

Л.Л. Решетник, О.А. Значкова, Н.А. Зелінська, М.Ю. Антоненко

Комплаєнтність як предиктор ефективності лікувально-профілактичних заходів у хворих на генералізовані захворювання пародонта, афілійовані з нервовою анорексією

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність: з метою планування лікування ГЗП у хворих на нервову анорексію верифікували формат особистісної оцінки рівня комплаєнтності.

Матеріали та методи дослідження. В обстеженні взяли участь 58 пацієнтів з генералізованими захворюваннями пародонта (ГЗП) на тлі нервової анорексії (НА) обмежувальної форми та 62 хворих з ГЗП без ознак анорексії. Контрольну групу склали 30 практично здорових людей з нормальною вагою та клінічно інтактним пародонтом. Вік обстежених – від 18 до 25-ти років. Були використані клініко-рентгенологічні та медико-психологічні методи.

Результати досліджень та їх обговорення. У хворих на ГЗП та НА встановлено низький рівень емоційної (Е), соціальної (С), поведінкової (П) та загальної (З) комплаєнтності з частотою 70–75, 61–65, 40–65 і 60–70 % відповідно, що може свідчити про складність досягнення стійкої та довготривалої ремісії й ефективності профілактичних заходів для лікування ГЗП, афілійованих з нервовою анорексією. Високий рівень складових комплаєнтності в таких хворих було визначено лише в 6, 10, 11–27,5 та 10–20 % обстежених відповідно. Серед хворих з ГЗП без ознак НА переважав середній рівень усіх складових комплаєнтності (С, Е, П, З) з частотою відповідно 45–76, 46,6–73,3, 70–73,3 та 30–63,3 %.

Висновки: низький рівень усіх складових комплаєнтності (С, Е, П, З) у хворих з ГЗП, які страждають на НА, свідчить про потенційну складність перспективного лікування та спонукає до залучення суміжних профільних спеціалістів; хворих з НА можна віднести до групи ризику задовільного, стійкого, довгострокового та прогнозованого результату лікування ГЗП; урахування рівня комплаєнтності у хворих на ГЗП, афілійовані з НА, є важливим чинником забезпечення ефективності комплексного лікувально-профілактичного процесу.

Ключові слова: нервова анорексія, генералізовані захворювання пародонта, мотивація, соціальна комплаєнтність, емоційна комплаєнтність, поведінкова комплаєнтність.

Актуальність

Генералізовані захворювання пародонта, включаючи генералізований пародонтит, посідають одне із провідних місць у структурі хвороб людини, поступаючись лише серцево-судинним і неопластичним процесам. За даними ВООЗ, поширеність генералізованих захворювань пародонта (ГЗП) становить 60–90 % [1, 2]. В останні роки відзначена стійка тенденція до зникнення гендерних, географічних і територіальних переваг при цих хворобах. Звертає на себе увагу помітне «омолодження» ГЗП. Ці обставини викликають серйозну заклопотаність як лікарських, так і державних наукових інституцій. Відсутність чітких уявлень про причинно-наслідкові зв'язки розвитку ГЗП значно ускладнює проведення ефективної профілактики та лікування цих захворювань, уповільнює отримання стійкої ремісії патологічного процесу, ускладнює вибір адекватної й обґрунтованої фармакотерапії та інших складових комплексного лікування ГЗП.

Підкреслюючи важливе значення в етіопатогенезі ГЗП загальної імунологічної реактивності, місцевого імунітету, неспецифічних факторів захисту та генетичної детермінованості, дослідники досить істотне місце відводять загальносоматичним захворюванням. При цьому відзначено ключову роль мікробіома й мікробних спільнот біоплівки порожнини рота в етіопатогенезі ГЗП і її рефлексії на розвиток багатьох хронічних захворювань серця, нирок, суглобів, очей тощо. Особливу увагу звертають на хвороби ендокринної, серцево-судинної, нервової систем, патологію шлунково-кишкового тракту та

опорно-рухового апарату, вбачаючи подібні причинно-наслідкові зв'язки та спільні ланки патоморфозу ГЗП і цих захворювань. Цей факт дозволив декларувати концепцію коморбідності, асоціації та афілійованості ряду соматичних захворювань і ГЗП [3].

Так, деякі дослідники вказують на афілійованість генералізованого пародонтита (ГП) з ревматоїдним артритом, цукровим діабетом, хворобами шлунково-кишкового тракту, щитоподібної і паращитоподібних залоз, захворюваннями пубертатного і клімактеричного періоду, пропонуючи специфічні підходи до лікування ГП для цієї категорії пацієнтів [3, 4]. У літературі зустрічаються лише фрагментарні висловлювання про можливість коморбідності та асоційованості нервової анорексії (НА) й ГЗП [5, 6, 7].

Нервова анорексія, що характеризується розладом харчової поведінки, дуже поширена як серед молодих жінок, так і серед чоловіків, і супроводжується серйозними змінами ендокринної системи, що включає вісь гіпоталамус – гіпофіз – статеві залози – щитоподібна залоза; імунної, серцево-судинної та інших систем, супроводжується патологічними проявами на шкірі, слизових оболонках [6, 7, 8]. Серйозні зміни зазнає функція печінки, підшлункової залози, нирок. Відзначаються незворотні порушення кісткової маси зі зниженням мінеральної щільності кістки, вираженим остеопорозом. Видимі серйозні зміни відзначені в ліпідному, білковому й жировому обміні [3, 5]. Однак на перший план усе ж виступають прояви білково-енергетичної недостатності [8]. Ще деякий час тому проблема навмисного

голодування не була так поширена, як сьогодні. Відзначають найвищий рівень захворюваності у США, Великій Британії та країнах Західної Європи [8]. Спостерігається зростання НА і в Україні [9].

НА не тільки викликає стійку соціально-трудова дезадаптацію, а і становить безпосередню загрозу життю хворого. В останні роки відзначаються ранній вік, а також прискорення темпу розвитку власне анорексичної симптоматики [10]. Очевидність набуває припущення, що зміни в організмі хворих з НА можуть бути сприятливим ґрунтом для виникнення ГЗП.

Разом з тим одним з найбільш складних питань є проблема планування етапів комплексного лікування ГЗП у хворих з НА. Складність проведення адекватних лікувально-профілактичних заходів при ГЗП у хворих з НА певною мірою обумовлена низькою мотиваційною складовою на будь-яке лікування. Насамперед задовільний і стійкий результат терапії, як відомо, багато в чому визначається бажанням пацієнта досягти його. На важливості формування мотивації пацієнта на необхідність лікування зосереджують увагу деякі дослідники [12, 13, 14, 15]. Однак, аналізуючи висловлювання цих авторів, важко зрозуміти, які понятійні елементи вони вкладають у термін мотиваційних особливостей і як оцінюють рівень мотивації на лікування різних захворювань, у т. ч. й ГЗП [11]. Уважаємо, що мотиваційна складова є лише малим фрагментом поняття «управління хворобою». На наш погляд, важливим є більш широкий погляд на проблему співпраці пацієнта та лікаря при лікуванні ГЗП у хворих з НА, застосовуючи таке більш широке поняття, як комплаєнтність. Однак у літературі ми не зустріли робіт, присвячених цьому аспекту проблеми.

У відповідності з окресленими проблемними питаннями *метою* даного дослідження було верифікувати формат особистісної оцінки рівня комплаєнтності для планування лікування ГЗП у хворих на нервову анорексію.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети були використані стандартні методи клініко-рентгенологічної оцінки стану пародонта для верифікації діагнозу (за систематикою хвороб пародонта М.Ф. Данилевського, 1994) та методи медико-психологічного оцінювання рівня комплаєнтності, у тому числі шляхом анкетування.

Усі обстежені пацієнти мали діагноз НА з обмежувальною формою. Під нашим спостереженням не було пацієнтів з очисною формою НА.

Усі пацієнти з НА, які взяли участь у дослідженні, перебували на амбулаторному та/або стаціонарному лікуванні у психоневрологічному відділенні Київської клінічної лікарні на ЗТ № 1 філії ЦОЗ ПАТ «Укрзалізниця» (завідувач відділення – О.В. Москаленко).

У дослідженні взяли участь за інформованою згодою 58 пацієнтів з ГЗП, які страждають на НА, віком 18–25 років, які склали основну групу (О) та 62 хворих аналогічного віку з ГЗП без ознак анорексії, які склали групу порівняння (П).

Серед осіб основної групи (О) у 28 діагностовано генералізований пародонтит (ГП) початкового–І ступеня, хронічного перебігу (підгрупа О₁), у 30 хворих з НА – генералізований хронічний катаральний гінгівіт (ГХКГ) (підгрупа О₂). Щодо структури захворювань пародонта у групі порівняння, ГП початкового–І ступеня хронічного перебігу діагностовано у 30 осіб (підгрупа П1), ГХКГ хронічного перебігу – у 32 осіб (підгрупа П2).

Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб з нормальною вагою без порушення харчової поведінки та без клінічних ознак ураження пародонта.

Серед запропонованих методів оцінки рівня комплаєнтності ми вибрали методику, запропоновану Р.В. Кадировим і співавт. (2014) [13]. Інші, раніше запропоновані оцінки комплаєнтності особистості не були достатньо валідними й надійними, вимагали значних витрат часу на обстеження і не в повній мірі дозволяли прогнозувати поведінкову реакцію пацієнта при плануванні лікування.

Нами вперше була запропонована методика верифікації рівня оцінки комплаєнтності для планування і прогнозування результатів лікування ГЗП у хворих з НА, що була представлена трьома складовими і включала в себе оцінку соціальної, емоційної та поведінкової комплаєнтності:

- соціальна комплаєнтність (С) – прагнення відповідати призначенням лікаря, обумовлене орієнтацією на соціальне схвалення;
- емоційна комплаєнтність (Е) – схильність до дотримання лікарських рекомендацій, зумовлена підвищеною вразливістю і чутливістю;
- поведінкова комплаєнтність (П) – прагнення до точного дотримання лікарських рекомендацій, спрямоване на подолання хвороби, сприймання її як перешкоди.

Було розроблено опитувальник (відкрите анкетування), який включав 55 запитань, на які пацієнт відповідає «Завжди», «Іноді» або «Ніколи». Запитання були сформульовані на підставі соціальних, емоційних і поведінкових характеристик особистості. Після того як пацієнт оцінив себе, проводили підрахунок балів за 3-ма варіантами проявів комплаєнтної поведінки. Для цього використовували «ключ», за допомогою якого підрахування йшло за окремими видами комплаєнтної поведінки. За кожну позитивну відповідь відповідно до ключа нараховували 2 бали, за кожну негативну – 0 балів, за невизначену відповідь – 1 бал. Загальна кількість балів характеризує рівень як соціальної, емоційної, поведінкової, так і загальної комплаєнтності. Чим вище ці показники, тим сильніше, стійкіше і глибше комплаєнтність особистості.

Сумарний показник було підраховано за кожним із параметрів: від 0 до 15 вважали невираженим показником комплаєнтної поведінки (С, П, Е); від 16 до 29 балів – середньо-вираженим показником комплаєнтної поведінки; від 30 до 40 балів – значно вираженим показником комплаєнтності.

Загальна комплаєнтність (ЗК) була представлена сумою всіх показників комплаєнтної поведінки і виражалась таким чином:

- 0–40 – низький рівень загальної комплаєнтності;
- 41–80 – середній рівень загальної комплаєнтності;
- 81–110 – високий рівень комплаєнтності.

Усі математичні розрахунки були автоматизовані за допомогою комп'ютерного програмного пакету для статистичної обробки аналізу даних SPSS версія 11.5 для Windows.

Високі бали, отримані в ході діагностики за допомогою опитувальника, указували на високий рівень комплаєнтності і специфічне ставлення людини до запропонованого лікарем лікування. Для такої людини характерне прагнення вступати в довірливі стосунки з лікарем, прислухатись до нього і враховувати його думку. Пацієнт стурбований враженням, яке він справляє на оточуючих, зокрема на лікаря, який сприймається ним як значуща особа. У зв'язку з цим пацієнт прагне беззаперечно виконувати рекомендації лікаря, а також радиться з ним із приводу неспокою й сумнівів, що виникають у процесі лікування. Такий хворий часто занепокоєний тим, що здатний обтяжити когось зайвими турботами через свою хворобу. Він вразливий, імпульсивний, чутливий. Він всіяко готовий сприяти процесу лікування, оскільки це набуває для нього справжню значущість.

Таблиця 1

Рівень комплаєнтності у хворих з генералізованим пародонтитом початкового–І ступеня хронічного перебігу, обтяжених нервовою анорексією

Рівень	Комплаєнтність			
	Соціальна	Емоційна	Поведінкова	Загальна
низький	70 %	65 %	40 %	60 %
середній	24 %	25 %	32,5 %	20 %
високий	6 %	10 %	27,5 %	20 %

Таблиця 2

Рівень комплаєнтності у хворих із хронічним генералізованим катаральним гінгівітом, обтяжених нервовою анорексією

Рівень	Комплаєнтність			
	Соціальна	Емоційна	Поведінкова	Загальна
низький	75 %	61 %	65 %	70 %
середній	25 %	29 %	24 %	20 %
високий	0 %	10 %	11 %	10 %

Таблиця 3

Рівень комплаєнтності у хворих з генералізованим пародонтитом початкового–І ступеня, хронічного перебігу, не обтяжених нервовою анорексією

Рівень	Комплаєнтність			
	Соціальна	Емоційна	Поведінкова	Загальна
низький	10 %	3,3 %	10,1 %	0 %
середній	76 %	46,6 %	73,3 %	63,3 %
високий	14 %	50,1 %	16,6 %	36,6 %

Таблиця 4

Рівень комплаєнтності у хворих із хронічним генералізованим катаральним гінгівітом, не обтяжених нервовою анорексією

Рівень	Комплаєнтність			
	Соціальна	Емоційна	Поведінкова	Загальна
низький	15%	3,3%	0%	0%
середній	45%	73,3%	70%	30%
високий	30%	23,3%	30%	70%

Таблиця 5

Рівень комплаєнтності у практично здорових людей

Рівень	Комплаєнтність			
	Соціальна	Емоційна	Поведінкова	Загальна
низький	85 %	62 %	70 %	66,7 %
середній	15 %	38 %	30 %	33,3 %
високий	0 %	0 %	0 %	0 %

Результати власних досліджень та їх обговорення

У результаті проведеного дослідження в переважній більшості обстежених в основній групі (О₁, О₂ підгрупи), тобто у хворих на ГП, I–II ступеня хронічного перебігу й ГХКТ, які страждають НА, було встановлено низький рівень всіх складових комплаєнтності (табл. 1, 2).

При аналізі основних складових комплаєнтності в порівняльній групі (П1, П2), тобто у хворих на ГП, початкового-I ступеня хронічного перебігу і ГХКТ без обтяження НА, виявлено, що показники низької комплаєнтності відзначені рідше, у той час як середні й високі показники рівня основних складових комплаєнтності зустрічалися значно частіше (табл. 3, 4).

Результати оцінки рівня комплаєнтності для дотримання індивідуальної гігієни порожнини рота та профілактичних оглядів у стоматолога у практично здорових людей без стоматологічних захворювань свідчили про низький рівень комплаєнтності в переважній кількості обстежених (табл. 5).

Зауважимо: це може свідчити про те, що практично здорові люди не вважають за необхідне дотримуватись певних профілактичних рекомендацій і приймають власне рішення про доцільність/недоцільність їх дотримання у зв'язку з відсутністю в них будь-яких як стоматологічних, так і загальносоматичних захворювань. Для цієї категорії людей характерні низький рівень уваги до стану свого здоров'я, орієнтованість тільки на власні рішення, готовність вступати у відкриту конфронтацію до будь-яких рекомендацій. У зв'язку з цим лікарю в цій групі буде складно розраховувати на розуміння необхідності вживання профілактичних заходів, що запобігають можливості розвитку ГЗП. І це, у свою чергу, свідчить про недостатній рівень профілактики стоматологічних захворювань, зокрема хвороб пародонта, у медичному, соціальному та освітньому аспектах.

Таким чином, у результаті проведеного дослідження можна зробити кілька узагальнюючих висновків:

1. Низький рівень складових комплаєнтності у хворих ГЗП, які страждають на нервову анорексію, свідчить про те, що проведення комплексного лікування буде досить складним і вимагатиме часових витрат і широкої ерудиції лікаря з обов'язковим включенням у допомогу сім'ї пацієнта, лікаря-психіатра й невролога. Цих людей, безсумнівно, можна віднести до групи ризику для досягнення задовільного, стійкого прогнозованого результату лікування ГЗП. Уважаємо, що лікар зіткнеться з низкою проблем і, у тому числі, недооцінкою пацієнтом тяжкості його захворювання, швидше за все зневажаю до можливих наслідків, ускладнень, а також рекомендацій лікаря.
2. Оцінка рівня комплаєнтності у хворих ГЗП, обтяжених НА, – це не просто оцінка ставлення до лікування. За цим поняттям приховується своєрідна картина особистого ставлення до власного здоров'я, вираженого в якісно новому характерному малюнку поведінки діяльності й життєдіяльності в цілому.
3. Уважаємо, що досить низький рівень всіх компонентів комплаєнтності в контрольній групі свідчить про низьку стоматологічну культуру населення та недостатню просвітницьку роботу серед населення, що, безсумнівно, є серйозним упущенням як державних, соціальних, наукових, так і медичних, у т. ч. стоматологічних, інституцій.
4. Оцінка рівня комплаєнтності (соціальної, поведінкової, емоційної, загальної) та розробка шляхів її підвищення можуть слугувати ключовим фактором при плануванні лікування стоматологічних захворювань, а також бути запорукою ефективності профілактичних заходів для лікування генералізованих захворювань пародонта у хворих на нервову анорексію.

ПОСИЛАННЯ

1. Narysy praktichnoi parodontologiyi. Pid red prof MY Antonenko. Dovidnik likariya Stomatolog 2-ge vydannya. K.: TOV Biblioteka. Zdorov'ya Ukraïni. 2017; 348 [in Ukrainian]
2. Pavlenko OI, Antonenko MYu, Sidel'nikov PV. Planuvannya likuval'no-profilaktychnoi dopomogy hvorym z generalizovanim parodontytom na osnovi ocinky ryzyku urazhennya parodonta. *Sovremennaya stomatologiya*. 2009; 1: 56–60 [in Ukrainian]
3. Povoroznyuk VV, Mazur IP. Kostnaya sistema i zabolevaniya parodonta. Kiev: Kniga plus. 2004; 446 [in Ukrainian]
4. Biloklic'ka GF, Kopchak OV. Novyj pidhid do kompleksnogo likuvannya generalizovanogo parodontyta, asocijovanogo z kardiovaskulyarnoyu patologiyeyu. *Visn. stomatologii*. 2017; (4): 30–35 [in Ukrainian]
5. Mic-Davydenko EA, Ajzberg OR, Mitronin AV. Klinicheskie osobennosti stomatologicheskogo statusa pacientov s narusheniyami pishchevogo povedeniya. *Endodontiya*. 2012; (03): 21–27 [in Russian]
6. Kazakova SE. Nozologicheskaya prinadlezhnost' nervnoj anoreksii. *Psihiatriya, nevrologiya ta medichna psihologiya*. 2014; 1(1): 16–19 [in Ukrainian].
7. Smashna OE. Porushennya harchovoyi povedinky pri nervovij anoreksii: systemnyi vzglyad. *Arhiv psihiatrii*. 2012; 1 (68): 29–32 [in Russian]
8. Gladyshev OA. Nervnaya anoreksiya: mekhanizmy formirovaniya i tipologiya. *Evrziskij Soyuz uchenyh*. 2014; 29–30 [in Russian]
9. Gerasimovich IS, Boldrev YA. Basic principles and psychology of communication

- with patient dentist clinic. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2003; (6): 97 p. [in Russian]
10. Leppik IE. Compliance during treatment of epilepsy. *Epilepsia*. 1988; (29): 79–84
11. Swanson AJ. Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *J. Nerv Ment Dis*. 1999 Oct 1; 87 (10): 630–5
12. Danilov DS. Komplains v medicine i metody ego optimizacii (klinicheskie, psihologicheskie i psihoterapevicheskie aspekty). *Psihiatr. i psihofarmakoter*. 2008; 10 (1): 13–20 [in Russian]
13. Kadyrov RV, Asriyan OB, Koval'chuk SA. Oprosnik Uroven' komplaintnosti [Tekst]: monografiya; M-vo zdavoohraneniya Rossii, Gosbyudzhetnoye obrazovatel'noye uchrezhdenie vyssh prof obrazovaniya Tihookeanskij gos. med. un-t. Kaf. obshchepsihologicheskikh disciplin. Vladivostok: GBOU VPO Tihookeanskij gos med un-t. 2014: 73; 21 sm.; ISBN 978-5-8343-0927-7 [in Russian].
14. Hugoson A, Lundgren D, Asklov B, Borgklint G. Effect of three different dental health preventive programmes on young adult individuals: a randomized, blinded, parallel group, controlled evaluation of oral hygiene behavior on plaque and gingivitis. *J Clin Periodontol*. 2007 May; 34 (5): 407–15
15. Trushkina SV. Vyzovy sovremennosti: medicinskij komplains, partnerskie otnosheniya, komunikativnaya kompetentnost' vracha. *Medicinskaya psihologiya v Rossii*. 2018. 10(4): 9. doi: 10.24411/2219-8245-2018-14090 [in Russian]

Комплаентность как предиктор эффективности лечебно-профилактических мероприятий у больных с генерализованными заболеваниями пародонта, афилированными с нервной анорексией

Л.Л. Решетник, Е.А. Значкова, Н.А. Зелинская, М.Ю. Антоненко

Актуальность. Для планирования лечения ГЗП у больных с нервной анорексией проведена верификация формата личностной оценки уровня комплаентности.

Матеріали і методи дослідження. В обстеженні прийняли участь 58 пацієнтів з ГЗП, страждаючих від НА обмеженої форми, і 62 інших з ГЗП без ознак анорексії в віці 18–25 років. Контрольну групу представили 30 практично здорових людей з нормальним вагою і клінічно інтактним пародонтом. Були використані клініко-рентгенологічні та медико-психологічні методи.

Результати і їх обговорення. У пацієнтів з ГЗП при НА встановлено низький рівень емоційної (Е), соціальної (С), поведінкової (П) та загальної (О) комплаєнтності з частотою 70–75, 61–65, 40–65, 60–70 % відповідно, що може свідчити про проблематичність досягнення стійкої та тривалої ремісії та труднощі профілактичних заходів для лікування ГЗП. Високий рівень всіх складових комплаєнтності у пацієнтів з ГЗП, афіліованих з НА, був визначено лише у 6, 10, 11–27,5 та 10–20 % обстежених відповідно. Серед пацієнтів з ГЗП без ознак НА переважає середній рівень всіх складових комплаєнтності (С, Е, П, О) з частотою 45–76, 46,6–73,3, 70–73,3 та 30–63,3 % відповідно.

Висновки: низький рівень всіх складових комплаєнтності (С, Е, П, О) у пацієнтів з ГЗП, страждаючих від НА, свідчить про потенційну складність перспективного лікування та необхідності залучення спеціальних фахівців для досягнення ефективності комплексного лікувально-профілактичних заходів; пацієнтів з НА можна віднести до групи ризику для задовільного, стійкого та тривалого результату лікування ГЗП; рівень комплаєнтності у пацієнтів з ГЗП, афіліованих з НА, є важливим фактором забезпечення ефективності виконання комплексного лікувально-профілактичного процесу.

Ключові слова: нервна анорексія, генералізовані захворювання пародонта, мотивація, соціальна комплаєнтність, емоційна комплаєнтність, поведінкова комплаєнтність.

Compliance as a predictor of the effectiveness of treatment and preventive measures in patients with generalized parodontal diseases affiliated with anorexia nervosa

L. Reshetnyk, O. Znachkova, N. Zelinskaya, M. Antonenko

Summary. To plan the treatment of GPD in patients with anorexia nervosa, the format of a personal assessment of the level of compliance was verified.

Materials and research methods. The research involved 58 patients with GPD, suffering from AN, restrictive form, and 62 patients with GPD without signs of anorexia at the age of 18–25 years. The control group was represented by 30 healthy people with normal weight and clinically intact periodontium. Clinical-radiological and medical-psychological methods were used.

Results and its discussion. Low level of emotional (E), social (S), behavioral (B) and general (G) compliance with a frequency of 70–75, 61–65, 40–65 and 60–70 % respectively has been established in patients with GPD affiliated with AN, which may indicate the complexity of achieving sustained and long-term remission and the effectiveness of preventative measures for GPD. A high level of all components of compliance in patients with GPD affiliated with AN was identified in only 6, 10, 11–27.5 and 10–20 % of the surveyed patients, respectively. Among patients with GPD without signs of AN. The average level of all components of compliance (E, S, B, G) with frequency of 45–76, 46.6–73.3, 70–73.3 and 30–63.3 %, respectively, was prevalent.

Conclusions: the low level of all components of compliance (E, S, B, G) in patients with GPD suffering from AN, indicates the potential complexity of promising treatment and leads to the involvement of related profile specialists; patients with AN can be attributed to the risk of satisfactory, sustainable, long-term and predictable outcome of treatment for GPD; taking into account the determination of the level of compliance in patients with GPD affiliated with AN is an important factor in ensuring the effectiveness of the comprehensive treatment and prevention process.

Key words: anorexia nervosa, generalized parodontal diseases, behavioral compliance, emotional compliance, motivation, social compliance.

Решетнік Людмила Леонідівна – аспірант кафедри стоматології

Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця.

Адреса: бульв. Шевченка, 13, м. Київ, 01601. Тел.: (097) 281-73-08. E-mail: reshetnik.lujdmila@gmail.com.

Значкова Олена Аркадіївна – канд. мед. наук,

доцент кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця.

Адреса: бульв. Шевченка, 13, м. Київ, 01601. Тел.: (067) 262-83-32. E-mail: znachkova2008@gmail.com.

Зелінська Наталія Антоновична – канд. мед. наук,

доцент кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця.

Адреса: бульв. Шевченка, 13, м. Київ, 01601. Тел.: (050) 381-13-30.

Антоненко Марина Юріївна – д-р мед. наук,

професор, завідувач кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця.

Адреса: бульв. Шевченка, 13, м. Київ, 01601. Тел.: (050) 685-76-25. E-mail: antonenko.nmu@gmail.com.

JenDental
UKRAINE

JEN-FAVORITE LC

NEW



✓ Відмінно полірується

✓ Має чудові естетичні властивості

✓ Покращені мануальні властивості

✓ Видатні механічні та фізичні характеристики

УНІВЕРСАЛЬНИЙ НАНОГІБРИДНИЙ
ВИСОКОЕСТЕТИЧНИЙ КОМПЗИТ



www.jendental-ukraine.com



JEN-FAVORITE LC – УЛЬТРАСУЧАСНИЙ НАНОГІБРИДНИЙ КОМПЗИТНИЙ РЕСТАВРАЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ.

ПЕРЕВАГИ:

- ✓ Jen-Favorite LC представляє собою набір добре підібраних прозорих, напівпрозорих і опакових матеріалів в широкій гамі відтінків, що забезпечують відмінну естетику виконаних реставрацій.
- ✓ Jen-Favorite LC дозволяє з успіхом проводити реставрації, як на передніх, так і на жувальних зубах.
- ✓ Спектр флуоресценції матеріалу близький до спектру флуоресценції протеїну натуральних зубів, що дозволяє проводити реставрації на найвищому рівні з урахуванням усіх сучасних вимог естетики.
- ✓ Матеріал має виражений ефект «хамелеона», що дозволяє йому маскуватися в порожнині за рахунок внутрішнього відображення і дисперсії світла.
- ✓ Матеріал відмінно полірується, що забезпечує реставраціям природну естетику.
- ✓ Jen-Favorite LC має чудові мануальні якості, він пластичний і не липне до інструменту.
- ✓ Високі естетичні та оптичні якості матеріалу, дозволяють виконувати реставрації як по класичній техніці, так і по техніці пошарового нанесення (метод «стратифікації»).



Дентальне депо «СТАМІЛ» – ексклюзивний представник компанії «ДЖЕНДЕНТАЛ-УКРАЇНА» в Україні!
04116, Київ, вул. Бердичівська 1 • тел.: +38 (044) 33-77-353 / (067) 65-77-353 | Ц.О. • тел.: +38 (044) 22-707-55 / 33-77-323 / (095) 33-77-323