

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

*Шовкатов Ойбек Шовкатович -DSc, профессор  
Султанбекова Диёрахон Мансур кизи – магистр  
EMU University (Ташкент, Узбекистан)*

### АННОТАЦИЯ

В данной статье анализируется комплекс психоэмоциональных состояний пациентов, возникающих непосредственно перед хирургическим этапом стоматологического лечения. Основное внимание уделяется этиологии дентофобии, классификации уровней тревожности и их влиянию на соматические показатели организма, такие как артериальное давление и частота сердечных сокращений. В работе представлены результаты сравнительного анализа клинических данных и эффективности различных методов предоперационной подготовки. Авторы подчеркивают значимость индивидуального психологического подхода для снижения риска интраоперационных осложнений и повышения общего качества оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях.

**Ключевые слова:** стоматологическая хирургия, психоэмоциональное состояние, дентофобия, предоперационный стресс, вегетативные реакции, тревожность, психологическая подготовка.

### ABSTRACT

This article analyzes the complex psychoemotional states of patients that arise immediately prior to the surgical stage of dental treatment. The focus is on the etiology of dentophobia, the classification of anxiety levels, and their impact on somatic parameters such as blood pressure and heart rate. The paper presents the results of a comparative analysis of clinical data and the effectiveness of various preoperative preparation methods. The authors emphasize the importance of an individualized psychological approach to reducing the risk of intraoperative complications and improving the overall quality of specialized medical care in outpatient settings.

**Keywords:** dental surgery, psychoemotional state, dentophobia, preoperative stress, autonomic reactions, anxiety, psychological preparation.

### ВВЕДЕНИЕ

Хирургическое вмешательство в челюстно-лицевой области традиционно воспринимается большинством пациентов как один из наиболее интенсивных стрессогенных факторов в медицинской практике. Психоэмоциональная реакция

на предстоящую операцию представляет собой сложный, многогранный процесс, в котором тесно переплетаются когнитивные оценки потенциальной угрозы, негативный ретроспективный опыт и индивидуально-типологические особенности личности [1, Б. 12]. Согласно актуальным статистическим данным, от 65% до 80% пациентов испытывают выраженное чувство деструктивного страха перед процедурами удаления зуба или дентальной имплантации, что зачастую становится основной причиной несвоевременного обращения за помощью, прогрессирования патологии и существенного утяжеления клинической картины.

Проблема психоэмоционального напряжения в современной стоматологии выходит далеко за рамки чисто психологического дискомфорта субъекта. Массивный выброс катехоламинов в ответ на предоперационный стресс неизбежно приводит к значительным патофизиологическим изменениям в работе сердечно-сосудистой и эндокринной систем, что может спровоцировать развитие острых неотложных состояний, таких как обморок, коллапс или гипертонический криз, непосредственно в стоматологическом кресле [3, Б. 45]. Таким образом, глубокое изучение механизмов формирования дооперационной тревоги и поиск патогенетически обоснованных методов её своевременной коррекции являются приоритетными задачами современной амбулаторной хирургической стоматологии.

### **АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ И МЕТОДОЛОГИЯ**

Системный анализ отечественной и зарубежной специализированной литературы убедительно свидетельствует о том, что природа «стоматологического страха» глубоко неоднородна. В фундаментальных работах исследователей аргументированно подчеркивается, что страх боли (алгофобия) является лишь одним из многих компонентов общего стрессового синдрома. Не менее значимыми этиологическими факторами выступают боязнь временной потери контроля над ситуацией, ожидание постоперационных осложнений и воздействие специфических сенсорных раздражителей, таких как высокочастотный звук бормашины или визуальный контакт с хирургическим инструментарием [2, Б. 8].

В рамках проведения данного исследования была осуществлена комплексная оценка психофизиологического состояния 60 пациентов (34 женщины и 26 мужчин) в возрастной группе от 18 до 65 лет, нуждающихся в плановом амбулаторном хирургическом лечении. Методология проведенного исследования включала в себя следующие этапы:

**Психометрический метод:** детальное использование валидизированной шкалы Кора (Dental Anxiety Scale) для верификации уровня предоперационной тревожности.

**Клинико-физиологический метод:** непрерывный мониторинг показателей артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) на этапе ожидания операции и в критический момент введения местного анестетика.

**Статистический метод:** математическая обработка полученных данных с целью выявления достоверной корреляции между субъективным ощущением страха и объективными показателями реактивности вегетативной нервной системы.

### ОБСУЖДЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты проведенного исследования наглядно продемонстрировали, что подавляющее большинство пациентов (62%) вступают в операционный блок в состоянии умеренной или критически высокой тревожности. При этом в ходе работы была выявлена прямая статистическая зависимость между уровнем деструктивного страха и клинической эффективностью местной анестезии: у пациентов с верифицированным высоким уровнем дентофобии наблюдалось существенное снижение порога болевой чувствительности [4, Б. 22].

Ниже в Таблице 1 представлены объективные изменения физиологических параметров пациентов в зависимости от степени их психоэмоционального напряжения непосредственно перед вмешательством.

**Таблица 1. Динамика вегетативных показателей в предоперационном периоде**

Группа пациентов (по уровню тревоги)	Среднее АД (сис/диаст) мм рт. ст.	ЧСС (уд/мин)	Характер поведенческих реакций
Низкий (адаптированные)	118/76	72–76	Спокоен, контактен, конструктивен
Средний (тревожные)	142/92	88–94	Суетливость, избыточное многословие
Высокий (фобические)	168/104	102–115	Бледность, тремор, выраженная замкнутость

Для эффективного снижения уровня психоэмоционального напряжения нами применялись различные терапевтические подходы: от деликатной психотерапевтической беседы до направленной фармакологической премедикации. Сравнительный анализ их результативности отражен в Таблице 2.

**Таблица 2. Сравнительная эффективность методов коррекции тревожности**

Метод воздействия	Снижение уровня тревоги (%)	Субъективная оценка (10-бальная шкала)
Информационная поддержка (разъяснение)	30%	6.5
Фармакологическая коррекция (седатики)	75%	9.0
Аудио-визуальная релаксация	15%	4.0

Обсуждение полученных данных позволяет аргументированно утверждать, что изолированное применение исключительно медикаментозного обезболивания без учета текущего психоэмоционального фона не в состоянии обеспечить полноценный клинический комфорт пациента и гарантировать абсолютную безопасность хирургического вмешательства [5, Б. 102].

Психоэмоциональное состояние пациента перед хирургическим вмешательством представляет собой сложный динамический симптомокомплекс, в основе которого лежит дентофобия (стоматофобия) и ситуативный стресс. Большинство исследователей выделяют несколько уровней реакций: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Когнитивный аспект характеризуется навязчивыми мыслями о возможных осложнениях, потере контроля над ситуацией и страхом перед неизвестностью. Эмоциональный компонент проявляется в виде высокого уровня аффективной напряженности, лабильности настроения и чувства подавленности. Важно понимать, что страх перед хирургом-стоматологом зачастую иррационален и уходит корнями в негативный прошлый опыт или трансляцию «семейных мифов» о боли.

Выделяют три степени выраженности эмоционального стресса: легкую, среднюю и тяжелую. При легкой степени пациент сохраняет критику и адекватно взаимодействует с врачом, хотя и испытывает внутренний дискомфорт. Средняя степень характеризуется выраженными вегетативными реакциями и сужением внимания на источнике страха. Тяжелая степень (паническое состояние) может привести к отказу от операции или развитию психосоматических кризов непосредственно в кресле. Хирургическое вмешательство воспринимается организмом как агрессия против целостности «Я», что активизирует глубинные механизмы психологической защиты, такие как регрессия или отрицание, осложняющие коммуникацию между врачом и пациентом.

Психоэмоциональный стресс неизбежно трансформируется в соматические проявления через активацию симпатoadреналовой системы. Перед операцией у пациентов наблюдается резкий выброс катехоламинов (адреналина и норадреналина), что приводит к развитию «синдрома ожидания». Основными клиническими маркерами являются артериальная гипертензия, тахикардия, учащение дыхания и гипергидроз. Исследования показывают, что уровень кортизола в слюне и плазме крови у пациентов перед удалением зуба или имплантацией может повышаться в несколько раз по сравнению с фоновыми значениями. Эти физиологические изменения не только создают дискомфорт, но и повышают риски во время самой операции, увеличивая вероятность кровотечения из-за высокого давления или развития обморочных состояний (вазовагальных реакций).

Особое внимание следует уделять порогу болевой чувствительности, который существенно снижается на фоне тревоги. В состоянии высокого психоэмоционального напряжения даже тактильные манипуляции могут восприниматься пациентом как острые болевые сигналы (феномен гипералгезии). Это требует от хирурга не только качественной анестезии, но и предварительной медикаментозной подготовки (премедикации). Длительное нахождение в состоянии стресса перед операцией истощает адаптационные ресурсы организма, что в послеоперационном периоде может проявиться в замедленной регенерации тканей и повышенной восприимчивости к инфекциям. Таким образом, соматизация страха становится ключевым фактором, определяющим успех хирургического протокола.

Эффективное управление психоэмоциональным состоянием пациента требует комплексного подхода, сочетающего вербальные и невербальные методы воздействия. Первым этапом является установление доверительного контакта и подробное информирование пациента о предстоящих этапах операции (ятрогения наоборот: знание снижает страх). Врач должен использовать техники активного слушания, демонстрируя эмпатию и профессиональную уверенность. Однако в случаях выраженной дентофобии психологической поддержки бывает недостаточно, что диктует необходимость применения фармакологической премедикации. Использование анксиолитиков, седативных препаратов или проведение лечения в условиях седации (закаись азота, внутривенная седация) позволяет нивелировать патологический стресс и обеспечить стабильность гемодинамических показателей.

Современная стоматология рассматривает концепцию «безболезненного приема» не только как отсутствие физической боли, но и как достижение полного психологического комфорта. Важную роль играет обстановка в клинике: отсутствие специфических запахов, спокойная музыка и эстетика

кабинета способствуют деактивации стрессовых центров головного мозга. Оценка уровня тревожности по шкалам (например, шкала Кора или Визуально-аналоговая шкала — ВАШ) перед началом приема позволяет врачу индивидуализировать подход к каждому пациенту. Только синергия профессионального мастерства хирурга, адекватного обезболивания и глубокого понимания психологии пациента позволяет минимизировать риск осложнений и обеспечить благоприятный прогноз лечения.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

На основании комплексного анализа проведенного исследования можно сформулировать развернутый вывод о том, что психоэмоциональная реакция пациента является фундаментальным прогностическим фактором, определяющим течение как самой хирургической манипуляции, так и качество восстановительного периода. Страх перед операцией — это не просто субъективное эмоциональное ощущение, а системный нейрогуморальный ответ организма, требующий пристального внимания со стороны врача-хирурга еще до начала выполнения основного этапа лечения. Это обуславливает необходимость пересмотра традиционных подходов к подготовке пациентов и интеграции методов психологической разгрузки в протоколы ежедневного приема.

Во-первых, современному стоматологу необходимо активно внедрять в повседневную клиническую практику методы экспресс-диагностики уровня тревожности. Это позволит своевременно и безошибочно выявлять пациентов группы риска, у которых существует высокая вероятность развития острых соматических осложнений на фоне стресса. Индивидуально-ориентированный подход к каждому клиническому случаю, базирующийся на глубоком анализе темперамента и прошлого медицинского опыта больного, помогает не только значительно снизить уровень психоэмоционального напряжения, но и существенно повысить комплаентность пациента, что является залогом успешного долгосрочного результата [1, Б. 14].

Во-вторых, комплексный научно-обоснованный подход к ведению стоматологического пациента должен в обязательном порядке включать как методы психологической коррекции (детальное разъяснение плана операции, установление доверительного контакта), так и, при наличии показаний, превентивную фармакологическую поддержку. Совокупность данных мер создает необходимую базу для реализации максимального потенциала местных анестетиков и минимизирует риск развития нежелательных интраоперационных реакций. В заключение следует подчеркнуть, что гуманизация процесса лечения, где физиологический успех операции неразрывно связан с психологическим благополучием пациента, является магистральным направлением развития современной медицины. Дальнейшие научные изыскания в данной области

должны быть сфокусированы на разработке персонализированных алгоритмов подготовки к наиболее инвазивным процедурам, таким как костная пластика и дентальная имплантация.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Анисимова Е.Н. — Психологическое сопровождение пациентов в хирургической стоматологии — Москва: Медицина, 2020. – 156 с.
2. Бизяев А.Ф. — Обезболивание и психологическая подготовка пациента — Санкт-Петербург: Гэотар-Медиа, 2018. – 210 с.
3. Васильев Ю.Л. — Дентофобия как фактор риска — Ташкент: Янги аср авлоди, 2021. – 98 с.
4. Григорьянц Л.А. — Ошибки и осложнения в амбулаторной хирургии — Москва: ГЭОТАР, 2019. – 320 с.
5. Иванов С.Ю. — Современные аспекты местной анестезии — Казань: КГМУ, 2022. – 144 с.