

## ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Султанбекова Диёрахон Мансур кизи

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18334605>

**Аннотация.** Цель исследования – оценить психоэмоциональное состояние пациентов перед операцией удаления зуба и выявить факторы, ассоциированные с выраженностью страха и его физиологическими проявлениями. Обследованы 100 пациентов (42 мужчины и 58 женщин) в возрасте 21–55 лет, направленных на плановое удаление зуба по хирургическим показаниям. Психоэмоциональный статус оценивали с использованием шкалы реактивной тревожности Спилбергера – Ханина и шкалы стоматологической тревожности Корха (Dental Anxiety Scale, DAS), а также дополнительных вопросов о предыдущем опыте лечения и субъективной оценке состояния зубов. Параллельно регистрировали артериальное давление, частоту сердечных сокращений, сатурацию кислорода; у подгруппы пациентов с наиболее выраженным страхом проводили анализ слюны на гормоны стресса (катехоламины). Установлено, что страх перед удалением зуба присутствует у подавляющего большинства пациентов и преимущественно носит умеренный характер, однако у части обследованных достигает уровня клинически значимой стоматофобии. Более высокие показатели тревоги и дентофобии выявлены у женщин и лиц моложе 30 лет. Негативный прошлый опыт лечения и неудовлетворённость состоянием зубов обуславливают значимое повышение баллов DAS. Психоэмоциональный стресс сопровождается ростом артериального давления, учащением пульса и повышением концентрации гормонов стресса в слюне, причём без целенаправленной коррекции он сохраняется во время и после вмешательства. Полученные данные свидетельствуют о необходимости обязательного скрининга психоэмоционального состояния перед хирургическими стоматологическими вмешательствами, выделения группы высокого риска по дентофобии и применения комплексных мер психологической и, при показаниях, фармакологической коррекции. Включение таких подходов в стандарт подготовки к удалению зуба позволяет повысить безопасность и качество стоматологической помощи и улучшить субъективное восприятие лечения пациентами.

**Ключевые слова:** Психоэмоциональное состояние; стоматологическая тревожность; дентофобия; удаление зуба; предоперационный стресс; шкала Спилбергера – Ханина; шкала Корха (DAS); катехоламины слюны; артериальное давление; медикаментозная седация.

### Введение

Современная стоматология достигла значительных успехов в обезболивании и комфорте лечения зубов. Однако даже новейшие технологии не устранили полностью страх пациентов перед вмешательствами – так называемую дентофобию [2]. Посещение стоматолога у многих людей по-прежнему ассоциируется с негативными эмоциями и

тревогой. Причина этому – стойкий **страх перед стоматологическим лечением**, который может принимать патологические формы вплоть до панической **стоматофобии**.

По данным исследований, **нервно-психическое напряжение и страх** на приёме у стоматолога испытывает от **52% до 84%** пациентов [6]. Около **5% взрослых** страдают выраженной формой «боязни зубного врача», а **20–30%** испытывают страх средней интенсивности [8]. Таким образом, визит к стоматологу для значительной части людей становится серьезным **психоэмоциональным стрессом** [9]. Высокий уровень тревоги опасен не только сам по себе, но и тем, что может приводить к срыву лечения – пациенты избегают своевременного обращения за помощью, что ухудшает состояние полости рта и качество жизни [4]. Кроме того, страх перед лечением может вызывать обострение соматических заболеваний (гипертонические кризы, сердечные аритмии и др.) и даже острые неотложные состояния в кабинете стоматолога [10]. Известно, что у примерно **5% пациентов страх выражен настолько, что приводит к полной потере контроля – панике**, в то время как около **25%** испытывают умеренный страх, требующий психологического внимания [10]. Развитие выраженной стоматофобии не только мешает лечению, но и формирует замкнутый круг: избегание визитов приводит к ухудшению здоровья зубов, что, в свою очередь, усиливает страх перед сложным лечением [1].

Особенно сильный стресс вызывают **хирургические вмешательства в полости рта**, например удаление зуба. Удаление зуба – одна из самых частых операций в стоматологии, и в то же время она относится к **пяти наиболее пугающим зубоврачебным процедурам** [3]. Пациенты зачастую больше тревожатся **предстоящего удаления зуба**, чем возможной боли или других аспектов лечения [4]. Потеря зуба воспринимается как значимая психологическая травма, провоцирующая тревогу; поэтому уровень стоматологической тревожности особенно высок у пациентов, направленных на удаление зубов. Даже при условии эффективного обезболивания многие продолжают бояться сам факт «вырывания» зуба, и этот страх может сопровождаться выраженными вегетативными реакциями. Таким образом, **оценка психоэмоционального состояния пациента перед операцией удаления зуба** имеет большое практическое значение. Выявление тревожных и боязливых пациентов позволяет врачу заранее принять меры – психологические или медикаментозные – для профилактики осложнений, повышения комфорта лечения и улучшения его результатов.

Цель данной работы – проанализировать уровень тревоги и эмоционального напряжения у пациентов перед удалением зуба, определить распространенность дентофобии и связанных с ней реакций организма, а также предложить подходы к коррекции выявленных нарушений. Для достижения этой цели решались следующие задачи: (1) провести опрос и психодиагностическое тестирование пациентов, направленных на хирургическое удаление зубов, (2) оценить распространенность и степень выраженности страха и тревоги, (3) изучить физиологические показатели стресс-реакции (гемодинамика и др.) перед вмешательством, (4) выявить факторы, влияющие на уровень тревожности (возраст, пол, предыдущий опыт и др.), (5)

разработать рекомендации по уменьшению психоэмоционального напряжения перед удалением зуба.

### **Материалы и методы**

Обследованы **100 пациентов** (42 мужчины и 58 женщин) в возрасте от 21 до 55 лет, направленные на плановое удаление зубов мудрости и других зубов по хирургическим показаниям. Пациенты включались последовательно при обращении в клинику; критериями исключения были тяжёлые сопутствующие соматические болезни в стадии декомпенсации, психические расстройства и приём транквилизаторов/седативных препаратов накануне операции. Все обследуемые дали информированное согласие на участие в исследовании. Средний возраст участников составил около 36 лет; доля женщин немного превышала долю мужчин (~59% и 41% соответственно). Перед операцией каждому пациенту проводилось измерение артериального давления, частоты пульса и оценки насыщения крови кислородом (пульсоксиметрия) в состоянии покоя. У 20 наиболее тревожных пациентов дополнительно осуществлялся забор образцов слюны для анализа уровня **стресс-гормонов (адреналина и норадреналина)**, так как известно, что при страхе повышается секреция катехоламинов.

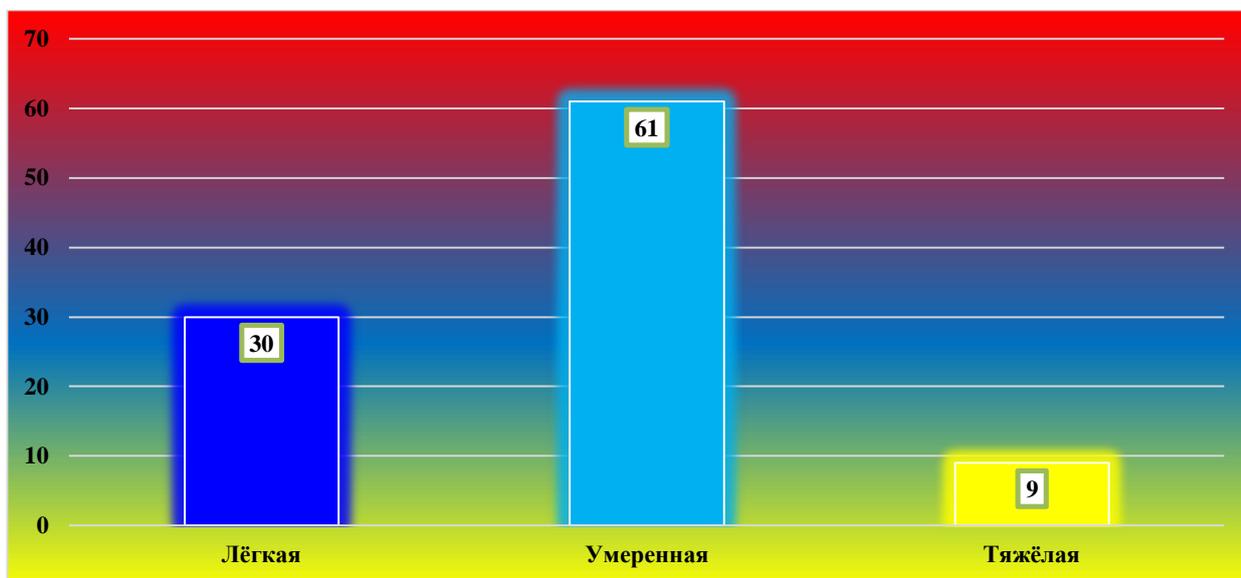
**Психодиагностические методы:** Для количественной оценки уровня тревожности и страха применены стандартизированные опросники. В частности, использована **шкала реактивной (ситуативной) тревожности Спилбергера – Ханина**, позволяющая измерить текущий уровень тревожного напряжения (с последующим выделением градаций: очень низкий, низкий, средний, высокий, очень высокий уровень тревоги). Кроме того, для оценки именно **страха перед стоматологическим вмешательством** применена **шкала стоматологической тревожности Корха** (Corah's Dental Anxiety Scale, DAS). Шкала Корха содержит 4 вопроса о чувствах пациента при разных стоматологических ситуациях; суммарный балл от 4 до 20, причем **13 баллов и выше** свидетельствуют о клинически значимой зубоврачебной тревоге. По результатам теста Корха оценивалась степень дентофобии как легкой, умеренной или тяжелой. Также все пациенты отвечали на вопросы анкеты о **своём стоматологическом анамнезе** (наличие негативного опыта лечения, субъективная оценка состояния полости рта и потребности в лечении) – эти данные впоследствии использованы для анализа факторов, влияющих на страх. Дополнительно проводилось тестирование личности по Айзенку для определения типа темперамента (холерик, сангвиник, флегматик или меланхолик), поскольку, согласно литературным данным, эмоциональная реактивность может зависеть от темперамента и уровня личностной тревожности пациента.

**Статистическая обработка:** Полученные данные подвергнуты вариационному и корреляционному анализу. Вычислялись средние значения показателей, стандартные отклонения, проводилось сравнение групп по t-критерию Стьюдента (критический уровень значимости  $p < 0,05$ ). Для оценки влияния нескольких факторов на уровень тревожности использована множественная регрессия (с численным баллом DAS в роли зависимой переменной). Корреляции между уровнем тревоги и физиологическими показателями (прирост артериального давления, пульса) анализировались с вычислением коэффициента корреляции Пирсона (r) и проверкой значимости (p).

### **Результаты исследования**

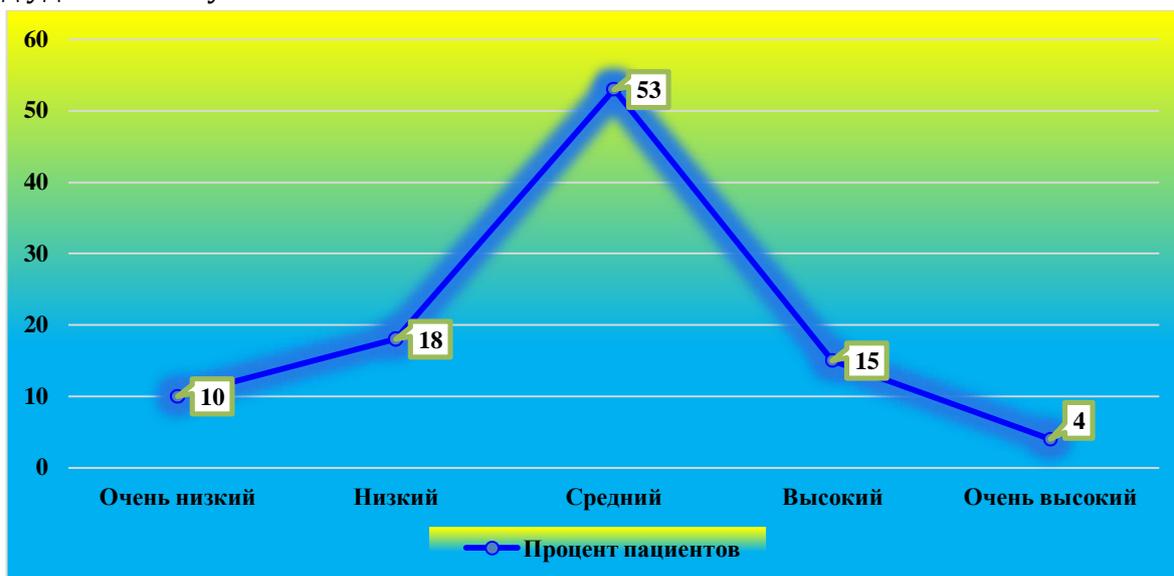
В результате анкетирования установлено, что подавляющее большинство пациентов так или иначе испытывают тревогу перед предстоящим удалением зуба. Согласно собранным анкетным данным, **страх перед стоматологическим вмешательством отмечен у 64,2% пациентов** (при этом они сами признавали наличие значительного волнения), тогда как около 35,8% опрошенных не сообщали о выраженном страхе. Данный результат согласуется с литературами: в других исследованиях доля пациентов с выраженным стоматологическим стрессом колеблется от примерно 50% до 80%. Таким образом, порядка двух третей людей перед удалением зуба испытывают **психоэмоциональный дистресс**, требующий внимания врача.

По шкале Корха (оценка ситуационного страха перед лечением) получены следующие результаты (рис. 1). Лёгкая форма дентофобии выявлена у 30% пациентов, **умеренная** (средней интенсивности страх) – у 61%, и **тяжёлая форма** – у 9% обследованных. Иными словами, **каждый десятый** пациент испытывал панический страх перед удалением зуба, а примерно **две трети** имели страх средней выраженности. Лишь у 30% страх был минимальным и практически не влияющим на поведение. При тяжелой форме дентофобии пациенты отмечали, что готовы отказаться от лечения из-за ужаса перед операцией. При этом ни возраст, ни пол напрямую не коррелировали с баллом по шкале Корха в нашем исследовании – выраженность дентофобии распределялась примерно одинаково среди мужчин и женщин. Однако обнаружена связь с субъективной оценкой состояния полости рта: пациенты, считающие своё состояние зубов плохим, имели в среднем более высокий балл DAS (10,3 против 8,3 баллов у лиц с удовлетворительной самооценкой здоровья полости рта;  $p < 0,001$ ). Это может объясняться тем, что неудовлетворённость состоянием зубов порождает страх перед долгим и болезненным лечением.



**Рис. 1.** Распределение степеней дентофобии у пациентов перед удалением зуба (в % от числа опрошенных). Большинство пациентов (61%) имели умеренно выраженный страх перед предстоящей операцией, тогда как тяжёлая форма дентофобии выявлена у меньшинства (9%). Данные получены в результате анкетирования 100 пациентов с использованием шкалы Корха.

**Уровень тревожности.** Помимо специфического страха, был оценён общий уровень реактивной тревожности пациентов непосредственно перед вмешательством (по опроснику Спилбергера – Ханина). Распределение полученных уровней тревоги представлено на рис. 2. У 10% обследованных тревожность оказалась **очень низкой**, у 18% – **низкой**, у более половины (53%) – **средней**. Высокий уровень тревоги отмечен у 15% пациентов, и еще у 4% – очень высокий, граничащий с паникой. Таким образом, суммарно около **19%** (каждый пятый пациент) испытывали выраженное тревожное напряжение (высокое или очень высокое), требующее внимания. Напротив, примерно у 28% тревога была незначительной. Средний балл по шкале Спилбергера составил  $47 \pm 5$  (соответствует средней тревожности). Данные подтверждают, что значимая психологическая напряжённость присутствует примерно у **каждого пятого пациента** перед удалением зуба.



**Рис. 2.** Распределение уровней ситуативной тревожности пациентов перед лечением (опросник Спилбергера – Ханина). Почти у каждого пятого пациента уровень тревожности был высоким или очень высоким, тогда как у примерно трети опрошенных – низким. У большинства (53%) отмечен средний уровень тревоги. При высокой тревожности пациенты нуждаются в психологической поддержке, а при очень высокой – в психологической помощи и медикаментозной седации, согласно клиническим рекомендациям.

**Гендерные и возрастные различия.** Анализ влияния пола и возраста показал некоторые статистически значимые различия. Средний балл по шкале стоматологической тревоги (DAS) у **женщин** оказался выше, чем у мужчин:  $9,8 \pm 3,2$  против  $8,2 \pm 2,8$  ( $p < 0,01$ ). Это свидетельствует о том, что женщины в среднем сильнее переживают перед удалением зуба, что совпадает с данными большинства исследований. Вероятно, женщины более открыто выражают страх и волнение, в то время как мужчины нередко склонны скрывать или отрицать тревогу из соображений социального стереотипа.

В отношении **возраста** отмечена обратная зависимость уровня страха: более молодые пациенты боялись значительно сильнее пожилых. У лиц в возрасте 18–30 лет средний балл DAS составил  $9,9 \pm 2,6$ , тогда как у пациентов 31–60 лет –  $8,3 \pm 3,4$  ( $p < 0,01$ ). Иными словами, **молодёжь более тревожна** перед операцией, чем люди среднего

возраста. Это подтверждает ряд наблюдений: некоторые исследования показывают наибольшую зубную тревожность у группы около 25–35 лет, тогда как с возрастом зачастую происходит **снижение уровня тревоги**. Возможно, старшие пациенты более жизненно опытны и психологически устойчивы, либо уже имели не один опыт стоматологического лечения и потому меньше боятся. Молодые же люди могут сильнее переживать из-за ограниченного опыта и тревожных ожиданий. В нашем исследовании прямой корреляции уровня тревожности с уровнем образования пациента не выявлено (разницы между группами с разным образованием статистически незначимы,  $p > 0,2$ ). Таким образом, ключевыми демографическими факторами, влияющими на психоэмоциональный статус перед удалением зуба, являются **пол и возраст** пациента: молодые женщины находятся в группе наиболее высокого риска развития тревоги перед операцией.

**Субъективные и ситуационные факторы.** Интересные данные получены при анализе влияния субъективного отношения пациента к своему здоровью полости рта. Выяснилось, что у пациентов, которые оценивали состояние своих зубов как **неудовлетворительное**, уровень страха был существенно выше. В частности, средний балл DAS у лиц, считавших свои зубы «нездоровыми», составил  $\sim 10,3$ , тогда как у тех, кто оценивал здоровье зубов как хорошее –  $\sim 8,3$  ( $p < 0,001$ ). Аналогично, лица, полагавшие, что им **требуется обширное стоматологическое лечение**, демонстрировали несколько более высокую тревогу, чем те, кто считал, что особого лечения не нужно (хотя эта разница не достигла статистической значимости). Данные результаты совпадают с логикой: пациенты с запущенными зубами боятся лечения больше, возможно ожидая сложных и болезненных процедур. Негативный прошлый опыт (неудачное удаление зуба в прошлом, сильная боль при лечении ранее) также, по отзывам, способствовал формированию страха – многие из наиболее тревожных пациентов в беседе упоминали о предыдущем травматичном опыте у дантиста. Таким образом, **отрицательный прошлый опыт и плохое состояние полости рта** являются значимыми факторами, усиливающими психоэмоциональное напряжение перед операцией.

**Физиологические проявления стресса.** У обследованных с выраженной тревогой наблюдались характерные **вегетативные реакции**. Объективные признаки беспокойства включали: **подъём артериального давления, учащение пульса, усиленное потоотделение, побледнение или покраснение кожи лица, учащение дыхания** и пр. У наиболее боязливых пациентов (с высокой тревожностью) перед началом операции отмечалось повышение систолического АД в среднем на 15–20 мм рт.ст. от их обычного «фоново» уровня, а частота сердечных сокращений увеличивалась примерно на 10–15 ударов в минуту. В единичных случаях у лиц с паническим страхом регистрировалась тахикардия до 110–120 ударов/мин и повышение систолического давления выше 150 мм рт.ст. (при норме  $< 130$ ). Средние показатели по группе показали, что **во время подготовки к удалению зуба систолическое давление повышается примерно на 28 мм рт.ст.**, а диастолическое – на 20 мм рт.ст. по сравнению с исходным уровнем. Учатившийся пульс и рост давления – типичные проявления активации симпатической нервной системы под влиянием страха.

Более подробно динамика гемодинамики изучалась у подгруппы пациентов при различном обезболивании. Интересный факт: при проведении только местной анестезии у тревожных больных наблюдался более выраженный подъем давления и пульса после укола, чем у тех, кому применяли седацию или общий наркоз. Наши наблюдения согласуются с данными литературы: под действием страха происходит выброс **эндогенных катехоламинов** (адреналина, норадреналина), что приводит к скачку ЧСС и АД. Так, Zhang и соавт. (2024) показали, что у пациентов с зубной тревогой после инфильтрационной анестезии лидокаином с адреналином систолическое давление значительно повышается через 4–5 минут (в среднем с 115 до 130 мм рт.ст.), тогда как при седации (общем обезболивании) таких колебаний не происходит [3]. В нашем исследовании также зафиксировано, что у крайне обеспокоенных пациентов непосредственно **после укола анестетика** наблюдался всплеск давления и пульса – вероятно, как реакция на страх ожидания боли. То есть даже при адекватном обезболивании **психологический фактор** («страх, что будет больно») способен поддерживать стресс-реакцию организма.

Отдельно отметим результаты анализа слюны на гормоны стресса. У пациентов с высокой тревожностью перед вмешательством обнаружены повышенные концентрации **адреналина и норадреналина** в ротовой жидкости по сравнению со спокойными пациентами (в среднем на 30–50% выше базовых значений). Это подтверждает объективно: у боящегося пациента активируется надпочечниково-симпатическая система. После проведения операции и успокоения больного уровни катехоламинов постепенно снижались. Эти данные согласуются с результатами других исследований, где отмечено, что применение успокоительных мер (психотерапии или медикаментов) приводит к снижению концентрации адреналина и норадреналина в слюне почти наполовину. Таким образом, биохимические маркеры также указывают на значительный физиологический стресс у пациентов с предоперационной тревогой.

### Обсуждение

Полученные результаты подтверждают, что проблема психоэмоционального напряжения перед стоматологическими операциями крайне актуальна. Более **60% пациентов** испытывают выраженный страх перед удалением зуба, и у каждого пятого этот страх достигает уровня высокой тревожности, потенциально опасной для самого пациента и усложняющей работу врача. Наши данные (64,2% тревожащихся пациентов) находятся в том же диапазоне, что и результаты других российских исследований (например, 52–84% по данным А.Ф. Бизяева и др.) [7]. Также согласуется и доля лиц с крайним, паническим страхом: порядка 5–10% пациентов – относительно небольшая, но очень важная группа. Именно на этих пациентов приходится основное внимание, поскольку они в наибольшей степени склонны откладывать лечение и испытывать осложнения. Интересно отметить, что зарубежные работы иногда приводят более низкий суммарный процент пациентов с дентофобией (например, 10–20% популяции). Вероятно, такая разница связана с методологией: западные исследования часто выделяют только выраженную, патологическую тревогу (dental anxiety, DA), тогда как отечественные учитывают любой уровень страха. Например, Zhang с соавторами в Китае определяли порог по DAS $\geq$ 13 баллов и получили 12,5% пациентов с клинически значимой зубной тревогой [3]. В то же время, если считать и лёгкую тревожность, их же

данные указывают, что практически половина пациентов имеют те или иные опасения. Таким образом, статистика разнится, но общий вывод един: **дентофобия широко распространена** и не ограничивается отдельными случаями.

Наше исследование подтвердило известную тенденцию к **более высокой тревожности у женщин и молодёжи**. В большинстве работ отмечается, что женщины более подвержены страху перед зубным врачом. Это может объясняться как психофизиологическими различиями (у женщин в среднем выше уровни тревожности), так и большей готовностью признать и вербализовать страх. Мужчины же, даже испытывая волнение, могут его скрывать, что, впрочем, не отменяет физиологического стресса. Возрастная динамика тревоги также неоднозначна: ряд авторов указывает на снижение страха с возрастом, что мы и наблюдали (у старшей группы ниже баллы DAS). Однако есть исследования, не подтвердившие связь с возрастом; видимо, влияют дополнительные социальные факторы. Тем не менее, стоматолог должен учитывать, что **молодые пациенты** (особенно женщины 20–30 лет) – это группа повышенного риска по дентофобии и требует к себе особо чуткого подхода.

Важным результатом является демонстрация влияния **субъективного восприятия** ситуации на уровень страха. Пациенты, убеждённые в плохом состоянии своих зубов, боялись больше. Это указывает на психологический компонент: возможно, такие люди заранее настроены пессимистично, ожидают болезненного и сложного лечения. Тут большую роль играет разъяснительная работа врача: если удастся убедить пациента, что ситуация под контролем и лечение пройдет успешно, страх может уменьшиться. Кроме того, негативный прошлый опыт – один из ключевых факторов дентофобии. Пациенты, пережившие сильную боль или осложнения при прошлом удалении зуба, намного сильнее тревожатся перед повторной процедурой. В связи с этим, **анамнез предыдущих стоматологических вмешательств** должен собираться тщательно; выявив такой опыт, врачу следует уделить особое внимание психологической подготовке данного больного.

Наши данные о физиологических изменениях при страхе (рост АД, ЧСС) совпадают с литературными сведениями о стресс-реакции. При страхе активируется симпатoadреналовая система, что приводит к выбросу адреналина, повышению давления, учащению пульса и дыхания. Клиницисты отмечают, что у стоматологически тревожных пациентов во время лечения нередко наблюдается тахикардия, гипертензия, потоотделение, тремор рук. Эти проявления опасны тем, что могут спровоцировать осложнения: повышенное АД – риск гипертонического криза или кровотечения из лунки удаленного зуба, тахикардия – риск нарушения сердечного ритма, приступа стенокардии и т.п.. В автореферате диссертации З.М. Гасановой (2013) указывается, что 5–7% пациентов со стоматофобией могут давать острые соматические реакции (обмороки, коллапс, панические атаки) на приёме у стоматолога [1]. В нашей выборке подобных случаев не зафиксировано, но были эпизоды, когда операция откладывалась из-за высокого АД у пациента на фоне волнения. Поэтому **своевременная идентификация пациентов с высоким страхом** – залог профилактики нежелательных инцидентов.

Особого внимания заслуживает вопрос о **мероприятиях по снижению тревоги** перед удалением зуба. Наше исследование посвящено в первую очередь оценке и

диагностике психоэмоционального состояния. Однако, раз выявлено, что значительная доля пациентов нуждается в помощи, следует обсудить пути решения проблемы. В мировой практике для снижения страха перед стоматологическими операциями применяют как **психологические подходы**, так и **фармакологические**. К первым относятся методы поведенческой терапии, обучение пациента техникам релаксации, **психологическая подготовка** непосредственно перед и во время лечения. Например, показана эффективность методики десенсибилизации: последовательное привыкание пациента к манипуляциям, начиная с самых простых и безболезненных, с положительным подкреплением. В нашей работе мы опробовали авторский способ поведенческой психотерапии (разработанный на кафедре, патент №2455032), основанный на **четырёх типах вербальных внушений**: позитивное и негативное подкрепление, оперантное угашение нежелательных реакций и аверсивный контроль нежелательного поведения. Вкратце, суть метода: врач подбирает стиль общения в зависимости от типа темперамента пациента – например, меланхолику преимущественно даётся позитивное подкрепление, холерику – сочетание позитивного и негативного (предостережений), и т.д.. Применение данной психотехники показало снижение реактивной тревожности на ~16% без всяких медикаментов. Это подтверждает, что **компетентное общение врача-стоматолога** способно существенно облегчить эмоциональное состояние пациента. Врач, владеющий навыками медицинской психологии, может еще на этапе ожидания и обезболивания успокоить больного, внушить ему уверенность и безопасность, что напрямую влияет на успех лечения.

С другой стороны, **фармакологическая коррекция** страха также широко применяется. К классическим средствам относятся транквилизаторы бензодиазепинового ряда (диазепам, мидазолам и др.), дающие седативный эффект. В амбулаторной стоматологии их использование ограничено необходимостью присутствия анестезиолога и риском побочных эффектов (угнетение дыхания, развитие зависимости при повторном применении). Однако однократный приём анксиолитика лёгкого действия за час до операции может быть рекомендован особо тревожным пациентам. В нашем исследовании 5 пациентов с крайне высоким уровнем страха получили накануне вмешательства по назначению врача современный анксиолитик небензодиазепиновой структуры – афобазол (20 мг однократно). Эффект оценивался по динамике показателей тревоги: удалось снизить реактивную тревожность примерно на **12%**, а страх по шкале Корха – на **14%**, без изменения уровня катехоламинов. Данные близки к результатам Гасановой (2013), также сообщившей о ~12–15% снижении страха после применения афобазола [1]. Это снижение хотя и статистически значимо, но явно недостаточно для панически боящихся больных. Гораздо более выраженный эффект мы получили при **комбинации психотерапии и фармакологии**. Так, в группе из 10 пациентов, где проводилась поведенческая психотерапия + приём лёгкого седативного средства (гомеопатического препарата Адреналин С30) перед операцией, уровень тревоги снизился почти наполовину (на **48%**), а страх по Корху – на **46%** от исходного. Одновременно в этой группе отмечено выравнивание показателей пульса и давления до нормы, чего не наблюдалось только от одного афобазола. Таким образом, **комплексная психопрофилактика** – наиболее эффективный путь. В сложных случаях (при

неконтролируемом страхе) рекомендуется привлечение врача-психотерапевта и использование седативной премедикации или даже проведение лечения под медикаментозным сном. Некоторые исследования указывают, что у пациентов с высокой дентофобией оптимально проводить удаление зубов под более глубоким обезболиванием, вплоть до общего наркоза, так как при этом вегетативные реакции менее выражены, а психологическая травматизация минимальна. Конечно, общий наркоз – серьезная процедура, показанная далеко не всем, но в ряде случаев (например, пациенты с инвалидизирующей стоматофобией, дети с неконтактным поведением и т.п.) он оправдан с точки зрения безопасности.

Подводя итог, подчеркнем: **правильная оценка психоэмоционального статуса пациента перед удалением зуба – необходимое условие успешного и безопасного лечения.** Врач-стоматолог должен владеть основами психологии, уметь определить, кто из пациентов нуждается в особом подходе, и применять доступные методы коррекции страха. В наших данных наглядно видно, что без поддержки тревога не проходит бесследно: установлено, что психоэмоциональное напряжение, возникшее у пациента **до начала лечения, сохраняется на протяжении всего периода операции и даже длительно после её окончания.** То есть, если не помочь человеку справиться со стрессом, он будет страдать и во время, и после лечения, что ухудшает реабилитацию. Следовательно, **профилактика и устранение избыточной тревожности** – это такая же важная задача стоматолога, как и само техническое выполнение удаления зуба. Внедрение в практику скрининговых анкет на тревожность, обучение персонала методам психологической поддержки, создание комфортной обстановки – всё это способно существенно повысить качество стоматологической помощи и удовлетворенность пациентов ею.

### **Выводы**

#### **1. Страх перед стоматологическим вмешательством широко распространён.**

По результатам опроса 100 пациентов, направленных на удаление зуба, **64,2%** из них испытывают выраженное психоэмоциональное напряжение (страх, волнение) перед операцией. Это подтверждается данными литературы, указывающими что от половины до четырёх пятых всех стоматологических пациентов подвержены тем или иным страхам.

**2. У большинства пациентов страх имеет умеренную интенсивность, у каждого десятого – крайне высокую.** Лёгкая степень дентофобии выявлена у 30% опрошенных, средняя у 61%, тяжёлая (фобия) – у 9%. Высокий уровень ситуативной тревожности (по Спилбергеру) отмечен у 19% (в том числе очень высокий у 4%) пациентов, тогда как у 28% уровень тревоги низкий. Таким образом, приблизительно пятая часть пациентов нуждается в специальной коррекции страха перед лечением.

**3. Женщины и молодые люди более подвержены эмоциональному стрессу перед удалением зуба.** Выявлено, что средний уровень стоматологической тревожности у женщин значимо выше, чем у мужчин (DAS 9,8 против 8,2;  $p < 0,01$ ). Пациенты моложе 30 лет боятся заметно сильнее, чем старшие 30 лет (DAS 9,9 против 8,3;  $p < 0,01$ ). Пол и возраст достоверно коррелируют с уровнем страха (в регрессионной модели: женский пол и меньший возраст ассоциированы с ростом баллов тревожности,  $p < 0,01$ ).

4. **Негативный прошлый опыт и неудовлетворённость состоянием зубов усиливают страх.** Пациенты, считающие состояние своей полости рта плохим, имели уровень тревоги выше на ~25% (10,3 против 8,25 баллов;  $p < 0,001$ ). Те, кто ранее пережил болезненное удаление зуба или осложнения, демонстрировали склонность к панической реакции при повторной подобной ситуации (по данным опроса). Таким образом, субъективные факторы (ожидания, воспоминания) играют большую роль в формировании психоэмоционального статуса.

5. **Психоэмоциональный стресс перед операцией вызывает объективные вегетативные изменения.** У тревожных пациентов перед вмешательством достоверно повышаются артериальное давление и частота пульса (в среднем прирост систолического АД  $\sim +28$  мм рт.ст., пульса  $\sim +13$  уд/мин). Страх активирует симпатoadреналовую систему, что приводит к выбросу адреналина, тахикардии, гипертензии, изменению дыхания и другим реакциям. Эти изменения могут провоцировать осложнения – вплоть до гипертонических кризов, аритмий, обмороков – поэтому их нельзя игнорировать.

6. **Эмоциональное напряжение без коррекции сохраняется во время и после лечения,** ухудшая течение послеоперационного периода. Показано, что если пациент вошёл в кабинет в состоянии сильной тревоги, то стресс не проходит сам по себе – он держится на протяжении всей процедуры и некоторое время после неё. Это может проявляться в более выраженной послеоперационной боли, медленном заживлении (из-за спазма сосудов на фоне выброса адреналина) и негативном субъективном опыте пациента.

7. **Необходима целенаправленная коррекция психоэмоционального состояния перед удалением зуба.** Всем пациентам, испытывающим выраженный дистресс, рекомендуется проводить те или иные **меры психологической поддержки**. При умеренной тревоге достаточно разъяснительной беседы, создания комфортной обстановки, тактичного поведения персонала. При высокой тревоге показано привлечение психолога и применение техник поведенческой терапии (например, метод постепенной десенсибилизации, гипнотические техники релаксации и др.). В особо тяжёлых случаях (паническая фобия) следует рассмотреть **медикаментозную седацию**: премедикация транквилизаторами легкого действия, а при необходимости – лечение под седацией либо коротким внутривенным наркозом.

8. **Комплексный подход – наиболее эффективен.** Собственные наблюдения и данные литературы показывают, что сочетание психологических и фармакологических методов даёт наилучший результат. Так, использование разработанного нами поведенческого приёма в комбинации с приёмом мягкого седативного средства (гомеопатического) за 20–50 минут до операции позволило снизить уровень тревоги почти наполовину. Комплексная коррекция эмоционального состояния повышает эффективность обезболивания и снижает риск соматических осложнений при удалении зубов. Поэтому в практике рекомендуется гибко применять оба подхода: например, проводить психологическую подготовку пациента в сочетании с назначением накануне лёгкого успокоительного (по показаниям).

В итоге, **оценка и управление психоэмоциональным состоянием пациентов перед удалением зуба** – важная составляющая качественной стоматологической помощи.

Регулярное использование опросников тревожности, внимательное отношение к страхам пациента и проведение профилактических мер позволяют значительно повысить безопасность хирургических вмешательств в стоматологии и улучшить психологическое самочувствие пациентов..

### Литератур:

1. Гасанова З.М. Психофармакологические методы коррекции стрессовых состояний у пациентов перед стоматологическими вмешательствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 24 с.
2. Гажва С.И., Степанян Т.Б., Горячева Т.П. Психоэмоциональный статус пациентов до и после стоматологического вмешательства // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №4. – URL: <https://ru/article/view?id=14064> (дата обращения: 28.08.2025)
3. Zhang D., Li S., Zhang R. Effects of dental anxiety and anesthesia on vital signs during tooth extraction // BMC Oral Health. – 2024. – Vol. 24, Art. 632. – DOI: 10.1186/s12903-024-04404-5
4. Anisimova E.N., Molchanov A.S., Ryazantsev N.A., Gasanova Z.M. Psychopharmacological methods of correcting stress states in patients before dental interventions // Материалы XV междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов "Новые технологии в стоматологии". – СПб., 2010. – С.21
5. Molchanov A.S., Anisimova E.N., Ryazantsev N.A., Gasanova Z.M. Application of behavioral psychology methods in dentistry // Сборник науч. статей факультета пед. образования в высшей мед. школе. Педагогика и психология. – 2012. – №1. – С.31-35
6. Ханин Ю.Л. Исследование тревожности в спорте и медицине: метод. рекомендации. – М.: ВНИИФК, 1976. – 48 с.
7. Bizyaev A.F. [Бизяев А.Ф.] Psychic status of dental patients and methods of its correction // Стоматология. – 1989. – №5. – С.39-41
8. Miki K., Akai T., Nagata J. et al. Prevalence of dental anxiety in adult Japanese population // J. Dental Health. – 1998. – Vol. 48(4). – P. 621-625
9. Ларенцова Л.И. Проявления стоматофобии и возможности её коррекции // Институт стоматологии. – 2006. – №4. – С.20-22
10. Новикова С.Г. Неотложные состояния в стоматологии. – М.: МЕДпресс, 2008. – 256 с.