

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

проявляються в період раннього сменного прикуса.

Это свидетельствует о том, что в этот период в связи с более динамичными естественными изменениями активно развивающейся зубочелюстной системы невосполненные дефекты зубного ряда осложня-

ются тяжелыми вертикальными деформациями.

Представленные табличные данные проведенных исследований наглядно свидетельствуют об интенсивности дентоальвеолярных вертикальных деформаций зубных рядов и ее степени тяжести в зависимости от возраста

пациента и продолжительности существования невосполненного дефекта зубного ряда. Группы обследованных диагностических моделей пациентов представлены в табл. 1.

В заключение необходимо отметить, что все вышеизложенное объективно обосновывает не-

Таблица 1

Величина смещения зубов в мм	Группы и количество обследованных пациентов			
	пациенты раннего сменного прикуса		пациенты позднего сменного прикуса	
	продолжительность дефекта до 1 года	продолжительность дефекта от 1 до 3 лет	продолжительность дефекта до 1 года	продолжительность дефекта от 1 до 3 лет
1 мм	9	-	11	2
2 мм	4	1	5	3
3 мм	1	2	1	7
4 мм	1	7	1	6
5 мм	-	9	-	1
6 мм	-	1	-	-

обходимость безотлагательного восполнения диагностированных дефектов зубных рядов у детей уже в самые ранние сроки с

целью восстановления морфологической целостности зубных рядов, всех утраченных функций и профилактики деформаций и

аномалий развития зубочелюстной системы. Это наглядно отражено результатами исследований, представленными в таблице.

Скрипник І.Л., Кондратюк А.О.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ І ДЕФОРМАЦІЯМИ (соціально-психологічний аспект)

Національний медичний університет ім. академіка О.О.Богомольця

Протягом останніх десятиліть у всьому світі визначається зростання наукового інтересу до питання якості життя (ЯЖ). У медицині цей показник стає обов'язковим компонентом оцінки результатів лікування, рівня допомоги хворим, що засвідчено появою багатоаспектних досліджень ЯЖ: її наявних концепцій (Новік А.А., Попова Т.І.), її специфіки при різних формах патології (Вассерман Л.І., Громов С.О., Ма-

рута Н.О., Маскутова А.Я., Atkinson M., Zibin S.), особливостей її оцінок (Юр'єва Л.Н., Семініхіна В.Є.), організації заходів соціальної реабілітації для її покращення у хворих (Барановська Л.М., Юдін Ю.Б.) тощо. Проте проблема ЯЖ залишається недостатньо дослідженою стосовно пацієнтів ортодонтичного профілю, в той час як частота і складність відповідних аномалій постійно зростають. Так, за висновками вітчизняних до-

слідників, лише частота патології оклюзії серед населення складає від 40% до 80%.

Розглядаючи проблему ЯЖ пацієнтів із зубощелепними аномаліями та деформаціями, ми виходимо з визначення ЯЖ, даного ВООЗ, як співвідношення культури, систем цінностей суспільства з метою та цілями: самого індивіда, його планами, можливостями і ступенем загальної влаштованості. При цьому психічне благопо-

луччя розглядається як найважливіша складова високої якості життя та якості медичної допомоги. У зв'язку з цим відповідні проблеми ортодонції потребують міждисциплінарного розгляду, соціально-психологічного та соціологічного підходів, оскільки в призмі ЯЖ людина постає як біопсихосоціальна істота в її взаємодії з довкіллям. В особі пацієнта зі згаданими патологіями ортодонт має справу з людиною в усій повноті, конкретності та напруженості її життєвих проблем, одна з яких - постійне відчуття своєї фізичної неповноцінності та почуття неможливості повноти соціальної самореалізації. Це робить ортодонцію галуззю високого психологічного навантаження та соціальної відповідальності, позначеною справжнім гуманізмом і повагою до особистості пацієнта, а ортодонтичне лікування - необхідною умовою його повноцінного буття в різноманітних сферах життєдіяльності.

Розвиток жуваально-мовленевого апарату триває, як відомо, від народження до повного утворення постійного прикусу у віці 18-20 років, а зубощелепні відхилення є багатопричинними, спрацьовуючи на тілі індивідуальної конституції. Наявність відповідних вад створює ґрунт для постійної акцентуації особистістю зниженої якості її життя, що особливо гостро виявляється в підлітковому віці, коли основою соціальної адаптації є передусім емоції. Наявність патології, зовнішній дефект, що відрізняє індивіда від інших, на етапі його

особистісного становлення стає постійним психотравмуючим фактором, чинником формування внутрішніх комплексів, що призводять до викривленого сприйняття реальності та соціофобії. Протиріччя між тим, яким хотілося б бути, і тим, який ти є, викликає страждання. Воля як знаряддя подолання труднощів у такому разі переважно виявляється безсилою - виникає ситуація перманентної кризи, що унеможливорює реалізацію життєвого задуму.

Перебуваючи в постійному конфлікті з собою, такий індивід відчуває внутрішню дисгармонію, заблокованість можливостей вираження конструктивних почуттів, тривожність і невмотивований страх, почуття меншовартості, центрацію на власних проблемах, пасивність, творчу інертність, блокування здатності до самореалізації, труднощі адекватної саморефлексії та сприйняття об'єктивної реальності й інших людей.

Нерідко, свідчать психологи, це супроводжується егоцентризмом та агресивністю.

Випадіння з групи (простору рольових ігор, які моделюють суспільну поведінку індивіда) через порушення звичайних стимулів до комунікації не дає опанувати соціальними навичками. Звідси вимушена самотність, уникання будь-яких, навіть рутинно-повсякденних, контактів, а надто - спілкування з незнайомими людьми, публічних виявів, перебування в колективі. Зрозуміло, що це створює труднощі в отриманні освіти, професійному й кар'єрному зростанні, робить проблемними шлюб

і створення сім'ї. Центр уваги такої особистості постійно зміщений до обставин, що викликають неспокій: вони сприймаються з величезною гостротою, гіперболізуються, фіксуються мозком в усіх найменших деталях, викликають неврози.

Передбачаючи в усіх випадках негативну думку про себе з боку оточення, така людина боїться будь-яких критичних зауважень стосовно свого зовнішнього вигляду, прагне бути непримітною, уникає самостійних рішень, змушуючи себе жити не у відповідності з власними потребами, а з уподобаннями інших і, врешті, стає конформною, що, у свою чергу, закріплює в ній почуття саможневаги.

Такі тривалі стани є руйнівними для особистості, яка до отримання перших позитивних результатів лікування відчуває потенційну чи актуальну загрозу задоволенню своїх фундаментальних потреб. Ось чому підхід до пацієнта із психологічною травмою з приводу його зовнішності має бути нестандартним, вимагає від ортодонта клієнтоцентрованої техніки, коли в самій його позі, коментарях, доброзичливому опитуванні виражається власна зацікавленість у розв'язанні проблеми. Це стимулює пацієнта до відповідального ставлення до ортодонтичного втручання і водночас сприяє формуванню в нього нових, позитивних переконань щодо життєвих перспектив, відновлюючи його психічне благополуччя - найважливішу умову високої якості життя.