

ПРОБЛЕМЫ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Саидов Бобур Уктамович

ассистент кафедры стоматологии,

Альфраганус Университет,

г.Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. Улучшение возможностей в амбулаторной хирургической стоматологии ставит перед специалистами новые профессиональные задачи. Техническое переоснащение и совершенствование анестезиологического обеспечения сделали возможным выполнение объемных вмешательств вне стационара. Вместе с тем практика показывает, что клинический результат во многом определяется не только медицинскими факторами, но и психоэмоциональным состоянием участников лечебного процесса. В статье рассматривается роль психологической готовности врача и пациента при проведении хирургического лечения в условиях стоматологической поликлиники. Представлен опыт организационно-психологической реорганизации службы и клиническое наблюдение, иллюстрирующее значимость предварительной психотерапевтической подготовки.

Цель исследования. Проанализировать влияние психологической готовности врача-стоматолога и пациента на эффективность проведения объемных хирургических вмешательств в условиях стоматологической поликлиники.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе муниципального стоматологического учреждения. Организационные изменения в хирургическом отделении включали не только техническое переоснащение, но и внедрение элементов клиничко-психологического сопровождения.

Оценка состояния медицинских работников осуществлялась с учетом нескольких параметров: устойчивости к стрессу, особенностей профессиональной мотивации, способности к концентрации внимания в условиях дефицита времени, коммуникативных навыков. Анализ показал, что даже опытные специалисты по-разному реагируют на необходимость расширения объема амбулаторных вмешательств.

С пациентами проводилось индивидуальное психологическое обследование. Особое внимание уделялось уровню ситуативной тревожности, ожиданию боли, наличию негативного прошлого опыта лечения. При выявлении повышенного стрессового напряжения применялись элементы краткосрочного психологического консультирования: разъяснение этапов вмешательства,

формирование реалистичных ожиданий, снижение катастрофизации возможных ощущений.

Клиническое наблюдение: пациентка среднего возраста обратилась для плановой санации полости рта. В ходе диагностики выявлен очаг деструкции костной ткани в области верхней челюсти. По данным компьютерной томографии установлены четкие границы образования, что позволило планировать хирургическое лечение в амбулаторных условиях.

Однако первичное общение выявило выраженную тревожность: пациентка подробно расспрашивала о возможной боли, осложнениях, сроках восстановления, неоднократно возвращалась к негативному опыту предыдущего лечения. Психодиагностическое обследование подтвердило высокий уровень стрессового напряжения.

После проведения психологической подготовки, включающей детальное обсуждение этапов операции и послеоперационного периода, эмоциональный фон пациентки стабилизировался. Она стала активным участником лечебного процесса, демонстрируя готовность к сотрудничеству.

Выполнена цистэктомия с резекцией верхушек корней причинных зубов под местной анестезией. Послеоперационный период протекал без осложнений, динамика заживления соответствовала ожидаемой. По результатам гистологического исследования подтвержден диагноз радикулярной кисты с признаками хронического воспаления.

В данном случае особенно показательной оказалась не столько сама техника вмешательства, сколько изменение психоэмоционального состояния пациентки, повлиявшее на ее поведение и соблюдение рекомендаций.

Результаты. Проведенная организационная психологическая подготовка позволила расширить объем хирургической помощи, которая оказывалась амбулаторно. Врачи стали более уверенно планировать вмешательства, ранее направлявшиеся в стационар, а также сократить время лечения.

Также важно отметить, что профессиональная готовность врача не сводится к техническим навыкам. Она включает способность сохранять эмоциональное равновесие, адекватно оценивать риски, устанавливать доверительный контакт. В амбулаторной хирургии, где пациент вскоре после вмешательства возвращается в привычную среду, именно доверие и взаимопонимание во многом определяют приверженность рекомендациям.

Со стороны пациентов ключевым условием успешного лечения является снижение уровня предоперационной тревоги. Даже краткая психологическая беседа способна изменить субъективное восприятие предстоящей процедуры и уменьшить выраженность стрессовой реакции.

Выводы

1. Эффективность амбулаторных хирургических вмешательств определяется не только клиническими и техническими возможностями учреждения, но и психологической готовностью врача и пациента.
2. Формирование устойчивой профессиональной позиции врача способствует снижению тревожности пациентов и повышению качества взаимодействия.
3. Предварительная психоэмоциональная подготовка пациента является важным компонентом комплексного лечения.
4. Интеграция элементов клинической психологии в деятельность стоматологической поликлиники позволяет расширить спектр вмешательств, выполняемых амбулаторно, без снижения безопасности лечения.

Ключевые слова: амбулаторная стоматология, психологическая готовность, тревожность, хирургическое лечение, профессиональные качества врача.

Литература.

1. Результаты сравнительного изучения психофизиологических факторов, влияющих на осознание (оценку) боли при проведении терапевтических стоматологических вмешательств / Л. В. Петровская, Ю. М. Максимовский, Е. В. Зорян, В. М. Гринин // Стоматология. — 2003. — Т. 82, № 2. — С. 15-20.
2. Гринькова, И. Ю. Оценка психосоматического статуса пациента перед стоматологическим приемом / И. Ю. Гринькова, С. Е. Жолудев // Уральский стоматологический журнал. — 2004. — № 2. — С. 20-26.
3. Распределение типов отношения к болезни у пациентов клиники ортопедической стоматологии с учетом возраста и состояния зубочелюстной системы / И. В. Струев, В. М. Семенюк, А. И. Матешук, М. И. Калинин [и др.] // Проблемы стоматологии. — 2006. — № 2. — С. 25-26.
5. Wemtraub H. D. Penoperative Management of the geriatric outpatient. 37-th Annual Refreshee Course Lectures and Clinical Undate Program, 1986 by the American Society of Anesthesiologists, Park Ridge, Lecture 276, pp. 6-6.