

ния этой проблемы позволит разработать научно обоснованный подход к оптимизации фонетической адаптации человека при стоматологической реабилитации и повысить его качество жизни.

Цель работы – анализ вероятности нарушений звукопроизношения после стоматологического вмешательства и выявление значимых факторов, влияющих на речевую адаптацию.

Методика исследования. Под наблюдением находилось 457 относительно здоровых пациентов в возрасте 19–69 лет (ср. возраст – $44,95 \pm 2,05$ года), проходивших лечение на базе клиники стоматологии ВолГМУ в период с 2002 по 2005 год и имевших реставрации и (или) ортопедические конструкции во фронтальной группе зубов. При этом стоматологические конструкции отвечали всем требованиям изготовления и были удовлетворительного качества, а сами обследуемые ранее не отмечали у себя каких-либо (врожденных или приобретенных) дефектов речи. В процессе обследования учитывались пол, возраст пациента, зубная формула, вид конструкции, нарушения речи после стоматологического вмешательства и сроки восстановления звукопроизношения. Данные обрабатывались методом вариационной статистики с программным пакетом «STATISTICA».

Результаты исследования. Среди обследованных за стоматологической помощью обратилось $64,3 \pm 2,2\%$ женщин и $35,7 \pm 2,2\%$ мужчин. Причем в группу от 19 до 21 года (юношеский возраст) вошло $2,2 \pm 0,7\%$, в группу от 22 до 35 лет (период первой зрелости) – $26,7 \pm 2,1\%$, в группу от 36 до 55 лет у женщин и до 60 лет у мужчин (период второй зрелости) – $51,2 \pm 2,3\%$, в группу пожилого возраста (>55 лет у женщин и >60 лет у мужчин) – $19,9 \pm 1,9\%$ пациентов. Возрастные распределения в зависимости от пола почти не различались за исключением группы пожилых, численность которой у женщин в 1,9 раза выше, чем у мужчин.

Анализ состояния передней группы зубов у обследованных пациентов показал, что к наиболее частым видам стоматологического вмешательства относятся реставрация зубов ($37,4 \pm 2,3\%$) и протезирование мостовидными конструкциями ($35,7 \pm 2,2\%$). Значительно реже встречалось протезирование коронками ($19,7 \pm 1,9\%$) и съемными протезами ($7,2 \pm 1,2\%$). При этом по месту расположения доминировали сочетанные повреждения зубов верхней и нижней челюсти ($62,2 \pm 0,9\%$), стоматологические вмешательства только на зубах верхней челюсти имели место в $32,5 \pm 0,9\%$, а на зубах нижней челюсти – в $5,3 \pm 0,4\%$ случаев. Выявленная закономерность оказалась характерной как для мужчин, так и для женщин (достоверность различий отсутствовала).

Важным является выявленный факт временного нарушения звукопроизношения после стоматологического вмешательства на передней группе зубов у $40,0 \pm 2,3\%$ обследованных. При этом процесс фонетической адаптации занимал от 2 до 90 дней и в среднем составил $23,2 \pm 6,4$ дня. Частоту и продолжительность нарушений определяли пол и возраст пациента, а также расположение (верхнее, нижнее или сочетанное) и вид конструкции (реставрация, коронки, мостовидные или съемные протезы). Несмотря на то, что нарушения произношения звуков у женщин возникали в 1,9 раза чаще ($48,3 \pm 2,9\%$), чем у мужчин ($25,2 \pm 3,4\%$), восстановление речи у них происходило значительно быстрее (за $18,6 \pm 1,7$ дней у женщин и за $27,8 \pm 5,2$ дней у мужчин).

Возраст пациента, не оказывая значимого влияния на возникновение фонетического дефекта, во многом определял продолжительность фонетической адаптации. Так, в возрастном периоде первой зрелости нарушения звукопроизношения имели место в $41,8 \pm 4,5\%$ случаев. Примерно такой же процент ($39,3 \pm 3,2\%$) отмечался в периоде второй зрелости. В группе пожилого возраста этот показатель оказался несколько выше и составил $44,0 \pm 5,2\%$. Выявленный факт отсутствия фонетических нарушений после стоматологического вмешательства у лиц юношеского возраста нельзя считать достоверным из-за малочисленности группы (10 человек). Вместе с тем продолжительность фонетической адаптации имела прямую зависимость от возраста и составила: в периоде первой зрелости – $12,0 \pm 1,3$, в периоде второй – $19,5 \pm 2,8$, а в пожилом возрасте – $38,3 \pm 3,8$ дней ($p < 0,01$).

Определяющую роль и в возникновении дефекта речи, и в продолжительности процесса адаптации, играют локализация зубной патологии и вид стоматологического вмешательства. Наиболее часто нарушения звукопроизношения наступало при сочетанном стоматологическом вмешательстве на зубах верхней и нижней челюсти ($50,0 \pm 3,7\%$), при вмешательстве только на верхней группе зубов дефекты речи возникали у $38,9 \pm 3,6\%$, а на нижней – у $11,1 \pm 2,3\%$ обследованных. Кроме того, установлено,

что частота нарушений звукопроизношения находится в прямой зависимости от сложности конструкции. Например, если у пациентов со съемными протезами дефекты речи имели место в $50,1 \pm 3,6\%$, то при сочетании мостовидных протезов на одной челюсти с реставрацией на другой – уже в $96,8 \pm 3,2\%$ случаев. Значительно реже нарушения речи возникали при протезировании мостовидными протезами ($35,8 \pm 3,8\%$), коронками ($35,5 \pm 3,9\%$), при реставрации зубов композиционными материалами ($33,1 \pm 4,3\%$) и при сочетании реставрации зубов на одной челюсти с коронками на другой ($32,8 \pm 4,6\%$). При этом максимальное время восстановления речи занимало у пациентов со съемными протезами ($45,2 \pm 2,7$ дней). Значительно меньше времени на восстановление требовалось пациентам с мостовидными протезами ($29,8 \pm 4,3$ дней), с коронками ($21,1 \pm 0,2$ день), с сочетанием мостовидных протезов с реставрацией зубов ($18,2 \pm 1,6$ дней), а также с сочетанием коронок и реставраций ($10,5 \pm 0,8$ дней). Нарушения звукопроизношения, вызванные реставрацией зубов композиционными материалами, восстанавливались в самые короткие сроки, то есть за $4,1 \pm 0,3$ дня.

Выводы. Проблема фонетической адаптации в процессе стоматологической реабилитации включает социальный и клинико-физиологический аспекты. Выявленные факторы, препятствующие фонетической адаптации, открывают возможность для разработки психофизиологического подхода к ее оптимизации.

Литература

1. Алефиренко Н.Ф. Теория языка. Введение в общее языкознание. – Волгоград: Перемена, 1998. – 439 с.
2. Бизяев А.Ф. и др. Премедикация в условиях стоматологической поликлиники. – Саратов: Изд-во СаратовГУ, 1992. – 136 с.
3. Калинина Н.В. Руководство по ортопедической стоматологии. – М., 1974. – С. 324–331.
4. Ларионов В.М. // Рос. стоматол. ж. – 2002. – №2. – С. 19–22.
5. Трезубов В.Н., Арутюнов С.Д. Стоматология. – М: Медицинская клиника, 2003. – С. 39.

УДК. 616.31:614.253

ИССЛЕДОВАНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

И. В. ФИРСОВА*

Острая нуждаемость в лечении зубочелюстной патологии на фоне высокой распространенности стоматологических заболеваний, при отсутствии четкой и социально-гарантированной политики в отношении этого вида медицинских услуг со стороны государства, предопределяет стратегию активного вовлечения пациента в лечебно-профилактический процесс. Такая тактика позволит более эффективно решать проблемы, связанные с экономическими, социальными, этическими аспектами стоматологического лечения [2, 3, 5]. Постепенно иждивенческое отношение населения к своему здоровью, которое сформировалось благодаря реалиям советского периода сходит на нет. Возрастающая медико-социальная и экономическая грамотность и активность населения пересматривает понятие «ответственности за сохранение здоровья» переводя его в категорию, требующую законодательное, правовое, социальное, психологическое, медицинское осмысление [1, 4]. Мотивация к сохранению здоровья, в том числе, стоматологического, во многом определяется отношением человека к своему состоянию как ценности, которая обеспечивает успешную (достойную) жизнедеятельность. Здоровье позволяет каждому реализовать набор физических, духовных и социальных возможностей, в той или иной мере реализовать свой потенциал. Развитие системы медстрахования и рыночных отношений и состояние здравоохранения свидетельствуют о необходимости изучать проблему комплаентного поведения пациента. При этом понятие «комплаентность» можно и нужно рассматривать не только как осознанное выполнение врачебных рекомендаций, но и как мера ответственности пациента за сохранение своего здоровья и качество оказания ему стоматологической помощи.

*Волгоградский ГМУ, кафедра терапевтической стоматологии

Цель работы – выявление факторов, формирующих комплаентное поведение пациентов стоматологического профиля.

Материалы и методы. В процессе изучения комплаентности стоматологических пациентов было опрошено 400 пациентов (200 сельских и 200 городских жителей), находящихся на амбулаторном приеме в стоматологических поликлиниках Волгограда и области. Группу сельских респондентов составили 139 женщины и 61 мужчина, группу городских пациентов – 124 женщины и 76 мужчин. Возрастная категория колебалась от 20 до 56 лет. Из них 31±2,3% респондентов имели среднее образование, 46±2,4% – среднее специальное, а 23±2,1% лиц – высшее образование. В анкетировании принимало участие, в основном, работающее население (61±2,4%) и обучающаяся молодежь (36±2,4%). Для исследования использовалась разработанная нами анкета, включающая вопросы, позволяющие выявить отношение пациента к стоматологическому лечению: соблюдению его регламента, роль врача в формировании комплаентного поведения, изучить социологический портрет пациента стоматологического профиля.

Основываясь на результатах, полученных в ходе опроса, можно сделать вывод, что более половины респондентов (77±2,1%) из числа сельских жителей не выполняет в полном объеме всех рекомендаций врача-стоматолога в процессе лечения. Данные анкетирования показывают, что 75±2,1% пациентов мужчин, принявших участие в опросе не комплаентны. Из них на мужчин возрастной категории 20-29 лет приходится 22,8±2,1%, 30-39 лет – 34,2±2,3%, ≥40 лет – 17,9±1,9%. При изучении образовательного уровня выяснилось, что чаще не придерживаются регламента лечения и рекомендаций врача лица со средним и средним специальным образованием (26,0±2,2% и 37,5±2,4%, соответственно). С высшим образованием – 11,4±1,6%.

У женщин с низкой комплаентностью выявлено всего 33±2,3% лиц: 14,3±1,7% в возрасте 20-29 лет; 12,9±1,6% в возрасте 30-39 лет и 5,7±1,1% ≥40 лет. Женщины со средним образованием составили 14,3±1,7% из числа опрошенных, со средним специальным – 15,7±1,8% и 3,0±0,8% – с высшим образованием.

Каждый третий респондент, проживающий в сельской местности (33±2,3%) уклоняется от дальнейшей санации полости рта, избавившись от острой боли. Из них 21,0±2,0% составляют мужчины. Причем, качество лечебной помощи для данной группы населения, в основном, заключается в купировании болевого симптома и сравнительно недолгой в финансовом отношении услуге. Помимо дискомфорта, связанного с обстановкой стоматологического кабинета, 53,0±2,4% опрошенных не удовлетворены психологическим контактом с врачом. Этому способствует, по мнению респондентов, дефицит информации о предстоящем лечении и возможных осложнениях, игнорирование мнения пациента и пожеланий при обсуждении плана стоматологического вмешательства. Интересно, что 47,0±2,5% лиц (21,0±2,0% мужчин и 26±2,2% женщин) придерживаются тактики посещения одного и того же стоматолога. Большим доверием у сельского пациента пользуется муниципальная поликлиника, чем частная (80±2,0%). Не последнее место в выборе специалиста играют его личностные характеристики. Фактор коммуникативности врача как определяющего удовлетворенность стоматологической помощью отмечает каждый второй респондент.

Результаты опроса городского населения показывают, что 57±2,4% респондентов не выполняют рекомендации врача-стоматолога и не соблюдают регламент лечения. Среди мужчин выявлено 82,8±1,8% не комплаентных пациентов. Из них 27,6±2,2% приходится на лиц в возрасте 20-29 лет, 33,2±2,3% – на лиц в возрасте 30-39 лет и 22,0±2,1% мужчин старше 40 лет. По образовательному уровню пациенты, не придерживающиеся регламента лечебных мероприятий, распределились следующим образом: 47,3±2,4% – лица со средним специальным образованием, 19,7±1,9% – лица с высшим образованием и 15,7±1,8% – со средним. Среди женщин выявлено 41,1±2,4% лиц с низкой комплаентностью: 15,3±1,7% в возрасте 20-29 лет, 13,7±1,7% в возрасте 30-39 лет и 12,1±1,6% старше 40 лет. Из них 7,3±1,3% лиц с высшим образованием, 9,6±1,5% лиц со средним образованием и 24,1±2,1% со средним специальным. На комплаентное поведение городских больных влияет достоверная информация о лечении (52±2,4%), психологический «комфорт» в отношениях с врачом (44±2,4%), материальный аспект (4±0,9%). Среди городских пациентов распространена практика посещения одного сто-

матолога (55±2,4%), причем достоверных различий в предпочтении государственных клиник (по данным анкеты) нет.

Выводы. Результаты анкетирования наглядно свидетельствуют о низкой степени комплаентности пациентов стоматологического профиля как сельских, так и городских. Данные опроса указывают на некоторые половые и возрастные признаки, характеризующие некомплаентного пациента, и позволяют составить обобщенный социальный портрет больного, уклоняющегося от своевременного лечения стоматологической патологии. Опрос пациентов стоматологических поликлиник выявил, что чаще всего в роли некомплаентного пациента выступает мужчина 30-39 лет, имеющий среднее специальное образование.

Литература

1. Вагнер В.Д. Прогноз и тенденции развития стоматологии с позиций специалистов и населения: Автореф. дис...канд. мед. наук. – Омск, 1998. – 23 с.
2. Гаджиев Р.С. и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – №2. – С.23–26.
3. Галёса С.А. // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2004. – №1(2). – С.52–55.
4. Гринин В.М. и др. // Стоматология. – 2003. – №2. – С.65–67.
5. Леонтьев В.К. и др. // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории мед. – 2000. – №1. – С.35–39.

УДК: 616.314 – 089.28/29

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕРМОПЛАСТИЧНЫХ БЕЗАКРИЛОВЫХ ПОЛИМЕРОВ

А.В. ВИНКУР, И.П. РЫЖОВА*

Предложены способы применения термопластических безакриловых полимеров в качестве фиксирующих элементов протезов и проведено клиническое изучение эффективности ортопедического лечения съемными конструкциями зубных протезов, с использованием разных конструктивных материалов.

Несмотря на большие достижения в области имплантологии, профилактики и лечения стоматологических заболеваний, потребность в протезировании съемными конструкциями протезов остается актуальной. Научные данные говорят о неуклонном росте количества больных, которые нуждаются в нем [1–3].

Использование съемных конструкций зубных протезов способствует восстановлению утраченной формы и функции челюстно-лицевой системы вследствие частичной или полной потери зубов, а также одновременно служит средством профилактики осложнений в плане вторичных деформаций зубных рядов и заболеваний пародонта [5,6,9]. Пациенты с частичным отсутствием зубов старше 50 лет составляют самую обширную группу лиц, нуждающихся в таком виде ортопедического лечения — 40,2%. У лиц молодого возраста частичные съемные протезы применяются также достаточно часто — от 15 до 20% [4,9]. Развивающиеся функциональные и морфологические отклонения вследствие частичного отсутствия зубов, затрагивают все звенья зубочелюстной системы, чем объясняется сложность ортопедического лечения больных данной категории [7,8]. Следовательно, вопрос функциональной реабилитации населения с данной патологией, еще долго будет актуален. К съемным протезам пациенты предъявляют высокие требования в эстетическом плане, которые должны сочетаться с функциональностью, возможностью быстрой адаптации и комфортным использованием на протяжении длительного периода. Анализ литературы, освещающей опыт лечения больных с частичным отсутствием зубов съемными конструкциями, показал, что одними из задач протезирования съемными конструкциями являются правильный выбор метода фиксации протеза и повышение функциональной эффективности.

В настоящее время в практике ортопедической стоматологии применяются разнообразные системы фиксации съемных протезов: модификации кламмеров, телескопические коронки, замковые крепления, балки. В зависимости от конструкции и материала фиксирующие элементы обладают различными свой-

* Курский ГМУ