

позволяют соотносить уровень гигиенического состояния полости рта с составом микрофлоры. Так, при микробиологической оценке материала пациентов с неудовлетворительным уровнем гигиены полости рта наблюдался преимущественный рост патогенной флоры: гемолитического и зеленящего стрептококка, золотистого стафилококка, энтерококков. Количественный состав находился в такой же зависимости: чем ниже уровень гигиены полости рта, тем интенсивнее рост патогенной микрофлоры.

Учитывая, что пациентам, перенесшим оперативные вмешательства по поводу удаления опухолей противопоказано воздействие более активных курортных ресурсов (орошений сероводородной водой), одним из возможных и достаточно эффективных методов восстановительного лечения больных с дефектами челюстно-лицевой области является применение питьевой минеральной воды в виде орошений полости рта.

В Пермском крае на территории курорта «Ключи» выведена лечебно-столовая минеральная вода «Ключи», относящаяся к сульфатно-магниевно-кальциевой группе минеральных вод, имеет малую степень минерализации, pH 7,3. В основном ионном составе преобладают сульфат-ионы, катионы кальция и магния. Химический состав питьевой минеральной воды курорта «Ключи»

позволил предположить возможность коррекционного ее применения на этапах комплексного лечения больных с дефектами челюстей. Использованная методика водолечения заключается в следующем: после проведения профессиональной гигиены полости рта больным проводили орошение десен питьевой минеральной водой «Ключи», ежедневно по 5-10 минут на каждую челюсть, под давлением 1-1,5 атмосферы, при температуре 32-40°, объем воды до 10 литров, курс лечения от 5 до 14 дней. Доказано, что курсовая терапия с использованием питьевой минеральной воды «Ключи» благоприятно влияет на состояние слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта, за счет улучшения микробиологического состояния полости рта, что позволяет рекомендовать предлагаемый метод терапии в качестве одного из дополнительных способов восстановительной терапии больных с дефектами челюстно-лицевой области.

Применение предлагаемых методов комплексного лечения обеспечивает хороший результат и эффективную реабилитацию при оказании специализированной помощи данной категории пациентов. Обследованные больные отмечают восстановление эстетических норм и основных функций зубочелюстной системы, повышение уровня гигиены полости рта, и как следствие, успешную социальную, психологическую, трудовую реабилитацию, и улучшение качества жизни.

Распределение типов отношения к болезни у пациентов пожилого и старческого возраста с пограничными психическими расстройствами в клинике ортопедической стоматологии

И. Ю. Баркан к.м.н., И.В. Струев д.м.н.,
Г. М. Усов д.м.н., В.М. Семенюк д.м.н.
Кафедра ортопедической стоматологии ОмГМА.

Type of attitude towards disease distribution in clinical picture of elderly and old-aged patients suffering from boundary mental disorders

I. Barkan, G. Usov, I. Struev, V. Semeniuk
Chair of orthopedic stomatology of OmGMA.

Резюме

Среди 96 стоматологических больных пожилого и старческого возраста с органическими тревожными расстройствами (F06.4) тревожно-депрессивный тип отношения к болезни выявляется в среднем в 43,0% случаев, меланхолический тип

в 15,8%. Остальные типы составляют ипохондрический, неврастенический, эгоцентрический и другие.

Ключевые слова: пограничные психические расстройства (ППР), типы отношения к болезни.

Summary

Among 96 elderly and old-aged dental patients which have organic anxious disorders (F 06.4) there are on the average 43,0% of cases of co-existing depression and anxiety type of attitude. Melancholic type of attitude towards disease is detected in 15,8 of cases. The other types such as hypochondriacal, neurotic, egocentric, etc. are infrequent.

Keywords: borderline mental disorder (BMD), types attitude of disease.

Введение

Стоматологи-ортопеды при проведении ортопедического лечения пациентов пожилого и старческого возраста испытывают серьезные трудности, связанные не только с изготовлением преимущественно съемных конструкций зубных протезов на челюсти со сложными анатомическими условиями, но и в плане установления прочного, доброжелательного и доверительного психологического контакта с такими пациентами [1-3]. Последнее обстоятельство в значительной мере обусловлено распространенностью пограничных психических расстройств (ППР) среди пожилых людей – 74,3 % [4].

Понятие о ППР (пограничных состояниях) условно, тем не менее, чрезвычайно часто встречается на страницах отечественных и зарубежных научных публикаций. Главным образом, это понятие используется для объединения не резко выраженных нарушений, граничащих с состоянием здоровья и отличающих его от собственно патологических психических проявлений, сопровождающихся значительным отклонением от нормы. Некоторые авторы считают, что пограничные состояния в основном не являются начальными, промежуточными («буферными») фазами или стадиями основных психозов. Они представляют собой особую группу патологических проявлений, имеющих в клиническом выражении свое начало, динамику и исход, зависящие от формы или вида болезненного процесса. Их определяет познанная или недостаточно изученная патофизиологическая база, в основе которой лежат различные этиологические и психические факторы [5]. Мы считаем, что эффективное психотерапевтическое сопровождение стоматологического ортопедического лечения пациентов пожилого и старческого возраста с ППР вполне может обеспечить стоматолог (без психиатра), при условии того, что врач хорошо владеет основными методами психотерапии и в высшей степени деонтологическими принципами [4,6].

Проводимые нами с 2005 года исследования по повышению эффективности орто-

педического лечения пациентов пожилого и старческого возраста с ППР позволяют утверждать, что в этой когорте пациентов наибольшего внимания заслуживают: группы с депрессивными расстройствами (F06.32), легкими когнитивными нарушениями (F06.7), органическими расстройствами личности (F07.0) и органическими тревожными расстройствами (F06.4). Органические тревожные расстройства, по нашему мнению, для стоматолога имеют наиболее важное значение. Это обстоятельство обусловлено следующими причинами. Во-первых, это самая распространенная группа пациентов в общей структуре пациентов с ППР – 34,5%. За ней следует группа с органическими легкими когнитивными расстройствами (14,1%). Во-вторых, эта группа пациентов самая сложная для стоматолога в плане психологического сопровождения на этапах ортопедического лечения. Это подтверждается как нашими наблюдениями, так и специалистами в психиатрической клинике [4]. В-третьих, именно в этой группе наблюдается наибольшая вероятность применения премедикации. Результаты мониторинга среди практикующих врачей-стоматологов показали, что врачи очень неохотно прибегают к назначению анксиолитиков или других психотропных препаратов у пожилых больных из-за наличия у них сопутствующей патологии.

Эффективность стоматологического

И. Ю. Баркан, к.м.н., ассистент кафедры ортопедической стоматологии ОмГМА;

И. В. Струев, д.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии ОмГМА;

Г. М. Усов, д.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ОмГМА;

В. М. Семенюк, д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, зав. кафедрой ортопедической стоматологии ОмГМА.

Таблица 1

Распределение типов отношения к болезни у пациентов в обследуемых группах

Группы	Типы												
		И	ТД	М	Ип	Н	Д	Э	А	С	Эр	П	
I группа	м	-	14	7	3	4	2	1	-	1	1	1	34
	ж	-	22	6	4	2	1	-	-	3	3	-	41
II группа	м	-	3	1	-	2	-	-	-	-	1	1	8
	ж	1	5	2	2	-	1	-	-	-	1	1	13
Всего		1	44	16	9	8	4	1	-	4	6	3	96

И – идеальный

ТД – тревожно-депрессивный

М – меланхолический

Ип – ипохондрический

Н – неврастенический

Д – дисфорический

Э – эйфорический

А – апатический

С – сенситивный

Эр – эргоцентрический

П – параноидальный

ортопедического лечения больных позднего возраста в значительной мере обеспечивается качественным психологическим сопровождением лечения на всех его этапах [7]. Особенно важным в этом направлении является формирование у пациента гармоничного, правильного и рационального отношения к болезни, стремления во всем активно содействовать лечению [1,2,3,7].

Целью работы явилось изучение распределения основных типов отношения к болезни среди стоматологических больных пожилого и старческого возраста с органическими тревожными расстройствами на доклиническом этапе (F06.4).

Материалы и методы

Обследовали 96 жителей г. Омска и Омской области, мужского и женского пола пожилого и старческого возраста, находившихся в специализированных учреждениях г. Омска: ГСУСО «Геронтологический центр Куйбышевский», «Нежинский геронтологический центр», ГУЗОО «Больница восстановительного лечения», ГУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им Н.Н. Солодникова», нуждавшихся в стоматологическом ортопедическом лечении. Ди-

агностику ППР осуществлял штатный психиатр (при отсутствии такового приглашали сертифицированного сотрудника кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии ОмГМА). Больных распределили на 2 группы: I группа (пожилой возраст, 60-74 года) – 75 человек, II группа (старческий возраст, 75-89 лет) – 21 человек. В каждой группе выдерживали примерно равное соотношение мужчин и женщин. Тип отношения к стоматологической болезни определяли с помощью методик, изложенных в руководствах М.М. Кабанова [8], И.Ю. Гриньковой, С.Е. Жолудевым [2] и А.Е. Личко [6]. Квантифицировали следующие типы отношения к болезни.

Идеальный (И). У пациентов гармоничное, правильное и рациональное отношение к болезни, стремление во всем активно содействовать лечению. Тревожно-депрессивный (ТД). У больных непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного исхода протезирования; угнетенность является следствием тревоги. Меланхолический (М). Выраженная удрученность, неверие в благополучный исход протезирования, пессимистический взгляд на окружающее, депрессивные высказыва-

ния. Ипохондрический (Ип). Сосредоточенность на субъективных болезненных переживаниях. Драматизирование клинической ситуации, преувеличение побочного действия зубопротезных материалов. Поиск слушателей для излияния жалоб. Неврастенический (Н). Вспышки раздражения при болях, неудачах в протезировании. Непереносимость малейших болевых ощущений и их сочетание с нетерпеливостью, неспособностью ждать облегчения. Дисфорический (Д). Мрачно-озлобленное настроение, угрюмый вид. Патологически завистливое отношение к здоровым людям. Вспышки озлобленности. Подозрительность к новым процедурам. Эйфорический (Э). На фоне патологически повышенного настроения пренебрежительное, легкомысленное отношение к стоматологической патологии: «... все будет хорошо». Апатический (А). Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни и результатам лечения. Сенситивный (С). Опасение неблагоприятного впечатления, которое может произвести на окружающих их стоматологическая патология. Убеждение, что окружающие избегают их, считают инвалидами, относятся с пренебрежением. Эргоцентрический (Эр). Демонстративность страданий окружающим, близким, врачу с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительного внимания к себе. Эгоистичность. Паранойальный (П). Уверенность, что болезнь есть результат чьего-то злого умысла, крайняя подозрительность к конструкции протезов и процедурам. Приписывание халатности врачей побочных действий лекарств или зубных протезов.

Распределение типов отношения к болезни у пациентов в обеих группах представлено в таблице 1.

Результаты

Анализ полученных результатов исследования показывает, что у пациен-

тов в пожилом и старческом возрасте с органическими тревожными расстройствами гармоничное, правильное и рациональное отношение к болезни практически отсутствует. В обеих группах доминирует тревожно-депрессивный тип – 48,0 % пациентов в I-й группе и 38,0 % во II-й. На втором месте по распространенности стоит меланхолический тип отношения к болезни – 17,3 % пациентов в I-й группе и 14,3 % во II-й. Меньшей распространенностью отличаются ипохондрический и неврастенический типы. Остальные типы отношения к болезни встречаются редко. В ходе исследования мы не выявили типов отношения к болезни с яркой гендерной спецификацией. Вместе с тем отмечено, что стоматологические больные пожилого и старческого возраста с тревожными расстройствами весьма неохотно воспринимают новаторские медицинские идеи, усматривая в них опасность своему здоровью, отличаются приверженностью к консерватизму, страхом перемен. Нами были отмечены сутяжные мотивы среди некоторых больных (2 случая). Пожилые люди склонны к негативным эмоциям, в то время как пациенты старческого возраста имели более сглаженные проявления эмоций, за исключением редких отдельных личностей.

Обсуждение

Таким образом, лица пожилого и старческого возраста с органическими тревожными расстройствами представляют собой существенную группу риска в плане возникновения психической дезадаптации на этапах ортопедического лечения. Формирующиеся при этом сложные, полиэтиологические дезадаптационные механизмы определяются изменениями психического профиля личности пожилого человека и должны учитываться лечащим врачом

Литература

1. Бойко В.В. Физический дискомфорт и психоэмоциональные реакции пациентов стоматолога. *Стоматология для всех* 2003; 4: 42-5.
2. Гринькова И.Ю., Жолудев С.Е. Оценка психосоматического статуса пациента перед стоматологическим приемом. *Уральский стоматологический журнал* 2004; 2: 20-6.
3. Климашин Ю.И., Прахт Н.Ю. Психокоррекционный подход в клинике ортопедической стоматологии. *Стоматология для всех* 2004; 3: 6-8.
4. Семке В.Я., Циганков Б.Д., Одарченко С.С. Основы пограничной геронтопсихиатрии. М, Томск; 2006.
5. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М: Медицина; 2000.
6. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологические обследования соматических больных. *Журнал невропатологии и психиатрии* 1980; 8: 1195-8.
7. Шварцзайд Е.Е. Практические проблемы ортопедического лечения больных пожилого и старческого возраста с психологическими заболеваниями. *Стоматология* 1996; 4: 48-0.
8. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л: Медицина, 1983.