

КОРРЕКЦИЯ ФОНЕТИЧЕСКОЙ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТА НА ЭТАПАХ АДАПТАЦИИ К ПОЛНЫМ СЪЁМНЫМ ПРОТЕЗАМ

к.м.н., доцент Ортикова Наргиза Хайруллаевна

Аликулов Огабек

*Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан*

Актуальность. Потребность в протезировании дефектов зубных рядов съёмными протезами у пациентов после 55-65 лет достигает 57,7 %, в более молодом возрасте (45–52 лет) съёмные протезы применяются также достаточно часто (от 16 до 23 %). Статистика последних лет показывает, что пациенты пожилого возраста составляют большой и постоянно растущую категорию на рынке стоматологических услуг. Противоречия между сложностью старения и упрощенностью подходов к его изучению – основное противоречие современной геронтологии, науки о пожилых людях.

Ключевые слова: полные съёмные протезы, адаптация, коррекция речевой функции

Введение Ортопедическое стоматологическое лечение является не только местным вмешательством, но и воздействует на организм в целом. При этом одной из главных проблем, привлекающих внимание, является адаптация пациента к ортопедической конструкции. Этот процесс можно рассматривать как комплекс приспособительных реакций на разных уровнях, приводящих к формированию стойкого структурного следа, содержанием которого является полное приспособление к фактору, вызвавшему дисгармонию. Старение организма сопровождается изменениями функциональной активности различных органов и систем. При этом адаптационные возможности значительно снижаются и процесс привыкания пациента к протезу становится более длительным. В результате потери зубов появляется комплекс факторов, приводящих к изменениям зубочелюстной системы, одним из которых является нарушение речевой функции пациента. Речь можно рассматривать как важнейшую функцию жевательно-речевого аппарата, а оценка ее разборчивости позволяет провести экспертную оценку протетического лечения.

При пользовании съёмными протезами нередко возникают нарушения воспалительного характера, приводящие к стойким морфологическим и функциональным нарушениям тканей протезного ложа. Оказывая влияние на дикцию пациента, возникает чувство дискомфорта при разговоре. Причинами этого, в связи с изменением рельефа небного свода и положения зубов, могут

являться нарушения артикуляционных пунктов. Изменение формы зубных рядов и небного свода, ставит язык в необычные условия, уменьшая пространство для него. Дефекты звукопроизношения сказываются неблагоприятно на качестве жизни пациента, особенно у тех, чья профессия связана с повышенной речевой нагрузкой.

Пациент обычно привыкает к протезу, если в процессе пользования им устранены болевые ощущения, наступила психологическая (приспособление к инородному телу), фонетическая и двигательная (выработка нового стереотипа жевания) адаптация. На положительную мотивацию пациентов влияют также психосоматические, социальные, возрастные и другие факторы. Следует также учитывать личностные особенности пациентов с заболеваниями органов и тканей жевательного аппарата в процессе стоматологического лечения. Стоматологу-ортопеду важно учитывать общесоматический статус пациентов пожилого и старческого возраста, так как в старших возрастных группах значительно выше не только заболеваемость, но и количество заболеваний внутренних органов у каждого пациента.

Цель. Оценка динамики восстановления речевой функции пациентов с полной потерей зубов на этапах адаптации к полным съемным протезам.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 30 пациентов, в возрасте 55-72 лет, из них 18 женщин и 12 мужчин, которым впервые были изготовлены полные съемные протезы. В исследование не включали пациентов со снижением слуха, наличием рубцов и контрактур в области периферических речевых органов. Каждому обследуемому проверяли остроту слуха при помощи теста с шёпотной речью. У всех пациентов острота слуха находилась в пределах возрастной нормы. Кроме этого, основанием для включения пациентов в исследование являлись хорошая стабилизация протезов при разговоре и отсутствие выраженных болевых ощущений. Одновременно с проведением речевых проб осуществлялась коррекция базиса протеза. Наружную поверхность готового протеза смазывали вазелином, посыпали тальком и после этого его аккуратно накладывали на протезное ложе. Затем пациенты проговаривали определенные фразы. В тех местах, где поверхность базиса была лишена талька, проводилось сошлифовывание пластмассы. В большинстве случаев протез корректировался в области поперечных небных складок, пришеечной области боковых зубов с небной стороны и по вестибулярной поверхности протеза, что соответствует зонам образования губных «п», «б», «м», «ф», «в» и переднеязычных смычных звуков «т», «д», «н», «с», «з». Результаты исследования и их обсуждение. Оценку речевой функции проводили до ортопедического лечения, с протезами в день наложения, через неделю, через 1 мес. с наложенными протезами и через 1 мес. без протезов. Одновременно с

проведением речевых проб осуществлялась коррекция базиса протеза, путем его сошлифовывания в местах, соответствующих зонам образования основных звуковых фонем.

Результаты. Самые низкие показатели фонетической адаптации были отмечены на этапе наложения протезов. Коррекция базиса протеза с одновременным проведением речевых проб позволила добиться улучшения речевой функции пациентов с каждым последующим этапом адаптации к полным съемным протезам. Каждый пациент должен был проговорить 6 предложений, состоящих из 10 слов. Набор слов содержал в себе определенные фонемы, качество произношения которых необходимо было оценить. Каждое произнесенное правильно слово оценивалось в 1 балл, по сумме баллов оценивалась речевая функция: 60 баллов – отлично, 50 баллов – хорошо, 40 баллов – удовлетворительно, 30 баллов – слабо разборчиво, 20 баллов – неразборчиво. Но, вместе с тем, не было получено ни одного отличного результата оценки речевой функции, что, возможно, говорит о недостаточном количестве времени для завершения процесса фонетической адаптации к протезам. Пациент обычно привыкает к протезу, если в процессе пользования им устранены болевые ощущения, наступила психологическая (приспособление к инородному телу), фонетическая и двигательная (выработка нового стереотипа жевания) адаптация. На положительную мотивацию пациентов влияют также психосоматические, социальные, возрастные и другие факторы. Следует также учитывать личностные особенности пациентов с заболеваниями органов и тканей жевательного аппарата в процессе стоматологического лечения. Стоматологу-ортопеду важно учитывать общесоматический статус пациентов пожилого и старческого возраста, так как в старших возрастных группах значительно выше не только заболеваемость, но и количество заболеваний внутренних органов у каждого пациента. Установлено, что в процессе развития патологических состояний организма человека адаптационно-компенсаторный запрос к системе органов челюстно-лицевой области возрастает. У людей пожилого и старческого возраста увеличивается объем конструкций и лечебных аппаратов, необходимых для возмещения утраченных органов. Воспалительные изменения в полости рта имеют самую разную множественную локализацию – беззубый альвеолярный отросток, поверхность языка (24,2 %), твердого неба (17 %) и щек (15 %). При этом нужно обращать внимание на то, что состояние слизистой оболочки зависит не только от качества протезов, но и от устойчивости самой слизистой оболочки к травматическому воздействию. Механическое воздействие съемных протезов приводит к слущиванию эпителия слизистой оболочки, снижению факторов местной защиты и способствует развитию непереносимости протезных пластмасс

Коррекция базиса протеза с одновременным проведением речевых проб позволила добиться улучшения речевой функции пациентов с каждым последующим этапом адаптации к полным съемным протезам. Но, вместе с тем, не было получено ни одного отличного результата оценки речевой функции, что, возможно, говорит о недостаточном количестве времени для завершения процесса фонетической адаптации к протезам. Заключение. Контроль и коррекция речевой функции пациента на разных этапах адаптации позволяет повысить качество ортопедического лечения полными съемными протезами. Данный метод оценки речевой функции пациента с полным отсутствием зубов можно рекомендовать практическим врачам стоматологических поликлиник любого уровня.

Качество звукопроизношения до ортопедического лечения у 5 (25%) пациентов оценивалось как слабо разборчивое, а у 15 (75%) человек как удовлетворительное. В день наложения протезов мы отметили снижение показателей фонетической адаптации у 3 человек, речепроизношение которых ранее оценивалось как «удовлетворительное», тогда как у остальных обследуемых с такими же результатами до лечения, и у пациентов со слабой разборчивостью речи, оно осталось на прежнем уровне. Таким образом, разборчивость речи у 8 пациентов соответствовало критерию «слабо разборчиво», у 12 человек качество речи было удовлетворительным. Снижение показателей фонетической адаптации у некоторых пациентов в день наложения протезов можно объяснить тем, что первоначально протез воспринимается организмом человека как инородное тело, и все явления, сопровождающие данную фазу адаптации, выражены сильнее. С течением времени, органы жевательно-речевого аппарата приспособляются к изменённым условиям, а именно к наличию полных съёмных протезов в полости рта, улучшается и фонетическая функция, что подтверждают результаты нашего исследования, полученные через неделю после наложения протезов. В эти сроки адаптации можно отметить значительное улучшение качества речевой функции у большинства пациентов, 15 человек (74%) с легкостью проговаривали определенные фразы, а частота отклонений от фонетической нормы русского языка была меньше, у 6 (30%) обследуемых речепроизношение соответствовало критерию «удовлетворительно». Весьма интересны полученные результаты при оценке речевой функции пациентов через месяц после наложения протезов. У 17(85%) пациентов при произношении предложений в протезах разборчивость речи оценивалась как «хорошая», а у 3(15%) как «удовлетворительная». Когда эти же пациенты проговаривали предложенные фразы без протезов, показатели фонетической адаптации менялись, наблюдалось уменьшение числа пациентов в группе с «хорошей» разборчивостью речи до 8 (40%) и увеличение до 12 (60%)

в группе с «удовлетворительным» качеством речевой функции. Следует отметить, что в результате оценки речевой функции пациентов на разных этапах адаптации не получили ни одного отличного результата. Возможно, это связано с тем, что на адаптацию пациентов к полным съемным протезам 1 месяца недостаточно. Фонетическая адаптация к ортопедическим конструкциям редко находила свое место среди основных задач стоматологических исследований. На протяжении многих лет пристальное внимание стоматологов было направлено на восстановление функции жевания, совершенствование эстетики зубных протезов, а нормализация речевой функции оставалась на втором плане. В связи с этим, фонетическая адаптация пациентов к ортопедическим конструкциям происходит с определенными трудностями, пускается практически на самотек и должного внимания данному вопросу не уделяется. В литературе встречаются различные методы фонетического контроля качества протезирования. Из них можно назвать спектрографический и сонографический анализ речевого материала, проведенного с помощью компьютерных технологий. Однако большинство методов требуют дополнительного оснащения для их проведения, значительных временных затрат для оценки результатов проведенного исследования, что осложняет применение их на практике в условиях муниципальной стоматологической поликлиники. Данные исследования подтвердили мнение ряда авторов о необходимости контроля и коррекции речевой функции пациентов к ортопедическим конструкциям на разных этапах адаптации, что повышает качество ортопедического лечения в целом.

Заключение. Таким образом, контроль и персонифицированная коррекция речевой функции пациента на этапах адаптации позволяет повысить качество ортопедического лечения полными съёмными протезами. Применяемый метод оценки фонетической функции не занимает много времени и не требует дополнительного оснащения для проведения данного метода оценки фонетической функции, его можно рекомендовать для использования стоматологами в поликлиниках любого уровня.

Литература

1. Ортикова Н. Влияние психоэмоционального напряжения детей на состояние здоровья полости рта //Общество и инновации. – 2023. – Т. 4. – №. 7/S. – С. 328- 333.
2. Ортикова Н. Тенденция эффективности профилактических мероприятий путем коррекции психологического стресса у детей на стоматологическом приёме //Общество и инновации. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 181-189
3. Ортикова Н. Х., Ризаев Ж. А., Мелибаев Б. А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТРОЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА

ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА //EDITOR COORDINATOR. – 2021. – С. 554

4. Ризаев Ж. А., Ахмедов А. А. ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН НА ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ //ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2023. – Т. 4. – №. 3.

5. Чиркова, Н. В. Сравнительный анализ применения базисных материалов в ортопедической стоматологии [Текст] / Н. В. Чиркова // Журнал Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2010. – Т. 9, №3. – С. 531–535.

6. Абакаров, С. И. Адаптация к съемным протезам у больных преклонного возраста [Текст] / С. И. Абакаров, Д. В. Сорокин // Материалы VII всероссийского научного форума с международным участием «Стоматология – 2005». – М., 2005. – С. 8–10

7. Newton, A. Denture sore mouth [Text] / A. Newton // Br. Dent. J. – 1962. – Vol. 112. – P. 357–360.

8. Roulet, J.-F. Degradation of Dental polymers [Text] / J.-F. Roulet. – Karger, 1987. – 230 p

9. Webb, M. E. A 2-year study of Candida-associated denture stomatitis treatment in aged care subjects [Text] / M. E. Webb [et al.] // Gerodontology. – 2005. – Vol. 22, JSfo 3. – P. 168–176

10. Rizaev Zh. A., Nazarova N. Sh., Berdiev. T. A. Shisha tolali tuzilmalarni ishlab chikariishda NBF gingival gelining samaradorligi. Жамият ва инновациялар. 2020, October. From 565-569.