

ТЕРАПЕВТИЧНИЙ РОЗДІЛ

УДК 616. 31: 616. 316 – 008.8

А. А. Асмолова, к. мед. н.

Одесский национальный медицинский университет

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО ПОСТИМПЛАНТАЦИОННОГО СИНДРОМА

Психоэмоциональный статус изучен у 54 больных с частичной/полной адентии верхней челюсти в сроки до денальной имплантации, от 1-2 до 15-18 месяцев после имплантации. Для повышения стрессоустойчивости, остеоинтеграции имплантов и профилактики развития верхнечелюстного постимплантационного синдрома у 25 больных использовался кортексин, который достоверно обеспечивает относительно более быструю нормализацию уровня личностной и реактивной тревожности, предупреждает развитие синдрома.

Ключевые слова: лекарственная терапия, постимплантационный синдром, психоэмоциональный статус.

А. А. Асмолова

Одеський національний медичний університет

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН У ХВОРИХ НА ВТОРИННУ АДЕНТІЮ В ПРОЦЕСІ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО ПОСТИМПЛАНТАЦІЙНОГО СИНДРОМУ

Психоемоційний статус вивчений у 54 хворих з частковою / повною адентією верхньої щелепи у терміні до денальної імплантації, від 1-2 до 15-18 місяців після імплантації. Для підвищення стійкості до стресу, остеоінтеграції імплантів і профілактики розвитку верхньощелепного постімплантаційного синдрому у 25 хворих використовувався кортексін, який достовірно забезпечує більш швидку нормалізацію рівня особистісної та реактивної тривожності, попереджає розвиток синдрому.

Ключові слова: лікарська терапія, постімплантаційний синдром, психоемоційний статус.

А. А. Asmolova

Odessa national medical University

PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH SECONDARY AGENTU IN THE PREVENTION OF MAXILLARY POSTIMPLANTATINI SYNDROME

Psycho-emotional status were studied in 54 patients with partial/fully edentulous upper jaw before dental implants, from 1-2 till 15-18 months after implantation. To increase stress resistance, osseointegration of implants and prevent the development of maxillary post-implantation syndrome in 25 patients, Cortexin was used, which reliably provides a relatively faster normalization of the level of personal and reactive anxiety, prevents the development of the syndrome.

Key words: drug therapy, post-implantation syndrome, psychoemotional status.

Известно, что любое стоматологическое вмешательство, а тем более операции денальной имплантации (ДИ), изменяют психоэмоциональное равновесие больного [1]: необоснованная эйфория, недооценка серьезности операции переходят в замкнутость, тоску, депрессию, чаще всего отмечаются выраженные беспокойство и страх, которые нарушают гомеостаз и осложняют проведение анестезии. Все эти изменения психики обычно обратимы. Но в этот момент и возникают психовегетативные осложнения раз-

личной степени проявления и опасности, такие как обморок, гипертонический криз, аритмии, неврологические расстройства [1,2].

В то же время практически всегда ДИ в определенной степени сопровождается микротравмированием/микродеформированием лицевого скелета. При этом развивается "синдром взаимного отягощения", вызывающий функциональные нарушения в челюстно-лицевой области и головном мозге. Исследована и описана новая самостоятельная нозологическая форма в стома-

тологии – верхнечелюстной постимплантационный синдром (ВПС), патологическое состояние в организме, развивающееся в отдаленном периоде через 1-5 лет после ДИ по поводу частичной вторичной адентии на верхней челюсти [3-6].

Для повышения стрессоустойчивости, остеointegrации имплантов и профилактики развития ВПС, избегая естественно полипрагмазии, нами выбран кортексин (комплекс низкомолекулярных водорастворимых полипептидных фракций, проникающих через ГЭБ непосредственно к нервным клеткам), который оказывает ноотропное, нейропротекторное, антиоксидантное, остеотропное, актопротекторное и тканеспецифическое действие [7, 8]. Известно [9] использование кортексина в комплексном лечении больных с переломом нижней челюсти и сочетанной закрытой черепно-мозговой травмой, которое сопровождается нормализацией пластиночно-клеточных взаимодействий при лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии к 21 суткам, уменьшением воспалительных осложнений и снижению сроков госпитализации.

Цель исследования. Изучить психоэмоциональный статус больных с частичной/полной адентией верхней челюсти до и после ДИ на фоне применения кортексина.

Материал и методы исследования. При планировании и выполнении ДИ по поводу частичной/полной адентии верхней челюсти и в сроки от 15 месяцев до 4 лет после ДИ наблюдались 54 больных: в группе 1 из 29 пациентов ДИ по поводу частичной/полной адентии верхней челюсти планировалась и выполнялась по рутинному алгоритму, а в группе 2 из 25 – то же + лекарственная профилактика ВПС кортексином. Пациенты 1 и 2 групп были соизмеримы по возрасту, полу и объемам ДИ.

Кортексин вводили до ДИ внутримышечно однократно ежедневно: 10 мг перед инъекцией растворяли в 1–2 мл 0,5 % раствора прокаина (новокаина), воды для инъекций или 0,9 % раствора натрия хлорида, в течение 10 дней. При необходимости проводят повторный курс через 3–6 мес.

Таблица 1

Психоэмоциональное состояние у больных вторичной адентией основной подгруппы 1 (ДИ⁺)

Показатели	Время определения		
	до ДИ (n=29)	3 – 4 месяца после ДИ (n=15)	15-18 месяцев после ДИ (n=15)
Методика «САН»:			
Самочувствие	2,8±0,2	4,1±0,3	4,5±0,2
Активность	2,7±0,3	3,7±0,2	4,3±0,3
Настроение	3,1±0,3	4,3±0,3	4,4±0,2
Тест Спилберга-Ханина			
Реактивная тревожность	26,7±1,9	18,3±1,4	12,9±1,2
Личностная тревожность	38,4±2,1	33,2±1,6	32,5± 1,3

Психоэмоциональный статус определялся на основе 2 тестов: "САН", методики для оценки реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина [10]. Обследование больных проводилось в соответствии с этико-правовыми нормами клинических исследований. Статистическую обработку экспериментального материала проводили в соответствии с методами, принятыми в вариационной статистике с использованием программ «STATISTIKA 6.0 for Windows» и «Microsoft Office Excel 2003». За достоверные различия в сравнении средних величин в парных сравнениях брали t-критерий Стьюдента при $p < 0,01$.

Результаты исследований и их обсуждение. В отдаленном периоде после ДИ идентифицированы пациенты с благоприятным течением после ДИ и больные с ВПС: в 1 группе – 15

(ДИ⁺) и 14, во 2 группе – 23 (ДИ⁺) и 2 соответственно. Изучена динамика психоэмоционального состояния у пациентов до ДИ и в ближайший и отдаленный периоды после имплантации (табл. 1 – 4).

У лиц 1 и 2 групп с частичной/полной вторичной адентией верхней челюсти до ДИ отмечен повышенный уровень личностной и реактивной тревожности, высокий уровень дневного стресса, а также снижение качества ночного сна. Нормализация после ДИ уровня личностной и реактивной тревожности, дневного стресса и повышение качества ночного сна достоверно происходит лишь в случае хорошего или удовлетворительного пользования зубными протезами.

Сравнение динамики показателей тестов в подгруппах 1 (ДИ⁺) и 2(ДИ⁺) свидетельствует о том, что использование для профилактики ВПС

накануне ДИ кортексина достоверно способствует большей и относительно более быстрой нормализации уровня личностной и реактивной тревожности, уменьшению дневного стресса ($P < 0,03$).

Применение метаболических препаратов и психотерапии при ДИ описано [11]. Использование кортексина для лечения больных с ВПС продиктовано тем, что течение и исход травмы является проявлением стресса и во многом определяется адаптационными возможностями организма.

Но при частичной/полной вторичной адентии верхней челюсти (1-я стрессовая ситуация) и планомерно выполняемой ДИ (2-я стрессовая ситуация) адаптационно-приспособительные реакции, направленные на сохранение гомеостаза, значительно усугубляются практически двойным травмированием, при котором полностью реализуются механизмы стресса, а больной весьма длительно находится в посттравматическом состоянии [9].

Таблица 2

Психозмоциональное состояние у больных вторичной адентией основной подгруппы 1 (ВПС)

Показатели	Время определения		
	до ДИ (n=29)	3 – 4 месяца после ДИ (n=14)	15-18 месяцев после ДИ (n=14)
Методика «САН»:			
Самочувствие	2,8±0,2	3,2±0,2	3,8±0,2
Активность	2,7±0,2	3,1±0,3	3,5±0,2
Настроение	3,1±0,3	3,2±0,2	3,9±0,1
Тест Спилбергера-Ханина			
Реактивная тревожность	26,7±1,9	20,5±1,7	17,9±1,8
Личностная тревожность	38,4±2,1	35,3±2,1	36,2±2,2

Таблица 3

Психозмоциональное состояние у больных вторичной адентией основной подгруппы 2 (ДИ⁺)

Показатели	Время определения		
	до ДИ (n=25)	1 – 2 месяца после ДИ (n=23)	15-18 месяцев после ДИ (n=23)
Методика «САН»:			
Самочувствие	2,9±0,2	4,2±0,1	4,6±0,2
Активность	2,8±0,3	3,8±0,2	4,5±0,1
Настроение	3,0±0,3	4,4±0,1	4,6±0,2
Тест Спилбергера-Ханина			
Реактивная тревожность	26,3±1,9	17,5±1,5	12,4±1,1
Личностная тревожность	37,9±2,0	31,6±1,4	29,6±1,1

Таблица 4

Психозмоциональное состояние у больных вторичной адентией основной подгруппы 2 (ВПС)

Показатели	Время определения		
	до ДИ (n=25)	1 – 2 месяца после ДИ (n=2)	15-18 месяцев после ДИ (n=2)
Методика «САН»:			
Самочувствие	2,9±0,2	3,6±0,2	4,0±0,2
Активность	2,8±0,3	3,4±0,2	3,9±0,2
Настроение	3,0±0,3	3,6±0,2	3,8±0,2
Тест Спилбергера-Ханина			
Реактивная тревожность	26,3±1,9	21,1±1,7	15,9±1,6
Личностная тревожность	37,9±2,0	34,9±1,9	34,3±1,8

Выводы. Для повышения стрессоустойчивости, остеointegrации имплантов и профилактики развития ВПС у больных использовался кортексин, который достоверно обеспечивает относи-

тельно более быструю нормализацию уровня личностной и реактивной тревожности, предупреждает развитие ВПС.

Список литературы

1. **Гасанова З. М.** Психофармакологические методы коррекции стрессовых состояний у пациентов перед стоматологическими вмешательствами: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.01.14 «Стоматология» / З. М. Гасанова. – М., 2013. – 24 с.
2. **Алямовская Е. Н.** Психопрофилактика в стоматологии / Е. Н. Алямовская // Новое в стоматологии. – 2002. – № 6 (106). – С. 12–13.
3. **Гулюк А. Г.** Роль мікробіологічної складової в етіології постімплантаційної хвороби верхньої щелепи / А. Г. Гулюк, С. М. Пухлік, А. О. Асмолова // Одеський медичний журнал. – 2013. – № 3. – С. 39–42.
4. **Asmolova A. A.** Dental implants can generate maxillary postimplantation syndrome Sindromul postimplantar maxilar: consecință a implantației dentare / A. A. Asmolova / *Arta Medica*. – 2015. – №1(54). – P. 28–30.
5. **Асмолова А. А.** Верхнечелюстной постимплантационный синдром: состояние сонных артерий / А. А. Асмолова // Лучевая диагностика, лучевая терапия. – 2016. – № 1. – С. 22–27.
6. **Асмолова А. А.** Элементы методологии диагностики, лечения и профилактики верхнечелюстного постимплантационного синдрома / А. А. Асмолова // *Інновації в стоматології*. – 2017. – № 3–4. – С. 25–29.
7. **Колотилов Н. Н.** Нейропептиды / Н. Н. Колотилов. – Афины–Москва–Берлин: МАМТН, 2000. – 150 с.
8. **Компендиум 2014 – лекарственные препараты** / под ред. В. Н. Коваленко, А. П. Викторова. – К.: Морион, 2014. – 1664 с.
9. **Рудакова Л. Ю.** Влияние кортексина на клиническое течение и лимфоцитарно–тромбоцитарную адгезию у больных с переломом нижней челюсти и закрытой черепно–мозговой травмой / Л. Ю. Рудакова, Ю. А. Витковский, И. С. Пинелис // *Забайкальский медицинский вестник*. – 2012. – № 2. – С. 53–58.
10. **Бурлачук Л.Ф.** Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 528 с.
11. **Парфенов С.А.** Использование метаболических препаратов и психотерапии при дентальной имплантации у пациентов / С. А. Парфенов, К. И. Володина,

Н. В. Воробьева // *Стоматология*. – 2013. – № 5. – С. 40–43.

REFERENCES

1. **Gasanova Z. M.** *Psihofarmakologicheskie metody korrekcii stressovyh sostojanij u pacientov pered stomatologicheskimi vmeshatel'stvami* [Psychopharmacological methods of stress state correction in patients before dental interventions]; Abstract of a candidate's thesis of medical sciences. *Moskva*, 2013:24.
2. **Aljamovskaja E. N.** Psychological prevention in dentistry. *Novoe v stomatologii*. 2002;6(106):12–13.
3. **Guljuk A. G., Puhlik S. M., Asmolova A. O.** The role of the microbial component in the etiology postimplantation disease of the upper jaw. *Odes'kyj medychnyj zhurnal*. 2013;3:39–42.
4. **Asmolova A. A.** Dental implants can generate maxillary postimplantation syndrome Sindromul postimplantar maxilar: consecință a implantației dentare. *Arta Medica*. 2015;1(54):28–30.
5. **Asmolova A. A.** Maxillary post-implantation syndrome: state of carotid arteries. *Luchevaja diagnostika, luchevoja terapija*. 2016;1:22–27.
6. **Asmolova A. A.** Elements of methodology of diagnosis, treatment and prevention of maxillary post-implantation syndrome. *Innovacii' v stomatologii'*. 2017;3-4:25–29.
7. **Kolotilov N. N.** *Nejropeptidy* [Neuropeptides] *Afiny–Moskva–Berlin: MAMTN*; 2000:150.
8. **Kovalenko V. N., Viktorov A. P.** *Kompendum 2014 – lekarstvennye preparaty* [The 2014 compendium – drugs]. *Kiev: Morion*; 2014: 1664.
9. **Rudakova L. Ju., Vitkovskij Ju. A., Pinelis I. S.** Influence of Cortexin on the clinical course and lymphocyte–platelet adhesion in patients with mandible fracture and closed head injury. *Zabajkal'skij medicinskij vestnik*. 2012;2:53–58.
10. **Burlachuk L.F., Morozov S. M.** *Slovar'-spravochnik po psihodiagnostike* [Dictionary-reference book on psychological diagnostics]. *SPb.: Piter Kom*; 1999:528.
11. **Parfenov S.A., Volodina K. I., Vorob'eva N. V.** The use of metabolic drugs and psychotherapy in dental implantation in patients. *Stomatologija*. 2013;5:40–43.

Поступила 05.02.18

