

**ЗАСТОСУВАННЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ
ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ДО ЗНІМНИХ
ПЛАСТИНКОВИХ ПРОТЕЗІВ**

Е.Д. Діасамідзе

Харківська медична академія післядипломної освіти

Стоматологічний центр ХМАПО

Резюме

Психологическая коррекция с использованием пролонгированной аурикулярной микроиглотерапии иглами-кнопками помогает устранению неблагоприятных индивидуальных психологических особенностей личности (наличие негативных эмоций и трудность их преодоления), Карелин создает благоприятные условия для проведения ортопедического лечения и адаптации к изготовленным съемным пластиночным протезам.

Ключевые слова: стресс, адаптация, рефлексотерапия.

Summary

A psychological correction with the use of prolonged auricular microacupuncture can help remove unwanted individual psychological features of a personality such as presence of negative emotions and difficulty of their overcoming and create wanted terms for the realization of orthopaedic treatment and adaptation to the made removable laminar dentures.

Key words: stress, adaptation, reflexotherapy.

Література

1. Левко В.П. Клініко-експериментальне обґрунтування підвищення ефективності процесів адаптації при лікуванні знімними видами зубних протезів в ранні терміни: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук. - К., 1999. - 20 с.
2. Заявка РФ № 2005109519.
3. Карелин А.А. Психологические тесты: в 2 т. / А.А. Карелин. - М.:

Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. - Т. 1. - 312 с.

4. Патент № 54198 від 25.10.10.

Стрес - це неспецифічна реакція організму на ендогенні та екзогенні чинники. Одним із стресових чинників може бути необхідність звернення по стоматологічну допомогу.

Повсякденний досвід клініцистів показує, що втручання, які здійснюються у стоматологічних клініках, супроводжуються помітними психоемоційними зрушеннями, які відбиваються на функції всіх систем та органів людини. Зниження стресових реакцій та, ще краще, запобігання їм набуває при цьому великого значення.

Як відомо, основним критерієм оцінки якості ортопедичного лікування із застосуванням знімних протезів для пацієнтів і однією з гострих клінічних проблем у ортопедичній стоматології є адаптація до протеза, тобто процес звикання до зубного протеза.

Протез, внесений до порожнини рота, є сильним подразником рецепторів слизової оболонки і періодонта. Завдяки здатності рецепторів до адаптації значна частка інформації від подразника не досягає нашої свідомості, тому вищі відділи ЦНС не перевантажуються надмірною інформацією. Це пояснює порівняно швидке звикання пацієнтів до незнімних конструкцій, але коли інтенсивність подразника висока (знімні протези), включаються вищі механізми, і збудження від рецепторів досягає сфери свідомості. У цій ситуації швидкість вироблення кіркового гальмування, формування нових умовно-рефлекторних зв'язків залежить від того, наскільки динамічні й урівноважені нервові процеси людини.

Характер і глибина реакцій пацієнта відносно адаптації до протезів суто індивідуальні та залежать від комплексу психічних, інтелектуальних, соціальних і інших характеристик особи пацієнта.

Відомий спосіб підвищення ефективності процесів адаптації до знімних

зубних протезів за допомогою використання природного адаптогену - елеутерококу [1].

Однак екстракт елеутерококу стимулює утворення гормонів глюкокортикоїдів, а отже, може підвищувати рівень глюкози, що робить його вживання недоцільним для застосування при ЦД.

Відомим є спосіб лікування пацієнтів із дефектами щелепно-лицьової ділянки, який передбачає передпротезну підготовку, під час якої визначають показання та протипоказання до ортопедичного лікування і лікування рубцево змінених тканин, здійснюють ортопедичне лікування і заняття з адаптації до протезів. Спосіб обраний за прототип [2].

Недоліки способу пов'язані з неможливістю об'єктивно оцінити процес адаптації до протезів.

В основу корисної моделі поставлено завдання вдосконалення способу профілактики психологічної дезадаптації до знімних пластинкових протезів, у якому за рахунок визначення характерологічних особливостей особи пацієнта, що могли б мати значення в порушенні адаптації до знімних протезів, та використання рефлексотерапії досягається зниження рівня особової і реактивної тривожності пацієнта, за рахунок чого відбувається адаптація до знімних пластинкових протезів.

Поставлене завдання вирішується в способі профілактики психологічної дезадаптації до знімних пластинкових протезів, який здійснюють шляхом проведення сеансів по адаптації згідно з корисною моделлю, попередньо визначають рівень реактивної і особової тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна, після чого для зниження рівня тривоги проводять аурикулярну мікроголкутерапію голками-кнопками безперервною дією на групу акупунктурних точок. Тривалість циклу становить 7 днів, проводять 3 курси аурикулярної мікроголкутерапії, інтервал між циклами - 5 днів.

Невідповідність об'єктивних проявів і скарг деяких пацієнтів, необгрунтованість претензій до якості протезів, неадекватність вимог і

поведінки пацієнтів нерідко створюють непереборні труднощі для лікаря, служать джерелом конфліктів. Тому важливо об'єктивно визначити рівень тривоги.

Ми вважаємо, що успішне розв'язання проблем, що стоять у ортопедичній стоматології в питанні адаптації до знімних пластинкових протезів, багато в чому залежить від прогностичних методів, які дозволяють уже на початкових етапах лікування виявляти й усувати причини дезадаптації до знімних протезів.

Проведення корекції дозволило запобігти патологічному реагуванню на протез і усунути психологічну дезадаптацію до нього.

Охарактеризуємо спосіб, який заявляється.

Для оцінки рівня реактивної й особової тривожності використовують комп'ютерну програму психодіагностичного тесту Спілбергера-Ханіна.

При інтерпретації результат можна оцінювати так:

до 30 - низька тривожність; 31-45 - помірна тривожність;

46 і більше - висока тривожність.

Після оцінки рівня реактивної й особової тривожності проводять аурикулярну мікроголкутерапію голками-кнопками.

У хворих, яким уперше застосовують аурикулотерапію, сеанси треба робити в положенні лежачи.

Класичним способом ставлять спеціальні голки-кнопки, які за формою нагадують канцелярські кнопки в аурикулярні точки вуха. У порівнянні з мікроголками для корпоральних точок вони мають менший розмір, а стрижень голки перпендикулярний гілкам ручки.

Використовують такі точки вуха: зона протикозелка AP 29 (локалізація: на зовнішній поверхні протикозелка, дещо нижче від середини його заднього ребра) і AP 34 (локалізація: на внутрішній поверхні протикозелка, в середній третині його переднього ребра); зона трибічної ямки Ap55 - Шень-мень (локалізація: в кутку з'єднання ніжок протизавитка, дещо

ближче до верхньої ніжки).

Мікроголкутерапію проводять циклами, безперервно діючи на групу акупунктурних точок. Тривалість циклу - 7 днів, оскільки застосовують голки зі срібла.

Перерва між циклами - 5 днів.

Для досягнення значущого клінічного ефекту, а також для закріплення отриманих результатів проводять 3 курси аурикулярної мікроголкутерапії. Інтервал між циклами - 5 днів.

Після кожного циклу оцінюють рівень реактивної й особової тривожності. Після істотного зниження показників рівнів реактивної й особової тривожності припасовують знімні пластинкові протези.

Приклад. Хвора Д., 57 років. Діагноз: частковий знімний протез на нижній щелепі.

Направлена на консультацію.

Скарги на неможливість користування частковим знімним пластинковим протезом через болі під базисом протеза, що посилюються під час їди. Протез виготовлений 2 місяці тому. З першим лікарем відбувся конфлікт, оскільки хвора висловила незадоволеність виготовленим протезом, посиляючись на неприємні відчуття і болі, а лікар грубо відмовився провести повторну корекцію. Спроба самостійно «пристосуватися» до носіння протеза успіху не мала, що призвело до розвитку дратівливості, плаксивості, пригніченості.

Об'єктивно: слизова оболонка протезного ложа звичайного кольору, не змінена, рівномірна атрофія альвеолярних відростків нижньої щелепи в ділянці молярів. При натисканні на протез скаржитья на болі під його базисом. Огляд протеза не виявив у ньому недоліків, відсутні гострі краї, шорсткості на внутрішній поверхні базису протеза, оклюзійні контакти вивірені.

Хвора тривожна, песимістично налаштована щодо сприятливого

результату протезування.

Дані психодіагностичного тестування: тест Спілбергера-Ханіна - рівень реактивної тривожності 51, рівень особової тривожності - 57.

Нами була застосована аурикулярна мікроголкутерапія: поставлені класичним способом спеціальні голки-кнопки в аурикулярні точки зони протикозелка AP 29, AP 34 і трибічної ямки Ap55 -Шень-мень.

Мікроголкутерапію проводили циклами, тобто безупинною дією на групу акупунктурних точок. Тривалість циклу - 7 днів. Потім зробили 5-денну перерву між циклами.

Для досягнення значущого клінічного ефекту, а також для закріплення отриманих результатів провели 3 циклі курсу аурикулярної мікроголкутерапії. Інтервал між циклами складав 5 днів.

Після циклу голкотерапії проводили психодіагностичне тестування.

Після закінчення 3-го циклу провели оцінку рівня реактивної й особової тривожності з використанням комп'ютерної програми психодіагностичного тесту Спілбергера-Ханіна. Тест показав істотне зниження показників: рівень реактивної тривожності - 31, рівень особової тривожності - 27.

Припасування протеза зроблено в день закінчення курсу аурикулярної мікроголкутерапії.

Контрольні огляди були зроблені через 3 дні, через тиждень, 20 днів, через місяць. Скарг на больові відчуття при користуванні знімними протезами немає.

Таблиця 1

Вікові групи за А.А. Маркосян

	Чоловіки	Жінки	Всього
Перший і другий періоди V вікової групи (чоловіки 22-60 років, жінки 21-55 років)	27	37	64
VI вікова група (чоловіки старше 60 років і жінки старше 55 років)	20	46	66

Разом	47	83	130
-------	----	----	-----

Основні критерії відбору пацієнтів були такі: наявність часткових або повних дефектів зубних рядів; стійкі порушення адаптації до знімних протезів, невіддатливі корекції; порушення адаптації в повторно протезованих хворих, не виправлені попереднім лікарем унаслідок порушення стосунків між лікарем і пацієнтом; багаторічна дезадаптація до протезів, що збереглася після повторних протезувань; ортопедистоматологи мали серйозні утруднення в кваліфікації причин дезадаптації до протезів.

Скарги пацієнтів були різні, і наголошувалося яскраве забарвлення емоційних переживань. Найхарактерніші були скарги на дискомфорт у порожнині рота, відчуття чужорідного тіла, слинотечу, мігруючі алгічні відчуття під базисом протеза, парестезії та пекучість, розпирання, «повзання мурашок». Відчуття, як правило, не зникали після зняття протеза. Часто в пацієнтів був не один комплект протезів, вони неодноразово переробляли їх, вимагали постійної корекції. Були скарги, пов'язані з неправильною інтерпретацією дій лікаря: «зліпок зламав, а потім по шматочках збирав», «обточив протези і все зіпсував» і т. п.

Нами було обстежено 130 пацієнтів віком від 41 і до 78 років із порушенням адаптації до знімних протезів, які були направлені на консультацію і лікування в ХОСП (база кафедри ортопедичної стоматології і ортодонції ХМАПО) в період 2006-2010 рр. зі стоматологічних поліклінік м. Харкова і Харківської області.

Пацієнтів розділили на 2 групи: до першої групи ввійшли пацієнти, в яких скарги підтвердилися об'єктивними ознаками, підтвердженими традиційними методами дослідження, використовуваними в ортопедичній стоматології; другу групу склали хворі, в яких традиційні методи дослідження, використовувані в ортопедичній стоматології, не дозволили

виявити причини дезадаптації до знімних протезів, тобто скарги об'єктивно не підтвердилися.

Контрольну групу склали пацієнти, в яких адаптація до знімних протезів проходила адекватно і у встановлені терміни.

Для оцінки рівня реактивної й особової тривожності ми використовували комп'ютерну програму психодіагностичного тесту Спілбергера-Ханіна. Цей метод не вимагає великих тимчасових і фінансових витрат, ефективний, оскільки значно спрощує процес тестування, скорочує час обробки отриманого результату, а також є важливим джерелом потрібної інформації і одним зі способів оцінки медичного статусу пацієнта [3].

У таблицях 2 і 3 наведені дані про різні рівні реактивної й особової тривожності у хворих при дезадаптації до знімних протезів і при адекватній адаптації до знімних протезів.

Таблиця 2

Рівень реактивної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна

Група	Кількість пацієнтів	Рівень реактивної тривожності		
		низький	помірний	високий
Перша	34	7	12	15
Друга	66	2	6	60
Контрольна	30	20	7	3
Всього	130			

Таблиця 3

Рівень особової тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна

Група	Кількість пацієнтів	Рівень особової тривожності		
		низький	помірний	високий
Перша	34	17	7	10
Друга	66	2	8	56

Контрольна	30	24	4	2
Всього	130			

Наведені в таблиці дані показують, що високий рівень реактивної й особової тривожності частіше зустрічається в пацієнтів із дезадаптацією до знімних протезів у порівнянні з пацієнтами, в яких адаптація наставала у встановлені терміни.

Дані таблиці також наочно показують, що рівень реактивної й особової тривожності вищий у осіб, у яких традиційні методи дослідження, використовувані в ортопедичній стоматології, не дозволили виявити причини дезадаптації до знімних протезів, ніж у пацієнтів, у яких скарги підтвердилися об'єктивними ознаками, підтвердженими традиційними методами дослідження, використовуваними в ортопедичній стоматології.

Обстеження із застосуванням опитувальника Спілбергера-Ханіна показало, що з першої групи в 15 пацієнтів (44,1 %) був високий рівень реактивної тривожності, а в 10 (29,1 %) - високий рівень особової тривожності; в другій групі - в 60 пацієнтів (90,9 %) був високий рівень реактивної тривожності, а в 56 (84,8 %) - високий рівень особової тривожності. У контрольній групі були такі показники - в 3 (10 %) пацієнтів був високий рівень реактивної тривожності, а у 2 (6,7 %) - високий рівень особової тривожності.

Зіставлення даних, отриманих за допомогою психодіагностичного тесту Спілбергера-Ханіна, дозволяє віднести до групи ризику пацієнтів із високим рівнем реактивної й особової тривожності та прогнозувати добру адаптацію в осіб із низьким рівнем цих показників.

З метою корекції психоемоційного стану пацієнтів із високим рівнем реактивної й особової тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна, в яких традиційні методи дослідження, використовувані в ортопедичній стоматології, не дозволили виявити причини дезадаптації до знімних пластинкових протезів, для створення позитивної установки і мотивації,

зниження емоційної напруженості та відчуття тривоги, прискорення адаптації до знімних пластинкових протезів ми застосували пролонговану аурикулярну мікроголкотерапію голками-кнопками.

Унаслідок проведення відповідної корекції із застосуванням пролонгованої аурикулярної мікроголкотерапії голками-кнопками було досягнуте істотне зниження показників рівнів реактивної й особової тривожності, що значною мірою сприяло тому, що більшість пацієнтів із дезадаптацією до знімних протезів почали успішно користуватися ними. Майже в 90 % випадків позитивний ефект був досягнутий без заміни протезів. Проведення корекції дозволило запобігти патологічному реагуванню на протез і усунути психологічну дезадаптацію до нього.

Оцінка ефективності корекції проводилася на підставі клінічних критеріїв. Основними критеріями ефективності дії корекції служили нормалізація або поліпшення психічного стану пацієнта, зниження рівнів реактивної й особової тривожності, сприятлива динаміка процесу адаптації до знімних протезів.

Контроль спостережень проводили на 20 день, 1 місяць, 3, 6, 12 місяців. Під час контрольних відвідин оцінювали ставлення пацієнтів до протеза, ефективність жування (за допомогою жувальних проб), гігієнічний стан протезів і стан слизової оболонки порожнини рота.

Отже, психологічна корекція з використанням пролонгованої аурикулярної мікроголкотерапії голками-кнопками допомагає усуненню несприятливих індивідуальних психологічних особливостей особи (наявність негативних емоцій і важкість їх подолання), створює сприятливі умови для проведення ортопедичного лікування й адаптації до виготовлених знімних пластинкових протезів [4].