

© Л.П. НАБАТЧИКОВА, Н.Н. СТРЕЛКОВ, 2013

УДК 616.314-089.22-092:612.89.8]-07

Л.П. Набатчикова, Н.Н. Стрелков

ВАРИАНТЫ КОРРЕКЦИИ УРОВНЯ РВОТНОГО РЕФЛЕКСА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СПОРТИВНЫХ НАЗУБНЫХ ПРОТЕКТИВНЫХ АППАРАТОВ

ГБОУ ВПО РязГМУ Министерства здравоохранения России (390005, г. Рязань, ул. Семашко, д. 2)

В работе приводятся результаты исследования динамики уровня рвотного рефлекса и психологического статуса при снятии оттисков с челюстей альгинатной массой для изготовления назубных протекторов у лиц с повышенным уровнем данного рефлекса. Изучено влияние различных видов пособий относительно преодоления повышенного уровня рвотного рефлекса. Лучший терапевтический эффект в плане снижения уровня рвотного рефлекса, нормализации психологического статуса и лучший профилактический результат при лечении пациентов с повышенным уровнем рвотного рефлекса дает комбинированная подготовка пациентов перед вмешательством, которая заключается в применении способа снижения уровня повышенного рвотного рефлекса на стоматологическом приеме (патент) и методов малой психотерапии.

Ключевые слова: повышенный уровень рвотного рефлекса, психологическая реабилитация, спортивные каппы

VARIANTS OF CORRECTION OF THE LEVEL OF VOMITING REFLEX DURING MAKING OF SPORTS DENTAL PROTECTIVE APPARATUS

N.N.Strelkov, L.P.Nabatchikova.

Investigations about dynamics of the level of vomiting reflex and physiological status during impression of jaws taking use alginate for making of dental protectors for people with high level of vomiting reflex are studied in the article. There is investigation about influence of different auxiliary devices for decrease of high level of vomiting reflex. Combined preparation of patients before treatment is the best therapeutic measure for decrease of the level of vomiting reflex, normalization of psychological status, prophylaxis. This preparation is characterized by usage of method of decreasing of high vomiting reflex during dental treatment (patent) and usage of some methods of psychotherapy.

Key words: high level of vomiting reflex, psychological rehabilitation, sports tray

Применение капп спортсменами различных направлений является неотъемлемой частью спортивной культуры. Параллельно с развитием спортивной фармакологии развивалось производство аппаратов, препятствующих травматическим повреждениям челюстно-лицевой области. Современные спортивные превентивные дентальные аппараты можно классифицировать следующим образом:

- стандартные, индивидуальные;
- моноклостные, бичелюстные;
- монослойные, полислойные;
- монохромные, полихромные;
- акриловые, силиконовые, полиамидные и др.;
- перфорированные, неперфорированные;
- жесткие, умеренно жесткие, мягкие.

В процессе эксплуатации назубных протекторов (капп) некоторые спортсмены сталкиваются с проблемой повышенного рвотного рефлекса. Этиологическими факторами в данной ситуации могут быть местные и/или общесоматические причины.

Местные триггеры, провоцирующие рвотный рефлекс (РР), такие как некорректные границы протектора, неровные края каппы и т.д., решаются путем радикальных действий. Коррекция протективного аппарата успешно решает проблему местных триггеров повышенного рвотного рефлекса.

Общие факторы, инициирующие возникновение РР, очень разнообразны: от психологических комплексов до индивидуальных анатомических особенностей (диссонанс между симпатической и парасимпатической нервной системой, особенности расположения ветвей блуждающего нерва и др.) [4, 5].

Наилучший положительный эффект безусловно, дает применение индивидуальных назубных протекторов. Из-

готовление таких конструкций производится на гипсовых моделях и невозможно без снятия оттисков с зубных рядов и мягких тканей полости рта. Процесс отображения рельефа ротовой полости иногда вызывает негативные ощущения [1, 6], на этом этапе, как правило, выясняется наличие повышенного уровня рвотного рефлекса (ПУРР). Получить качественный оттиск невозможно без спокойного поведения пациента и вопрос о преодолении проблемы тошноты и рвоты открыт по сей день [2, 3].

Цель данной работы – выявить алгоритм врачебных действий для успешного преодоления ПУРР на этапе снятия оттисков с полости рта человека. Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

- оценить качественный эффект применения способа снижения ПУРР на стоматологическом приеме;
- оценить эффективность методов малой психотерапии во время стоматологических манипуляций у пациентов с ПУРР;
- определить врачебные рекомендации для практического применения с целью снижения ПУРР на стоматологическом приеме.

Материалы и методы

В ходе эксперимента были обследованы и получили врачебную помощь 45 лиц в возрасте 17–19 лет, гендерный состав не учитывался. Все пациенты разделены на 4 группы: 1-я группа, контрольная – 10 человек; 2-я группа (13 человек), в которой прибегали к психологической подготовке; 3-я группа (11 человек), в которой использовали способ снижения ПУРР на стоматологическом приеме; 4-я группа (11 человек), в которой проводили психологическую подготовку и использовали способ снижения ПУРР на стоматологическом приеме.

У пациентов каждой группы выполняли одну и ту же клиническую стоматологическую врачебную манипуляцию: снятие оттисков с обеих челюстей альгинатной оттисковой

Стрелков Николай Николаевич – ассистент каф. ортопедической стоматологии и ортодонтии ГБОУ ВПО РязГМУ, тел. 8(4912)76-47-08, e-mail: doctor620@yandex.ru

массой. группа контроля не получала какое-либо пособие перед врачебными манипуляциями и во время их выполнения. Пациенты 2-й группы получали психологическое индивидуальное пособие в рамках методов малой психокоррекции. В манипуляциях у пациентов 3-й группы применяли способ снижения ПУРР на стоматологическом приеме (патент № 2437670 от 5 июля 2010 г.), заключающийся в использовании специального раствора для полоскания полости рта перед врачебными манипуляциями. Пациенты 4-й группы получали комбинированное пособие (способы 2-й и 3-й группы).

Психологический статус оценивали с помощью методики исследования уровня тревожности по Н.Д. Спилбергеру, Ю.Л. Ханину [7–9]. ПУРР оценивали путем деления вегетативных проявлений на 3 группы: I – легкая степень (позывы на тошноту появляются 1–5 раз за время врачебных манипуляций), II – средняя степень (6–14 позывов), III – тяжелая степень (позывы более 15 раз или тошнота переходит в рвоту).

Собственно эксперимент проводили следующим образом. До начала каких-либо манипуляций определяли психологический статус (личностная и реактивная тревожность). Затем снимали оттиск с нижней челюсти альгинатной оттисковой массой. В ходе процедуры оценивали уровень манифестации РР, затем определяли уровень реактивной тревожности. После этого пациенты 2-й, 3-й и 4-й группы получали специальные пособия. Далее снимали оттиск с верхней челюсти альгинатной оттисковой массой, во время манипуляции снова оценивали уровень РР. В конце определяли уровень реактивной тревожности (РТ).

Результаты

Результаты исследования уровня РР и психологического статуса при снятии оттисков с челюстей альгинатной массой представлены в таблице.

Обсуждение

Во всех группах, включенных в исследование, выявлены средние уровни личностной и реактивной тревожности (100%), что свидетельствует об однородности статуса независимо от группы. Отсутствие лиц с низким уровнем личностной тревожности (0%) говорит о незначительном исходном уровне волнения, связанного с предстоящими ответственными событиями (экзамены в учебных заведениях, спортивные соревнования и др.). Однако высокий уровень тоже не был зафиксирован (0%), что свидетельствует о достаточной психологической стабильности. Уровень РТ у представителей всех групп (100%) располагался в центральном сегменте, так как ощущалось волнение в связи с собственно стоматологическим приемом, но и не был достигнут высокий уровень благодаря тренированному психологическому постоянству [10].

Психологический статус после снятия оттиска с нижней челюсти изменился во всех группах. В контрольной группе у 40% лиц отмечен высокий уровень РТ, 60% остались в среднем сегменте, что свидетельствует об эскалации волнений. При продолжении врачебных манипуляций (снятие оттиска с верхней челюсти) без каких-либо пособий произошел резкий подъем уровня РТ (90% – высокий уровень, 10% – низкий), что говорит об аккумуляции психологических проблем, связанных со снятием оттисков.

В группе, получавшей психологическое пособие, после снятия оттиска с нижней челюсти и до применения пособия произошел подъем уровня РТ (62% – средний уровень, 38% – высокий). После проведения психологической подготовки уровень РТ после снятия оттиска с верхней челюсти изменился в лучшую сторону (77% – средний уровень, 23% – высокий). Данный факт свидетельствует о благоприятном воздействии психологического пособия на эмоциональный статус в данной группе.

Таблица 2

Результаты исследования уровня рвотного рефлекса и психологического статуса при снятии оттисков с челюстей альгинатной массой

Группа	Психологический статус до врачебных манипуляций						Статус при снятии оттиска с нижней челюсти						Статус при снятии оттиска с верхней челюсти					
	уровень личностной тревожности			уровень реактивной тревожности			уровень рвотного рефлекса			уровень реактивной тревожности			уровень рвотного рефлекса			уровень реактивной тревожности		
	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий
Контроль (n=10)	-	10 (100%)	-	-	10 (100%)	-	2 (20%)	6 (60%)	2 (20%)	-	6 (60%)	4 (40%)	1 (10%)	6 (60%)	3 (30%)	-	1 (10%)	9 (90%)
Получавшие психологическое пособие (n=13)	-	13 (100%)	-	-	13 (100%)	-	3 (23%)	8 (62%)	2 (15%)	-	8 (62%)	5 (38%)	6 (46%)	6 (46%)	1 (8%)	-	10 (77%)	3 (23%)
Получавшие медикаментозное пособие (n=11)	-	11 (100%)	-	-	11 (100%)	-	2 (18%)	7 (64%)	2 (18%)	-	7 (64%)	4 (36%)	5 (45%)	5 (45%)	1 (10%)	-	8 (73%)	3 (27%)
Получавшие комбинированное пособие (n=11)	-	11 (100%)	-	-	11 (100%)	-	3 (27%)	6 (55%)	2 (18%)	-	6 (55%)	5 (45%)	8 (73%)	3 (27%)	-	-	11 (100%)	-

В группе, получившей медикаментозное пособие, наблюдали изменения уровня РТ после снятия оттиска с нижней челюсти (64% – средний уровень, 36% – высокий), что указывает на рост негативного влияния медицинских манипуляций. После применения способа снижения уровня РР и последующего снятия оттиска с верхней челюсти ситуация изменилась, увеличилась часть группы со средним уровнем РТ (73%), уменьшилась часть с высоким уровнем (27%). Это говорит о позитивной динамике изменения уровня РТ, хотя и несколько меньшей, чем в группе, получившей психологическое пособие.

В группе, в которой применяли комбинированное пособие, получены следующие результаты. После снятия оттисков с нижней челюсти произошел рост уровня РТ (55% – средний уровень, 45% – высокий уровень), однако после применения пособия показатели изменились. После снятия оттисков с верхней челюсти у всех членов группы (100%) отмечен средний уровень РТ. Это является лучшим из всех групп показателем динамики уровня РТ.

Уровень РР также изменялся в процессе исследования во всех группах. При снятии оттиска с нижней челюсти у пациентов всех групп он был взят в качестве контрольной точки.

В контрольной группе на этапе снятия оттиска с нижней челюсти определен низкий уровень РР у 20%, средний – у 60%, высокий – у 20% человек. При снятии оттиска с верхней челюсти 90% пациентов имели высокий уровень РР и лишь 10% – средний. Данные показатели говорят о негативной динамике уровня РР и отрицательно скажутся на качестве возможных дальнейших стоматологических манипуляций.

В группе психологического пособия выявлены следующие уровни РР: 23% – низкий уровень, 62% – средний, 15% – высокий. После проведения пособия показатели изменились: 46% – низкий уровень, 46% – средний уровень, 8% – высокий. Данная динамика указывает на рост группы с низким уровнем РР и уменьшение группы с высоким уровнем, а также на снижение численности группы со средним уровнем.

В группе медикаментозной подготовки при снятии оттиска с нижней челюсти отмечены следующие уровни РР: 18% – низкий, 64% – средний, 18% – высокий. После проведения пособия получены следующие результаты при снятии оттиска с верхней челюсти: 45% – низкий, 45% – средний, 10% – высокий уровень. Результаты в данной группе имеют положительную динамику, практически равную динамике в группе психологической подготовки.

В группе комбинированного пособия наблюдалась наилучшая динамика изменений уровня РР. Исходные данные (этап снятия оттиска с нижней челюсти): 27% – низкий уровень, 55% – средний уровень, 18% – высокий уровень. После психологической и медикаментозной подготовки получены

следующие результаты: 73% – низкий, 27% – средний уровень.

Детально рассмотрев данные исследования, можно проследить четкую корреляцию уровня РТ и РР при проведенной подготовке пациента.

Выводы

1. Способ снижения ПУРР на стоматологическом приеме дает качественный положительный эффект на этапах изготовления спортивных на зубных протективных аппаратов. Снижая уровень РР, он дает профилактический эффект.

2. Методы малой психотерапии способны реально улучшить качество стоматологической помощи за счет улучшения психологического статуса.

3. Лучший терапевтический эффект в плане снижения уровня РР, нормализации психологического статуса и лучший профилактический результат при оказании специализированной стоматологической помощи лицам с повышенным уровнем РР обеспечивает комбинированная подготовка пациентов перед вмешательством, которая заключается в применении способа снижения ПУРР на стоматологическом приеме и методов малой психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буров Н.Е. Тошнота и рвота в клинической практике (этиология, патогенез, профилактика и лечение). Русский медицинский журнал. 2002; 10(8–9): 390–4.
2. Колмакова О.З., Шентулин А.А. Тошнота и рвота: алгоритм диагностики и лечения. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2000; 10(4): 28–33.
3. Яковенко Э.П., Григорьев П.Я., Агафонова Н.А. и др. Рвота и тошнота: патогенез, этиология, диагностика, лечение. Фарматека. 2005; 1: 58–61.
4. Humphris G.M., Morrison T., Lindsay S.J.E. The modified dental anxiety scale: validation and United Kingdom norms. Br. Dent. J. 1995; 12: 143–50.
5. Jackson C.P., Lindsay S.J.E. Reducing anxiety in new dental patients by means of leaflets. Br. Dent. J. 1995; 179: 163–7.
6. Kent G. Memory of dental experiences as related to naturally occurring changes in state anxiety. Cognit. and Emot. 1989; 3: 45–53.
7. Kent G., Blinkhorn A.S. The psychology of dental care. Oxford: Wright; 1991.
8. Lindsay S.J.E. Expectations of sensations, discomfort and fear in dental treatment. Behav. Res. Ther. 1984; 22: 99–108.
9. Moore R. Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. Behav. Res. Ther. 1991; 27: 51–60.
10. Scott D.S., Hirschman R. Psychological aspects of dental anxiety in adults. J. Am. Dent. Assoc. 1982; 104: 27–31.

Поступила 20.01.13