

наявним до лікування, після лікування став середньо негативним у хворих підгрупи А ($r=-0,681$; $p<0,05$) та слабким – у осіб групи II ($r=-0,475$; $p<0,05$).

Висновок. Плейотропний протизапальний ефект фенспірид гідрохлориду значно прискорює процес видужування хворих на поєднану патологію ХОЗЛ і ОА, достовірно покращує показники ОФВ1 та суттєво знижує вміст IL-1 β у сироватці крові.

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ВИНИКНЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ

Рахматова Ю.О., Чоповська Д.О., Кіяшко А.О.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Животовська Л.В.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Українська медична стоматологічна академія

Тривалий час вважалося, що на депресивні розлади страждають лише дорослі, однак результати наукових досліджень, які почали проводитися приблизно з другої половини ХХ століття (Р.Спітц 1946 р; Дж. Боулбі 1961 р; Я.П. Циркин 1970 р та ін.) показали, що депресія не має вікових обмежень і може розвиватися з дитячого віку. За офіційними даними міжнародної статистики, депресивні розлади спостерігаються у 2% дітей та 6% підлітків. Проте результати сучасних досліджень показують, що частота депресивних розладів серед школярів та підлітків значно вища. За різними даними, поширеність депресії в дитячій популяції варіює від 0,7 до 25%. Згідно з дослідженням Н.М. Іовчук, Г.З. Батигіної (1998), розповсюдженість депресії серед школярів становить 19%. Актуальність вивчення депресивних розладів у підлітків визначається низкою особливостей даного вікового періоду (особистісна і соціальна незрілість, емоційна нестійкість, підвищена реактивність, тощо), а також їх віковою специфікою (переважання маскованих форм депресивних розладів, атипичний перебіг, складність розпізнавання). Усі ці фактори стають причиною того, що часто депресивні розлади у підлітків залишаються непоміченими, молоді люди не отримують вчасно психологічної підтримки та допомоги, а їх психологічний стан та поведінка, наприклад, безпідставна агресивність, роздратованість, плаксивість, лінощі, неадекватно оцінюються оточуючими. Визначення психологічних передумов виникнення депресій, аналіз індивідуальних афективних проявів підлітків як внутрішньо особистісного екзистенційного відображення депресії має важливе діагностичне і терапевтичне значення.

Метою дослідження було дослідити психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами.

Проведено клінічне дослідження 12 підлітків з депресивними розладами віком від 13 до 17 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у дитячому та підлітковому відділенні Полтавської обласної клінічної пси-

хіатричної лікарні ім. О.Ф.Мальцева. Серед досліджуваних було 8 (66,6%) дівчат та 4 (33,4%) хлопці. Нозологічна діагностика – депресивний розлад поведінки (F92.0), змішані розлади поведінки та емоцій (F92.8) – базувалася на критеріях МКХ-10.

Методами дослідження були клініко-психопатологічний, метод клінічної бесіди, психодіагностичний з використанням методики «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана – Д. Рікса, тесту самооцінки психічних станів за методикою Г. Айзенка для визначення рівня тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності.

Встановлено, що для всіх пацієнтів були характерні невмотивована дратівливість, підвищена втомлюваність, розлади сну, різноманітні сомато-вегетативні прояви, поганий апетит, відчуття важкості у грудях, головний біль, тривога, почуття безнадійності, думки про беззмістовність існування. У 7 (58,3%) осіб мали місце розлади поведінки у вигляді нанесення самопорізів, у 5 (41,7%) – суїцидальні думки. Виявлено, що 8 (66,6%) досліджуваних виховувалися з дитинства в неповних сім'ях (виховувалися лише матір'ю) та мали складні стосунки з членами родини.

За методом клінічної бесіди виявлено, що найчастішими передумовами до виникнення депресивних розладів у підлітків виступали різноманітні психотравмуючі події: смерть близьких людей – у 3 (25%) осіб, гострі сімейні конфлікти – у 3 (25%), розлучення – у 2 (16,6%), невдачі у навчанні або особистих почуттях (нерозділені симпатії) – у 4 (33,4%).

Аналіз психоемоційного стану за методикою А.Уессмана – Д.Рікса показав, що клінічний варіант низького рівня самооцінки (46-128 балів) був у 10 (83,3%) осіб, середній рівень самооцінки (26-45 балів) – у 2 (16,7 %).

В результаті дослідження самооцінки психічних станів Г. Айзенка за шкалою «тривоги» у 8 (66,6%) осіб виявлено високий рівень (15-20 балів) тривожності, що включає в себе негативну концепцію власної особистості, невпевненість в собі, уявлення про фізичну, моральну, інтелектуальну неспроможність. За шкалою «фрустрації» 6 (50%) підлітків мали середній рівень (8-14 балів), що свідчить про схильність до уникнення труднощів, страх невдач, невпевненість, безсилля, відчай. За шкалою «агресивність» майже всі з опитуваних мали високий рівень – 11 (91,6%) осіб, а у 12 (100%) досліджуваних був виявлений високий показник за шкалою «ригідності», що вказує на труднощі при спілкуванні і роботі з людьми, нездатність гнучко реагувати на життєві ситуації, що спонтанно змінюються. Такі специфічні риси особистості стають проблемою для молодих людей, коли їм доводиться бути поза зоною свого комфорту, що, без сумніву, є передумовою для виникнення депресивних розладів.

Таким чином, в результаті дослідження у підлітків з депресивними розладами виявлено клінічні ознаки соціальної дезадаптації, високий рівень ригідності та агресивності, низьку самооцінку, високий рівень тривожності, складні відносини у родині, різноманітні психотравмуючі

чинники, що є предикторами розвитку депресивних станів. Отримані дані слід враховувати при проведенні комплексу лікувально-реабілітаційних заходів даному контингенту хворих.

САНІТАРНО-ПРОСВІТНИЦЬКА РОБОТА В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА
*Розумій А.В, Путінцова О.В., Томм В.О., Антіпова І.Р., Зубенко Н.В.,
Чаленко І.С.*

Наукові керівники: проф. Скрипнікова Т.П., к.мед.н. Хавалкіна Л.М.
*Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність. Система охорони здоров'я населення має можливості для попередження та лікування хвороб органів порожнини рота. Однак, кожна людина окремо та населення в цілому не використовують у повному обсязі види профілактичних заходів, що пропонуються. Це обумовлено неінформованістю або непереконливою інформацією, що не спонукає пацієнта до дій; дозволяє йому знаходити причину, зв'язану з дефіцитом часу або невідкладні справи та інш.

В той же час профілактика буде ефективною, якщо вона є медико-соціальним фактором, який забезпечений державними програмами.

Разом із тим лікар-стоматолог зобов'язаний проводити профілактичну роботу з населенням, у тому числі її складову частину – санітарну просвіту.

Мета. Вдосконалення пропаганди медичних знань пацієнтам на стоматологічному прийомі про здоровий спосіб життя, методи збереження стоматологічного здоров'я.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 48 пацієнтів у віці 25-30 років. Вивчений стоматологічний статус, у тому числі карієс, його індекси, патологія тканин пародонта, визначений гігієнічний індекс. Розроблені анкети для виявлення інформації про методи та засоби гігієни органів порожнини рота.

Нами були використані активні методи санітарно-просвітницької роботи, у тому числі вдосконалення наявних пам'яток для пацієнтів або створення нових по відношенню до виявлених клінічних ситуацій.

Наприклад :

- алгоритм заходів по індивідуальній гігієні порожнини рота;
- кровоточивість ясен, її причини;
- особливості гігієни органів порожнини рота при цукровому діабеті;
- особливості гігієни порожнини рота у пацієнтів після променевої терапії;
- рекомендації пацієнтам після видалення зуба;
- догляд за знімними протезами різних видів та інше.

Результати. Через рік нами обстежено 33 пацієнта із дослідної групи. Встановлено: повна санація у 72% пацієнтів, у 90% гарна гігієна порожнини рота.