

А.К. Иорданишвили¹,
д.м.н., профессор кафедры ортопедической
стоматологии

В.В. Лобейко²,
к.м.н., старший научный сотрудник
лаборатории возрастной клинической
патологии

¹ Северо-Западный государственный
медицинский университет
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

² Институт биорегуляции и геронтологии,
Санкт-Петербург

Отношение к болезни пациентов пожилого и старческого возраста при лечении патологии слюнных желез

Резюме. В работе проведено изучение отношения пациентов к болезни в ходе динамического наблюдения за 69 больными пожилого и старческого возраста в возрасте от 61 года до 85 лет, страдающих хроническими заболеваниями слюнных желез, сопровождающихся синдромом сухого рта. Для определения типа отношения пациента к болезни была использована тестовая клиническая методика ТОБОЛ (тип отношения к болезни), в которой реализовалась клиничко-психологическая типология отношения пациента к болезни, предусматривающая возможность определения одного из двенадцати типов реагирования. Установлено, что до начала терапии, независимо от возраста, у лиц, страдающих патологией слюнных желез и сопровождающихся синдромом сухого рта, отмечались типы отношения к болезни, при которых отмечено дезадаптивное поведение с преимущественно интрапсихической направленностью реагирования на болезнь, что проявлялось характерными реакциями по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» пациентов в болезнь, «капитуляцией» перед заболеванием. Проведенное комплексное лечение с использованием анксиолитика позволило у 52,1% больных изменить неадекватные реакции на болезнь, устранить выраженные явления психической дезадаптации, а также создать у больных реалистические установки на лечение, способствовать восстановлению широких социальных связей и активно участвовать в лечении.

Ключевые слова: слюнные железы, сиалез, сиалоаденопатия, злокачественные новообразования слюнных желез, синдром сухого рта, лица пожилого и старческого возраста, отношение к болезни

Особенности личности больного человека играют важную роль в обеспечении эффективного лечения и в профилактике рецидивов не только при различной психосоматической патологии, но и при стоматологической патологии [3, 4, 7]. Поэтому позиция пациента по отношению к своему здоровью и проводимому лечению, а также к врачам и вспомогательному медицинскому персоналу является важным фактором успешности его реабилитации [7, 9, 14]. При хронических заболеваниях слюнных желез, сочетающихся с гипосиалией, сложно эффективно и быстро помочь больному, так как такие

Summary. The paper studied the attitude to the disease in the course of dynamic observation of 69 patients with middle and old age (at the age of 61 to 85 years), suffering from chronic diseases of the salivary glands, accompanied by the dry mouth syndrome. To determine the type of attitude to the disease clinical test method TAD (type of attitude to the disease), which implements the clinical and psychological typology patient attitude was used to determine the disease provides for the possibility of one of the twelve types of response. It was found that before treatment, regardless of age in patients suffering from disorders of the salivary glands and are accompanied by the syndrome of "dry mouth" marked types of attitude to the disease for which the observed maladaptive behavior with predominantly intrapsychic response oriented to the disease, manifested the characteristic reactions for irritable type weakness, anxious, depressed, oppressed state, "care" patients in the disease, "surrender" to the disease. The performed complex treatment with an anxiolytic allowed in 52.1% of patients change inadequate response to disease, to eliminate significant signs of mental maladjustment, as well as create a realistic installation in patients on treatment, contribute to the restoration of broad social relations and actively participate in treatment.

Key words: salivary glands, sialosis, sialoadenopathy, malignant tumors of the salivary glands, dry mouth syndrome, attitude to the disease

заболевания плохо поддаются лечению и очень мучительны для больных [5, 11]. Имеющаяся гипосиалия неблагоприятно влияет на психологический статус [8, 15], что усугубляет течение заболевания слюнных желез [10, 12]. Помочь выйти из такого порочного круга стоматологическому больному может использование психофармакологических и психотерапевтических методов, направленных на изменение отношения пациентов к болезни [2, 3]. Это может изменить не только реакцию на болезнь, но и создать реалистические установки на лечение и восстановление социальных связей

в широком их смысле [2, 14], а также профилактике рецидивирования заболеваний, которые в пожилом и старческом возрасте характеризуются коморбидностью [13]. В то же время вопрос отношения к болезни стоматологических больных практически не освещен в доступной отечественной и зарубежной литературе.

Цель работы состояла в изучении отношения к болезни пожилых и старых людей, страдающих различными хроническими заболеваниями слюнных желез, сопровождающихся синдромом сухого рта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 69 больных пожилого и старческого возраста (16 мужчин и 53 женщины) в возрасте от 61 года до 85 лет, страдающих хроническими заболеваниями слюнных желез, сопровождающихся выраженными изменениями в образовании слюны и психофизиологическом статусе. Пациенты были разделены на 3 группы.

В I группу включили 21 человека (9 мужчин и 12 женщин в возрасте от 61 года до 85 лет), страдающих различными злокачественными новообразованиями больших слюнных желез. Во II — 16 (1 мужчина и 15 женщин в возрасте от 61 года до 77 лет), страдающих сиалозами (5 человек — болезнью Микулитца и 11 — болезнью Шегрена). В III группу вошло 32 человека (6 мужчин и 26 женщин в возрасте от 61 года до 75 лет), которые страдали медикаментозной (17 человек) или лучевой (15) сиалoadенопатией.

На первом этапе терапии всем больным проводилось общепринятое лечение у врача-стоматолога, направленное на профилактику возникновения воспалительных и прогрессирование дегенеративно-дистрофических процессов в тканях слюнных желез, а также улучшение слюнообразования, для чего пациенты дополнительно получали пептидный биорегулятор везуген (по 1 таблетке 3 раза в день в течение месяца), биокорректоры питания альгиклам (по 2 таблетки 2 раза в день) и лесмин (по 1 таблетке 3 раза в день) в течение месяца. Курс указанной терапии повторяли 4 раза в год, т.е. ежеквартально. На втором этапе лечения (спустя 6 месяцев после завершения первого этапа) пациентам трех исследуемых групп дополнительно к указанной терапии назначали афобазол (по 10 мг 3 раза в день) в течение 4 недель. Пациентов наблюдали в течение года от момента завершения второго этапа комплексного лечения. Эффективность лечения оценивали по методике А.К. Иорданишвили [6].

Для определения типа отношения пациента к болезни была использована тестовая клиническая методика ТООБЛ (тип отношения к болезни), в которой реализовалась клиничко-психологическая типология отношения пациента к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым в 1980 г. [11]. Методика предусматривает возможность определения одного из двенадцати типов реагирования, диагностируемые тестом: сенситивный (С), тревожный (Т), ипохондрический

(И), меланхолический (М), апатический (А), неврастенический (Н), эгоцентрический (Э), паранойяльный (П), анозогнозический (З), дисфорический (Д), эргопатический (Р) и гармоничный (Г), которые авторами методики выделены в 3 блока: условно-адаптивный (I), интрапсихически-дезадаптивный (II) и интерпсихически-дезадаптивный (III) [1, 2]. Тип отношения болезни определяли трижды: до начала лечения, после завершения первого и второго этапов лечения.

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан ПО для статистического анализа. Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Данные об отношении к болезни, полученные до начала лечения, в группах по нозологическим формам практически не отличались ($p \geq 0,05$). Учитывая, что анализ встречаемости типов отношения к болезни в изученных группах пациентов не выявил возрастных и половых различий, а также с учетом нозологической формы патологии слюнных желез результаты исследования в группах, независимо от патологии слюнных желез при анализе результатов, были объединены (рис. 1). Графическое отображение типов отношения к болезни у пациентов, страдающих заболеваниями слюнных желез (сиалoadенопатии, сиалозы, злокачественные новообразования), сопровождающихся синдромом сухого рта до лечения, представлено на рис. 2.

До начала терапии, независимо от возраста, отмечались типы отношения к болезни, входящие преимущественно ($p \leq 0,05$) во второй блок [10]. При таком

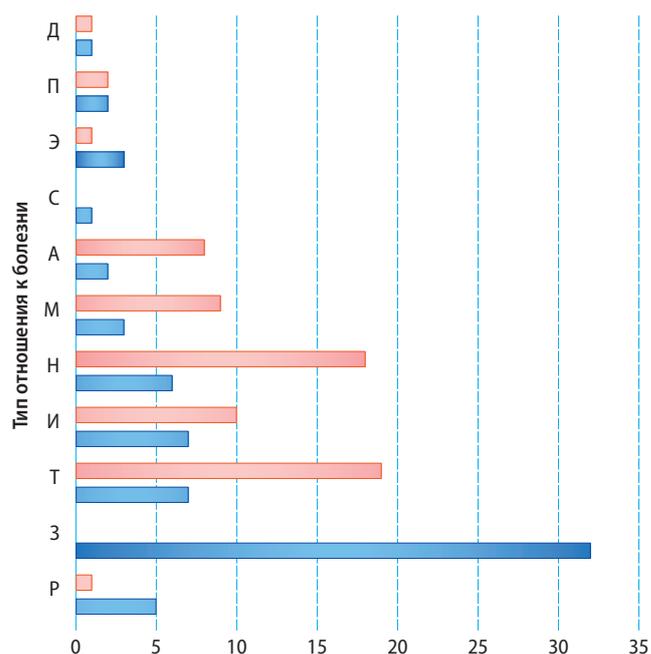


Рис. 1. Частота встречаемости различных типов отношения к болезни среди пожилых и старых людей, страдающих патологией слюнных желез до и после завершения второго этапа лечения

отношении к болезни эмоционально-аффективная сфера отношений у таких больных проявляется в дезадаптивном поведении, для которого характерны реакции по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, уходом в болезнь или капитуляцией перед заболеванием. При этом наличие у больных психической дезадаптации в связи с болезнью отличается преимущественно интрапсихической направленностью реагирования на болезнь.

Так, среди типов отношения к болезни (см. рис. 1) наиболее часто выявляли тревожный (27,5%), несколько реже — неврастенический (26,1%), ипохондрический (14,5%), меланхолический (13,0%) и апатический (11,6%) типы отношения. Ранее установлено, что у людей, страдающих сиалозами, сиалоаденопатиями

лучевой и медикаментозной этиологии, а также злокачественными новообразованиями слюнных желез, отмечается повышенная личностная и реактивная тревожности [2], что, вероятнее всего, связано с тяжестью переносимого заболевания слюнных желез, а также из-за выраженной сухости в полости рта и канцерофобии. Это отмечается, несмотря на то, что пациенты с указанной патологией слюнных желез находятся под динамическим наблюдением врачей и получают лечение, что существенно снижает неблагоприятное воздействие на их психику негативных переживаний из-за имеющейся у них тяжело протекающей хронической патологии слюнных желез, сопровождающейся мучительным для пациентов синдромом сухого рта. У таких пациентов присутствует неверие в полное выздоровление, в возможность наступления улучшения состояния здоровья, в эффективное лечение, а также отмечается выставление напоказ окружающим лицам собственных переживаний и страданий с целью вызвать сочувствие и привлечь к себе внимание. Беспокойство и мнительность по отношению к течению болезни характерны для этой категории геронтоонкостоматологических пациентов [14].

У 7 (10,2%) из 69 обследуемых больных, страдающих заболеваниями слюнных желез, типы внутренней картины болезни в рамках теста ТОБОЛ формировались в 3 блока. Среди них у 2 (2,9%) человек определен паранойяльный, у 1 (1,45%) — эгоцентрический и у 1 (1,45%) — дисфорический типы отношения к болезни. При паранойяльном типе характерна подозрительность и настороженность больных к разговорам о себе, лечению и процедурам. Такие пациенты способны приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарственных веществ халатности или злему умыслу врачей и другого медицинского персонала.

Для лиц с эгоцентрическим (истероидным) типом отношения к болезни было характерно выставление напоказ своих страданий, а также поиск выгод в связи с существующим заболеванием. При дисфорическом (агрессивном) типе отношения к болезни для пациентов было характерно гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянно угрюмый и недовольный вид, а также зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких. Только у 1 (1,5%) пациента отмечен эргопатический тип отношения к болезни, для которого характерно стеничное, подчас одержимое отношение к работе, т.е. уход от болезни в работу, а также стремление, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать свою профессиональную деятельность. Только у этого пациента его внутренняя картина болезни в рамках теста ТОБОЛ относилась к первому блоку типов, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушаются. Хотя отмечается снижение критичности к своему здоровью, преуменьшение значения заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, уходом в работу, реже отрицанием факта заболевания.

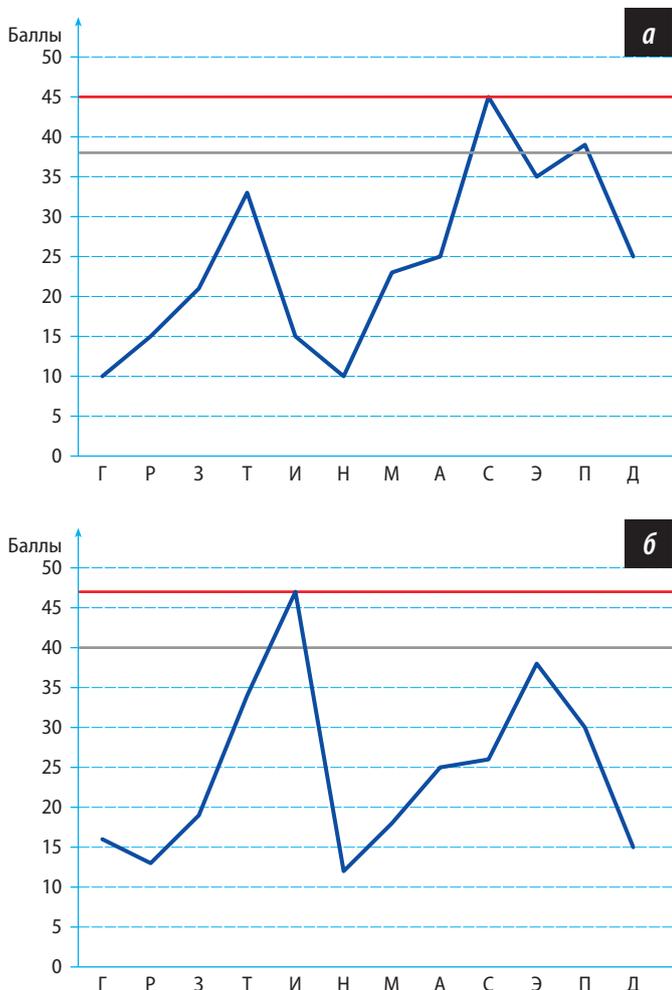


Рис. 2. Пример графического отображения типа отношения к болезни у пациента, страдающего заболеванием слюнных желез сопровождающегося синдромом сухого рта: до лечения (а) диагностируется смешанный тип (СП — чувствительный, паранойяльный), относящийся к III группе типов отношения к болезни; после завершения второго этапа лечения (б) диагностируется чистый тип (И — ипохондрический), относящийся ко II группе типов отношения к болезни. Горизонтальные линии ограничивают интервал, отражающий чистый, либо смешанный тип отношения к болезни пациента, в зависимости от количества пиков графика, приходящегося на этот интервал (в соответствии с методикой ТОБОЛ)

По завершении первого этапа комплексной терапии у пациентов клинически отмечено улучшение, что было связано с незначительным, но достоверным увеличением количества выделяющейся слюны. Оценка эффективности лечения по завершении первого этапа лечения в I—III группах пациентов составила от 19 до 49,3%. В то же время достоверных изменений во внутренней картине болезни по методике ТОБОЛ не произошло ($p \geq 0,05$). Поэтому на втором этапе лечения в комплекс лечебно-профилактических мероприятий был включен, по рекомендации врача-психотерапевта, анксиолитик афобазол.

По завершении второго этапа исследования у 46,3% пациентов была отмечена положительная динамика ($p \leq 0,05$) в их отношении к болезни (рис. 3). Так, 37 (53,6%) человек по внутренней картине болезни по методике ТОБОЛ стали относиться к первому блоку, среди типов чаще отмечался анозогнозический (эйфорический), реже — эргопатический (стенический) тип отношения к болезни (см. рис. 1, 2). Значительно, на 56,5%, сократилось число больных, имеющих варианты типов отношения к болезни, относящиеся по методике ТОБОЛ ко второму блоку. Однако отмечено увеличение на 4,4% больных, имеющих типы отношения к болезни, относящиеся к третьему блоку, а именно: эгоцентрический (3 человека), паранойяльный (2), сенситивный (1 человек) и дисфорический (1), что следует связать со сменой направленности психической дезадаптации с преимущественной интерпсихической направленностью реагирования на болезнь.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая наличие трех типов внутренней картины болезни в рамках теста ТОБОЛ, формирующих 3 блока, следует заключить, что больные, страдающие патологией слюнных желез, сопровождающейся синдромом сухого рта, имеют высокие показатели в блоке 2, для которого характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на заболевание, обуславливающая нарушения социальной адаптации пациентов. Проведенное комплексное лечение с использованием психофармакологического воздействия путем применения анксиолитика позволило у 52,1% больных изменить неадекватные реакции на болезнь, устранить выраженные явления психической дезадаптации, а также создать у них реалистические установки на лечение, способствовать восстановлению широких социальных связей и активно участвовать в лечении. Считаем, что полученные сведения о типе отношения пациентов с хронической, тяжелой и мучительной патологией слюнных желез имеют прикладное значение, так как достижение положительного лечебного результата и успешной реабилитации возможно только при изменении отношения пациента к болезни, особенно при втором и третьем типе, для чего необходимо привлечение к реабилитации таких пациентов клинического фармаколога или психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Вассерман Л.И.** Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации. — Л., 1987. — 25 с.
2. **Заборовский К.А., Лобейко В.В., Иорданишвили А.К.** Психофизиологический статус людей пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез. — *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»*. — 2014; 3: 47—54.
3. **Ильин Е.П.** Психофизиология состояний человека. — СПб.: Питер, 2005. — 412 с.
4. **Иорданишвили А.К.** Хирургическое лечение периодонтита и кист челюстей. — СПб.: Нордмедиздат, 2000. — 242 с.
5. **Иорданишвили А.К.** Клиническая ортопедическая стоматология. — М.: МедПресс, 2008. — 208 с.
6. **Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Жмудь М.В., Удальцова Н.А., Рыжак Г.А.** Частота и причины функциональных нарушений слюноотделения у людей разного возраста. — *Успехи геронтологии*. — 2012; 3 (25): 531—4.
7. **Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Поленс А.А., Жмудь М.В.** Некоторые методические аспекты диагностики заболеваний слюнных желез. — *Пародонтология*. — 2012; 2 (63): 71—5.
8. **Иорданишвили А.К., Лобейко В.В.** Заболевания слюнных желез в различном возрасте и их особенности. — *Вестник Российской Военно-медицинской академии*. — 2014; 3 (45): 85—9.
9. **Иорданишвили А.К.** Возрастные изменения жевательно-речевого аппарата. — СПб.: Человек, 2015. — 140 с.
10. **Иорданишвили А.К.** Геронтостоматология. — СПб.: Человек, 2015. — 214 с.
11. **Личко А.Е., Иванов Н.Я.** Медико-психологическое обследование соматических больных. — *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 1980; 8: 1195—8.
12. **Матина В.Н.** Заболевания и опухоли слюнных желез. В кн. А.К. Иорданишвили (ред.): Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области: руководство для врачей. — СПб.: СпецЛит, 2007. — С. 229—230.
13. **Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Попов С.В., Жмудь М.В.** Сиалолитиаз и коморбидная патология у людей различного возраста. — *Медлайн.ру*. — 2014; 14: 529—39.
14. **Судаков К.В.** Индивидуальность эмоционального стресса. — *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2005; 2 (105): 4—12.
15. **Martinmäki K., Rusk H., Kooistra L., Kettunen J., Saalast S.** Intraindividual validation of heart rate variability indexes to measure vagal effects on heart. — *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. — 2006; 290 (2): H640—7.