

Д.Е. Суетенков,
к.м.н., доцент, зав. кафедрой стоматологии
детского возраста и ортодонтии

И.В.Фирсова,
к.м.н., доцент кафедры стоматологии
детского возраста и ортодонтии

Т.Б. Магомедов,
к.м.н., ассистент кафедры стоматологии
детского возраста и ортодонтии

О.В. Попкова,
ассистент кафедры стоматологии детского
возраста и ортодонтии

Д.Д. Суетенкова,
клинический ординатор кафедры
стоматологии детского возраста
и ортодонтии

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Контроль ортодонтической терапии по оценке выраженности синдрома психо-сенсорно- функциональной дезадаптации

Резюме. Авторами разработана модификация алгоритма определения синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации на основе самооценки состояния пациентом. Предлагаются варианты применения данной модификации определения выраженности синдрома при ортодонтическом лечении.

Ключевые слова: ортодонтическое лечение, синдром дезадаптации

Summary. The authors modified the test for determining the syndrome of psycho-sensory-functional dysadaptation. Variants of application of the test for determining the strength of the syndrome in orthodontic treatment are suggested.

Key words: orthodontic treatment, dysadaptation syndrome

Синдром психо-сенсорно-функциональной дезадаптации (ПСФДА) выражается в нарушении нормальной жизнедеятельности, работоспособности, социально-полезной деятельности. Он обусловлен субъективным восприятием и субъективной оценкой пациентом выраженности отдельных проявлений патологии, таких как неприятные ощущения, нарушения осуществления функции, наличие дефектов или деформаций, а также присутствием тревоги за исход заболевания, результаты лечения. Описание и методика диагностики данного синдрома предложены учеными Санкт-Петербургской школы стоматологии для оценки степени выраженности дезадаптации больного в виде нарушения жизнедеятельности, работоспособности, выявления взаимосвязи соматического и психического компонента в картине заболевания на примере пациентов со стоматологической и ЛОР-патологией [7]. Данный диагностический подход очень интересен, так как использует элементы самооценки пациентом, помогает уточнять план терапии в зависимости от преобладающего кластера

симптомов внутренней картины заболевания, что особенно важно в клинике ортодонтии, пациенты которой актуализированы в отношении косметических недостатков, обусловленных зубочелюстными аномалиями. Самооценка используется и в других алгоритмах оценки психоэмоционального состояния, таких как шкала Занга или шкала депрессии Бека, однако эти методики более громоздкие, требуют значительных временных затрат или даже предварительного инструктирования пациента [2, 3].

Оценка формирования синдрома ПСФДА представляет собой простую, малозатратную методику, позволяющую в условиях амбулаторного приема объективизировать выраженность дезадаптации пациента для мониторинга его состояния на различных этапах терапии, после оперативных вмешательств, для оценки эффективности применения различных лекарственных средств и медицинских технологий, для проведения первичного скрининга психосоматических состояний и заболеваний.

Выраженность синдрома ПСФДА определяют по усредненному суммарному (интегральному) показателю самооценки пациентом силы отдельных проявлений патологии, ощущений, тревоги за исход заболевания или терапии в баллах. Симптомы, ощущения, состояния, влияющие на формирование дезадаптации человека при стоматологических заболеваниях, повреждениях и аномалиях лицевого отдела головы, разделены на сенсорные, сенсорно-функциональные, функциональные, морфологические проявления и неадекватную информацию, полученную от медицинских работников, средств информации или интернета.

Разработчики методики предлагают набор бланков для регистрации результатов самооценки пациентом проявлений заболевания, ощущений, тревоги за изменение внешности, за исход заболевания. Такие бланки адаптированы для пациентов с хирургической патологией и оперативными вмешательствами, заболеваниями пародонта, патологией височно-нижнечелюстного сустава [6].

Мы модифицировали методику для клиники ортодонтии, так как считаем, что у пациентов с зубочелюстными аномалиями есть ряд значительных отличий по восприятию собственной патологии. На развитие ПСФДА у ортодонтических пациентов также влияет значительная длительность терапии, влияние на организм значительного количества разнообразных видов аппаратов, причины заинтересованности в лечении, возрастные особенности психики и развития личности [5–9].

Для адаптации алгоритма оценки синдрома в университетской клинике больницы им. С.Р. Миротворцева Саратовского ГМУ проведено анкетирование пациентов с выявлением наиболее часто встречающихся жалоб и ощущений, связанных с ортодонтическим лечением (табл. 1). Наиболее часто встречающиеся проявления использованы при формировании бланка регистрации результатов самооценки ортодонтических пациентов, которые приведены в табл. 2.

Анализ результатов эмоциональной самооценки пациентами выраженности симптомов, формирующих синдром сенсорно-функциональной дезадаптации, включает использование отдельных его показателей в клинической и исследовательской работе, а также может быть использован при проведении лечебно-трудовой экспертизы [4, 5]. Так, интегральный показатель выраженности

Таблица 1. Регистрируемые проявления (кластеры), влияющие на формирование дезадаптации у пациентов на разных этапах ортодонтического лечения

Вид проявлений	Регистрируемые проявления
Сенсорные	Боль в покое Жжение Парестезии Анестезии Нарушение вкуса Нарушение обоняния Неприятный запах Шум в суставе
Сенсорно-функциональные	Боль при жевании Боль при открывании рта Боль при глотании Боль при разговоре Боль от кислого Боль от сладкого Боль от горячего Боль от холодного
Функциональные	Нарушение открывания рта (без боли) Нарушение откусывания или разжевывания пищи от аномалий/деформаций окклюзии Нарушение приема пищи из-за наличия ортодонтических аппаратов Нарушение носового дыхания Нарушение звукопроизношения из-за наличия ортодонтических конструкций
Морфологические (эстетического характера)	Дефекты зубов, челюстей, отдельных частей лица Деформации зубов, челюстей, отдельных частей лица Несоразмерность зубов, челюстей, отдельных частей лица
Неадекватная информация	От медицинских работников, из средств информации или интернета

синдрома на момент исследования поможет в принятии решения о необходимости лечения или продолжении терапии, в принятии решения о привлечении к лечению пациента психотерапевта. Структура синдрома, т.е. удельный вес выраженности отдельных компонентов в формировании синдрома формирует дифференцированный подход к обоснованности и уровню проведения вербальной коррекции (рис. 1). При исследовании

Таблица 2. Образец бланка для регистрации результатов самооценки пациентом проявлений аномалии, ощущений, тревоги за изменение внешности, за исход ортодонтического лечения

Самооценка	Выраженность проявлений заболевания				
	чрезвычайно	отчетливо	умеренно	слабо	отсутствует
Боль в покое					
Затруднение откусывания и жевания					
Затруднение глотания					
Изменение внешности					
Тревога за исход					
Оценка в баллах	9	7	5	3	1
Самооценка пациентом					
Оценка врачом					
Дата _____	Ф.И.О. _____	Пол _____	Возраст _____		

Структура интегрального показателя у пациентов в первую неделю терапии

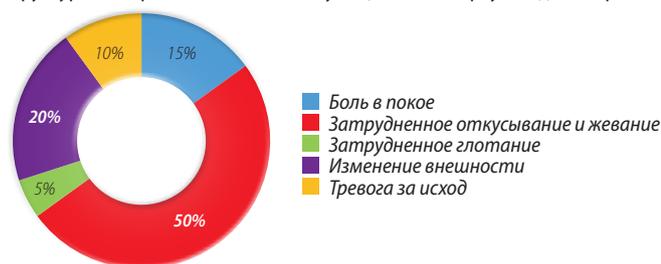


Рис. 1. Пример оценки выраженности отдельных компонентов синдрома

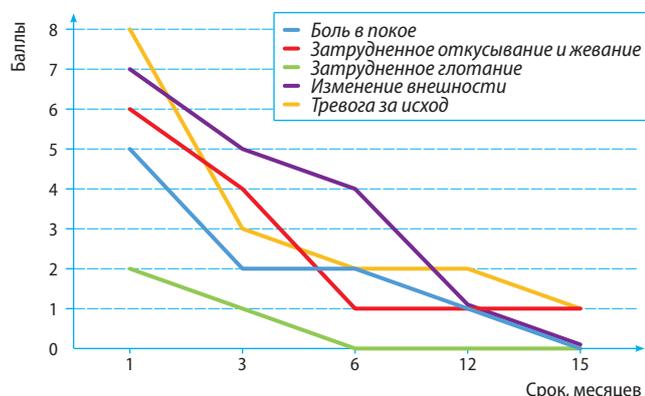


Рис. 2. Пример оценки динамики проявления регистрируемых показателей

в динамике определение выраженности отдельных компонентов синдрома необходимо для своевременной коррекции проводимого лечения (рис. 2). Интегральный показатель синдрома за весь период лечения или на отдельных этапах терапии поможет в сравнительной оценке эффективности использования различных методов, схем лечения, реабилитации больных.

ВЫВОДЫ

1. Алгоритм анализа результатов эмоциональной самооценки пациентами выраженности симптомов, формирующих синдром сенсорно-функциональной дезадаптации, включает использование отдельных показателей синдрома ПСФДА в медицинской практике, научных исследованиях, при проведении лечебно-трудовой экспертизы.
2. Адаптация методики определения данного синдрома может повысить эффективность ортодонтической терапии, даст больше информации, объективизирующей оценку динамики лечения, особенно при применении сложных конструкций, значительно влияющих на качество жизни пациента.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аверьянов С.В., Зубарева А.В. Оценка уровня качества жизни у пациентов с зубочелюстными аномалиями. — *Современные проблемы науки и образования*. — 2015; 4: 308.
2. Ерилин Е.А., Анисимова Е.Н., Анисимова Н.Ю. Методы оценки психоэмоционального состояния пациентов в условиях амбулаторного стоматологического приема. — *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. — 2016; 2: 2—3. doi: 10.12737/18754.
3. Луханина Т.В. Оценка психоэмоционального и стоматологического статуса у психически больных в связи с задачами терапии: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2009. — С. 35—38.
4. Миц-Давыденко Е.А., Митронин А.В., Айзберг О.Р. Оценка психоэмоционального статуса пациентов, страдающих психическими заболеваниями, в связи с задачами терапии. — *Cathedra*. — 2014; 48: 56—9.
5. Петров П.И., Еникеев Д.А., Мингазов Г.Г. Исследование психоэмоционального статуса на стоматологическом приеме. — *Российский стоматологический журнал*. — 2012; 3: 44—6.
6. Соловьев М.М., Клемент А., Соловьев М.М. Использование синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации для контроля состояния больных после оперативных вмешательств по поводу заболеваний, повреждений челюстей и ЛОР-органов. — *Folia Otorhinolaryngolog Patholog Respirat*. — 2013; 19 (1): 25—8.
7. Соловьев М.М., Фадеев Р.А., Исаева Е.Р., Клемент А. Синдром психо-сенсорно-функциональной дезадаптации в стоматологической практике. — *Институт стоматологии*. — 2013; 4 (61): 22—5.
8. Шарова Т.Н., Сунцов В.Г., Бойко В.В., Антонова А.А. Изучение психоэмоционального и соматического состояния пациентов на стоматологическом приеме. — *Институт стоматологии*. — 2008; 1 (38): 96—7.
9. Bizyaev A.A., Konnov V.V., Lepilin A.V., Maslennikov D.N., Bizyaeva N.D. Modern methods of control over phonetic adaptation of patients to orthopedic constructions of dentures. — *Russian Open Medical Journal*. — 2012; 1: 0310. doi: 10.15275/rusomj.2012.0310