

а полисегментарное поражение легочной ткани ассоциируется с более высокими концентрациями ИЛ-1β.

За счет использования тест-систем PNEUMOSLIDE Ig M и PNEUMOSLIDE Ig G для проведения РИФ с сывороткой крови удалось расширить этиологическую диагностику ВП у больных ХОБЛ. С учетом данных, полученных с помощью РИФ, наиболее частыми возбудителями нетяжелой ВП у больных ХОБЛ являются грам-положительные микроорганизмы, а при затяжном течении ВП достоверно чаще встречаются вирусные возбудители и отмечена тенденция к преобладанию вирусно-бактериальных ассоциаций, что может способствовать затяжному течению пневмонии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Панёва М. А., Совалкин В. И., Соколова Т. Ф. Состояние иммунитета, уровень провоспалительных цитокинов и их клиническое значение у пожилых больных с внебольничной пневмонией // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова. – 2008. – №3/1. – С. 109–114.
2. Сильвестров В. П. Клиника и лечение затяжной пневмонии – Л.: Медицина, 1986. – 288 с.
3. Синопальников А. И. Бактериальная пневмония // Респираторная медицина : в 2 т. / Под ред. Чучалина А. Г. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – Раздел 7. – С. 474–509.
4. Чучалин А. Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению, профилактике. – М.: ООО «Издательский дом «М-Вести», 2006. – 76 с.
5. Чучалин А. Г. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр, 2006 г. / пер. с англ. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007. – 96 с.
6. Beckham J., Cadena A., Lin J. Respiratory viral infections in patients with chronic obstructive pulmonary disease // J. Infect. – 2005. – Vol. 50. – P. 322.

7. Croxton Thomas L. Clinical Research in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Needs and Opportunities // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2003. – Vol. 167. – P. 1142–1149.

8. Fishman J. A. Approach to the Patient with Pulmonary Infection. Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders : Fourth Edition. – The McGraw-Hill Companies, 2008. – Chapter 112. – P. 1981–2016.

9. Greene R. E. The Radiology of Pulmonary Infection. Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders : Fourth Edition. – The McGraw-Hill Companies, 2008. – Chapter 113. – P. 2017–2030.

10. Gon Y. Lower serum concentrations of cytokines in elderly patients with pneumonia and the impaired production of cytokines by peripheral blood monocytes in the elderly // Clin. Exp. Immunol. – 1996. – Vol. 106. – №1. – P. 120–126.

11. Mahler D. A., Rosiello R. A., Harver A. Comparison of clinical dyspnea ratings and psychophysical measurements of respiratory sensation in obstructive airway disease // Am. Rev. Respir. Dis. – 1987. – Vol. 135. № 6. – P. 1229–1233.

12. Martinez F. J., Curtis J. L. Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders : Fourth Edition. – The McGraw-Hill Companies, 2008. – Chapter 120. – P. 2115–2125.

13. Menendez R., Perpina M., Torres A. Evaluation of nonresolving and progressive pneumonia // Semin. Respir. Infect. – 2003. – Vol. 18. – № 2. – P. 103–111.

14. Merino-Sanchez M. Prognosis in Patients with Pneumonia and Chronic Obstructive Pulmonary Disease // Arch. Bronconeumol. – 2005. – Vol. 41. № 11. – P. 607–611.

15. Pifarre R. Characteristics of community-acquired pneumonia in patients with chronic obstructive pulmonary disease / [et al.] // Respiratory Medicine. – 2007. – Vol. 101. – P. 2139–2144.

Поступила 07.08.2009

Т. Н. БОНДАРЕНКО¹, С. В. МЕЛЕХОВ²

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕГУЛЯЦИИ СОСТОЯНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПУЛЬПИТОМ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

- ¹Кафедра стоматологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Кубано-Набережная, 52/1, офис 5. E-mail: espero.tat@mail.ru;
- ²Кафедра терапевтической стоматологии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Красноармейская, 60. E-mail: melikhov@mail.ru

Основное внимание при изучении факторов адаптации пациентов к стрессу стоматологического лечения необходимо уделить особенностям взаимодействия личности пациента с клинической ситуацией. Диагностика уровня ситуационной тревожности обусловлена положением о тревоге как одном из основных механизмов стресса. Эмпирические исследования подтверждают данное положение, что позволяет включить динамические изменения тревоги в показатели стрессоустойчивости.

Ключевые слова: ситуационная тревожность, адаптация, тактика малоинвазивной терапии пульпита.

T. N. BONDARENKO¹, S. V. MELEKHOV²

TO A QUESTION ABOUT THE REGULATION OF THE STATE OF ANXIETY IN PATIENTS WITH PULPITIS AT THE DISPENSARY STOMATOLOGICAL METHOD

¹Department of dentistry FEC and PPP Kubanского State Medical University, Russia, 350063, Krasnodar, St. Kuban-Quay, 52/1, office 5. E-mail: espero.tat@mail.ru;

²Department of therapeutic dentistry Kuban State Medical University, Russia, 350000, Krasnodar, St. Chervonoarmiyska, 60. E-mail: melikhov@mail.ru

The basic attention to the learning of factors of adaptation of the patients to stress of stomatological treatment it is necessary to pay attention to the speciality of interaction of personality of the patient with clinical situation. Diagnosis is of the level of anxiety as one of the basic mechanisms of stress. Empirical researches confirm this statement. It permits to include the dynamic changes of anxiety into index of stability against stress.

Key words: situation anxiety, adaptation, the tactics of the low invasive therapy of pulpitis.

Введение

Лечение пульпита в терапевтической стоматологии на сегодняшний день является одной из часто встречающихся врачебных процедур. Среднестатистические данные определяют, что диагноз «пульпит» составляет не менее 30% от всех случаев у лиц, обратившихся за стоматологической помощью. Аналогичные цифры приводятся в работах по исследованию структуры заболеваемости, где пульпит находится на втором месте (30,3–31,4%) среди общего числа болезней полости рта [11]. В результате частой обращаемости пациентов в стоматологические учреждения с пульпитом значимой проблемой на фоне лечения стало увеличение удельного количества нарушений соматовегетативного и психоэмоционального характера [6]. Такие нарушения изменяют работу ряда физиологических функций пациента, способствуя развитию серьезных осложнений [7]. По мнению исследователей, структура и характер производимых на пациента ряда стоматологических воздействий относит ситуацию лечения пульпита к источнику эмоционального и физического стресса [10].

К числу основных облигаторных механизмов возникновения стресса стоматологического лечения относят развитие у пациентов тревожности как психологического состояния [9]. Состояние ситуативной или реактивной тревожности определяется структурной организацией всех имеющихся у пациента психологических компонентов, обусловленных ситуацией стоматологического лечения, ее оценкой с личностных позиций. Необходимость диагностики и регуляции высокого уровня ситуативной тревожности диктуется тем, что стоматология относится к той клинической дисциплине, где психический феномен тревожности является одним из распространенных. Установлено, что в мультифакториальном генезе данного состояния наиболее существенными являются: болевой синдром, патогномичный для пульпита; личностные особенности больных, лежащие в основе аномального реагирования на боль и ведущие к переоценке больными негативных ощущений в сторону субъективного усиления болевых реакций [2]; техническая оснащённость стоматологического кабинета и качество оказываемой стоматологической помощи. Несмотря на то, что ситуативная тревожность лежит в основе механизма адаптации к средовому стрессу, ее высокие значения нарушают процессы приспособления к условиям стоматологического вмешательства. Высокотревожные состояния у пациентов с пульпитом затрудняют оказание неотложной или плановой стоматологической помощи в полном объеме [4]. Градиент интенсивности клинических проявлений тревожности при пульпите как реакции на ожидание стоматологического вмешательства весьма велик. Это отражается в изменениях характеристик соматовегетативного, поведенческого, когнитивного компонентов статуса пациента, его эмоциональной сферы в критериях самочувствия, активности, настроения. Поэтому целенаправленное изучение механизмов и методов снижения высокого уровня ситуативной тревожности у

пациентов с пульпитом имеет патогенетическую, диагностическую и терапевтическую междисциплинарную значимость [1].

К числу важнейших функций тревожности относят адаптацию организма к стрессу и редукцию (угасание со временем). В отличие от тревожности низких и высоких значений умеренная тревожность в значительной мере инициирует устойчивые адаптационно-приспособительные механизмы, связанные в конкретном случае с ситуацией лечения пульпита. Статистический анализ связей между показателями тревожности и устойчивостью адаптации, графически описываемый кривой Йеркса–Додсона, представляется весьма перспективным, поскольку позволяет прояснить стресс-лимитирующие механизмы реализации тревожности и страха.

Применительно к терапевтической стоматологии ситуативная тревожность рассматривается как состояние, развившееся у пациента с пульпитом в ответ на воздействие целого спектра отрицательных стимулов – стоматологических манипуляций. Степень выраженности ситуативной тревожности у пациентов с пульпитом, характер ее редукции в процессе адаптации к стрессу стоматологического лечения зависят от вида манипуляций, интенсивности и протяженности во времени инструментального воздействия [10, 12, 15]. Метод систематической десенсибилизации, разработанный J. Wolpe, позволяет выделить средовой фактор как один из ведущих в формировании состояний тревожности. Установление степени значимости для пациента инструментальных воздействий может явиться регулятором уровня напряженности и страха во время лечения. Направленность большинства исследований отечественных авторов связана с изучением физиологических аспектов и посвящена результатам фармакологической коррекции высокого уровня ситуативной тревожности в контексте личностных особенностей больных [11]. Установление коррелятов между средовыми факторами, клиническими и личностно-индивидуальными характеристиками пациентов раскрывает новые возможности в изучении механизмов и путей преодоления тревожных состояний.

Цель проводимого исследования: сравнительная оценка особенностей динамики ситуативной тревожности и связанных с ней эмоциональных состояний в группах пациентов с пульпитом в процессе различных тактик лечения.

Методика исследования

Было обследовано 100 пациентов с диагнозом «пульпит» в возрасте 19–63 года. Гендерные соотношения распределились следующим образом: мужчин – 72%; женщин – 28%. Среди форм диагнозов острый гнойный составил 2%, острый общий – 6%, хронический пульпит в стадии обострения – 41% и хронический простой (1 и 2 стадии) – 51%. Пациенты распределены в группы 30 и 70 человек соответственно. В первой группе осуществлено стандартное лечение пульпита в 2 посещения. Лечение предусматривало в первое посещение проведение адекватного обезболивания, полноценное

**Показатели уровня ситуативной тревожности у пациентов
при лечении пульпита в 2 и в 3 посещения**

Группы наблюдений	Лечение пульпита в 2 посещения n=30; M±m		Лечение пульпита в 3 посещения n=70; M±m	
	Исходное состояние:	Заключительный этап:	Исходное состояние:	Заключительный этап:
1. Уровень ситуативной тревожности (УСТ):	53,53±2,30*	47,40±1,25*	53,10±2,83*	42,49±1,90*
2. Уровень личностной тревожности (УЛТ):	53,40 ± 4,32*		51,63 ± 4,75*	
3. Диагностический профиль оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН):	3,90±0,29*	4,78±0,26*	3,94±0,18**	5,20±0,20**
	4,84±0,32**	4,66±0,23**	4,91±0,21**	5,20±0,20**
	3,46±0,33**	4,46±0,29**	3,92±0,24**	5,18±0,26**
4. Уровень субъективного контроля в области здоровья (УСК Из):	5,10±1,69*		5,43±1,73*	
5. Фактические затраты времени (ФЗВ):	106,83±9,60		120,37±10,67	
6. Артериальное давление (СД / ДД):	120,4/71,4± 2,48/2,2	119,5/71,1± 1,50/2,3	122,2/71,2± 2,48/2,38	118,0/71,1± 2,45/1,41
7. Частота пульса (ЧП):	80,23±0,8	78±0,93	80,3±0,98	74±0,971
8. Частота дыхания (ЧД):	18,8±0,96	17,6±0,64	19,2±0,96	16,6±0,82
9. Вегетативный индекс Кердо (ВИ):	11,0±1,5	8,88±1,62	11,0±1,67	4,0±1,19

Примечание: Уровень статистической значимости:

* – при $p < 0,05$, ** – при $p \leq 0,01$.

препарирование коронковой части зуба с учетом тотальной некроэктомии твердых тканей, апекслокационной регистрацией длины корневого канала, применение максимально расширенных эндодонтических мероприятий, связанных с использованием машинных и ручных NiTi инструментов, ультразвуковой, медикаментозной обработкой стенок корневого канала ирригационным способом, временного закрытия зуба. Во второе посещение проводилось пломбирование корневого канала методом латеральной конденсации, наложения постоянной пломбы с последующей ее обработкой. Во второй группе пациентов лечение пульпита проводилось в 3 посещения с применением ранжированной низкострессовой тактики лечения. Уровень стрессогенности лечения определялся характером инструментального воздействия, степенью интенсивности и протяженностью во времени. Эта тактика заключается в применении к пациенту на начальных этапах лечения тех малоинвазивных манипуляций, которые ограничивались временем проведения. В таком случае в первичное посещение суммарное стимульное воздействие сенсорного характера на причинный зуб было сведено к минимуму, но с соблюдением принципов воздействия на компоненты воспалительной и болевой реакции в ситуациях пульпита. К числу таких манипуляций, проводимых в 1-е посещение, мы отнесли: подслизистую и инфильтрационную анестезии; щадящее локальное препарирование кариозной полости, без тотальной некроэктомии зубных тканей; использование ручного минимального препарирования корневого канала до .02/25 ISO.; медикаментозную обработку стенок корневого канала на ватной турунде и

наложение полимерной временной пломбы. Во второе посещение осуществлялись следующие манипуляции: проведение адекватной анестезии, полноценное препарирование коронковой части зуба, применение апекслокатора, машинная эндодонтическая и медикаментозная обработка корневого канала, пломбирование канала зуба методом одиночного штифта и наложение временной пломбы. В 3-е посещение проводилось восстановление коронковой части зуба с последующей обработкой. Снятие временной пломбы традиционным (машинным) методом мы заменили ультразвуковым. Фиксировалась протяженность во времени каждого посещения. У всех пациентов на основе добровольного согласия перед каждым посещением проводился мониторинг психофизиологических характеристик состояния и личностных особенностей. Мониторинг включал сбор физиологических параметров: регистрацию АД, пульса, ЧДД, определение вегетативного индекса Кердо (ВИ). Психологические компоненты состояния и личностные особенности пациентов определялись методом тестирования на основе стандартизированных методик. Это тесты и опросники, позволяющие получить целостную оценку у пациента его свойств и психического состояния в стрессовой ситуации. Мы использовали следующие: шкалу личностной и ситуационной тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина, тест дифференцированной самооценки функционального состояния для определения самочувствия, активности, настроения – САН, метод цветowych выборов (МЦВ) – для измерения уровня тревожности; метод УСК для определения уровня субъективного контроля в сфере отношения

Статистически достоверные параметры результатов обследования пациентов с различными формами пульпита

Параметры исследований в начале (1) и в конце (2) лечения:	Диагноз обследуемых групп:							
	1-я группа				2-я группа			
	Хронич. простой пульпит n=11	Обострение хр. пульпита n=15	Острый гнойный пульпит n=1	Острый общий пульпит n=3	Хронич. простой пульпит n=41	Обострение хр. пульпита n=26	Острый общий пульпит n=3	
1. Снижение показателей ситуационной тревоги в %:	11,7 (общ.)				20 (общ.)			
	13,8	12,7	9,5	9,5	21	17	22	
2. Жалобы на боль:	1	9	15	1	3	38	26	3
	2	1	2	1	2	-	1	1
3. Жалобы на наличие полости:	1	9	13	1	3	28	19	2
	2	-	1	1	-	1	1	-
4. Объективно определяемая полость:	1	11	15	1	3	36	23	3
	2	-	-	1	-	-	-	-
5. Жалобы на дефект пломбы:	1	4	-	-	-	18	2	-
	2	-	-	-	-	-	-	-
6. Объективно определяемый дефект пломбы:	1	9	2	-	-	31	3	-
	2	-	-	-	-	-	-	-
4. Снижение работоспособности:	1	11	15	1	3	41	26	3
	2	1	2	1	2	1	-	-
5. Головная боль:	1	3	14	1	3	16	23	3
	2	1	4	1	1	2	1	1
6. Нарушение сна:	1	5	15	1	3	17	26	3
	2	2	4	1	2	2	2	1
7. Развитие осложнений:	-	-	-	1	-	-	1	-

к здоровью (УСК Из), форму «В» теста Кеттелла – фактор тревожности (F1).

После статистической обработки результаты проведенного исследования заносились в таблицы 1, 2.

Нормальное распределение значений соответствовало 95% доверительному интервалу. Оценку достоверностей различий и сдвига, статистическую значимость исследований определяли, используя параметрический *t*-критерий Стьюдента для зависимых и независимых выборок, корреляционный коэффициент Пирсона R.

Результаты исследования

На основании полученных данных наблюдается несоответствие между объективными и субъективными параметрами исследования пациентов в сторону преобладания последних (таблица 2). В структуре жалоб пациентов с пульпитом преобладает болевой синдром, сопровождающийся нарушением функционального состояния. Это состояние характеризуется снижением показателей самочувствия, настроения, ухудшением качества сна и работоспособности (табл. 1). Динамика изменения ситуативной тревожности. Значения уровня ситуативной тревожности (СТ) у пациентов с пульпитом согласованы с высокими значениями личностной тревожности, где коэффициент статистически значимой корреляции ($p \leq 0,05$) для 1-й группы составляет 0,43, а для 2-й – 0,44. В результате мониторинга данных мы можем сделать следующие выводы: ведущим мотивом обращения в клинику является боль; пациент с пульпитом на фоне высокого уровня

личностной и ситуативной тревожности склонен недооценивать или игнорировать изменения в твердых тканях зуба, предшествующие пульпиту. Следствием высоких значений ситуационной тревожности (СТ) является увеличение показателя активности (А) по методике САН, что указывает на механизмы произвольной и непроизвольной саморегуляции состояния, относимые к ситуации лечения пульпита.

Обсуждение

Высокие значения ситуативной тревожности у пациентов с пульпитом подвержены динамическому снижению, без участия фармакологических препаратов. В результате проведенного лечения в обеих группах наблюдалось достоверное снижение уровня ситуативной тревожности (СТ), с преобладанием интенсивности снижения СТ во второй группе (на 11,7 и 20,0% соответственно). Это свидетельствует о повышении адаптационных возможностей пациентов за счет применения тактики малоинвазивной терапии пульпита, что подтверждается показателями вегетативного индекса (ВИ) [3]. При уменьшении экстремальности действующего фактора, в данном случае характера стоматологических манипуляций, наблюдается тенденция снижения выраженного эмоционального напряжения, переживаемое как чувство страха, тревожности. Снижение уровня СТ на начальном этапе лечения пульпита в основном детерминировано купированием болевого синдрома, что является показателем эффективной адаптации пациента к стоматологическому лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демина Н. А., Московец О. Н. Эмоционально-личностные особенности пациентов с альвеолитом // Клинические и теоретические аспекты боли: тезисы докладов Российской научно-практической конференции с международным участием. – М., 2001. – С. 121–129.
2. Ефремова И. Н. Физиологические критерии прогнозирования болевой чувствительности у пациентов на стоматологическом приеме // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: матер. 64-й итог. науч. конф. Вол ГМУ – Волгоград: изд-во Вол ГМУ, 2006. – С. 4–5.
3. Кузнецова А. С., Барабанщикова В. В., Злоказова Т. А. Эффективность психологических средств произвольной саморегуляции функционального состояния // Экспериментальная психология. – 2008. – № 1. – С. 102–130.
4. Лемберг И. А., Алимский А. В., Рабинович И. М. Мотивация к обращаемости населения за стоматологической помощью в частные структуры // Клиническая стоматология-2009. – № 1. – С. 74–77.
5. Максимовская Л. Н., Сагина О. В., Чайковский В. Б. Изучение мотивации обращаемости за стоматологической помощью работников железнодорожного транспорта (по результатам социологического исследования) // Институт стоматологии – СПб, 2008. – № 2 (39). – С. 27–28.
6. Максимовский Ю. М., Ларенцова Л. И. Диагностика эмоционального состояния пациентов – профилактика рисков в стоматологии // Маэстро стоматологии. – 2006. – № 22.
7. Московец О. В., Рабинович С. А., Кузьменко Д. Ю., Сухова Т. В., Гросицкая И. К. Клинико-психологическое обоснование применения безыгольного инъектора в работе врача-стоматолога общей практики // Клиническая стоматология. – 2008. – № 4 (48). – С. 66–69.
8. Одерышев Б. С. Методики измерения функционального состояния человека // Психические состояния. Экспериментальная и прикладная психология. – Л., 1987. – Вып. № 10. – С. 30–38.
9. Рабинович С. А., Кузьменко Д. Ю., Сухова Т. В., Московец О. В., Гросицкая И. К. Клинико-психологическое обоснование применения безыгольного инъектора в работе врача-стоматолога общей практики // Клиническая стоматология. – 2008. – № 4 (48). – С. 66–69.
10. Сосина Л. И. Клинико-терапевтические аспекты тревожных расстройств в стоматологической практике // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: сб. науч. раб. – Харьков: 1996. – Т. 3. – С. 346–347.
11. Чайковский В. Б. Совершенствование стоматологической помощи на железнодорожном транспорте // Бюллетень НИИ Национального общественного здоровья. – 2008. – Вып. № 4. – С. 113–116.
12. Чаплиева Е. М. Устойчивые психофизиологические характеристики лиц, имеющих низкий уровень мотивации к стоматологическим лечебно-профилактическим мероприятиям // Акт. вопр. эксперимент., клинич. и проф. стоматологии: сб. науч. тр. – Волгоград, 2008. – Вып. № 1. – Т. 65. – С. 245–249.
13. Чернавский А. Ф. Психофизиологические предпосылки проявления страха // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена: Аспирантские тетради. – 2007. – № 19. – С. 442–449.
14. Шлыков М. В., Ананьев В. А., Вагнер В. Д. Исследование эффективности распознавания врачами-стоматологами личностных реакций пациентов на стоматологическое заболевание и лечение // Институт стоматологии. – 2007. – № 3. – С. 32–33.
15. Шугайлов И. А., Московец О. Н., Мильников А. В., Демина Н. А. Метод оценки компонентов болевого реагирования и автоматизированная система для их определения // Фармакология и клиника обезболивания: сб. науч. тр. – Новгород, 1989. – С. 45–47.

Поступила 03.09.2009

Т. Н. БОНДАРЕНКО¹, С. В. МЕЛЕХОВ²

КОМПЛЕКСНО-ФОРМАЛИЗОВАННАЯ ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ПУЛЬПИТ В КОНТЕКСТЕ ПРИМЕНЯЕМЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

- ¹Кафедра стоматологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Кубано-Набережная, 52/1, офис 5. E-mail: espero.tat@mail.ru;
- ²Кафедра терапевтической стоматологии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Красноармейская, 60. E-mail: melikhov@mail.ru

Эффективность применяемых методов терапии пульпита значительно различается в исследовательских группах и связана с преобладанием в структуре осложнений изменений субъективного характера. Это заставляет дифференцированно подходить к оценке выбора тактики применяемых методов лечения пульпита с учетом групповых тенденций и различий.

Ключевые слова: пульпит, ситуационная тревожность, состояние пациента.

T. N. BONDARENKO¹, S. V. MELEKHOV²

INTEGRATED FORMALISED RATED DENTAL STATUS OF PATIENTS DIAGNOSED WITH PULPITIS
IN THE CONTEXT OF THE METHODS OF TREATMENT

¹Department of dentistry FEC and PPP Kuban State Medical University, Russia, 350063, Krasnodar, St. Kuban-Quay, 52/1, Office 5. E-mail: espero.tat@mail.ru;

²Department of therapeutic dentistry Kuban State Medical University, Russia, 350000, Krasnodar, St. Chervonoarmiyska, 60. E-mail: melikhov@mail.ru