

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ (частный случай).

В.В. Карасева, С.И. Козицына
УГМА

Пожилые и престарелые люди всегда находятся в центре внимания стоматолога ортопеда, так как они составляют 2/3 пациентов, получающих данный вид лечения. У этой категории происходят необратимые изменения различных процессов: материальных, функциональных, психологических, индивидуальных, объединенных в понятие «геростоматология» (Рыбников, 1919). Процесс долгожительства постоянно продолжается и ожидается, что к 2000 г. число 60-летних людей удвоится по сравнению с 1980 г.

Общее состояние здоровья, ограниченная подвижность, различные общие заболевания (полипатия) отрицательно влияют на восприятие пожилым пациентом стоматологической помощи. Часто у людей преклонного возраста имеется 6-8 болезней с соответствующими физическими и психическими нарушениями.

Около 20 % старых людей нуждаются в лечении у разных специалистов. Изменяется их психика: компенсированные ранее негативные свойства в старости проявляются резче, часто они становятся подозрительными, легко ранимыми, обидчивыми, склонными к отрицательным умозаключениям и пессимизму. Реакция окружающих усугубляет эти чувства. Изменяется мышление, проявляется склонность к назойливым мыслям, злопамятству. Ухудшаются зрительные и слуховые восприятия, память. Появляется склонность к изобретательству, так как «все делают не так».

У подавляющего большинства больных пограничные нервно-психические нарушения представлены невротическими реакциями (неврастеническими, истерическими, фобическими, депрессивными). С возрастом ухудшается способность к образованию новых динамических стереотипов, ослабевает адаптация, это отрицательно сказывается, в частности, и на привыкании к протезам.

Состояние таких больных характеризуется угрюмой напряженностью, постоянным недовольством, раздражительностью, сужением круга интересов и вместе с тем

усилением сутяжных тенденций. Описываемый нами ниже клинический случай служит хорошей иллюстрацией сутяжно-кверулянтского развития личности с присущей ей прямолинейностью, подозрительностью, конфликтностью и т.д.

Больной Л., 70 лет, с 1982 г. получал бесплатное (социальное страхование) протезирование по поводу полной потери зубов в пяти стоматологических отделениях города: поликлиниках №№ 11, 7, 12, 1, в областной стоматологической поликлинике и дважды на кафедре ортопедической стоматологии УГМА. Им собрана целая коллекция протезов, изготовленных, по его словам неправильно.

Последний раз Л. протезировался в январе 1997 г. на кафедре ортопедической стоматологии УГМА. В процессе протезирования были удовлетворены такие просьбы пациента, как включение металлических зубов на верхнюю и нижнюю челюсть («для красоты»), изготовление утолщенных базисов протезов («чтобы не ломались»).

На момент припасовки и наложения готовых протезов больной Л. был удовлетворен проделанной работой, о чем свидетельствует роспись в получении протезов пациентом в наряде-заказе. На следующий день после наложения протезов (на контрольном посещении) он отметил хорошую фиксацию протезов верхней и нижней челюсти в полости рта и указал на незначительные боли с вестибулярной стороны в области нижней челюсти, в связи с чем ему была проведена коррекция протезов, окклюзии, даны рекомендации. В следующее посещение у пациента появились жалобы на невозможность пользования протезами и требования сделать новые. Кроме того, ему не нравилась постановка зубов, так как врач не воспользовался рамками, изобретенными самим Л., для постановки зубов (по профессии не врачом). Носить протезы и тем более делать их коррекцию (подтачивать в местах наибольшего давления на слизистую оболочку) пациент он отказывался.

Налицо возрастное снижение адаптации к зубным протезам.

Больной Л. побывал в консультационном центре стоматологической клиники УГМА, где изготовление протезов верхней и нижней челюсти было признано вполне удовлетворительным. Для улучшения процессов адаптации ему рекомендовали прием бенсинола (искусственной слюны) по 1 столовой ложке 3 раза в день и консультацию психотерапевта.

От предложенного лечения пациент категорически отказался («хотя меня умоляют»), в результате чего улучшить процесс привыкания к протезам, оказалось невозможным.

Как известно, психосоматические заболевания вызывают гипертонус жевательных мышц, снижают адаптационную устойчивость к окклюзионным нарушениям. Поэтому лечение таких больных должно быть психоневрологическое и соматическое. Любые стоматологические заболевания могут при-

вести к ятрогенным, и описываемый нами случай подтверждает это.

Все попытки компетентных комиссий убедить больного в хорошем изготовлении протезов не имели успеха. «Подогревали» его нежелание пользоваться протезами некорректные замечания стоматологов из различных поликлиник, к которым он ходил на консультации.

В результате пациент стал подавать иски в суд, ходил с жалобой к главе администрации области, в городскую Думу и т.д., требуя возмещения материальных и моральных затрат.

Случай с больным Л., на наш взгляд, убедительно доказывает, что нарушение основ деонтологии дает толчок к развитию нервно-психических расстройств у пожилых пациентов клиники ортопедической стоматологии и, чтобы избежать таких досадных инцидентов, надо не только качественно оказывать медицинские услуги, но и соблюдать врачебную и общечеловеческую этику.

ОПЫТ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ДВУХ- И ТРЕХ-ЗВЕНЬЕВЫХ ЦИЛИНДРИЧЕСКИХ ТИТАНОВЫХ ИМПЛАНТАТАХ.

А.Ю. Серебряков, Ю.Д. Ворожцов
УГМА

Наилучшие результаты по данным ряда ученых [1-3] наблюдаются при использовании цилиндрических титановых имплантатов, которые благодаря их конструкции можно применять в любом отделе челюстей и не брать поддополнительную опору интактные зубы.

Основными критериями, позволяющими судить об успешности проведенного протезирования на имплантатах, является полноценное пережевывание пищи пациентом в течение нескольких лет без ощущения боли в его области, а также отсутствие жалоб на наличие неприятного запаха изо рта.

Нами проводилось протезирование 11 пациентов (7 женщин, 4 мужчины) с трехзвеньевыми имплантатами и 7 пациентов (5 женщин, 2 мужчины) с двухзвеньевыми цилиндрическими имплантатами, возраст больных от 35 до 50 лет.

В первом случае супраструктура имплантата состояла из двух частей и фиксация протеза производилась винтом, во втором -

супраструктура была монолитной и фиксировала протез на цемент как при протезировании на естественных зубах.

Контрольные осмотры пациентов в первые 6 месяцев (с частотой 1 раз в месяц) у лиц, которым были имплантированы трехзвеньевые структуры, практически у всех выявили одинаковые жалобы на неприятный запах изо рта, несмотря на проводимые ими гигиенические мероприятия после каждого приема пищи. Пациенты с двухзвеньевыми имплантатами таких жалоб не предъявляли.

Объясняется это тем, что конструкция трехзвеньевого цилиндрического имплантата довольно сложна и его супраструктура состоит из нескольких частей [4] (направляющего винта, формирующего конуса, фиксирующего винта). После крепления протеза винтом к супраструктуре имплантата между ними остается щель, которая так или иначе заполняется ротовой жидкостью с растворенными в ней остатками пищи и микроорганизмами (поэтому запах из-под протеза