ПАРФЕНОВ Сергей Александрович. Возрастные особенности клинико-психофизиологического статуса у пациентов с дентальной имплантацией: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.01.30 / ПАРФЕНОВ Сергей Александрович;[Место защиты: Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии Северо-Западного отделения РАМН].- Санкт-Петербург, 2015.- 132 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

кандидат наук Парфенов, Сергей Александрович

ВВЕДЕНИЕ......................................................................................................................3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИКО-ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.................10

1.1.Возрастные изменения клинико-психофизиологического статуса и процессов заживления повреждений слизистой оболочки полости рта у пациентов пожилого возраста...........................................................................................................................10

1.2. Внутренняя картина болезни и клинико-морфологические характеристики эффективности восстановления целостности зубного ряда у пациентов пожилого возраста...........................................................................................................................19

1.3. Особенности диагностики и коррекции клинико-психофизиологического

статуса у пациентов пожилого возраста....................................................................25

Заключение по главе......................................................................................................31

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....................................35

2.1. Объем и условия проведения исследования........................................................35

2.2. Краткое описание использованных методик.............................................................40

2.3. Статистическая обработка результатов исследования.......................................47

ГЛАВА 3. СПЕЦИФИКА ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ..........................................................................................................50

3.1. Анализ частотных особенностей осложнений дентальной имплантации у пациентов различных возрастных групп.....................................................................50

3.2. Обоснование клинико-физиологической методики контроля эффективности остеоинтеграции дентальных внутрикостных имплантатов.....................................59

3.3. Анализ психофизиологического статуса и динамики клинической картины остеоинтеграции дентальных внутрикостных имплантатов у пациентов пожилого возраста...........................................................................................................................74

3.4. Сочетанное использование энергокорректора антиоксиданта «Цитофлавин» и

психотерапии при дентальной имплантации у пациентов пожилого возраста.......89

ЗАКЛЮЧЕНИЕ............................................................................................................100

ВЫВОДЫ......................................................................................................................107

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....................................................................109

ЛИТЕРАТУРА.............................................................................................................110

Внутренняя картина болезни и клинико-морфологические характеристики эффективности восстановления целостности зубного ряда у пациентов пожилого возраста

Содержательная база оценки клинико-психофизиологического статуса и процессов заживления повреждений слизистой оболочки полости рта у пациентов пожилого возраста осуществляется с позиций теории функциональных состояний, которая занимает одно из центральных мест в геронтологии и гериатрии по своему методологическому и непосредственно практическому значению. Хотя сам термин «функциональное состояние» используется в физиологической и медицинской литературе уже давно, лишь в последнее время он получил достаточно четкую трактовку [Белов В.Г., 2007]. Одна из главных причин такого положения дел - длительное господство представлений аналитической физиологии, базирующихся на оценке отдельных рефлекторных реакций вне их связи друг с другом. Целостный ответ организма на воздействия внешней среды, целенаправленное действие рассматривались лишь как сумма независимых адаптационных реакций. Когда рефлекторные акты совпадали в своем целевом ответе, обычно говорилось об их аллиированности, сочетанности [Бройтигам В., 2009]. При противоположном характере ответов развивалось представление об антагонистических системах [Бройтигам В., 2009].

В качестве одной из наиболее общих репрезентаций описанных взаимодействий клинико-психофизиологического статуса и процессов заживления повреждений слизистой оболочки полости рта у пациентов пожилого возраста выделяется понятие функционального состояния целостного организма. Поскольку главное в его содержании - идея интеграции, целостности функционирования, то с этих позиций нами ведется анализ жизнедеятельности организма на самых разных уровнях. В рамках диссертационного исследования клинико-психофизиологический статус рассматривается не только как комплекс физиологических реакций, возникающих в ответ на определенного рода воздействия (постановка имплантатов), но и психофизиологических и социально-психологических аспектов его проявления. Поэтому начальным объектом исследования функциональных состояний у пациентов пожилого возраста с дентальной имплантацией являлось астеническое состояние, в котором единство клинических, физиологических и психологических компонентов неоспоримо.

Понимание функционального состояния как системного ответа организма дает достаточный простор для использования этого термина, что предполагает конкретизацию данного феномена в рамах авторского исследования.

При определении последнего понятия можно воспользоваться положениями общей теории систем [Юнкеров В.И., Григорьев С.Г., 2002]. В соответствии с ними под системой понимается совокупность взаимодействия между собой элементарных структур или процессов, (чаще называемых звеньями системы), объединенных в единое целое выполнением некоторой общей функции, которую не может осуществить ни один из ее компонентов в отдельности. В качестве одного из важнейших моментов такого понимания следует выделить то, что при формировании системы она приобретает новые свойства, которые собственно и обеспечивают достижение цели деятельности в изменившихся условиях.

Описывая функциональное состояние как целостную реакцию организма, в качестве основных элементарных структур или звеньев системы выделяются функции и процессы разных уровней: физиологического, психологического и поведенческого. На физиологическом уровне особое место занимают структуры, обеспечивающие двигательный и вегетативный компоненты состояния. На психологическом уровне состояние описывается характеристиками основных психических процессов - восприятия, внимания, памяти, мышления, особенностями эмоционально-волевой регуляции, отражением в субъективных переживаниях и симптомах. Для поведенческого уровня ведущими являются точностные и скоростные характеристики выполняемых действий, однако существенную роль играют и качественные особенности реализации деятельности со стороны двигательного и речевого поведения. Функциональное состояние формируется благодаря совместному функционированию описанных звеньев системы, поэтому конкретные проявления деятельности отдельных элементарных структур всегда взаимообусловлены.

Для того чтобы от множества доступных регистрации проявлений функционального состояния перейти к его описанию в виде системной реакции, дающей основание для правильной постановки диагноза, прогноза развития и выбора корректировочных мер, необходимо проведение серьезной работы в геронтостомато-логии в виде следующих шагов: - конкретизация цели формирования данной системной реакции (состояния) в терминах стоящих перед субъектом задач (с точки зрения сохранения здоровья) и привлечение необходимых средств для ее реализации в заданных условиях; - выделение элементарных структур (звеньев системы), обеспечивающих достижение цели и достаточно полно представляющих целостную совокупность с учетом факторов внешней и внутренней среды, воздействующих на организм; - выявление совокупности отношений (или закона связи) между выделенными звеньями системы, определяющих появление тех новых свойств, которыми она обладает.

Являясь продуктом активного взаимодействия организма с внешней средой в процессе деятельности, клинико-психофизиологичнский статус представляет собой динамическое образование. Это обязывает рассматривать актуально представленное состояние как один из моментов постоянного изменения. Изначально присущая функциональному состоянию динамичность задает ориентацию на поиск действительно информативных его проявлений.

Особенности диагностики и коррекции клинико-психофизиологического статуса у пациентов пожилого возраста

Показатели РТ: до 30 баллов - низкая тревожность, 31-45 баллов - умеренная тревожность, более 45 - высокая тревожность.

РТ может резко меняться под влиянием сиюминутных обстоятельств. Высокая тревожность предполагает склонность к проявлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности, подготовленности или престижа. Низкая тревожность требует пробуждения активности, большего внимания к мотивации деятельности, возбуждения заинтересованности и чувства ответственности. Значительное отклонение величин показателей от уровня умеренной тревожности требует специального внимания [Дерманова И.Б., 2002]. Опросник SF-36 Методика предназначена для исследования неспецифического качества жизни, связанного со здоровьем, вне зависимости от имеющегося заболевания, половых, возрастных особенностей и специфики того или иного лечения. SF-36 был разработан на основании крупного исследования исходов заболеваний (Medical outcomes Study), проведенного в США в 80-ых годах прошлого столетия. Шкала комплаенса (Белов ВТ., 2007)

Шкала комплаенса - клиническая шкала, предназначенная для определения прогноза уровня приверженности больного к длительному приёму медикаментов. Общий балл выводится простым сложением величин градаций отдельных пунктов. Характеристики градаций приведены к однозначно распознаваемым поведенческим характеристикам или установкам больного. Сложность может представлять идентификация вариантов психологически обусловленного саботирования медикации, а также инсайта на психологические механизмы заболевания. Успех здесь определяется клинической квалификацией эксперта и полнотой предварительного обследования больного.

Уровень продуктивной и негативной психопатологической сиптоматики оценивается с помощью несложных и общеизвестных инструментов — шкал BPRS и SANS. Для BPRS низкий уровень нарушений кодируется при общем балле до 40, средний — 40-60, высокий - свыше 60. Для SANS низкий уро-вень нарушений кодируется при общем балле менее 30, средний уровень — 30-60, высокий — свыше 60.

Низкая частота рецидивирования кодируется при наличии по данным анамнеза не свыше одного рецидива в год, средняя — при 2-3, высокая — свыше 3 рецидивов в год.

Общий уровень функционирования на производстве, в учебе, семье оценивается при помощи также несложной и широко распространенной шкалы оценки глобального функционирования (GAF). Низкий уровень нарушений кодируется при общем показателе свыше 60 баллов, средний — 40-60 баллов, высокий — менее 40 баллов.

Высокому уровню материальной поддержки окружающих в приобретении лекарств соответствует возможность приобретения любого набора требуемых дорогостоящих препаратов, среднему — некоторых из них, низкому - лишь недорогих общедоступных лекарственных средств.

Количественные значения градаций выстроены таким образом, что нарастанию величины балла соответствует повышение уровня комплайенса. Нижний уровень градаций везде равен нулю за исключением относящихся к пути введения препарата, где существенным представляется учет того, используется ли данный модус поступления лекарства на момент заполнения шкалы. При этом 0 означает как индифферентное отношение больного к данному пути введения, так и то, что он не используется. Приемлемость для больного данного способа повышает, а неприемлемость понижает общий шкальный балл на одну единицу.

Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ) »(Вассерман Л.И. с соавт., 2005). Тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни и соответственно названная ТОБОЛ, была сконструирована в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева как модель мышления клинического психолога и (или) психоневролога, (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 2005).

Используется типология отношений к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Л. Ивановым [Личко А.Е, Ивановым Н.Л., 1980] Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный. 12 типов отношения к болезни объединены в три блока. При объединении типов в блоки были выбраны два критерия: «адаптивность- дезадаптивность», которая отражает влияние отношения к болезни на адаптацию личностибольно-го, и «интер-интрапсихическая направленность» дезадаптации (в случае дезадап-тивного характера отношения).

Тест разработан в отделении психопрофилактики и внебольничной психиатрии Психоневрологического научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева. Конкретно-методологической основой теста послужила концептуальная модель пред-болезненных состояний в психиатрии, выдвинутая С. Б. Семичо-вым [Семечов СБ., 1987]. Им же разработаны концепты симптомов, содержащиеся в первичной форме теста.

Назначение и содержание теста. Это психиатрический тест, что на операциональном уровне выражается в выявлении уровня нервно-психической адаптации путем установления наличия и выраженности у индивида некоторых психиатрических симптомов. Такая его направленность выражается еще и в том, что крайними категориями многомерной шкалы адаптации выступают абсолютное (идеальное) нервно-психическое здоровье и вероятное болезненное нервно-психическое состояние. Тест может быть применен: в качестве самостоятельной клинико-психологической методики; составе методического оснащения программ, направленных на изучение факторов нервно-психического здоровья популяций, когда тестовые оценки представляют собой результирующую переменную, отражающую влияние факторов, изучаемых в эпидемиологическом аспекте; в составе двухшаговых скрининговых процедур — для первого шага скрининга, в этом случае тест позволяет расслоить популяцию по уровню нервно-психического здоровья.

Тест состоит из 26 суждений, что практически достаточно для гомогенного теста. Суждения отобраны по результатам оценки надежности и валидности первичной формы теста и размещены в случайном порядке. Каждое из них имеет 4-балльную шкалу с нулевым делением (т.е. подразумевающую возможность отсутствия симптома), относящуюся к так называемым шкалам последовательных интервалов. Получение итоговых оценок осуществляется путем суммирования.

Контент-анализ (англ. contentanalysis; от content- содержание) - формализованный метод изучения текстовой и графической информации, заключающийся в переводе изучаемой информации в количественные показатели и ее статистической обработке. Характеризуется большой строгостью, систематичностью. Сущность метода контент-анализа состоит в фиксации определенных единиц содержания, которое изучается, а также в квантификации полученных данных. Объектом контент-анализа может быть содержание различных печатных изданий, радио- и телепередач, кинофильмов, рекламных сообщений, документов, публичных выступлений, материалов анкет.