УДК 616.314-053.9-089.28/.29:159.922

К.Г. Саввиди, Г.Л. Саввиди, К.Е. Ратников

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ И ВЫБОР ТАКТИКИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра стоматологии ФПДО ГБОУ ВПО «Тверская ГМА Минздравсоцразвития РФ»

В статье рассмотрены типы нервной системы пациентов пожилого и старческого возраста с полной потерей зубов и особенности тактики ортопедического лечения.

Ключевые слова: *протезное ложе, полная потеря зубов, психологическое состояние, адаптация.*

FEATURES OF PSYCHOLOGY OF PATIENTS OF ELDERLY AND OLD AGE WHO ARE COMPLETELY EDENTULOUS AND TACTICS SELECTION OF THEIR PROSTHODONTIC TREATMENT

K.G. Savvidi, G.L. Savvidi, K.E. Ratnikov

Types of nervous system of patients of elderly and old age who are completely edentulous and features of their prosthodontic treatment tactics are considered in the paper.

Key words: *prosthetic bed, complete loss of teeth, psychological condition, adaptation.*

Недостаточное внимание состоянию психики пациентов пожилого и старческого возраста, игнорирование необходимости установления типа их личности перед ортопедическим лечением нередко приводят к весьма неприятным последствиям [1–3].

Целью данной работы явилось изучение психологии пациентов пожилого и старческого возраста с полной потерей зубов и выбор тактики эффективного ортопедического лечения.

Материал и методы

Целенаправленно были выбраны для ортопедического лечения 160 пациентов (63 мужчины и 97 женщин) в возрасте 60–98 лет с полной потерей зубов и трудными клиническими условиями протезного ложа, среди которых большинство испытали неудачу протезирования в прошлом. Поэтому оценке их типа личности и психологического состояния перед повторным протезированием нами уделялось большое внимание.

Так, из 160 обследуемых пациентов с сильным уравновешенным типом нервной системы без отчетливой выраженности отдельных черт клинически было выявлено 48 (30%) человек. Это были самые благоприятные для протезирования больные, поскольку они полны оптимизма, спокойны, осознают наличие у них трудных клинических условий протезного ложа, выполняют все указания врача, содействуют успешному лечению. Такие пациенты сравнительно легко справляются с первоначальны-

ми неудобствами, возникающими после наложения протезов, и быстро адаптируются к ним.

К медленному уравновешенному типу были отнесены большинство обследуемых – 65 пациентов (41%). Это те, кто весьма настойчиво добиваются выполнения выдвигаемых ими требований, упрямы, но еще обладают достаточно высокой работоспособностью. Они с большим старанием относятся к исполнению каждой лечебной процедуры и желают знать значение каждой из них. Одновременно им следует внушать мысль, что привыкание к протезам в основном зависит от них самих, поскольку имеют место трудные клинические условия полости рта для протезирования.

Число пациентов с заметной неуравновешенной психикой в нашем исследовании было 47 (29%) человек. Для них была характерна вспыльчивость, несогласие с мнением врача о правильности и качественном изготовлении протезов, поэтому они настаивали на их переделке с повторением величины и формы старых, в противном случае отказывались от пользования новыми протезами. Для иллюстрации такого состояния считаем необходимым привести следующий клинический пример.

Больная М. *(история болезни № 28548), 78 лет. Обратилась в клинику ТГМА с жалобами на плохое качество полных съемных протезов на обеих челюстях, изготовленных в одной из городских стоматологических поликлиник г. Твери. Протезировалась три раза, но каждый раз, по ее мнению, врачи допускали ошибки при получении оттисков и конструировании протезов. По этой причине протезы плохо фиксируются, причиняют ей боли при жевании как на верхней, так и на нижней челюсти. Считает, что лечащие врачи не имеют достаточной квалификации, поэтому не могут справиться с протезированием ее полости рта. После беседы с пациенткой мы пришли к выводу, что нервно-психическое утомление у нее возникло под влиянием длительных и трудных условий военного времени, а также наступившей с возрастом полной утраты зубов и слуха. Пациентка не слышит вовсе, с ней сложно общаться. Немаловажную роль сыграли такие черты, присущие ее характеру, как самолюбие, гордость, властность, обидчивость. Полными съемными протезами ранее не пользовалась, поэтому никак не может смириться с мыслью, что при неблагоприятном состоянии протезного ложа, прежде всего на нижней челюсти, трудно добиться безупречной фиксации протезов.*

При осмотре полости рта были выявлены значительная неравномерная атрофия альвеолярного отростка на верхней и альвеолярной части на нижней челюсти. На верхней челюсти атрофия больше была выражена в переднем отделе. Слизистая оболочка протезного ложа на твердом нёбе неподатливая на всем протяжении до линии А и недостаточной влажности. На нижней челюсти в боковых отделах она образовывает продольные складки, располагающиеся вдоль острых челюстно-подъязычных линий, болезненных при пальпации.

Диагноз: полная потеря зубов (на верхней и нижней челюсти IV тип по классификации И.М. Оксмана).

С пациенткой проведена беседа, в которой ей было разъяснено, что имеют место неблагоприятные клинические условия для протезирования, но при применении собственных методик лечение, возможно, будет более эффективным, чем пользование ее старыми протезами. Оценка последних показала их неудовлетворительную фиксацию. На базисах обоих протезов видны следы коррекций, которые она вынуждена была сделать из-за боли и нежелания лечащих врачей выполнить ее указания.

Мы успокоили больную. Терпеливо разъяснили ей сложность ситуации, возникающей у любого пациента после наложения съемных протезов, и рассказали, что привыкание к ним будет зависеть от выполнения наших указаний, а главное – от нее самой. Получив согласие больной, приступили к протезированию по собственной методике, согласовывая с нею каждый клинический и лабораторный этапы. На нижней челюсти была применена мягкая эластичная подкладка ПМ-01 под базис протеза. Фиксация протеза верхней челюсти оценена как хорошая, нижней – удовлетворительная. В день наложения протезов жалоб не предъявляла. Не было их и на следующий день обращения в клинику. Со слов пациентки, на время сна протезы не снимала и принимала с ними пищу. На третий день предъявила жалобы на плотное прилегание базиса верхнего протеза справа с вестибулярной стороны бокового отдела челюсти. Базис с внутренней стороны слегка был сошлифован, хотя следов травматического его действия на слизистую не выявлено. Сразу же стала утверждать, что оттиск был снят неправильно, видимо, ложку плотно прижали к челюсти и т. д. На четвертый день осмотра стала жаловаться на то, что базис нижнего протеза кажется ей большим, настаивала на его уменьшении. На слизистой протезного ложа каких-либо видимых изменений не выявлено, поэтому в его уменьшении было отказано. Через две недели явилась вновь в клинику уже с жалобами на ослабление фиксации нижнего протеза во время еды. При осмотре было видно, что пациентка сама укоротила справа и слева с язычной стороны базис протеза. Ей было разъяснено, что фиксация нижнего протеза ухудшилась из-за укорочения границ базиса, и рекомендовано впредь самой не корректировать протезы, а явиться в клинику через месяц на контрольный осмотр с целью изучения результатов протезирования. При осмотре полости рта видимых патологических изменений тканей протезного ложа не было выявлено. Несмотря на высказанное пациенткой недовольство по поводу протеза нижней челюсти, от повторного протезирования отказалась, но мы убедились в том, что она протезами пользуется, поэтому было предложено явиться в клинику, если будут беспокоить боли. В клинику она больше не обращалась.

Результаты и их обсуждение

Приведенный клинический пример из практики говорит о том, что эта категория пациентов, получив даже вполне хорошие протезы, не будет ими пользоваться без соответствующей психологической подготовки в процессе всего периода ортопедического лечения.

В итоге у наблюдаемых нами пациентов с неуравновешенной психикой и испытавших в прошлом неудачу протезирования после повторного лечения по собственным методикам (патент на изобретение № 2274429 от 20.04.2006 г. и № 2293541 от 20.02.2007 г.) и психологической их подготовки, был достигнут положительный результат у всех. Только у трех больных на нижней челюсти пришлось протезирование повторить дважды из-за неудовлетворительной фиксации нижних протезов.

Мы убедились в том, что с пациентами, протезируемыми повторно, не следует обсуждать качество старых протезов. Важно соблюдать принципы врачебной деонтологии, всегда подчеркивать удовлетворительное их изготовление. Необходимо в убедительной форме разъяснить пациенту имеющееся у него трудное клиническое состояние протезного ложа и сложность адаптации в связи с этим к протезам. Очень часто при беседе с такими больными мы используем такой психологический прием, как выражение сомнений о возможности изготовления более качественных протезов, чем имеющиеся у него. Вместе с тем одновременно во время такой беседы ненавязчиво внушали им мысль, что наши собственные методики и используемые в настоящее время новые стоматологические материалы могут оказаться более эффективными, чем используемые другими врачами. Этих пациентов необходимо подготовить таким образом, чтобы они сами начали упрашивать врача взять их на протезирование, обещая выполнять все его указания.

В процессе ортопедического лечения больного информировали о всех частях протезов, которые контактируют с органами полости рта, и каким образом при их помощи удерживать протезы на челюстях во время разговора и жевания. Большое психологическое воздействие на пациента оказывает привлечение его самого к участию в лечебном процессе, а после каждой проведенной процедуры следует похвалить его и нацелить на повторение при адаптации к протезам.

У больных с трудными клиническими условиями для протезирования следует также строго соблюдать принцип законченности лечения. Для этого в первый день после наложения протезов рекомендовать по мере возможности больше читать вслух, разговаривать для восстановления четкости дикции, вначале принимать жидкую пищу, избегать жесткую и клейкую. На коррекцию назначать больных сразу же на второй день после наложения протезов и предлагать им посещать клинику до тех пор, пока не научатся ими пользоваться. Как показывают клинические наблюдения, возникающие неудобства в процессе адаптации к протезам легче устраняются при постоянном участии лечащего врача.

Значительным подспорьем для убеждения пациентов в необходимости проявления настойчивости при адаптации к съемным протезам является памятка о правилах пользования ими, которую необходимо выдавать на руки каждому, поскольку больные больше верят отпечатанным в типографии правилам, чем уверениям лечащего врача. Несоблюдение этих принципов ведения больных, как правило, приводит к нежелательным последствиям, а именно: они не пользуются протезами или на месте декубитальных язв возникают рубцы, усугубляющие в последующем повторное протезирование.

Заключение

Таким образом, для эффективного ортопедического лечения пациентов пожилого и старческого возраста с полной потерей зубов следует до начала протезирования установить их тип нервной системы и отношение к предстоящему ортопедическому лечению для выбора адекватной тактики его ведения.

Литература

1. *Гаврилов Е.И., Щербаков А.С.* Ортопедическая стоматология. – М., 1984. – С. 322–399.

2. *Танрыкулиев П.Т.* Клиника и протезирование больных с беззубыми челюстями. – Ашхабад: Магарыв, 1988. – С. 143–174.

3. *Трезубов В.Н.* Оценка больными личностных и профессиональных качеств ортопеда-стоматолога // Стоматология. – 1989. – № 3. – С. 53–54.

Саввиди К.Г. (контактное лицо). 170000, г. Тверь, ул. Советская, д. 4. Телефон 42-46-78; e-mail: m000293@tversu.ru