

кластеров: психического, сенсорного, анатомического, функционального. Производился расчет структуры синдрома ПСАФ аутодезадаптации, при этом учитывались все жалобы, относящиеся к каждому из четырех кластеров. В последующем вычислялась динамика интегрального показателя ПСАФ аутодезадаптации путем суммирования значений всех баллов у пациентов, участвующих в исследовании. Полученный результат делился на число пациентов и на 4 (число изучаемых параметров).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ листов ДДИВ, заполненных до операции, показал, что у большинства пациентов преобладали жалобы, относящиеся к психическому и функциональному кластерам в обеих сравниваемых группах.

В день предстоящей операции оценили состояние своего здоровья, как чрезвычайно тревожное 85% и как сильно тревожное 15% опрошенных.

В раннем послеоперационном периоде наиболее частой причиной тревожности в большинстве случаев послужила информация пациенту о гистологическом подтверждении злокачественного роста, а также наличие у него в послеоперационном периоде осложнения в виде пареза ветвей лицевого нерва. У пациентов со злокачественными новообразованиями выраженность ПСАФ АДА была более сильной в сравнении со второй группой, у них в более выраженной форме преобладали жалобы преимущественно психологического и функционального характера, также они отмечали появившейся у них страх рецидива заболевания или прогрессирования болезни после операции.

Во второй группе больных уровень ПСАФ аутодезадаптации значительно снизился по психологическому кластеру и в менее выраженной форме по функциональному. Двое больных отмечали наличие страха сохранения функциональной слабости краевой ветви лицевого нерва. Это приносило им психологический дискомфорт. Однако уровень ПСАФ аутодезадаптации в послеоперационном периоде был значительно ниже, чем в предоперационном.

Заключение. Полученные предварительные результаты свидетельствуют о необходимости разработки и апробации основных направлений и подходов к решению проблемы дезадаптации у онкологических больных, показывают необходимость оценки синдрома ПСАФ АДА не только в раннем послеоперационном периоде, но и в отдаленные сроки после завершения лечения. С помощью листа ДДИВ любой лечащий врач может осуществить экспресс диагностику выраженности и структуры ПСАФ АДА, что позволит осуществить системные биопсихосоциальный подход к исследованию, лечению и реабилитации любого больного.

*Мелентьева Е.В.¹, Гонтарев С.Н.^{1,2}, Гонтарева И.С.^{1,2}, Пунько Д.С.²,
Степанова А.И.², Мустафа Ясин^{2,3}*

ПСИХОСОМАТИКА СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

*¹ООО «ССБ. Объединенная стоматологическая поликлиника
Старооскольского городского округа», г. Старый Оскол*

²НИУ «БелГУ», г. Белгород

³ОГБУЗ «Яковлевская центральная районная больница», г. Строитель

В жизни мы постоянно накапливаем психическое напряжение, и наш организм сообщает о том, что с ним что-то не в порядке. Это явление называют «психосоматическим расстройством». Таких болезней, вызванных психоэмоциональными потрясениями более 70% и стоматит не исключение. Заболевания полости рта (стоматит) возникают тогда, когда сложно принять новую информацию или неадекватная оценка ситуации. Основная проблема в самоуничтожении. Когда долго прокручиваешь мысль в голове, ждешь свою боль, сожаление и разочарование, усталость, которая неизбежно возникает после долгих споров и конфликтов, заставляет человека отступить. А вместе с этим нередко развивается

стоматит – воспаление слизистой оболочки рта, представленное в виде язвочек. Это воспаление нужно для того, чтобы человек помолчал, восстановил силы, потраченные на конфликт, и наконец-то дал выход накопившемуся негативу (но уже в телесной форме). Если стоматит имеет психосоматическую предпосылку, то избавиться от него можно только при помощи комплексного лечения.

У стоматита нет чётких этиологических причин поэтому болезнь является психосоматика и очень похожа на принцип развития нервной аллергии. Депрессия, подавленные эмоции, тревога, страх и другие стрессогенные факторы включают защитные системы организма. Но вот каким будет стоматит (существуют формы высыпаний и причины развития болезни) зависит от особенностей иммунитета конкретного человека.

Причины болезни у ребенка кроются в особенностях психологического климата в семье. Напряженная обстановка, конфликты между родителями и подавление ребенка смена привычных условий жизни:

- переезд, смена школы или детского сада, развод родителей;
- изменение распорядка и режима дня: нехватка сна или дефицит игр, посещение многочисленных кружков и секций;
- гиперопека и принуждение, воспитание в стиле «кумир семьи»;
- запрет на занятие любимым делом («я лучше знаю, что тебе нужно»);
- непонимание и непринятие со стороны родителей, занятость родителей;
- противоречивые воспитательные позиции родителей, семьи и школы;
- конфликты в отношениях со сверстниками: не дают высказаться, критикуют, оскорбляют.

Профилактика стоматологических проблем на нервной почве необходимо:

- заботиться о физическом и психическом здоровье; закалять и укреплять иммунитет;
- нормализовать режим труда и отдыха;
- скорректировать пищевые привычки;
- отказаться от курения и алкоголя;
- восстановить нормальный режим сна (минимум 8 часов);
- устранить стрессогенные факторы (прекратить болезненные отношения, уйти с нелюбимой работы, сменить круг общения);
- следить за гигиеной рта (дважды в день чистить зубы и язык, каждый раз после еды использовать нить и ополаскиватель);
- ежегодно проходить профилактический осмотр у стоматолога;
- своевременно обращаться за лечением зубов, десен, полости рта.

Необходимо учиться противостоять стрессу, преодолевать его и минимизировать вредные факторы в жизни. В трудных ситуациях допустим прием растительных успокоительных препаратов. Но и в этом случае лучше проконсультироваться с врачом.

Миняйло Ю.А., Копытов А.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРЕЩИНОСТОЙКОСТИ БЕСПРЕКУРСОРНОГО АКРИЛОВОГО БАЗИСНОГО ПОЛИМЕРА «БЕЛАКРИЛ ЭТИЛМЕТАКРИЛАТ ГОРЯЧЕГО ОТВЕРЖДЕНИЯ»

Медицинский институт НИУ «БелГУ», г. Белгород

Введение. Важнейшим эксплуатационным качеством стоматологических материалов является их способность противостоять перманентным окклюзионным нагрузкам. Принято считать, что среднегодовой окклюзионный цикл составляет 511000 смыканий зубов, из расчёта 1400 жевательных движений в сутки. При жевании хлеба развивается усилие ≈ 100 Н, в начальные моменты разрушения моркови ≈ 300 Н, для раскалывания косточек абрикоса ≈ 800 Н. Достаточно сильное смыкание зубов происходит не только во время