. At 64.46 % of patients with hypertension was observed elevated levels of psychoemotional tension. The maximal expression of neuroendocrine and neurovegetative reactions were found among patients with the syndrome of psychoemotional tension and hypertension I stage. Among patients with a syndrome of psychoemotional tension and hypertension stage II was found reduction in cortisol and adrenocorticotrophic hormone normalization due to the development of protective and adaptive reactions. In patients with a syndrome of emotional stress and hypertension stage III was found depletion stage of adaptation reserves inherently to the long-term chronic stress.

Key words: hypertension, stress, psychoemotional tension syndrome.

Рецензент Скрипніков А.М.