

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.314-089.28-053.9:615.851

С.Д. Арутюнов, М.Г. Амирян, М.Е. Остренкова

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ

Московский государственный медико-стоматологический институт им. А.И. Евдокимова, 127473, Москва

В статье авторы анализируют причины неудовлетворенности больных пожилого и старческого возраста с полным отсутствием зубов проведенным протезированием с помощью съемных пластиночных ортопедических конструкций, условия повышения его эффективности на основе разработанной оптимальной медико-психологической тактики лечения.

Ключевые слова: *больные пожилого и старческого возраста; протезирование; тактика лечения.*

S.D. Arutyunov, M.G. Amiryanyan, M.E. Ostrenkova

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL TREATMENT TACTICS ELDERLY PATIENTS WITH COMPLETE ABSENCE TEETH A.I.EVDOKIMOV MOSCOW STATE MEDICAL AND DENTAL INSTITUTE, 127473, MOSCOW

The authors analyze the reasons for dissatisfaction with pain-tion elderly with a complete lack of teeth prosthetics conducted using removable plate prosthetic conditions to improve its effectiveness based on the developed optimal medical and psychological treatment strategies .

Key words: *sick elderly; prosthetics; treatment strategy.*

Эффективность ортопедического стоматологического лечения больных с полным отсутствием зубов наряду с необходимостью высокого профессионализма стоматолога-ортопеда и зубного техника и современного материально-технического оснащения технологического процесса часто во многом зависит от избранной медико-психологической тактики оказания врачебной помощи [1, 2]. Изменения, произошедшие в данной сфере, связаны с применяемыми методами и новыми научными данными о характере поведения больных разных возрастов в период оказания им медицинской помощи [3–8].

Необходимо учитывать не только особенности заболевания и все многообразие медицинских средств оказания помощи, но и данные об индивидуальных свойствах, характере, строе мыслей, возрастных изменениях пациентов, а также о коморбидных заболеваниях [5, 8–13].

В настоящей работе исследованы причины неудовлетворенности больных пожилого и старческого возраста с полным отсутствием зубов проведенным протезированием с помощью съемных пластиночных ортопедических конструкций, а также условия повышения его эффективности благодаря оптимальной медико-психологической тактике лечения.

Материал и методы

На I этапе (2010) нами была теоретически сформирована стратегия исследования, осуществлен набор экспериментальных и контрольных групп, проведено обучение стоматологов-ортопедов модели взаимодействия с пожилыми пациентами в лечебной практике с учетом их возрастных особенностей. Кроме того, разработана медико-психологическая тактика лечения пациентов экспериментальной группы, подобран психодиагностический инструментарий (см. схему).

На II этапе (2011) проведено лечение пожилых больных с полным отсутствием зубов с помощью съемных пластиночных протезов при применении разработанной медико-психологической тактики и выполнены диагностические процедуры, позволившие определить эффективность избранной врачебной тактики и уровень удовлетворенности пациента ходом и результатами лечения.

На III этапе (2012) проведен анализ полученных данных, а также медицинских карт стоматологического больного, выработаны рекомендации для стоматолога, позволяющие оптимизировать выбор медико-психологической тактики лечения конкретного больного, подведены итоги и сформулированы выводы.

Наше исследование проводилось на широкой эмпирической базе. В нем участвовали 2 группы стоматологов-ортопедов по 10 человек (экспериментальная и контрольная) с одинаково высокой профессиональной квалификацией.

Обследовано 500 пациентов в возрасте от 60 до 74 лет (198 мужчин и 302 женщины). На основании критериев включения, невключения и исключения пациенты были разделены слепым методом на 2 группы: экспериментальную ($n = 60$) и контрольную ($n = 58$).

В ходе диссертационного исследования проводили психологический тренинг стоматологов, клиническое обследование и ортопедическое стоматологическое лечение больных, опрос, тестирование, наблюдение, контент-анализ медицинских карт стоматологического больного, применяли методы математической статистики.

Результаты и обсуждение

Гипотезой нашего эксперимента стало следующее утверждение: субъективная удовлетворенность стоматологическим лечением пожилых пациентов с полным отсутствием зубов, нуждающихся в съемных пластиночных протезах, в большей мере зависит от умения стоматолога-ортопеда подобрать эффективную медико-психологическую тактику лечения.

Субъективная удовлетворенность пациента стоматологическим лечением – важнейший психологический показатель, целостно демонстрирующий отношение больного к процедуре и результату лечения. Этот показатель дает возможность стоматологу получить достоверные ответы на вопросы о том, как воспринимались пациентом его врачебное поведение, выполненные им лечебные манипуляции и те изменения в состоянии здоровья больного, которые произошли в контексте лечебного процесса. Показатель субъективной удовлетворенности отражает и то, как складывались взаимоотношения пациента с лечащим врачом, как врач во время лечения учитывал его субъективное состояние, насколько предупредителен и внимателен был к пациенту, испытывал ли пациент болезненные ощущения в ходе лечения, комфортно ли он чувствовал себя в кабинете врача и т.д. Значимость изучения показателя субъективной удовлетворенности пациента ходом и результатами лечения обуславливается еще и тем нередко встречающимся обстоятельством, что пациент остается субъективно неудовлетворенным даже при высоком качестве лечения. В таком случае есть достаточные основания утверждать, что психологическая составляющая тактики лечения была подобрана неудачно.

Для оценки этого показателя был использован разработанный в соответствии с нормами подготовки диагностического инструментария опросник «Определение степени субъективной удовлетворенности пациента ходом и результатами лечения», состоящий из 10 пар бинарных утверждений. Опросник прошел соответствующую апробацию в ходе настоящего исследования. Прототип опросника был впервые использован в рамках диссертационного исследования М.Х. Шогеновой [14].

Психологический компонент адекватной тактики лечения, по нашему мнению, должен состоять из двух элементов: учета возрастных особенностей пациента и использования в процессе лечения коллегиальной модели взаимодействия с ним. Эта модель была выбрана нами как наиболее эффективная на основании данных исследований, проведенных в МГМСУ им. А.И. Евдокимова [2].

Согласно концепции запланированного эксперимента, на подготовительном этапе мы обучали стоматологов-ортопедов, впоследствии составивших экспериментальную группу и лечивших экспериментальную группу пациентов.

С врачами провели 18-часовой социально-психологический тренинг делового и партнерского общения (обучение модели взаимодействия с пациентом), а также 6-часовую лекцию, посвященную возрастным особенностям пожилых людей. В ходе тренинга врачи с помощью ролевых игр, специальных упражнений, групповых дискуссий отрабатывали на практике эффективные приемы и методы профессионального и межличностного общения. Они освоили:

- приемы установления контакта с пациентом; способы ориентировки в позиции пациента (постановка вопросов, активное слушание, оценка невербальных сигналов и т.д.);

- эффективную аргументацию и контраргументацию;

- умение обнаруживать манипулятивные действия больного и нивелировать их воздействие;
- приемы ускорения принятия решения;
- навыки корректировки эмоционального состояния пациента;
- способы профилактики и выхода из конфликтных ситуаций и т.д.

В рамках лекционных занятий освещались вопросы, касающиеся особенностей когнитивной, аффективной, мотивационной сфер пожилого человека, его Я-концепции и специфики поведения.

Слушателям лекционных курсов был представлен

Блок-схема исследования

I этап – подготовительный	
1. Определение психологических моделей взаимодействия врачей с пациентами (опросник "Модели взаимодействия врача со стоматологическими больными по Р. Витчу").	
2. Обучение стоматологов-ортопедов: – занятия по методике использования коллегиальной модели взаимодействия с пациентом (18 академических часов); – занятия по теме "Особенности личности пациента, обусловленные возрастными закономерностями" (6 академических часов).	
3. Отбор пациентов для исследования при наличии субъективной неудовлетворенности ранее проведенным протезированием полными съёмными протезами.	
II этап – основной	
Формирование основной и контрольной групп стоматологов-ортопедов	
Основная группа:	Контрольная группа:
врачи-стоматологи, прошедшие специальное психологическое обучение и использующие коллегиальную модель взаимодействия с пациентом	врачи-стоматологи, не прошедшие специального психологического обучения и взаимодействующие с пациентом по найтению
По результатам стоматологического обследования и отбора в соответствии с критериями включения, невключения и исключения были сформированы основная и контрольная группы пациентов, сопоставимые по полу, возрасту, стоматологическому статусу и соматической патологии	
Основная группа:	Контрольная группа:
пациенты, проходящие лечение у стоматологов экспериментальной группы	пациенты, проходящие лечение у стоматологов контрольной группы
Ортопедическое стоматологическое лечение проводили поэтапно в соответствии с протоколом ведения больных с полным отсутствием зубов (полной вторичной адентией) с учетом индивидуальных особенностей протезного ложа и поля, слюноотделения, соматической патологии, в 5 клинических приемов.	
Дополнительные психологические процедуры для пациентов:	
До начала лечения: – тестирование для определения уровня невротизации по Вассерману – изучение ожиданий пациентов (опросник "Модели взаимодействия врача со стоматологическими больными по Р. Витчу"). В конце каждого приема – определение эмоционального состояния с помощью опросника настроения и самочувствия (САН – самочувствие, активность, настроение). После лечения – регистрация степени субъективной удовлетворенности пациента ходом и результатами лечения с помощью разработанного нами опросника "Определение степени субъективной удовлетворенности пациента ходом и результатами лечения".	
III этап – заключительный	
Сравнительный анализ субъективной удовлетворенности пациентов основной и контрольной групп процессом и результатами стоматологического ортопедического лечения.	

созданный нами обобщенный психологический портрет пожилого человека (см. таблицу), компонентами которого являются характеристики его внутреннего мира и поведения, которые должны быть учтены стоматологом при выработке медико-психологической тактики лечения.

Подготовленные таким образом стоматолого-ортопеды приступали к лечению пожилых пациентов, нуждавшихся в съемных зубных протезах при полном отсутствии зубов.

Все пациенты обученных нами врачей составили экспериментальную группу. В соответствии с концепцией возрастных закономерностей Эриксона и на основании теста уровня невротизации по Вассерману она была разделена 2 подгруппы:

- Эпс – с низким и средним уровнем невротизации в среднем 11 баллов (спокойные – 38 человек, набравших менее 20 баллов по тесту);

- Эпн – с высоким уровнем невротизации в среднем 25,2 балла (невротизированные – 22 человека, набравшие более 20 баллов).

Планируя исследование, мы ожидали, что все пациенты специально обученных нами врачей продемонстрируют большую удовлетворенность лечением, чем таковые в контрольной группе, т.е. у врачей, не прошедших психологической подготовки (при одинаково высокой квалификации и идентично хороших результатах протезирования).

Более того, мы предполагали, что правильно подобранная медико-психологическая тактика лечения,

основанная на использовании модели взаимодействия и учете психологических особенностей пожилых лиц, обуславливает более высокую удовлетворенность не только у малоневротизированных, но и у высоконевротизированных пациентов.

В контрольной группе обследованных нами была проделана аналогичная психодиагностическая работа, позволившая разделить пациентов на 2 подгруппы: спокойные ($n = 38$) и невротизированные ($n = 20$). Средний уровень невротизации спокойных составил 10 баллов, невротизированных – 25,3 балла.

Как показывает сравнительный анализ данных, в начале эксперимента средние уровни невротизации спокойных пациентов контрольной и экспериментальной групп практически одинаковы: 10 и 11 баллов соответственно, у невротизированных – 25,3 и 25,2 балла соответственно.

Стоматологи-ортопеды не знали, к какой из подгрупп (спокойные или невротизированные) принадлежит сидящий в кресле пациент.

Мы провели уточняющий анализ выбора пациентами предпочитаемой ими модели взаимодействия со стоматологом (рис. 1).

Нами проанализированы ответы на вопросы опросника «Модель взаимодействия врача-стоматолога ортопеда с пациентами» отдельно по каждой из выделенных нами подгрупп: Эпс спокойные, Эпн невротизированные, Кпс спокойные и Кпн невротизированные. С помощью этой процедуры мы надеялись понять, каковы начальные пожелания пациентов от-

Психологический портрет пожилого человека

Сфера	Типологические возрастные особенности
Когнитивная	Увеличивается время реакции на стимулирующее воздействие внешней и внутренней среды, замедляется скорость обработки информации и когнитивных процессов. Основным видом памяти становится логическая. Снижение познавательных способностей нередко вызывается сосудистыми поражениями и патологическими изменениями мозга, болезнью Альцгеймера. Сохранение когнитивной деятельности во многом зависит от наличия постоянных интеллектуальных нагрузок
Аффективная	Неконтролируемое усиление аффективных реакций, тенденций к эксцентричности, эгоистичности, склонность к беспричинной грусти и слезливости, усиление или уменьшение чуткости, погружение в себя, частичная потеря способности справляться со сложными ситуациями. У многих мужчин появляются пассивность и черты характера, присущие женщинам, у многих женщин – агрессивность, усиление практичности и властности. И у мужчин, и у женщин – снижение уровня красочности и яркости новых впечатлений, частое погружение в воспоминания, в раздумья о смерти Пожилые люди по характеру аффективной адаптации к возрасту делятся на 2 группы по Д. Бромлею и Э. Эриксону: конструктивной адаптации (удовлетворенность прожитой жизнью, спокойствие) и деструктивной адаптации (неудовлетворенность прожитой жизнью, отчаяние)
Мотивационная	Изменение жизненной мотивации в связи с выходом на пенсию и изменением роли и положения в обществе. Приоритет поддержания физического здоровья на приемлемом уровне. Усиление мотивации для хобби, творчества и восполнения знаний о мире. Придание особого значения отношениям с близкими и родными. Доминирование мотивов достижения чувства защищенности, стабильности, прочности бытия. Укрепление мотивации получения внимания и помощи со стороны окружения и государства. Постепенное уменьшение стремлений к успехам и возрастание мотива избегания неудач
Я-концепция	Приобретение более четкой, чем ранее, Я-концепции, включающей информацию о множестве Я-образов, сопровождавших человека в разные периоды жизни. Структура Я-концепции в большей мере, чем в предыдущие периоды жизни, отражает событийность прошедших лет, своеобразие личностной позиции, избирательность памяти, характер индивидуальных переживаний. Я-концепция выступает интегративным началом, объединяющим прошлое, настоящее и будущее. В Я-концепцию включаются жесткие представления о нормах морали, нравственности, этикета. Я-концепция становится главным ориентиром в принятии жизненно важных решений
Поведение	Снижение поведенческой активности из-за естественного изменения психофизических возможностей. Отражение в поведении пожилого человека выхода из профессиональной иерархии и потери ряда социальных статусов и ролей. Сужение физического мира из-за ограничений, связанных с состоянием здоровья. Появление повышенной привязанности к вещам, олицетворяющим его прошлое. Овладение формами поведения, в которых большую роль играют вспомогательные предметы: трость, сумка-тележка, очки, зубные протезы и т. д. Возрастание чувства опасности внешнего мира и соответствующее более осторожное поведение. Появление поведенческих стереотипов взаимодействия с окружающими и близкими, которые уменьшают чувство одиночества. Выстраивание экономной линии поведения, отражающей изменение материального достатка пожилого человека. Появление у многих (но не у всех) пожилых людей терпимого отношения к происходящему вокруг

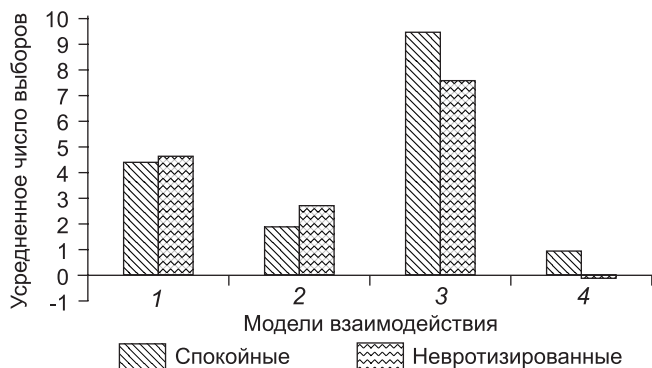


Рис. 1. Выбор пациентов обеих подгрупп экспериментальной группы модели взаимодействия врача и пациента.

1 – инженерная, 2 – патерналистская, 3 – коллегиальная, 4 – контрактная.

носителю будущего взаимодействия с ними врача-стоматолога.

Как видно из рис. 1, подавляющее число пациентов обеих подгрупп экспериментальной группы отдадут предпочтение коллегиальной модели взаимодействия. Меньшее число приходится на патерналистскую и контрактную модели. Следует учитывать, что пациенты еще не были знакомы со своими лечащими врачами. Они отвечали на вопросы только на основании предыдущего опыта и собственного мнения о том, какой способ взаимодействия с врачом в период предстоящего лечения им более подходит. Примечательно, что невротизированные пациенты совершенно не принимают формального взаимодействия (контрактная модель имеет отрицательное значение) и несколько лучше, чем спокойные, относятся к патерналистскому отношению. Этот факт, возможно, объясняется традиционным для невротизированных личностей ожиданием заботы и состояния безмятежности.

Те же психологические диагностические процедуры были проведены в контрольной группе (рис. 2).

Установлено, что подавляющее число пациентов также отдадут предпочтение коллегиальной модели взаимодействия с врачом-стоматологом, причем выявлена устойчивая тенденция такого выбора среди как спокойных, так и невротизированных. Отмечено

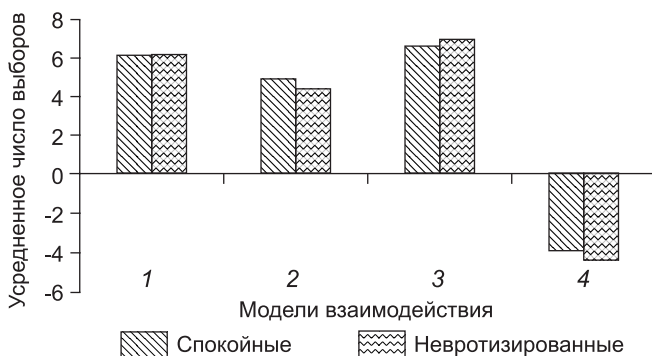


Рис. 2. Выбор пациентов обеих подгрупп контрольной группы модели взаимодействия врача и пациента.

1 – инженерная, 2 – патерналистская, 3 – коллегиальная, 4 – контрактная.

также неизменное неприятие формализованной контрактной модели.

Итак, мы выяснили, что пациенты обеих групп (экспериментальной и контрольной) предпочли коллегиальную модель взаимодействия со стоматологом и ожидали ее реализации.

Каждый пациент проходил стоматологическое лечение в ходе 5 врачебных приемов, на протяжении которых врачи отслеживали эмоциональное состояние пациентов. Оно менялось в зависимости от этапа лечения (болезненный или нет, длительный или короткий и т.д.), но, кроме этого, на нем не могли не сказываться сложившиеся взаимоотношения.

Помимо прямого наблюдения за эмоциональным состоянием пациентов, мы использовали психологический тест САН (самочувствие, активность, настроение), который предлагали им в конце каждого приема. Тест САН очень прост и не занимает много времени. Медицинские сестры предлагали пациенту отдохнуть вне врачебного кабинета и в это же время отметить в бланке параметры своего эмоционального состояния. Эти данные соответствовали каждому этапу лечения: 1-е посещение – консультация, получение функциональных оттисков с использованием ранее изготовленных зубных протезов; 2-е – определение центрального соотношения челюстей; 3-е – примерка восковой композиции съемных протезов с искусственными зубами; 4-е – наложение готовых протезов; 5-е (через 3–5 дней) – проверка адаптации к протезам. Полученные данные являлись для нашего исследования информацией о мнении пациентов относительно подобранной нами медико-психологической тактики лечения (рис. 3).

Сравнительный анализ наглядно демонстрирует, что показатели эмоционального состояния пациентов экспериментальной группы в конце каждого приема стабильно выше, чем таковые контрольной. Однако оно улучшается в обеих группах в течение лечения, так как у пациентов растут доверие к врачу и надежда на то, что протез будет удобным. Между тем на последнем приеме, когда проверяется адаптация к

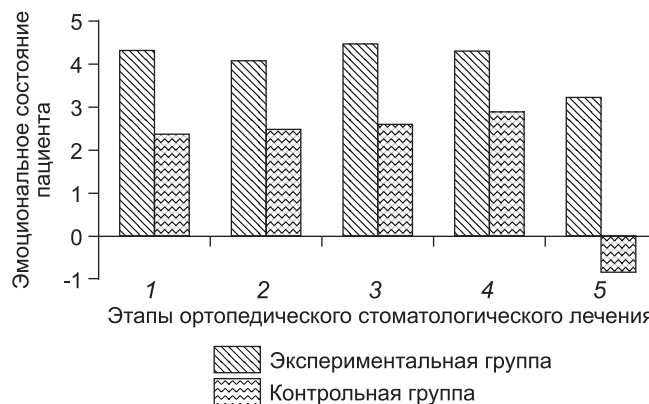


Рис. 3. Усредненные показатели эмоционального состояния пациентов контрольной и экспериментальной групп в конце каждого приема.

По вертикальной оси – показатели уровня эмоционального состояния пациента в конце каждого приема.

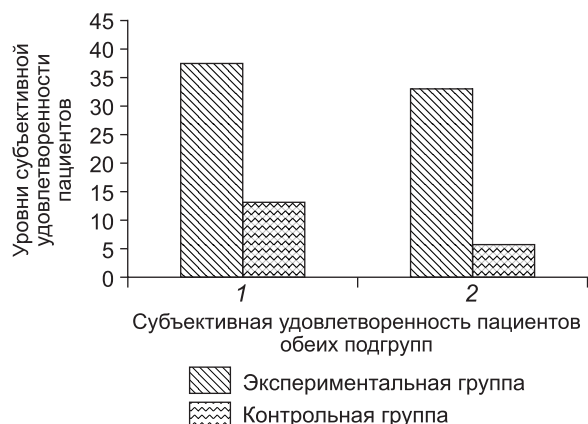


Рис. 4. Сравнительная диаграмма субъективной удовлетворенности лечением пациентов экспериментальной и контрольной групп (подгруппы "спокойные" и "невротизированные").

Ряд 1 – ответы пациентов экспериментальной группы, ряд 2 – контрольной группы. По вертикальной оси – показатели уровня субъективной удовлетворенности пациентов ходом и результатами лечения, по горизонтальной оси: 1 – данные субъективной удовлетворенности пациентов подгрупп "спокойные", 2 – "невротизированные".

новому протезу, эмоциональное состояние пациентов обеих групп ухудшается. Как известно, зубной протез требует времени для привыкания, и сначала пациент чувствует некоторые неудобства. Однако, как демонстрирует сравнительная диаграмма (рис. 4), снижение у пациентов обеих групп неодинаково. В экспериментальной группе эмоциональное состояние лишь немного снижается, а в контрольной его уровень резко падает, приобретая отрицательные значения.

Это обстоятельство позволило нам предположить, что такой показатель, как субъективная удовлетворенность пациентов контрольной группы результатами лечения, будет низким, а экспериментальной – высоким.

Анализ завершающей практической части эксперимента подтвердил, что удовлетворенность лечением пациентов экспериментальной группы, как и ожидалось, оказалась высокой: у спокойных пациентов – в среднем +40,3 балла, у невротизированных – +35,5 балла (диапазон возможных значений от -50 до +50 баллов).

Субъективная удовлетворенность лечением пациентов контрольной группы была иной: у спокойных пациентов – в среднем +14,5 балла, у невротизированных – +6,2 балла (диапазон возможных значений от -50 до +50 баллов).

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что, несмотря на одинаково высокий уровень лечения пациентов обеих групп, субъективная удовлетворенность пациентов экспериментальной группы значительно выше, чем в контрольной группе.

Одним из важнейших результатов исследования является высокая удовлетворенность невротизированных пациентов экспериментальной группы, которая практически такая же, как у спокойных пациентов той же группы.

Другой важный результат – очень низкая удовлетворенность не только невротизированных, но и спокойных пациентов контрольной группы.

Приняв во внимание то, что объективные медицинские факты указывают на одинаково высокий уровень проведенного лечения и технического изготовления съемных пластиночных протезов, мы пришли к заключению, что высокая удовлетворенность пациентов экспериментальной группы не может быть объяснена не чем иным, как правильно подобранной медико-психологической тактикой лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Трезубов В.Н., Мишнев Л.М.* Взаимодействие съемных протезов с организмом больного. Труды VI съезда стоматологической ассоциации России. М.: 2000; 409–11.
2. *Шогенова М.Х., Арутюнов С.Д.* Выбор врачом-стоматологом модели взаимодействия с пациентом: психологические аспекты. Dental Forum. 2010; 1–2: 76–9.
3. *Алимский А.В.* Обеспечение ортопедической стоматологической помощью лиц преклонного возраста с полным отсутствием зубов. Стоматология для всех. 2001; 1: 31.
4. *Борисова Е.Н.* Гигиенические знания и навыки пожилых людей по уходу за полостью рта. Материалы конференции «Современные вопросы стоматологии». Ижевск. 2001; 286–90.
5. *Истомина Е.В., Абакаров С.И.* Значение характерологических особенностей пациентов в адаптации к съемным ортопедическим конструкциям. Российский стоматологический журнал. 2007; 4: 44–6.
6. *Рошковский Е.В.* Изучение нуждемости в ортопедической стоматологической помощи лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей и особенности ее оказания в геронтологических стационарах: Дисс. М.; 2008: 104.
7. *Crawford A.B.* Treatment planning in general dental practice: a problem-based approach. London. 2003; 35–133.
8. *Odell E.W.* Clinical problem solving in dentistry. London. 2010; 163–7.
9. *Амирян М.Г.* Психологическая модель взаимодействия врача с пациентом как компонент медико-психологической тактики лечения стоматологического больного. Новое в психолого-педагогических исследованиях. М.: 2012; 4 (28): 177–88.
10. *Гильманова Н.С.* Адаптация к полному съемным протезам лиц среднего возраста в зависимости от их психоэмоционального статуса: Дисс. М.; 2007: 133.
11. *Клемин В.А.* Состояние реактивной тревожности у пациентов при протезировании зубными коронками. Стоматология. 2002; 2: 37–9.
12. *Лебедево И.Ю., Каливраджиян Э.С., Ибрагимов Т.И.* Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов. М.; 2005: 397.
13. *Молчанов А.С., Арутюнов С.Д.* Некоторые психологические вопросы оказания стоматологической помощи лицам пожилого возраста. Сборник трудов «Дентал Ревью». Научно-практическая конференция «Образование, наука и практика в стоматологии» по объединенной тематике «Обезболивание в стоматологии». М.; 2009: 60.
14. *Шогенова М.Х.* Обоснование медико-психологической тактики лечения пациентов врачом-стоматологом общей практики: Дисс. М.; 2010: 115.

REFERENCES

1. *Trezubov V.N., Mishnev L.M.* Interaction with the organism dentures bolnogo. Trudy VI Congress of Russian Dental Association. M.: 2000; 409–11.
2. *Shogenova M.Kh., Arutyunov S.D.* Choosing a dentist model patient interaction: psychological aspects. Dental Forum. 2010; 1–2: 76–9.
3. *Alimsky A.V.* Providing orthopedic dental care of the elderly with a complete lack of teeth Dental Care for all. 2001; 1: 31.

4. *Borisova E.N.* Hygiene knowledge and skills of older people on oral care. Proceedings «Modern problems of dentistry». Izhevsk. 2001; 286–90.
5. *Istomina E.V., Abakarov S.I.* Value of character traits in patients adapt to removable orthopedic constructions. Russian Dental Journal. 2007; 4: 44–6.
6. *Rozzkovskiy E.V.* The study needs in orthopedic dental care elderly and senile age and centenarians and especially its provision in gerontological hospitals: Diss. M.; 2008: 104.
7. *Crawford A.B.* Treatment planning in general dental practice: a problem-based approach. London. 2003; 35–133.
8. *Odell E.W.* Clinical problem solving in dentistry. London. 2010; 163–7.
9. *Amiryan M.G.* Psychological model of interaction with the patient the doctor as a component of medical and psychological treatment strategies dental patient. New in psychological and educational research. M.: 2012; 4 (28): 177–88.
10. *Gilmanova N.S.* Adaptation to complete dentures middle-aged persons, depending on their psycho-emotional status: Diss. M.; 2007: 133.
11. *Klemin V.A.* State reactive anxiety in patients with prosthetic tooth crowns. Dentistry. 2002; 2: 37–9.
12. *Lebedenco I.Yu., Kalivradzhiyan E.S., Ibragimov T.I.* Guide prosthetic dentistry. Prosthetics in the absence of teeth. M.; 2005: 397.
13. *Molchanov A.S., Arutyunov S.D.* Some psychological problems of providing dental care to the elderly. Proceedings of the «Dental Review». Scientific and Practical Conference «Education, science and practice of dentistry» in the combined category «Pain in dentistry». Moscow; 2009: 60.
14. *Shogenova M. Kh.* Justification of medical and psychological treatment strategy of patients a dentist general practice: Diss. M.; 2010: 115.

Поступила 13.01.14

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.314-002-055.26-036.1

С.Ю. Максюков, В.А. Проходная, Н.В. Новосядлая

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КАРИЕСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344718, г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы – изучить характер и течение кариеса у беременных женщин и кормящих матерей, проживающих в Ростовской области.

Материалы и методы. В исследование включены 330 беременных женщин и 227 кормящих матерей с кариесом, обратившихся в стоматологические кабинеты женских консультаций Ростова-на-Дону и городские стоматологические поликлиники. По истории болезни изучали основные характеристики кариеса.

Результаты. У беременных женщин и кормящих матерей характеристики кариозного поражения зубов включают: преобладание среднего и глубокого кариеса по глубине поражения, превалирование средней интенсивности и активности кариозного поражения, частое рецидивирование (60,9 и 71,4% соответственно), осложненное течение (37,6 и 24,7% соответственно) и множественный характер патологии (60,9 и 67,4% соответственно). Среднее значение индекса КПУз у беременных женщин составляло $9,21 \pm 1,13$ балла, а у кормящих матерей – $11,5 \pm 0,97$ балла. Вывод: беременные женщины и кормящие матери относятся к категории больных с неблагоприятным течением кариеса и низкой мотивированностью к лечению.

Ключевые слова: кариес; беременные женщины; кормящие матери; мотивация к лечению.

S.Ju. Maksjukov, V.A. Prohodnaja, N.V. Novosjadlaja

FEATURES OF DENTAL CARIES IN PREGNANT WOMEN AND NURSING MOTHERS IN THE ROSTOV REGION

Rostov State Medical University, Health Ministry of Russian Federation, 344718, Rostov-on-Don, Russian Federation

Objective: To examine the nature and course of caries in pregnant women and nursing mothers in the Rostov region

Materials and Methods. The study included 330 pregnant women and 227 lactating mothers with caries, applied in dental offices antenatal Rostov-on-Don city dental clinic. By studying the history of the main characteristics of the disease caries.

Results. Pregnant women and nursing mothers characteristics dental caries include: the predominance of medium and deep caries depth is time-tion, the prevalence of moderate-intensity activity and caries, hour -th recurrence (60,9% and 71,4%, respectively), complicated for (37,6% and 24,7%, respectively) and multiple character pathology (60,9 % and 67,4%, respectively). The average value of the index KPUz in pregnant women was $9,21 \pm 1,13$ ball fishing and nursing mothers – $11,5 \pm 0,97$ points.

Conclusion: Pregnant women and nursing mothers are classified as non-patients with a favorable course of motivation and low caries treatment.

Key words: caries; pregnant; nursing mothers; motivation for treatment.

Максюков Станислав Юрьевич (Maksjukov Stanislav Jur'evich), sunny1611@mail.ru; Проходная Виктория Александровна (Prohodnaja Viktorija Aleksandrovna), aad@aaanet.ru; Новосядлая Наталья Васильевна (Novosjadlaja Natal'ja Vasil'evna), aad@aaanet.ru.