

А.К. Иорданишвили^{1,2}, В.Н. Цыган², А.И. Володин³,
М.И. Музыкин², В.В. Лобейко²



Психологическая адаптация взрослых людей при потере зубов и устранении дефектов зубных рядов с использованием различных конструкций зубных протезов

¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

³Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Резюме. Изучены особенности психологической адаптации в процессе стоматологической реабилитации 106 пациентов (46 мужчин и 60 женщин) в возрасте от 45 до 68 лет, страдающих утратой зубов. Установлено, что при утрате естественных зубов и отсутствии замещающих зубных протезов взрослые люди испытывают затруднения, обусловленные нарушением функции жевания, а также психологические переживания, связанные с эстетикой лица из-за дефектов зубных рядов и негативной эстетической самооценкой своего лица в целом. У лиц, страдающих коморбидной патологией (синдром «сухого рта»), на первый план при самооценке своего здоровья одновременно с нарушением функции жевания выходят симптомы, связанные с ощущениями дискомфорта. При благоприятном течении периода адаптации к зубным протезам, в том числе при наличии у пациентов коморбидной патологии, отмечается положительная динамика в значении интегрального показателя выраженности синдрома, определяемого с помощью методики психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации. При затруднённом привыкании к зубным протезам, за счёт повышения выраженности симптомов, относящихся к психологическому и сенсорному кластерам, достоверной динамики в значении интегрального показателя выраженности синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации не выявлено, несмотря на снижение выраженности симптомов в анатомическом и функциональном кластерах. Таким образом, рациональное использование в клинической стоматологии методики анализа синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации даст возможность коррекции данного синдрома и явится одним из направлений в повышении удовлетворённости пациентов качеством стоматологической помощи.

Ключевые слова: утрата зубов, стоматологическая реабилитация, адаптация в стоматологии, зубные протезы, искусственные опоры зубных протезов, синдром «сухого рта», синдром психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации.

Введение. В ортопедической стоматологии понятие адаптации имеет сравнительно узкое значение – привыкание больного к зубному протезу [4, 9, 11]. Однако именно эта проблема является одной из кардинальных в стоматологии, так как утратой зубов страдает большинство взрослого населения из-за хронических очагов одонтогенной инфекции [1, 5]. Пациент обычно привыкает к зубному протезу, если в процессе пользования им устранены болевые ощущения, наступила психическая (приспособление к инородному телу), фонетическая и двигательная (выработка нового стереотипа жевания) адаптация [2]. Так, фонетическая адаптация с учетом утомляемости речеобразующих органов и состояние дискомфорта в процессе освоения несъемных протезов, как правило, длится от нескольких часов до 7–10 дней, а при изготовлении съемных протезов или смешанном протезировании может продолжаться от одного дня до 2–3 недель [3]. Наиболее часто возникают проблемы с адаптацией к съёмным конструкциям зубных протезов [9]. Так, установлено, что около 90%

ошибок допускается при протезировании больных, пользующихся полными съёмными протезами [11]. Основными погрешностями при съёмном протезировании являлись несоответствие между формой базиса и подлежащими опорными тканями, неточность в определении границ протезов, центрального соотношения челюстей, уровня расположения окклюзионной плоскости искусственных зубов и др. [6, 10]. До 26% больных, которым показаны зубные протезы, не пользуются ими, 37% – вынуждены приспособляться к некачественным протезам [3]. Кроме того, в 52% случаев протезирования съёмными зубными протезами эти конструкции неустойчивы при жевании, а у 64,7% больных под базисами протезов развиваются заболевания слизистой оболочки [8]. Большое число ошибок и осложнений протезирования встречается также при протезировании несъёмными конструкциями зубных протезов, в том числе металлокерамическими зубными протезами, а также при изготовлении протезов на искусственных опорах – дентальных и (или) скуловых имплантатах [6].

Комплексный подход к анализу факторов, влияющих на течение периода адаптации у стоматологических протезоносителей, предусматривает выделение пяти основных аспектов: психофизиологического, социально-психо-логического, социально-экономического, медицинского и технико-технологического [4]. При этом психологический статус протезоносителя играет главенствующую роль в его адаптации к зубному протезу [9, 11]. С прогностической точки зрения врачу стоматологу-ортопеду важно знать, какой мотивацией руководствуется больной, принимая решение носить протезы или отказаться от них [6]. Поэтому для прогнозирования исхода адаптации пациента к зубопротезным конструкциям в клинике ортопедической стоматологии важное значение имеет экспресс-анализ уровня самооценки психологической адаптации, которую даёт себе больной [12]. Эффективность стоматологической реабилитации с использованием ортопедических конструкций возрастает, если врач имеет не только необходимые теоретические знания и мануальные навыки по стоматологии, но и владеет методикой получения от пациента информации не как о соматических и психических проявлениях заболевания, так и о самооценке пациентом выраженности каждого из этих проявлений [4].

Цель исследования. Изучить особенности психологического статуса взрослых людей при утрате зубов и устранении дефектов зубных рядов с использованием различных конструкций зубных протезов путём оценки синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 106 пациентов (46 мужчин и 60 женщин) в возрасте от 45 до 68 лет, имевших частичную или полную утрату зубов, которую устраняли путём изготовления несъёмных или съёмных зубных протезов, в том числе с использованием дентальных имплантатов (рис. 1).

Все пациенты были разделены на 5 групп. В 1-й группе пациентам для устранения дефектов зубных рядов были изготовлены несъёмные зубные протезы. Во 2-й группе для стоматологической реабилитации были использованы съёмные пластиночные зубные

протезы при благоприятном течении периода адаптации. В 3-й группе для устранения дефектов зубных рядов также использованы съёмные пластиночные зубные протезы. Однако в этой группе больных имелись проблемы с привыканием к ортопедическим конструкциям. В 4-й группе пациентов для стоматологической реабилитации использованы зубные протезы разных конструкций на дентальных имплантатах. У пациентов 5-й группы имел место синдром «сухого рта», обусловленный соматической патологией (сахарный диабет) или заболеваниями слюнных желёз. У них для стоматологической реабилитации были использованы съёмные пластиночные зубные протезы.

Для оценки психологической дезадаптации обследуемых пациентов использовалась методика «Синдром психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» (СПСАФД) [7], позволяющая анализировать структуру и выраженность внутренней картины болезни. Согласно данной методике, все проявления внутренней картины заболевания распределяются по 4 кластерам: П – психологический (психический), С – сенсорный, А – анатомический и Ф – функциональный. Особенностью методики СПСАФД является то, что оценку выраженности отдельных симптомов, ощущений, вызывающих дезадаптацию, дают сами пациенты. Для этого используется единая аналогово-балльная шкала самооценки выраженности отдельных проявлений заболевания (от 1 до 9 баллов). Распределение отдельных симптомов, вызывающих у пациентов дезадаптацию, осуществляет врач. Результаты самооценки выраженности заболевания оценивались путем учёта интегрального показателя выраженности СПСАФД (S-показателя), рассчитываемого в баллах, а также структуры S-показателя согласно кластерам П, С, А, Ф, тоже рассчитываемого в баллах. Оценку внутренней картины заболевания обследуемых пациентов осуществляли до зубного протезирования и спустя месяц после завершения стоматологической реабилитации, что позволяло судить об адаптации протезоносителей к ортопедическим конструкциям, устраняющим дефекты зубных рядов.

Полученный в результате исследования материал обработан на персональном компьютере с

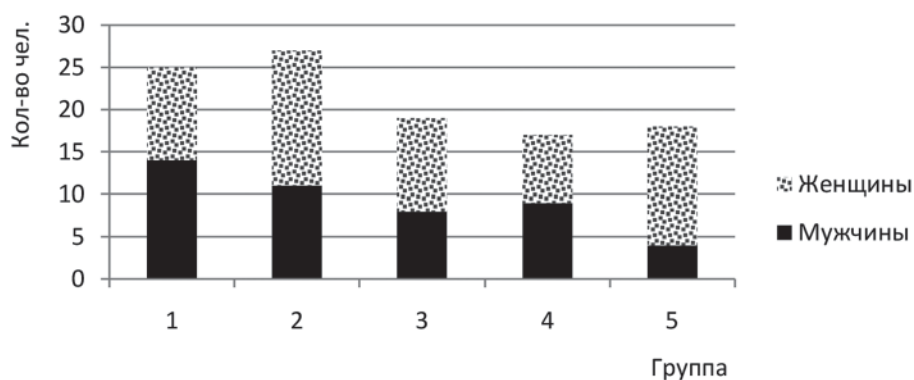


Рис. 1. Распределение пациентов по полу в исследуемых группах

использованием специализированного пакета для статистического анализа Statistica for Windows v. 6.0. Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Достоверных половых различий по S-показателю и его структуре не получено. Поэтому статистическая обработка цифровых данных в ходе работы выполнена без учёта пола. Установлено, что до начала стоматологической реабилитации наименьшие значения S-показателя имели пациенты 1-й группы (рис. 2). Очевидно это было связано с тем, что у них имели место включённые дефекты зубных рядов, что не вызывало выраженных расстройств функции жевания, а также эстетических и фонетических дефектов.

Наибольшие значения S-показателя имели пациенты 5-й группы, страдающие синдромом «сухого рта». Они постоянно испытывали чувство сухости в полости рта и в связи с этим дискомфорт при пережёвывании пищи, а также боль из-за травматизации слизистой полости рта пищей, недостаточно смоченной слюной. У них отмечена наибольшая выраженность отдельных симптомов заболевания во всех исследованных кластерах (рис. 3).

У пациентов остальных групп наибольшая выраженность симптомов отмечена в кластерах П, А и Ф. Это связано с психологическими переживаниями,

обусловленными имеющимися у них эстетическими дефектами лица из-за утраты естественных зубов (кластер П), а также дефектами зубных рядов (кластер А) и нарушением функции жевания (кластер Ф).

Стоматологическая реабилитация пациентов, выполненная путём зубного протезирования различными конструкциями протезов, в том числе с фиксацией на денальных имплантатах, при благоприятной адаптации к ортопедическим конструкциям позволила существенно снизить значения S-показателя СПСАФД у лиц 1-й, 2-й и 4-й групп (рис. 4). У пациентов 3 группы при неудовлетворительном течении периода адаптации существенных сдвигов в самооценке внутренней картины болезни не произошло. Это обусловлено плохой фиксацией съёмных пластиночных протезов, особенно на нижнюю челюсть, а также затруднениями в пережёвывании пищи. Конструкционные особенности пластиночных протезов, позволяют восстановить утраченную функцию жевания не более чем на 35% от исходных значений [11].

У пациентов 5 группы, несмотря на высокие значения S-показателя СПСАФД, отмечено достоверное ($p \leq 0,001$) его снижение, что свидетельствовало о положительной динамике в самооценке протезоносителями своего здоровья.

Установлено, что пациенты 1-й, 2-й и 4-й групп после завершения стоматологической реабилитации в меньшей степени, чем до нее, были озабочены име-

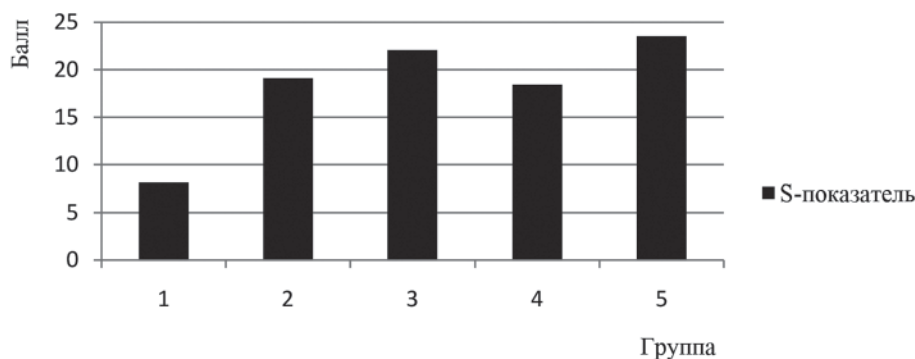


Рис. 2. Значения S-показателя до начала стоматологической реабилитации пациентов исследуемых групп

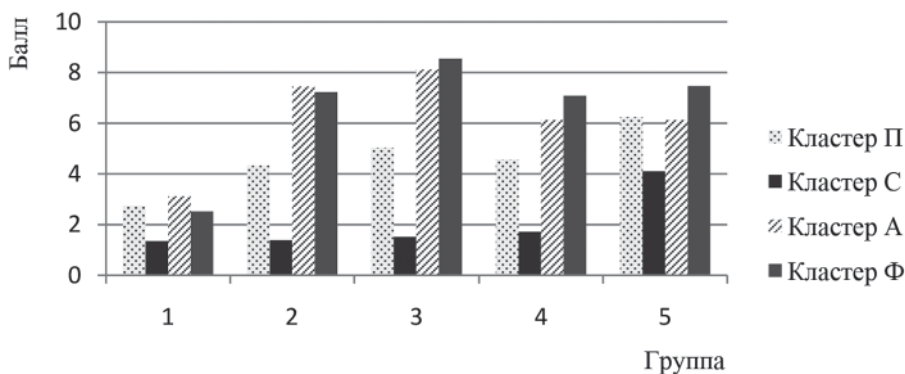


Рис. 3. Структура S-показателя в отдельных кластерах до начала стоматологической реабилитации

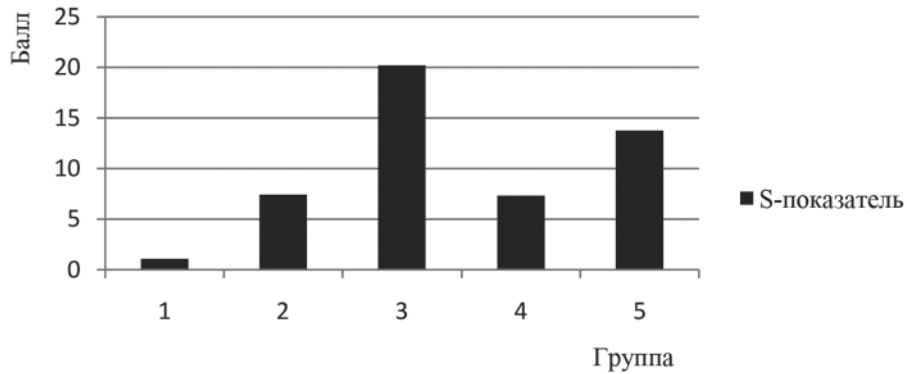


Рис. 4. Значения S-показателя после завершения стоматологической реабилитации и периода адаптации к зубопротезным конструкциям

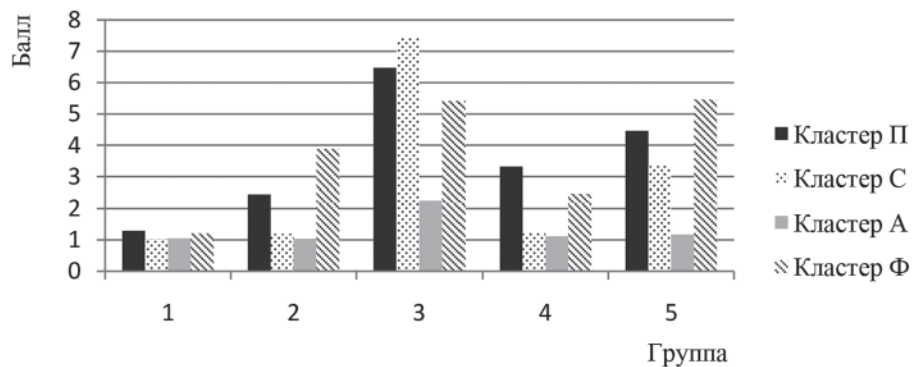


Рис. 5. Структура S-показателя в отдельных кластерах при исследовании СПСАФД после завершения стоматологической реабилитации и адаптации к зубопротезным конструкциям

ющейся у них утратой естественных зубов и в связи с этим, нарушением функции жевания, которую удалось устранить различными зубопротезными конструкциями. Благоприятный исход стоматологической реабилитации, устранившей эстетический дефект лица (кластер А), а также существенно улучшивший функцию жевания (кластер Ф), благоприятно повлиял на выраженность отдельных симптомов, входящих в кластер П (рис. 5).

Аналогичная положительная динамика самооценки своего здоровья во всех исследуемых кластерах имела место у пациентов 5 группы. У пациентов 3 группы положительная динамика прослеживалась только в кластере А и Ф, в то время как в кластерах П и С отмечена отрицательная динамика. Это связано с негативным восприятием съёмных протезов как инородного тела в связи с его неудовлетворительной фиксацией и (или) болевым синдромом, являющимся следствием травматического протезного стоматита, который часто встречается в период адаптации в клинике ортопедической стоматологии [12].

Заключение. Применение методики СПСАФД у взрослых людей при утрате естественных зубов, а также после их стоматологической реабилитации

позволило выявить особенности их психологической адаптации в процессе ортопедического стоматологического лечения с использованием различных конструкций зубных протезов. При утрате естественных зубов и отсутствии замещающих зубных протезов взрослые люди испытывают затруднения, которые, согласно их самооценке, обусловлены нарушением функции жевания и эстетики лица из-за дефектов зубных рядов. При потере зубов их переживания связаны с негативной эстетической самооценкой своего лица в целом. У лиц, страдающих коморбидной патологией, в частности при синдроме «сухого рта», на первый план при самооценке своего здоровья при утрате зубов одновременно с нарушением функции жевания выходят симптомы, связанные с ощущениями дискомфорта. При благоприятном течении периода адаптации к зубным протезам, в том числе при наличии у пациентов коморбидной патологии, отмечается положительная динамика в значении S-показателя во всех его кластерах. При затруднённом привыкании к зубным протезам, за счёт повышения выраженности симптомов, относящихся к психологическому и сенсорному кластерам, не выявлено достоверной динамики в значении S-показателя, несмотря на снижение выраженности симптомов

в анатомическом и функциональном кластере. Таким образом, знание факторов, влияющих на течение процесса адаптации к зубным протезам, поможет врачам-стоматологам наиболее полно и рационально сочетать возможности стоматологии с индивидуальными особенностями организма протезоносителя и избегать осложнений зубного протезирования. Представляется, что рациональное использование в клинической стоматологии методики анализа СПСАФД даст возможность коррекции данного синдрома и явится одним из важных направлений в повышении удовлетворённости пациентов качеством стоматологической помощи.

Литература

1. Иорданишвили, А.К. Возрастные особенности распространённости хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции у взрослых людей / А.К. Иорданишвили [и др.] // Курский науч.-практич. вестн. «Человек и его здоровье». – 2015. – № 2. – С. 23–28.
2. Иорданишвили, А.К. Клиника, лечение и профилактика заболеваний слизистой оболочки протезного ложа: методич. рекомендации / А.К. Иорданишвили. – Л.: ГУЗИЛ, 1988. – 19 с.
3. Иорданишвили, А.К. Оклюзионно-обусловленные заболевания жевательного аппарата (понятие и распространённость у взрослого человека) / А.К. Иорданишвили [и др.] // Курский науч.-практич. вестн. «Человек и его здоровье». – 2013. – № 3. – С. 39–43.
4. Иорданишвили, А.К. Вопросы адаптации в стоматологии / А.К. Иорданишвили // Клиническая стоматология: официальная и интегративная. – СПб.: СпецЛит, 2008. – С. 86–99.
5. Иорданишвили, А.К. Клиническая ортопедическая стоматология / А.К. Иорданишвили. – М.: МедПресс, 2008. – 208 с.
6. Иорданишвили, А.К. Медицинские, социальные, экономические и юридические аспекты стоматологического лечения людей старших возрастных групп / А.К. Иорданишвили, Е.А. Веретенко, А.Н. Мироненко // Экология и развитие общества. – 2015. – № 3 (14). – С. 63–65.
7. Иорданишвили, А.К. Протезирование зубов при заболеваниях слизистой оболочки полости рта: лекция / А.К. Иорданишвили. – СПб.: МЗ и МП РФ, 1994. – 36 с.
8. Иорданишвили, А.К. Стоматологические заболевания у лиц призывного возраста / А.К. Иорданишвили, А.А. Солдаткина // Вест. Росс. Воен.-мед. акад. – 2015. – № 4 (52). – С. 106–108.
9. Курляндский, В.Ю. Ортопедическая стоматология: учебник / В.Ю. Курляндский, 1969. – С. 409–412.
10. Перзашкевич, Л.М. Особенности функции жевания в период адаптации к ортопедическим аппаратам: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л.М. Перзашкевич. – Л.: 1-й ЛМИ им. акад. И.П. Павлова, 1975. – 32 с.
11. Соловьёв, М.М. Использование «Синдрома психо-сенсорно-анатоми-функциональной дезадаптации» в лечебно-диагностическом, учебно-образовательном и воспитательном процессах / М.М. Соловьёв [и др.]. – СПб.: СПбГМУ, 2015. – 36 с.
12. Соловьёв, М.М. Симпозиум «Первые итоги апробации использования синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации в стоматологии и смежных дисциплинах» / М.М. Соловьёв, Л.Ю. Орехова // Пародонтология. – 2014. – № 2 (71). – С. 40.
13. Farias-Neto, A. Changes in patient satisfaction and masticatory efficiency during adaptation to new dentures / A. Farias-Neto [et al.] // Compend Contin Educ Dent. – 2015. – P.174–177.
14. Kamalakis, S.N. Comparative Study of Acceptance and Adaptation to New Complete Dentures, Using Two Construction Protocols / S.N. Kamalakis [et al.] // Prosthodont. – 2016. – P. 536–543.

A.K. Iordanishvili, V.N. Tsygan, A.I. Volodin, M.I. Muzikin, V.V. Lobeiko

Psychological adaptation of adults at loss of teeth and elimination of defects of dentitions with use of various designs of dentures

Abstract. Features of psychological adaptation in the course of dental rehabilitation of 106 patients (46 men and 60 women) aged from 45 up to 68 years suffering from loss of teeth are studied. It is established that during the losing of natural teeth and lack of the replacing dentures adults, experience difficulties which according to their self-rating, are caused by dysfunction of a mastication and esthetics of the person because of defects of dentitions, and also the psychological experiences bound to a negative esthetic self-rating of the person in general at loss of teeth. At the persons having comorbid pathology (a syndrome of a dry mouth) into the forefront at a self-rating them the health when losing teeth, along with mastication dysfunction, the large role is played by symptoms, according to the analysis of syndrome of psycho-sensory-anatomy-functional disadaptation, bound to feelings of the patient and their perception. With a favorable period of adaptation to dentures, including in the presence of comorbid pathology in patients, there is a positive dynamics in the value of the integral indicator of the severity of the syndrome, determined using the technique of psycho-sensory-anatomical-functional disadaptation. With difficult adaptation to dentures, due to an increase in the severity of symptoms related to the psychological and sensory clusters, reliable dynamics in the integrated index of the severity of the syndrome of psycho-sensory-anatomical-functional maladaptation, despite a decrease in the severity of symptoms in the anatomical and functional clusters. The conclusion is drawn that rational use in a clinical dentistry of a technique of the analysis of syndrome of psycho-sensory-anatomy-functional disadaptation will give the chance of its correction and will be one of the directions in rising of satisfaction of patients with quality of the dental care.

Key words: loss of teeth, dental rehabilitation, adaptation in dentistry, dentures, artificial prosthetic abutments of dentures, a syndrome of a dry mouth, a syndrome of psycho-sensory-anatomy-functional disadaptation.

Контактный телефон: 8-900-649-57-93; e-mail: professoraki@mail.ru