

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

Шовкатов Ойбек Шовкатович

DSc, профессор.

Султанбекова Диёрахон Мансур кизи

магистр

EMU University (Ташкент, Узбекистан).

<https://doi.org/10.5281/zenodo.19239908>

**Аннотация.** Цель исследования – проанализировать психоэмоциональное состояние пациентов перед операцией удаления зуба и определить факторы, связанные с интенсивностью страха и его физиологическими проявлениями. В исследование включены 100 пациентов (42 мужчины и 58 женщин) в возрасте 21–55 лет, направленных на плановое хирургическое удаление зубов. Оценка эмоционального статуса проводилась с применением шкалы реактивной тревожности Спилбергера – Ханина и шкалы стоматологической тревожности Корха (Dental Anxiety Scale, DAS), а также с использованием дополнительных вопросов о предшествующем опыте лечения и субъективной оценке состояния полости рта. Одновременно регистрировались показатели артериального давления, частоты сердечных сокращений и сатурации кислорода; у пациентов с наиболее выраженной тревогой дополнительно определяли уровень катехоламинов в слюне.

Установлено, что страх перед удалением зуба испытывает большинство пациентов, преимущественно в умеренной степени, однако у части обследованных он достигает уровня клинически выраженной стоматофобии. Более высокий уровень тревоги чаще отмечался у женщин и пациентов моложе 30 лет. Негативный опыт предыдущего лечения и неудовлетворённость состоянием зубов достоверно повышали показатели DAS.

Эмоциональный стресс сопровождался увеличением артериального давления, учащением пульса и ростом концентрации стресс-гормонов в слюне; при отсутствии специальной коррекции данные изменения сохранялись во время и после вмешательства.

Полученные результаты обосновывают необходимость обязательного скрининга психоэмоционального состояния пациентов перед хирургическими стоматологическими процедурами, выделения группы высокого риска по дентофобии и применения комплексных психологических и, при необходимости, медикаментозных методов коррекции. Внедрение таких мероприятий в стандарт подготовки к удалению зуба способствует повышению безопасности и качества стоматологической помощи, а также улучшает 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.**

Несмотря на значительный прогресс современной стоматологии в области обезболивания и повышения комфорта процедур, страх перед лечением зубов остаётся актуальной проблемой. У многих пациентов визит к стоматологу по-прежнему сопровождается тревогой и отрицательными эмоциями. В ряде случаев этот страх приобретает патологический характер и может трансформироваться в выраженную стоматофобию.

Согласно данным литературы, от половины до подавляющего большинства пациентов испытывают нервно-психическое напряжение во время стоматологического приёма. Около 5% взрослых страдают тяжёлой формой боязни стоматолога, а ещё 20–30% демонстрируют умеренную тревожность. Таким образом, обращение за стоматологической помощью для значительной части населения связано с выраженным психоэмоциональным стрессом. Высокий уровень тревоги опасен не только субъективным дискомфортом, но и возможным отказом от лечения, что приводит к ухудшению состояния полости рта и снижению качества жизни. Кроме того, выраженный страх может провоцировать обострение соматических заболеваний (например, гипертонические кризы или аритмии) и развитие неотложных состояний в стоматологическом кабинете.

Особенно значимое эмоциональное напряжение возникает при хирургических вмешательствах, в частности при удалении зуба. Эта процедура относится к числу наиболее часто выполняемых операций в стоматологии и одновременно считается одной из наиболее пугающих. Нередко пациенты боятся самого факта «удаления» зуба даже больше, чем возможной боли. Потеря зуба воспринимается как психологически травмирующее событие, что усиливает тревожность и сопровождается выраженными вегетативными реакциями.

В связи с этим оценка психоэмоционального состояния пациента на этапе подготовки к операции имеет важное практическое значение. Своевременное выявление тревожных и боязливых пациентов позволяет врачу принять профилактические меры — от психологической поддержки до медикаментозной седации — с целью предупреждения осложнений и повышения эффективности лечения.

Цель настоящего исследования — изучить уровень тревоги у пациентов перед удалением зуба, определить распространённость дентофобии и связанных с ней физиологических реакций, а также разработать рекомендации по коррекции выявленных нарушений. Для реализации цели были поставлены следующие задачи: проведение психодиагностического обследования пациентов; анализ степени выраженности тревоги; оценка гемодинамических показателей до вмешательства; выявление факторов, влияющих на уровень страха; формирование практических рекомендаций по снижению психоэмоционального напряжения.

### **Материалы и методы**

В исследование включены 100 пациентов (42 мужчины и 58 женщин) в возрасте 21–55 лет, направленные на плановое удаление зубов (в том числе зубов мудрости) по хирургическим показаниям. Отбор проводился последовательно при обращении в клинику.

Критериями исключения являлись тяжёлые декомпенсированные соматические заболевания, психические расстройства и приём седативных средств накануне операции.

Все участники подписали информированное согласие. Средний возраст составил около 36 лет.

Перед вмешательством в состоянии покоя измерялись артериальное давление, частота сердечных сокращений и сатурация кислорода. У 20 пациентов с наиболее высоким уровнем тревоги дополнительно проводился анализ слюны на содержание адреналина и норадреналина как маркеров стресс-реакции.

Для оценки тревожности использовались стандартизированные методики: шкала реактивной тревожности Спилбергера – Ханина (для определения текущего уровня тревоги) и шкала стоматологической тревожности Корха (DAS). По сумме баллов DAS (от 4 до 20) определялась степень выраженности дентофобии; показатель 13 и выше рассматривался как клинически значимый. Дополнительно собирались данные о предыдущем опыте лечения и субъективной оценке состояния зубов. С целью оценки индивидуально-психологических особенностей применялся опросник Айзенка для определения типа темперамента.

Статистический анализ включал расчёт средних значений и стандартных отклонений, сравнение групп с использованием t-критерия Стьюдента ( $p < 0,05$ ), корреляционный анализ (коэффициент Пирсона) и множественную регрессию для выявления факторов, влияющих на уровень стоматологической тревожности.

#### **Результаты исследования**

Анализ анкет показал, что большинство пациентов испытывают тревогу перед удалением зуба. Около 64,2% участников отметили выраженное волнение, тогда как 35,8% не сообщали о существенном страхе. Эти данные сопоставимы с результатами других исследований, согласно которым стоматологический стресс отмечается у 50–80% пациентов.

По шкале DAS лёгкая степень дентофобии выявлена у 30% обследованных, умеренная — у 61%, тяжёлая — у 9%. Таким образом, примерно каждый десятый пациент демонстрировал панический страх, а у большинства наблюдалась тревожность средней интенсивности. У пациентов с тяжёлой формой дентофобии отмечалась готовность отказаться от лечения из-за выраженного страха.

Прямой зависимости уровня дентофобии от пола и возраста выявлено не было, однако пациенты, негативно оценивающие состояние своих зубов, имели статистически более высокие показатели DAS (в среднем 10,3 балла против 8,3;  $p < 0,001$ ). Это может свидетельствовать о том, что неудовлетворённость состоянием полости рта усиливает ожидание сложного и болезненного лечения, что повышает тревожность.

**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.

**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 авersiveный 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 Адrenalин 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 ~+28 мм рт.ст., пульса ~+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.

#### **Литература**

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.