

РОЛЬ ПРЕМЕДИКАЦИИ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХОГЕННЫХ РЕАКЦИЙ ПАЦИЕНТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Бизяев А.А.¹, Коннов В.В.¹, Масленников Д.Н.¹, Арушанян А.Р.¹, Коннов С.В.¹

¹ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России», Саратов, e-mail: kum1@inbox.ru

Многолетняя врачебная практика показывает, что часто у стоматологических пациентов формируется стойкая психоэмоциональная установка на боль. Еще не войдя в кабинет и не видя инструментария, а лишь при одной мысли о предстоящем лечении пациент испытывает стойкое психоэмоциональное напряжение. Как правило, предпосылкой для такой реакции является негативный опыт предыдущих посещений стоматолога. Это тяжелое наследие породило целую эпоху «стоматофобии», которая усугубляла стоматологическую патологию у пациентов, так как несвоевременное лечение из-за боязни влекло за собой тяжелые осложнения. По данным литературы, до 84% пациентов испытывают чувство страха и опасения за неблагоприятный исход стоматологического лечения. Приходится признать, что в целом подход к началу стоматологического лечения проводится стандартно, без учета психоэмоционального состояния пациента и учета сопутствующей патологии. Таким образом, правильная психотерапевтическая тактика и индивидуальный подход к выбору премедикации нормализуют основные вегетативные функции организма, снижают психоэмоциональное напряжение, расслабляя и действуя успокаивающе.

Ключевые слова: психоэмоциональное напряжение, премедикация, психотерапевтическая деятельность врача.

SEDATION AND PSYCHOTHERAPEUTIC ACTIVITY ORTHOPEDICS DENTIST FOR PREVENTION OF PSYCHOGENIC RESPONDERS

Bizyaev A.A.¹, Konnov V.V.¹, Maslennikov D.N.¹, Aruthyanyan A.R.¹, Kononov S.V.¹

¹Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, e-mail: kum1@inbox.ru

Long-term medical practice shows that often have dental patients formed persistent psycho-emotional setting of pain. Not going into his room, and seeing no tools and only under thereof thoughts about the upcoming treatment causes a patient persistent emotional stress. As a general rule, a prerequisite for such a reaction is a negative experience of previous visits to the dentist. This has given rise to a whole heavy legacy "stomatofobii" era that exacerbate the pathology of dental patients, since delayed treatment because of fear entailed serious complications. According to the literature up to 84% of patients experience a feeling of fear and concern for the poor outcome of dental treatment. I have to admit that the whole approach to the beginning of dental treatment is carried out as standard, without consideration of mental and emotional state of the patient and consideration of comorbidity. Thus, proper psychotherapeutic tactics and individual approach to the choice of premedication, normalize basic autonomic functions of the body, reduce the emotional stress by relaxing and calming acting.

Keywords: emotional stress, premedication, psychotherapeutic physician activity.

В современных условиях для оказания комплексной стоматологической помощи пациентам необходимо учитывать не только характер основного заболевания, но и особенности психосоматического состояния пациента, и отношение его к стоматологическому лечению [14]. Основными предпосылками необходимости психологической подготовки являются постоянно возрастающие требования к качеству стоматологической помощи, в частности ортопедической, и немаловажный фактор увеличения распространенности пограничных психических расстройств среди современного населения. Учитывая важную роль профилактики и коррекции психоэмоциональных нарушений для повышения эффективности стоматологической помощи, уже на начальных

этапах диагностики патологии зубочелюстной системы необходимо сочетать профилактику психоэмоционального напряжения с установлением индивидуальных особенностей отношения пациента к заболеванию и характерных для него эмоциональных реакций [1; 3; 6].

Основными диагностическими приемами в амбулаторной стоматологической практике являются: наблюдение за поведением пациента, его моторикой, эмоциональными и вегетативными реакциями; опрос, позволяющий выяснить особенности субъективных переживаний и отношения пациента к ним [2; 8; 9]. В качестве дополнительных методов исследования широко применяются различные опросники и психометрические шкалы. Однако основой диагностического процесса остается клиническое мышление врача, именно поэтому врачу-стоматологу необходимо не только знать основы медицинской психологии и психопрофилактики, но и применять их в своей ежедневной практике [13].

Успех протезирования во многом зависит от настроенности пациента на положительный исход лечения, желания сотрудничать с врачом в период лечения, создавая атмосферу доверия и партнерства, выстраивая систему положительных отношений «врач - пациент». Но, к сожалению, лечебный процесс порой проходит рутинно, без достаточного контакта врача с пациентом, зачастую носит формальный характер. Ко всему этому присоединяются ограничение времени амбулаторного приема, неидеальные условия лечебных кабинетов для психотерапевтического воздействия на пациентов.

К специфическим предпосылкам проведения психотерапевтических процедур на ортопедическом приеме, прежде всего, относится болезненность и травматичный характер процедур. Препарирование зубов, инъекции, ретракция, получение оттисков и т.д. - все это у пациентов вызывает страх, тревогу в ожидании боли, психоэмоциональное напряжение. Не менее значимыми факторами остаются: эстетические дефекты, нарушение речи, невозможность полноценного приема пищи, в дальнейшем сюда присоединяются психологические перестройки во время привыкания к протезам. И наконец, настроенные после нескольких недель лечения у терапевта и хирурга на однокурсный метод лечения, пациенты бывают удручены большим количеством повторных посещений, характерных для ортопедического приема.

Цель исследования

Таким образом, целями психотерапевтической работы стоматолога-ортопеда являются купирование тревожности и психоэмоционального напряжения, коррекция нервного отношения пациентов к ортопедическому лечению и предотвращение невротических реакций.

Самая распространенная форма психотерапии – охранительный щадящий режим в отделении (поликлинике). Сюда входит уют и непохожесть интерьера поликлиники на

обстановку лечебного учреждения. Это достигается за счет использования витражей, картин, слайдов, освещения, тихой музыки, аквариумов и т.д. Врачебный кабинет не должен быть загроможден, стоматологическое оборудование должно иметь нейтральные цвета на фоне более ярких оттенков мебели, стен, потолка.

Следующей составляющей щадящего режима является создание благоприятных условий для взаимоотношений пациента с медицинским персоналом и врачом. Для установки таких доверительных отношений большое значение имеет их первая беседа. В первые 5–10 минут пациенту задаются традиционные вопросы, чтобы он адаптировался к обстановке, при этом может использоваться мимика врача: одобрительный кивок, улыбка и т.д. Такая тактика называется «терапия молчания». При дальнейшем общении следует исключить из употребления такие слова, как «боль», «игла», «шприц», «мертвый зуб». При этом все режущие, колющие, вращающиеся инструменты не должны попадать в поле зрения пациента.

Психосоциальный фактор подготовки пациента к лечению предполагает способность врача быстро установить сопереживающий контакт с пациентом. Некоторые врачи способны делать это интуитивно, другие достигают этого интеллектуально и эмпирически, а третьим необходимо развить эти способности в себе или в крайнем случае выучить необходимую «роль» [11; 12].

В процессе первого и последующего визитов пациента необходимо развеять все его сомнения и внимательно отнестись ко всем его пожеланиям и высказываниям. При этом на начальных этапах лечения стоматологу-ортопеду полезно использовать демонстрационные модели, слайды, фотографии, рисунки, 3D-моделирование исходной ситуации и итога предполагаемого лечения. При заинтересованности пациента в этом обязательно должны обсуждаться вопросы о материалах, из которых будет изготовлен протез, и их подробная характеристика [15; 16]. Таким образом предупреждаются и корректируются психоэмоциональное напряжение и невротические реакции, возникающие при недостатке информации у пациента и как следствие неведения или ошибочных суждений. Такая информация должна предоставляться и о причинах, прогнозе, особенностях, характере заболевания, всех лечебно-восстановительных мероприятиях, правилах поведения пациента, направленного на преодоление болезни. При этом не следует давать пациенту больших гарантий, кроме вселения уверенности и успокоения. На протяжении всего периода лечения пациент должен ощущать внимание, заинтересованность и симпатию к нему.

Заметное психотерапевтическое действие носит непосредственное протезирование, которое исключает даже кратковременную нетрудоспособность или ущербность пациента при утрате одного или нескольких как передних, так и боковых зубов.

При этом наиболее распространенными ошибками врачей-ортопедов, приводящими к созданию негативного эмоционального фона на приеме, являются нарушение принципов законченности лечения и игнорирование анестезиологической защиты пациента на приеме (премедикация и обезболивание).

Таким образом, в структуре психотерапевтической деятельности врача ортопеда-стоматолога и качества психологической подготовки пациента можно выделить следующие компоненты:

1. Профессиональный – клиническая зрелость, высокие мануальные навыки врача и эрудиция.
2. Психосоциальный – создание доверительных отношений и сопереживающего контакта врача с пациентом.
3. Этический – достигается повышением уровня культуры врачебного приема.
4. Организационный – включает в себя четкость работы всех служб и подразделений в стоматологической поликлинике.

На стоматологическом приеме врачу прежде всего приходится сталкиваться не с пациентами, имеющими психические патологии, а с лицами, имеющими как отчетливое преобладание, так и ярко выраженные отдельные черты личности [10]. Чаще встречается преобладание астенических черт, затем возбудимых, тревожных, демонстративных и сензитивных. Такие индивидуально-типологические особенности стоматологических пациентов и степень их выраженности имеют важное значение для прогнозирования состояний повышенного психоэмоционального напряжения в процессе лечения.

Материалы и методы исследования

Для правильного выбора метода воздействия на пациента необходимо выяснить его отношение к своему заболеванию и уровень тревожности, определяющий психоэмоциональное напряжение. Учитывая специфику амбулаторного стоматологического приема врача ортопеда-стоматолога, и для количественной характеристики интенсивности тревожности нами использовалась шкала Спилбергера в адаптации Ханина [14].

Пациенту предлагалось внимательно прочитать каждое из указанных ниже предложений и зачеркнуть соответствующую цифру справа в зависимости от того, как он чувствует себя в данный момент.

	Нет, это совсем не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно не верно
1. Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
2. Я нервничаю	1	2	3	4
3. Я не чувствую скованности,	1	2	3	4

напряженности				
4. Я доволен	1	2	3	4
5. Я озабочен	1	2	3	4

Отмеченные баллы суммируются, при этом 2-й и 5-й вопросы оцениваются количеством баллов, соответствующих зачеркнутой цифре ответа; 1-й, 3-й, 4-й вопросы оцениваются в обратном порядке. Уровень тревоги, таким образом, будет находиться в диапазоне от 5 до 20 баллов. Полученные результаты определяют уровень тревоги:

5–8 баллов – низкий;

9–11 баллов – умеренный;

12–17 баллов – высокий;

18–20 баллов – очень высокий.

В дополнение с той же целью возможно применение Шкалы клинической стоматологической [7], позволяющей определить структуру личностных особенностей пациента с целью определения прогноза при стоматологическом вмешательстве, и индивидуализации премедикации при ее необходимости [4; 5].

Оценка психоэмоционального состояния проводится по диагностике клинических типов реакций.

Астеническая – головные боли, повышенная утомляемость, раздражительность, слезливость, плохая переносимость резких звуков и яркого света.

Депрессивная – вялое подавленное настроение, нет уверенности в успехе лечения, голос негромкий, мало выразительный, пациент немногословен.

Тревожная – внутренняя настороженность, беспокойство, волнение, страх перед вмешательством, нет уверенность в благоприятном исходе лечения.

Ипохондрическая – пациент предъявляет много жалоб, тщательно их детализирует, подробно соблюдает хронологию событий, образно описывая характер болевых ощущений. Отмечается несоответствие между количеством жалоб и имеющимися патологическими изменениями. Пациент много и охотно обследуется, обращается к различным специалистам.

Истерическая – поведение характеризуется демонстративностью, театральностью, стремлением привлечь к себе как можно больше внимания, вызвать сочувствие, невнимание вызывает чувство обиды. Мимика живая, речь и движения выразительные. Чаще встречается у женщин.

Степень выраженности реакций определяется по 4-балльной системе.

0 – отсутствует.

1 – легкая (симптомы непостоянны, слабо выражены, поведение существенно не изменено).

2 – умеренная (симптоматика постоянная и не вызывает сомнений, поведение пациента меняется соответственно преобладающей психоэмоциональной реакции).

3 – выраженная (психоэмоциональное расстройство является главным фактором, определяющим поведение больного и его состояние, пациент плохо контролирует поступки).

Анализ данных об успокаивающем действии психофармакологических препаратов и опыт их применения в амбулаторной стоматологической практике свидетельствуют о широком использовании транквилизаторов как базовых препаратов для купирования психоэмоционального напряжения у пациентов. Таким образом нормализуется чрезмерное психоэмоциональное напряжение и устраняется чувство тревоги. При этом снижается острота реакции на окружающие раздражители, уменьшается интенсивность тревоги и чувство страха. Транквилизаторы позволяют мягко, быстро и достаточно избирательно воздействовать на эмоциональную сферу, не вызывая при этом отрицательного влияния на гемодинамику, а нормализуя ее у лиц с нарушениями вегетативной регуляции. Короткие курсы терапии, а тем более однократный прием препаратов, является наиболее адекватным для амбулаторной стоматологической практики, не давая серьезных побочных эффектов и не вызывая привыкания.

Результаты исследования

Применение психофармакологических препаратов на амбулаторном стоматологическом приеме требует дифференциального подхода в зависимости от степени выраженности тревоги, индивидуально-типологических особенностей, неврологического статуса пациента, переносимости препарата и т.д. При отсутствии проявления тревоги, стресса и эмоционального напряжения или при незначительной их выраженности применение психотропных препаратов нецелесообразно. Исключение могут составлять пациенты с сопутствующей патологией (ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, нарушениями мозгового кровообращения, эндокринными заболеваниями). Корректирующую терапию психофармакологическими препаратами следует проводить пациентам при средней и сильной степени тревоги.

При средней степени эмоционального напряжения и тревоги, а также пациентам с сопутствующей соматической патологией за 40–60 минут до начала стоматологических манипуляций назначают однократно один из транквилизаторов: фенибут 0,25, мебикар 0,3, элениум 0,01, диазепам 0,005–0,01, феназепам 0,0005–0,001.

В обязательной медицинской коррекции нуждаются пациенты со значительно выраженной степенью тревоги, а также тревожно-мнительные и ипохондричные пациенты, склонные к аффективным реакциям и с пограничными психическими нарушениями. Для купирования у таких пациентов эмоционального напряжения назначают наиболее мощные

транквилизаторы: диазепам 0,005–0,01, феназепам 0,0005–0,001, или седуксен, реланиум, сибазон – в таблетках или жидком виде перорально из расчета 0,3 мг на 1 кг массы тела. Это составляет 4 таблетки по 5 мг или 2 ампулы по 10 мг при среднем весе пациента в 70 кг. Назначение дополнительно amitriptилина 0,0063–0,0125 или галоперидола 0,00075–0,0015 проявляется своеобразным анальгезирующим эффектом amitriptилина за счет повышения порога болевой чувствительности. А галоперидол проявляет выраженные противорвотные свойства и может назначаться перед этапом получения оттисков, наложения съемного протеза на верхнюю челюсть, или при затрудненной адаптации к съемным протезам.

Заключение

Проводя психофармакологическую коррекцию, не надо забывать и о побочных действиях данных препаратов, из которых самыми нежелательными для пациента становятся мышечная слабость, нарушение координации движений и сонливость. Обычно эти эффекты характерны для курсового приема, однако и после однократного назначения таких препаратов эти явления могут наблюдаться. Обычно они не всегда ярко выражены, и продолжительность их, как правило, невелика – от 30 мин до 2 часов. Для оценки восстановления координации движений пациента проводятся пальце-носовая или колено-пяточная проба, исследование в позе Ромберга.

Психофармакологическая терапия на стоматологическом приеме предупреждает также невротические расстройства и проявления психической дезадаптации. В связи с этим она может быть рекомендована на амбулаторном стоматологическом приеме в сочетании с психотерапевтической активностью врача-стоматолога.

Список литературы

1. Анисимова Н.Ю., Сирота Н.А., Рабинович С.А. Мотивационное интервьюирование в амбулаторной стоматологической практике // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2013. – № 6 (23).
2. Бизяев А.А., Коннов В.В., Перунов А.Ю., Кречетов С.А., Бизяева Н.Д. Профилактика нарушений фонетической адаптации при изготовлении несъемных ортопедических конструкций // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011. - Т. 7, № 1 (приложение). - С. 274.
3. Бизяев А.Ф., Иванов С.Ю., Лепилин А.В., Рабинович С.А. Обезболивание в условиях стоматологической поликлиники. - М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – 144 с.
4. Бизяев А.Ф., Лепилин А.В., Иванов С.Ю. Премедикация в условиях стоматологического приема. – Саратов, 1992. – 135 с.

5. Бойко В.В. Физический дискомфорт пациента на стоматологическом приеме: формы, выявление, преодоление. – СПб. : Сударыня, 2003. – 80 с.
6. Коррекция стресса пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме / А.Б. Бичун, М.С. Золотов, И.А. Родина [и др.] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика : электрон. науч. журн. – 2015. – № 2 (8).
7. Михальченко В.Ф. Системные механизмы формирования эмоционального напряжения человека в условиях стоматологического приема : дис. ... докт. мед. наук. – Волгоград, 2002.
8. Новикова С.Г. Премедикация при амбулаторных стоматологических вмешательствах в зависимости от индивидуально-типологических особенностей пациентов : дис. ... докт. мед. наук. – М., 2008.
9. Разаков Д.Х., Коннов В.В., Бизяев А.А. Ортопедическое лечение пациентов с деформациями зубных рядов и прикуса. – Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2013. - 100 с.
10. Севбитов А.В., Макеева И.М. Методы оценки и коррекции стоматофобии. – МЕДпресс-информ, 2009. – 28 с.
11. Глустенко В.П., Головина Е.С., Глустенко В.С. Функциональный анализ и ортопедическая подготовка пациентов к дентальной имплантации при трансверзальных смещениях челюсти // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. - 2011. - Т. 13, № 4-4. - С. 1211-1214.
12. Трезубов В.Н., Незнамов Г.Г. Профилактика и терапия психогенных реакций в амбулаторной стоматологической практике : методические рекомендации. – М., 1989. – 40 с.
13. Bizyaev A.A., Konnov V.V., Lepilin A.V., Maslennikov D.N., Bizyaeva N.D. // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. – 2011. – 7 (2). – P. 474–477.