

Архангельская региональная общественная организация
по содействию лицам с ментальными особенностями здоровья
«Мост»



СтоматЛикБез

**ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ЛЮДЯМ С МЕНТАЛЬНЫМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

Методические рекомендации

Архангельск
2022

УДК 616.314-08:616.89
ББК 56.6+56.14
О 75

Составители: *Майя Сергеевна Айвазова*, к.б.н, клинический психолог, врач-стоматолог ООО «АЙВА» студия семейной стоматологии; *Константин Владимирович Айвазов*, врач-стоматолог ООО «АЙВА» студия семейной стоматологии; *Оксана Антоновна Гузенко*, президент Архангельской региональной общественной организации по содействию лицам с ментальными особенностями «Мост»; *Оксана Федоровна Фоминская*, координатор проекта «СтоматЛикБез», член АРОО «Мост»

Рецензент: *Надежда Геннадьевна Давыдова*, к.м.н, доцент, заслуженный врач РФ, декан стоматологического факультета СГМУ

О 75 Особенности оказания стоматологической помощи людям с ментальными расстройствами: методические рекомендации / сост. М.С. Айвазова и др. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2022. – 49 с.

Данные методические рекомендации разработаны в рамках проекта «СтоматЛикБез», поддержанного Губернаторским центром Архангельской области «Вместе мы сильнее» в партнерстве Архангельской региональной общественной организации по содействию лицам с ментальными особенностями здоровья «Мост» и клиники семейной стоматологии «АЙВА».

УДК 616.314-08:616.89
ББК 56.6+56.14

ГЦАО

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ

ГУБЕРНАТОРСКИЙ
ЦЕНТР
АРХАНГЕЛЬСКАЯ
ОБЛАСТЬ

© Северный государственный
медицинский университет, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Обзор литературы	8
1.1. Стоматологический статус лиц с психиатрическим опытом... 8	
1.2. Лекарственные препараты, влияющие на состояние стоматологического здоровья	10
1.3. Особенности лечения лиц с ментальными особенностями... 12	
1.3.1. Краткая характеристика психических расстройств.....	12
1.4. Психологическая подготовка лиц с ментальными особенностями к стоматологическому приёму	22
1.4.1. Особенности проведения профилактического осмотра и профессиональной гигиены полости рта лиц с психическими расстройствами.....	22
1.4.2. Использование мотивационного интервью при проведении беседы пациентов с хроническими психическими расстройствами	23
1.5. Особенности поведения пациентов с хроническими психическими расстройствами на стоматологическом приеме....	26
1.6. Стоматологическое просвещение пациентов с ментальными особенностями	27
Глава 2. Особенности применения стоматологических материалов для лечения больных с ксеростомией	28
2.1. Лечение ксеростомии	29
2.2. Взаимодействие фармакологических психотропных препаратов и препаратов, назначаемых стоматологом	30
2.3. Лечение инфекций в полости рта	31
2.4. Особенности восприятия боли психически больными	34
2.5. Обоснование обучения персонала участвующего в лечении больных с ментальными особенностями	35
2.6. Сложности при организации стоматологической помощи лицам с ментальными особенностями.....	37
Практические рекомендации	39
Глава 3. Реализация проекта «СтоматЛикБез»	43
Список литературы	45

ВВЕДЕНИЕ

Оказание стоматологической помощи людям с психиатрическим опытом, в настоящее время является одной из актуальных и малоизученных. Анализ литературных источников и исследований разных авторов показал, что для данных пациентов характерен достаточно низкий статус стоматологического здоровья.

Проект «СтоматЛикБез», реализуемый Архангельской региональной общественной организацией по содействию лицам с ментальными особенностями здоровья «Мост», при поддержке Губернаторского центра «Вместе мы сильнее» в партнерстве с клиникой семейной стоматологии «АЙВА», направлен на создание условий для улучшения стоматологического здоровья взрослых людей с психическими расстройствами, проживающих в Архангельске, Новодвинске, Северодвинске и на информирование специалистов, работающих с данной категорией граждан об особенностях сохранения стоматологического здоровья у данной категории граждан.

Целевой группой проекта «СтоматЛикБез» являлись взрослые люди, имеющие психические расстройства, проживающие в Архангельске и посещающие АРОО «Мост», в Северодвинске и Новодвинске, посещающие комплексные центры социального обслуживания.

В ходе проекта:

1. Проведена комплексная оценка стоматологического статуса и ультразвуковая профессиональная чистка полости рта целевой группе проекта (взрослым людям с психическими нарушениями).

2. Проведены занятия по обучению правильной технике стандартной чистки зубов и повышению информированности о важности сохранения стоматологического здоровья.

3. Оказана психологическая поддержка для повышения уровня их мотивации к уходу за полостью рта и снятия напряженности у целевой группы проекта.

4. Создан информационный буклет для людей с психическими расстройствами и выпущена серия телевизионных сюжетов об информировании общественности и специалистов об особенностях сохранения стоматологического здоровья у людей с ментальными нарушениями.

Партнеры проекта:

- ООО «АЙВА» «Студия семейной стоматологии»;
- Комплексные центры социального обслуживания городов Новодвинск и Северодвинск;
- Архангельская клиническая психиатрическая больница;
- Администрация муниципального образования город Архангельск;
- ВГТРК «Поморье».

Качество жизни современного человека, связанное со здоровьем полости рта, является понятием, отраженным в концепции Всемирной Организации Здравоохранения и являющимся важнейшим сегментом Глобальной программы здоровья в мире.

Несмотря на то, что этиологические и патогенетические факторы, вызывающие рост стоматологической заболеваемости известны достаточно хорошо, состояние стоматологического здоровья различных групп населения в настоящее время остается неудовлетворительным. В структуре стоматологической патологии преобладает кариес зубов, распространенность которого составляет 98,1 % и патология пародонта, в том числе в области межзубного промежутка до 86,0 % [23].

Факторами, влияющими на здоровье зубов пациентов с психиатрическим опытом, являются приём специфических лекарственных препаратов, низкая частота чистки зубов, редкое посещение стоматолога, вредные привычки, плохое питание с связи с низким уровнем доходов. Так же у них отмечается снижение мотивации и осознанности в наблюдении за своим здоровьем [28].

Симптомы хронических психиатрических заболеваний снижают способность планировать и выполнять такие рутинные действия, как гигиена полости рта. Эти нарушения связаны с когнитивными расстройствами. Пациент не осознает значимости своих проблем со здоровьем и не принимает соответствующих действий для их решения. Следует также отметить, что отсутствие анализа контекста и недостаток рассуждений, связанный с когнитивными расстройствами, означает, что пациент не осознает значимости своих проблем со здоровьем и не принимает соответствующих решений для их действий. В этом контексте 60% людей, страдающих шизофренией, не осозна-

ют свои расстройства и, следовательно, не имеют мотивации, а даже выступают против ухода за ними. Расстройства мыслей, связанные с психическим заболеванием, означают, что пациент не осознает этих потребностей и поэтому поздно выходит на лечение. В таком случае важно заранее начать скрининг на наличие проблем со здоровьем, поскольку интенсивность когнитивных расстройств связана с отсутствием инициативы.

Таким образом, наиболее тяжелобольные пациенты не пойдут на лечение спонтанно, и у них не будет мотивации изменить свое поведение в целях соблюдения личной гигиены и гигиены полости рта [14].

Однако можно действовать успешно, стремясь к сотрудничеству с пациентами в программах здравоохранения с помощью мотивационных подходов, которые изучают способы помочь пациентам избавиться от курения, малоподвижного образа жизни, несбалансированного питания и состояния здоровья зубов. Это потребует обучения людей, которые находятся в постоянном взаимодействии, особенно членов семьи, социальных и медико-социальных служб, врачей стоматологов и психиатров [28].

Исследования и разработка программ, нацеленных на улучшения здоровья полости рта среди пациентов с ментальными особенностями, активно применяется в Великобритании, а также во Франции. Altomani F. в своих исследованиях показала, что пациенты, страдающие тяжелыми психическими расстройствами, могут улучшить гигиену полости рта. Оказание стоматологической помощи населению РФ регулируется Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях (Приказ №786н от 31 июля 2020 года) и Стандартами оказания стоматологической помощи, утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Однако ни в одном из нормативно-правовых актов нет указания об особенностях стоматологического лечения пациентов с нарушениями психического здоровья. Практическая стоматология также не располагает значительным объемом данных по этому вопросу.

Программы профилактики и укрепления здоровья полости рта для пациентов с психическими расстройствами актуальны и должны отличаться от программ направленных на работу с психически здоро-

вым населением. В данном случае следует учитывать особенности таких пациентов.

Для оказания стоматологической помощи людям с ментальными особенностями необходимо обучение и подготовка специалистов в области психического здоровья и более тесному сотрудничеству между всеми профессионалами здравоохранения [27].

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

По данным Научного центра психического здоровья Российской Академии медицинских наук в 2020 году в государственные учреждения страны за психиатрической и наркологической помощью обратилось 2 миллиона 855 тысяч человек.

Число инвалидов в связи с психическими расстройствами в 2020 г. увеличилось по сравнению с 2012 г. незначительно (на 0,7%) и составило 1 046 153 человек; из них 32,6% – больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, 35,3% – лица с умственной отсталостью, 32,1% – больные другими психическими расстройствами. В 2020 г. в общем числе лиц, обратившихся за психиатрической помощью, инвалиды составили 27,2%; в расчете на 100 диспансерных больных число – 73,4%. Для обеспечения комплексного, многостороннего подхода к проблемам психического здоровья населения, профилактики, лечения, психических и соматических заболеваний, улучшения качества жизни пациентов, решения их социальных проблем необходимы развитие и плодотворная интеграция нескольких специальностей и дисциплин – психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, общей медицины [20].

1.1. Стоматологический статус лиц с психиатрическим опытом

Анализ исследований разных авторов показал, что для пациентов психиатрического профиля характерен очень низкий статус стоматологического здоровья.

Наиболее распространенными заболеваниями являются: кариес (100%), болезни пародонта (77%), болезни слизистой оболочки полости рта (хронический рецидивирующий афтозный стоматит, красный плоский лишай, синдром жжения полости рта) [5].

Периодически возникающая при булимии рвота может привести к образованию эрозий эмали. Анализируя данные индекса гигиены и индекса интенсивности кариеса зубов больных психиатрического профиля, М.А. Расулова сделала выводы о неудовлетворительном гигиеническом статусе. Практически, у всех больных (100%) отмечалось наличие интенсивных мягких и твердых зубных отложений, большое количество кариозных зубов (рис.1), «остатков корней» зубов.



Рис. 1. Распространенность кариеса у лиц с ментальными особенностями

В большей степени это объясняется деформацией интеллекта, неадекватной самооценкой, нарушенной способностью анализировать и синтезировать происходящее, эмоционально-волевыми и коммуникативными нарушениями в силу основного заболевания, отсутствием внимания к гигиене полости рта [19].

Исследования С.А. Бутаевой, А.В. Митронова показали, что ухудшение гигиенического статуса пациентов с шизофренией отмечается в период обострения заболевания. Выявлена также высокая интенсивность кариеса [5].

В целом, больные психиатрического профиля редко следят за состоянием полости рта, что подтверждает состояние стойкой дезадаптации, проявление физиологического напряжения в гомеостазе полости рта [6].

По мнению авторов, лица, страдающие психическими заболеваниями, нуждаются в комплексной стоматологической помощи, включающую в себя терапевтическую, эндодонтическую, хирургическую и ортопедическую помощь. Однако оказание комплексной стоматологической помощи лицам, страдающим расстройствами психики, во многом осложняется проблемами, связанными с непредсказуемым поведением больных и сложностью коммуникации. Так, например, у больных с тревожно-фобическими расстройствами санация полости рта может сопровождаться повышением уровня тактильной чувствительности, враждебности, тревоги, и агрессии по отношению к стоматологу.

Успех любого лечения, в том числе и стоматологического, напрямую зависит от мотивации пациента, от его желания сотрудничать с врачом в лечебном процессе. Решить проблему оказания стоматологической помощи лицам с расстройствами психики возможно путем создания триады «стоматолог-психиатр-клинический психолог». Психотерапев-

тическая коррекция поведения пациента, купирование напряженности и тревожности, мотивация пациента на стоматологическое лечение, предотвращение нежелательных реакций, связанных с обращением к стоматологу, в комплексе будут способствовать успешности оказания стоматологической помощи данной категории пациентов.

1.2. Лекарственные препараты, влияющие на состояние стоматологического здоровья

Длительный прием психотропных средств (транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, противосудорожные и др.) вызывают у больных шизофренией изменения вегетативной нервной системы, что приводит к ряду нарушений – обменных, эндокринных, нейрогуморальных [5].

Известно, что антипсихотические средства первого поколения (галоперидол, хлорпромазин, тиоридазин, трифлуоперазин), используемые для лечения шизофрении, вызывают гипосаливацию, блокируя парасимпатическую стимуляцию слюнных желез, подвергая пациентов высокому риску развития кариеса, особенно пришеечного [27].

На фоне соматической патологии происходит развитие хронического сиалоаденита, которые составляют более 30% всех заболеваний слюнных желез. В свою очередь, хронические воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез, отражают многие патологические процессы, протекающие в организме.

Из-за ксеростомии возникают различные другие поражения, такие как кандидоз, глоссит, генерализованный стоматит, влияющие на речь и глотание или приводящие к плохой переносимости зубных протезов, нестабильности зубных протезов (рис.2) или травмам от них [7].



Рис. 2. Нестабильность зубных протезов у лиц с ментальными особенностями

Дискинезия и дистония, наблюдаемые у этих пациентов, влияют на двигательную активность, вызывая ненормальные движения челюсти, вызывая такие проявления, как выпячивание языка, втягивание и гримасы лица [21]. Ингибиторы обратного захвата серотонина (ИОЗС) могут приводить к бруксизму (рис.3).



Рис. 3. Истираемость твердых тканей зубов у лиц, принимающих психотропные препараты

Оланзапин является антипсихотическим средством (нейролептиком) с широким фармакологическим спектром влияния на ряд рецепторных систем.

В литературных данных отмечается факт, что в молодом возрасте при применении оланзапина, выявлено статистически значимое увеличение глюкозы и увеличение веса тела. Высокая концентрация глюкозы в десневой жидкости способствует размножению микроорганизмов и быстрому образованию зубного камня [18]. Снижение слюноотделения на фоне гипергликемии создает благоприятные условия для развития дисбактериоза в полости рта с активацией пародонтопатогенной и грибковой микрофлоры (рис. 4). Указанные факты влияют на кислотно-основной баланс в полости рта, что приводит к напряжению компенсаторных механизмов дестабилизации системы поддержания местного гомеостаза.

Совместное применение флуоксетина и оланзапина может приводить к увеличению массы тела, уровня пролактина и холестерина, к метаболическому синдрому, сухости во рту (галоперидола, клопиксол и др) и увеличению аппетита.



Рис. 4. Хроническое заболевание пародонта у лиц, принимающих психотропные препараты

1.3. Особенности лечения лиц с ментальными особенностями

1.3.1. Краткая характеристика психических расстройств

С.А. Мартынова, проводя исследование оказания комплексной стоматологической помощи психически больным, указала на целесообразность психотерапевтической подготовки пациентов к стоматологическому лечению [11].

Анализ литературы, посвященной проблеме стоматологического здоровья пациентов, страдающих психическими заболеваниями, показал высокий уровень стоматологических заболеваний у данной категории лиц. Неудовлетворительный статус гигиены полости рта, высокий процент заболеваемости кариесом, болезней пародонта, различных заболеваний слизистой оболочки полости рта, что дает основание сделать вывод о необходимости комплексного оказания стоматологической помощи пациентам психиатрического профиля.

Арнаис и др. (2011) выявил основные причины плохого здоровья полости рта у лиц с ментальными нарушениями:

- Отсутствие интереса к уходу за собой;
- Неправильный образ жизни;
- Длительные периоды седации от лекарств;
- Ограниченное социальное взаимодействие;
- Отсутствие поддержки со стороны семьи или друзей.

Страх и беспокойство у этих пациентов могут проявляться в виде сильного сжимания зубов, что приводит к их истиранию. У большинства больных шизофренией есть парафункциональные привычки, такие как кусание ногтей, кусание губ, причудливое поведение, приво-

дящее к членовредительству в виде автоэкстракции, глоссэктомии и экскориации тканей десны острыми ногтями .

Отношение стоматологов и ограниченные знания о причинах и последствиях заболеваний полости рта у этой особой группы пациентов – это проблемы, приводящие к задержкам в предоставлении лечения. Сообщалось также о случаях низкой терпимости со стороны стоматологического персонала при работе с пациентами с низкой комплаентностью и нежеланием лечить таких пациентов. Должное внимание стоматологов к этим факторам и изменение планов лечения специально для этих пациентов будет мотивировать их соглашаться на стоматологическое лечение, а также сократит количество посещений стоматологического кабинета.

Объективным критерием психических расстройств и наличия психологических проблем является поведение. Тревожные, депрессивные, паранойяльные, дементные больные имеют особенности поведения, которые позволяют доктору сделать предположение о наличии у них психических или психологических проблем [7].

Своевременная санация полости рта не всегда бывает успешной в силу основного заболевания. С целью оказания комплексной стоматологической помощи лицам с психическими заболеваниями рассмотрена возможность психотерапевтической подготовки пациентов к предстоящему стоматологическому лечению. Психотерапевтическая коррекция поведения пациентов и предупреждение нежелательных реакций на стоматологическое обследование и лечение повысит мотивацию данного контингента на сотрудничество со стоматологом в процессе лечения.

На первичном осмотре больных врач-стоматолог должен обратить особое внимание на психологическое состояние пациента: эмоции, походка, выражение лица, положение больного в стоматологическом кресле, темп речи, способность больного удерживать «нить разговора». Неадекватный уровень самооценки и анозогнозия, выявленные у людей с психиатрическим опытом, препятствуют созданию эффективного терапевтического альянса между пациентом и врачом-стоматологом [16].

Депрессивные расстройства

В типичных случаях больной с депрессией страдает от сниженного настроения, утраты интересов и удовольствия, снижения энергич-

ности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности. Отмечается выраженная утомляемость даже при незначительном усилии. К другим симптомам относятся: сниженная способность к сосредоточению и вниманию, сниженные самооценка и чувство уверенности в себе, идеи виновности и уничтожения (даже при легком типе эпизода), мрачное и пессимистическое видение будущего, идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид, нарушенный сон, сниженный аппетит.

Сниженное настроение мало колеблется в течение дней, и часто нет реакции на окружающие обстоятельства, но могут быть характерные суточные колебания. В некоторых случаях тревога, отчаяние и двигательная ажитация временами могут быть более выраженными, чем депрессия, а изменения настроения также могут быть маскированы дополнительными симптомами: раздражительностью, чрезмерным употреблением алкоголя, истерическим поведением, обострением предшествующих фобических или навязчивых симптомов, ипохондрическими идеями.

Гингивит, ксеростомия, кандидоз полости рта, поражение полости рта и поражение височно-нижнечелюстного сустава являются характерными признаками у пациентов с депрессией. В целом эти симптомы, особенно ксеростомия, являются результатом приема антидепрессантов. Таким образом, для стоматологов важно обучать этих пациентов тому, как предотвратить эти проблемы, чтобы избежать возможных осложнений.

Craig D. Woods для диагностики депрессивных состояний на стоматологическом приеме предлагает задавать пациенту два определенных вопроса:

1. Ощущали ли вы подавленность или безнадежность за последние две недели?

2. Ощущали ли вы снижение интереса к занятию любимыми делами за последние две недели? При положительном ответе пациента на один или оба вопроса автор предполагает, что у него можно предположить наличие депрессивного состояния [26].

Важно, чтобы стоматологи могли идентифицировать таких пациентов, так как это группа с особыми характеристиками и общими факторами риска развития заболеваний полости рта и зубов. Кроме того,

визит к стоматологу имеет основополагающее значение для обеспечения целостного внимания к этой группе пациентов.

Тревожно-фобические расстройства

Тревожно-фобические расстройства – группа расстройств, в клинической картине которых преобладает боязнь определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту), не представляющих реальной опасности. В результате больной избегает таких ситуаций или переносит их, преодолевая чувство страха [19].

Страх перед посещением стоматолога является состоянием, распространенность которого колеблется от 6 до 20%, независимо от культуры и страны, чаще встречается у женщин. Наиболее частые страхи перед консультациями у стоматолога – это страх перед шумом оборудования, вибрациями во рту и видом иглы.

Пациенты с тревогой проявляют такие признаки, как возбуждение, тремор и часто задают много вопросов о процедурах. Беспокойство, выявленное на консультации, можно контролировать с помощью поведенческих техник. Спокойная, безопасная и успокаивающая обстановка, созданная стоматологами, помогает облегчить симптомы. При необходимости врачи могут предложить лечение зубов под наркозом [27].

Шизофрения

Шизофрения – психическое расстройство, характеризующееся сочетанием продуктивной (галлюцинаторно-бредовой, кататонно-гебефренной, аффективной и др.) и негативной (апатия, абulia, алогия, эмоциональная и социальная отгороженность и др.) симптоматики, поведенческих и когнитивных нарушений (памяти, внимания, мышления и др.) и приводящее к неблагоприятным социальным и экономическим последствиям.

Продромальные явления могут предшествовать острому психотическому эпизоду на протяжении недель, месяцев и даже лет. К продромальным симптомам относятся утрата интереса к работе, к социальной деятельности, к своей внешности, к гигиеническим привычкам, когнитивные нарушения, изменения моторики, что может сочетаться с отдельными расстройствами восприятия, тревогой, не достигающей

степени синдромальной оформленности депрессией или другой неспецифической психопатологической симптоматикой.

Наиболее активный период болезни – первые 5 лет после манифестации психотической симптоматики, когда происходят наиболее выраженные биологические нарушения и существенные социальные потери для пациентов.

Представление о шизофрении как о наиболее тяжелом психическом заболевании с фатально неблагоприятным прогнозом является определенным преувеличением. В частности, по данным упоминавшегося выше московского эпидемиологического исследования, в 29,2% случаев пациенты были сняты с диспансерного наблюдения вследствие выздоровления или стойкого улучшения состояния, включая 16,1% наблюдений единственного психотического приступа. В 14,1% случаев больные продолжали наблюдаться в психоневрологических диспансерах, однако находились в длительной и стойкой многолетней ремиссии. Иными словами, у 43,3% пациентов отмечался относительно благоприятный прогноз заболевания. С другой стороны, примерно такое же количество больных (41,6%) имели группу инвалидности, что отражает тяжелое течение болезни с выраженным клинико-социальным снижением [18].

Таким образом, данная группа пациентов требует особых подходов как в организационной форме оказания медицинской помощи, так и методов лекарственной терапии и реабилитации.

Биполярное расстройство

Биполярное расстройство характеризуется изменениями настроения, которые варьируются от маниакальных эпизодов до депрессии, иногда эти изменения происходят очень быстро. Во время маниакальной фазы больные кажутся чрезвычайно разговорчивыми, гиперактивными и с выраженной расторможенностью. С другой стороны, у пациентов в депрессивном состоянии проявляются симптомы, сходные с описанными выше в разделе о депрессии. Эти пациенты подвержены высокому риску развития кариеса, ксеростомии, аномалий восприятия вкуса и бруксизма. Важно знать о множестве взаимодействий препаратов, используемых для лечения этих пациентов. Перед назначением каких-либо лекарств стоматологу рекомендуется связаться с лечащим психиатром.

Умственная отсталость

Умственная отсталость – гетерогенная группа состояний, обусловленных врожденным или рано приобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта (когнитивных, речевых, социальных способностей), сопровождающееся нарушением адаптивного поведения, затрудняющим или делающим полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума [17].

Оказание стоматологической помощи умственно отсталым детям сопряжено с рядом трудностей ввиду их неконтактности по причине основного заболевания и требует лечения данной группы детей в условиях общего обезболивания, проведение которого не всегда возможно вследствие наличия у них сопутствующей тяжелой соматической патологии. Все это диктует необходимость поиска новых форм оказания стоматологической помощи умственно отсталым детям, одной из важных составляющих которой должна стать профилактика [18].

Психопатия

Под расстройствами личности и поведения (старый и более употребительный термин – «психопатия») понимают выраженные и стойкие, сохраняющиеся на протяжении почти всей жизни, отклонения в виде патологических черт от условной нормы, личностная дисгармония с вовлечением различных сфер психической деятельности, сопровождающиеся социальной дезадаптацией. При этом имеющиеся у человека психологические особенности не могут быть объяснены повреждениями головного мозга или другими психическими расстройствами.

Своеобразие личностных черт страдающего психопатией отличает их стойкость, стабильность и отсутствие прогрессирования (нет ни выздоровления, ни утяжеления течения болезни). В зрелом возрасте благодаря адаптивным механизмам психики возникают вторичные личностные особенности, которые несколько улучшают характер поведения, стабилизируя свойства личности. В предстарческом возрасте аномальные черты характера «заостряются» (как и в пубертатном периоде), а к старости – несколько нивелируются под влиянием возрастных и сосудистых изменений.

Страдающие психопатией часто сами умышленно провоцируют конфликтные ситуации (более комфортно ощущают себя «в зоне конфликта»), болезненно на них реагируют, что приводит этих лиц к ещё большей их психопатизации вследствие повторяющихся «умышленных циклов» их возникновения.

Следует знать основные проявления наиболее часто встречающихся видов психопатий и способы оптимальной коммуникации с данной группой лиц с учётом особенностей личностных черт и поведения [15].

Параноидное расстройство личности отличают недоверчивость к окружающим, повышенная подозрительность, стремление видеть в действиях других людей угрозу своему благополучию, поиски скрытого смысла в повседневных событиях, в высказываниях и поведении окружающих, упорство в отстаивании своих целей, бескомпромиссность, неспособность прощать обиды и унижения, обострённая чувствительность к ущемлению личных прав.

Рекомендации по оптимальной коммуникации:

– устанавливать отношения постепенно, шаг за шагом завоёвывая доверие (не пытаться быстро «сократить дистанцию»);

– избегать критики пациента, демонстрации собственного превосходства, что вызывает ответную агрессию; не пытаться защищаться, если пациент проявит агрессию, нужно его выслушать, частично соглашаясь, и привести свои аргументы (но не оправдания!);

– постоянно демонстрировать серьёзность, уважение к пациенту, внимательно его слушать, избегать шуток, иронии, сарказма в его адрес;

– не допускать приказного тона, предоставлять пациенту определённую независимость, подчёркивать равноправие с ним в принятии решений и разделять ответственность; при проведении интервью особенно важна способность к активному слушанию, прояснению ожиданий пациента, а также умение руководить ходом беседы.

Шизоидное расстройство личности характеризуется замкнутостью, молчаливостью, нелюдимостью, необщительностью и отгороженностью от окружающего мира, погружённостью в мир собствен-

ных фантазий, а также эмоциональной холодностью, в том числе и к близким, неспособностью проявлять свои чувства и сопереживать другим, пренебрежением социальными нормами. Эти люди производят ощущение странных («не от мира сего»), вход в их внутренний мир обычно закрыт. Их мышление необычно и нестандартно, их увлечения – мистика, астрология, экзотика, религиозные учения, целительство. Их отличают «штампованные» способы реагирования на ситуации, неумение начать разговор и закончить его. Коммуникация носит выхолощенный оттенок с типичной неспособностью переживать яркие эмоции, снижением уровня обыденного эмоционального реагирования, ангедонией.

Рекомендации по оптимальной коммуникации:

- не «переделывать» пациента, принимать таким, каким он есть;
- находить общие интересы, точки соприкосновения и далее их использовать; налаживать отношения с членами семьи и поручать им контроль за выполнением назначений;
- при проведении интервью особенно важны открытые вопросы, постоянное прояснение ожиданий пациента, передача ему информации в конкретной форме и постоянная проверка степени её понимания им.

Диссоциальное расстройство личности выделяет следующее – стойкое нежелание следовать установленным в обществе нормам и правилам, склонность к авантюрам, рискованным приключениям, отсутствие сочувствия и сострадания к окружающим, недостаток ответственности и самоконтроля, неспособность испытывать чувство вины и раскаяния за своё поведение, склонность обвинять окружающих и обстоятельства в своих конфликтах, имеют тенденцию к агрессии, насилию, азартным играм, частым противоречиям с законом, имеют низкий самоконтроль и самоограничение.

Рекомендации по оптимальной коммуникации:

- не рекомендуется «читать мораль» и доверять обещаниям изменить поведение; доходчиво объяснить возможные последствия рискованного поведения (возможность внезапной смерти, заражение ВИЧ-инфекцией, лишение свободы и др.) и возложить ответственность за выбор форм поведения на самого пациента;

– не выступать в роли помощника и не позволять пациенту манипулировать собой;

– подчёркивать, что забота о собственном здоровье и будущем лежит на самом пациенте.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности отличается эмоциональной неустойчивостью, взрывчатостью, несдержанностью, склонностью к тяжёлым аффектам, связь колебаний настроения как с внешними поводами, так и без такой связи – спонтанно.

Характерна склонность к ауто- и гетероагрессии, схематичное восприятие мира, дихотомичность мышления («всё или ничего!»). Лица с эмоционально неустойчивым расстройством личности склонны к депрессии, пьянству, потреблению ПАВ, суицидальному поведению. Они непоследовательны, не могут использовать свой прежний эмоциональный опыт. Их ошибки повторяются, что усиливает чувство пустоты и отчаяния.

Рекомендации по оптимальной коммуникации:

– принимать пациента таким, каким он есть, проявлять терпение, последовательность, твёрдость, не позволять провоцировать конфликты и последующие примерения;

– заключить с пациентом контракт, где обговорить допустимые пределы поведения, и требовать их выполнения;

– распределять ответственность за результат лечения с пациентом и настаивать на том, чтобы он выполнял свою часть работы; подчёркивать ценность человеческой жизни и необходимость считаться с интересами других людей.

Истерическое (гистрионное) расстройство личности

Характерные черты таких людей – театральность, эгоцентризм, демонстративность, повышенная эмоциональность и переменчивость настроения, стремление привлечь к себе внимание, повышенная внушаемость и самовнушаемость, попытки представить себя лучше, чем есть на самом деле, богатая речь, но не всегда точная, полна преувеличений. Эти лица живут «чувствами, а не разумом». Эмоции их яркие, но поверхностные и переменчивые.

Характерна эксцентричность внешности, поведения и высказыва-

ний. Они склонны к возникновению диссоциативных и соматоформных расстройств.

Рекомендации по оптимальной коммуникации:

– соблюдать эмоциональную и поведенческую дистанцию, не давать увлечь себя на сторону пациента в его конфликтах, не обсуждать вопросы, не касающиеся профессиональной компетенции врача; демонстрируя доброжелательность, проявлять твёрдость, последовательность и уверенность в себе; помнить о склонности пациентов к преувеличению симптомов;

– сразу договориться о разделении ответственности, постоянно контролировать выполнение пациентом намеченных мероприятий; не позволять опаздывать, самовольно менять назначения, без согласования обращаться к другим врачам;

– не позволять манипулировать собой (спокойно воспринимать и похвалу и осуждение);

– при проведении интервью контролировать своё невербальное поведение в связи с развитой интуицией у пациента.

Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности характеризуется чрезмерная добросовестность, педантичность, скрупулёзность, утрированное стремление к совершенству в деятельности («перфекционизму»), излишнее внимание к деталям в ущерб главному, упрямство, отсутствие гибкости, излишняя требовательность в вопросах нравственности, приверженность социальным условностям, трудности в принятии решений, трате денег, избавлении от старых ненужных вещей. Их требования к себе завышены, им свойственны постоянные колебания, возврат к уже сделанному в поисках недостатков, упорство на своём, склонность к лёгкому возникновению навязчивых мыслей и действий.

Рекомендации по оптимальной коммуникации:

– важно убедить пациента в компетентности врача уже при первой встрече (удалось – пациент ваш союзник до конца лечения);

– убеждая пациента, важно больше использовать фактов, объяснять ход своих мыслей логически, рационально, но без эмоциональных аргументов;

– в ходе интервью нужно самым внимательным образом выслушать, подробно рассмотреть опасения пациента, не следует ирони-

зирать, шутить и заявлять, что его опасения беспочвенны; необходимо чаще использовать открытые вопросы и подробно суммировать результаты интервью [10].

1.4. Психологическая подготовка лиц с ментальными особенностями к стоматологическому приёму

С целью оказания комплексной стоматологической помощи лицам с психическими заболеваниями необходимо рассмотреть возможность психологической подготовки пациентов к предстоящему стоматологическому лечению. Психологическая коррекция поведения пациентов и предупреждение нежелательных реакций на стоматологическое обследование и лечение повысит мотивацию данного контингента на сотрудничество со стоматологом в процессе лечения.

1.4.1. Особенности проведения профилактического осмотра и профессиональной гигиены полости рта лиц с психическими расстройствами

На первичном осмотре больных врач-стоматолог должен обратить особое внимание на психологическое состояние пациента: эмоции, походка, выражение лица, положение больного в стоматологическом кресле, темп речи, способность больного удерживать «нить разговора». Неадекватный уровень самооценки и анозогнозия, выявленные у больных с психической патологией, препятствуют созданию эффективного терапевтического альянса между пациентом и врачом-стоматологом [16].

В профессиональную компетенцию врача-стоматолога не входит диагностика нарушений психоэмоциональной сферы пациента, но при обращении таких больных за стоматологической помощью, она должна быть им оказана. Психиатрические симптомы, на которые пациенты предъявляют жалобы, являются субъективными, и одной из основных задач врача-стоматолога является их распознавание.

Психоэмоциональные нарушения на стоматологическом приёме могут быть выявлены в ходе опроса – при сборе жалоб и анамнеза пациента.

Объективные симптомы стоматологического заболевания определяются во время осмотра пациента, когда выявляются поражения

полости рта вследствие поведенческих особенностей больного, а также воздействия принимаемых им медикаментозных препаратов, физиологических особенностей (гипосаливация), двигательных расстройств, вредных привычек. Например, периодически возникающая при булимии рвота может привести к образованию эрозий эмали. Следует отметить влияние психотропных препаратов на состояние здоровья полости рта: многие из них вызывают сухость в полости рта и, как следствие, прирост интенсивности кариеса [26].

Луханина Т. В. в своих исследованиях показала, что для больных с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне психической патологии характерны более выраженные воспалительные явления в тканях пародонта, чем для пациентов без нарушения психического здоровья. Пациенты с психическими заболеваниями чаще обращаются к стоматологу-хирургу, чем к терапевту, так как у них в анамнезе отмечается острое течение кариеса, повышенная чувствительность твердых тканей зубов и осложнения, которые приводили к удалению зубов [16].

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит, синдром жжения полости рта и красный плоский лишай, являющиеся заболеваниями слизистой оболочки полости рта с психосоматическим компонентом, встречаются у пациентов с психическими заболеваниями чаще, чем у психически здоровых людей [25].

Важным фактором является способность врача-стоматолога установить контакт с пациентом, что, безусловно, зависит от уровня его коммуникативных навыков. Установление доверительных отношений между пациентом и врачом может стать основой, на которой в дальнейшем будет строиться весь процесс лечения и готовность больного к сотрудничеству на долгие годы. Ведь в процессе лечения происходит формирование более доверительного типа взаимоотношений, когда важно взаимодействие обеих сторон и их способность к партнёрскому участию в процессе лечения [24].

1.4.2. Использование мотивационного интервью при проведении беседы пациентов с хроническими психическими расстройствами

Актуальность изучения феномена мотивации к лечению и поисков путей его коррекции у психиатрического контингента больных достаточно высока.

Хронический характер течения большинства психических расстройств определяет высокие требования к включенности больного в лечебный процесс и его приверженности лечению. Среди множества различных факторов, обуславливающих выполнение этих требований, исследователи особо выделяют мотивацию больного к лечению, так как ее недостаточный уровень – одна из самых частых причин прекращения лечения, недостаточной приверженности выполнению медицинских предписаний, обострений и общего негативного исхода заболевания.

Мотивационное интервьюирование – это направляющий, клиенто-центристский стиль консультирования, целью которого является стимулирование изменений в поведении пациента посредством анализа и разрешения лежащей в его основе амбивалентности. Предпосылками для проведения МИ является представление о том, что эффективное лечение пациент может начать только тогда, когда он готов включиться в процесс лечения и испытывает к этому желание. Одной из методик, позволяющей добиться этого является мотивационное интервью.

Технические приемы проведения МИ

1. Открытые и закрытые вопросы

«Закрытые» вопросы: предполагают однозначный ответ – «да» или «нет». «Открытые» вопросы предполагают получение развернутых, поясняющих ответов (например, «Вы могли бы привести конкретный пример?», «Расскажите, пожалуйста, что именно Вас беспокоит?»).

Как правило, открытые вопросы начинаются со слов, которые оказывают влияние на дальнейший характер разговора (слово «что» – приводит к разговору о фактах, «как» – к обсуждению чувств или процесса, «почему» – к анализу причин, «что еще» – стимулирует развитие беседы).

Важно дать возможность пациенту высказаться таким образом, чтобы он говорил более 50 % времени, посвященному беседе.

Не следует задавать более трех вопросов подряд, поскольку это может вновь спровоцировать оборонительную позицию больного.

Вопросы, начинающиеся со слова «почему» («Почему Вы не принимаете лекарства?», «Почему Вы этого не делаете?»), вызывают часто чувство дискомфорта и могут вынуждать пациентов прибегать к защите.

2. Отраженное (рефлексивное слушание) – является способом показать пациенту, что мы прислушиваемся к его/ее доводам, объясняющим его/ее поведение. При пассивном слушании человека, как правило, не беспокоит, понимает ли собеседник, насколько Вы сейчас внимательны по отношению к нему.

При отраженном выслушивании врач должен демонстрировать заинтересованную реакцию и попытаться разобраться, что он/она имеет в виду. Необходимо выделять главное. Иногда нам только кажется, что мы правильно поняли собеседника, на самом же деле он может иметь в виду совсем другое. Рефлексивное слушание позволит врачу: показать пациенту, что его действительно слушают; проверить, совпадает ли понимание того, что сказал пациент, с тем, что подразумевает врач; помочь пациенту укрепить уверенность в необходимости изменений. Этого можно добиться путем повторения сказанного пациентом

Отражающие утверждения, как правило, начинаются со следующих фраз:

- а) Правильно ли я вас поняла ...
- б) То есть, Вы считаете, что ...
- в) Вам кажется, что Вы...
- г) Значит, Вы...

Врачу следует избегать:

а) использование слов «должен», «ожидать»: «От Вас ждут, что Вы будете стараться»;

б) вызывать чувство вины и стыда: «Я думал, мы с Вами договорились»;

в) указывать на то, какое впечатление производит пациент на окружающих: «Что другие подумают, увидев Ваши зубы?»;

г) давить на чувство долга пациента: «Но Вы обещали, что будете усердно чистить зубы»;

д) запугивать пациента: «Вы же понимаете, такими темпами Вы скоро останетесь совсем без зубов»;

е) занимать авторитарную экспертную позицию: «Я, как профессионал, могу Вам сказать, что дальше так дело продолжаться не может».

Находясь на этапе активных действий, пациенты, как правило, активно обращаются за помощью с конкретными вопросами, что им

нужно делать и как они могут справиться со своими болезненными проблемами.

Данный этап считается одним из наиболее благоприятных для терапевтических вмешательств. Врачу необходимо помочь пациенту:

- а) в определении целей,
- б) планировании действий,
- в) помочь в определении как препятствий для изменений, так и факторов, поддерживающих и закрепляющих эти изменения,
- г) вместе с пациентом, врачу следует сосредоточиться на конкретных признаках изменений, а также возможной социальной поддержке. В беседах с пациентом необходимо проговаривать и укреплять понимание долговременных преимуществ комплаентного поведения [22].

1.5. Особенности поведения пациентов с хроническими психическими расстройствами на стоматологическом приеме

Пациенту с хроническим психическим заболеванием может быть трудно сидеть на месте, у него может быть тремор и желание пошевелиться.

Необходимо обратить внимание на возможность экстрапирамидного синдрома и поздней дискинезии:

– Экстрапирамидный синдром (EPS) – двигательные нарушения, которые могут возникать как обратимый неврологический побочный эффект

антипсихотические препараты; например акатизия – сильная, неприятная потребность двигаться и неспособность сидеть спокойно; охарактеризованный двигательным возбуждением, часто с симптомами тревоги и / или возбуждения.

– Поздняя дискинезия (TD) – ненормальные произвольные движения, которые обычно начинаются во рту и на лице (например, перекачивание языка), но может переходить к туловищу; чаще всего вызывается длительным использованием высоких доз типичных нейролептиков.

«Голоса» человека вторгаются в его внутреннюю жизнь. Избегайте споров о своих заблуждениях и галлюцинациях, голоса которые слышат пациенты реальны для них. Люди, принимающие психотропные препараты, часто все еще слышат голоса, но учатся игнорировать их.

Человек с тяжелым психическим заболеванием может иметь проблемы с когнитивными функциями и / или памятью. Короткая концентрация внимания и трудности понимание информации и указаний. Привлечь их внимание и изложить свою точку зрения быстро и просто.

Перед проведением профессиональной гигиены полости рта (ПГПР) необходимо пациенту объяснять цели и задачи ее проведения.

1.6. Стоматологическое просвещение пациентов с ментальными особенностями

К материалам по стоматологическому просвещению относятся памятки, брошюры, плакаты, журналы, газеты, видеофильмы, муляжи, выставки, стенды, настольные игры, презентации, тексты лекций, планы бесед и др., необходимые для проведения «уроков гигиены» и «уроков здоровья».

При проведении стоматологического просвещения используются следующие методы:

- а) Устного изложения информации: лекция, беседа, дискуссия;
- б) Закрепления изучаемого материала: беседа, викторины;
- в) Учебной работы по применению знаний на практике и выработке умений и навыков.

Стоматологическое просвещение рекомендовано проводить в небольших группах не более 10 человек, не более 15-20 мин. Темы рекомендуется представлять кратко и просто, в интерактивной форме с включением пациентов в беседу.

Необходимо выдать календарь чистки зубов, для того чтобы пациенты могли себя контролировать

Для обучения чистки зубов лучше предложить пациентам одноразовые зубные щетки Sherbet с напылением зубной пасты. Пациентам демонстрируют чистку зубов на фантоме, при этом подчеркивая правильное положение и манипуляции зубной щетки. Затем им предлагают самостоятельно почистить зубы перед зеркалом. Далее с помощью красителя определялся зубной налет, не удаленный из труднодоступных участков зубного ряда. Если необходимо, дают рекомендации относительно техники чистки зубов.

Обучение индивидуальной чистки зубов необходимо проводить 1 раз в неделю в течение 1 месяца, затем 1 раз в течение 3 в месяцев и 1 раз в пол года.

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КСЕРОСТОМИЕЙ

Известно, что снижение саливации и ассоциированные с ним изменения в качественном составе слюны являются предрасполагающими факторами деминерализации эмали и развития вторичного кариеса. Регистрируется высокая интенсивность кариозного процесса, с поражением кариесиммунных зон, вплоть до полного разрушения коронки зуба. По мнению И.М. Макеевой с соавт. (2011), ксеростомия является абсолютным противопоказанием для проведения реставрации зубов композиционными материалами. Однако ряд авторов рекомендуют использовать при пломбировании стеклоиономерные цементы и компомеры у данной категории больных. Композитные материалы показаны при пломбировании дефектов в тех случаях, когда эстетика улыбки очень важна. Но при этом использование современных композиционных материалов позволяет получить удовлетворительные результаты сроком до одного года. В то же время И.М. Макеева, А.И. Николаев (2011) относят наличие ксеростомии у пациентов к абсолютному противопоказанию для выполнения реставрации зубов светоотверждаемыми композитами.

Пятилетнее исследование С.С. Григорьева (2011) по оценке сроков функционирования реставраций передней и боковой группы зубов у пациентов с сухостью полости рта при синдроме Шегрена, демонстрирует высокую эффективность нанонаполненных КПМ. В течение первого года пломбы имели хорошую краевую адаптацию и эстетические качества. Далее резко возросло число неудовлетворительных результатов (43,8%), что выразилось несоответствием анатомической формы выполненной реставрации, нарушением краевого прилегания и наличием рецидивирующего кариеса.

По данным литературы, средняя долговечность композитных реставраций составляет от 4 до 8 лет. Обширные реставрации становятся неполноценными в первый год наблюдения, что диагностируется при клиническом обследовании – в 49,9% случаев, при рентгенологическом обследовании – в 79,78%. Таким образом, 40% повторных вмешательств, приходится на восстановление дефектов пломб или их замену, на что тратится треть рабочего времени стоматолога.

Полученные данные исследования Комаровой К. В. (2015) свидетельствуют, что у пациентов с ксеростомией лучшей краевой адаптацией обладают вкладыши. Композиционные вкладыши обладают рядом преимуществ, связанных с полной полимеризацией КППМ вне полости рта, при лабораторном методе подготовки реставрации, а также полировкой окклюзионной и контактной поверхностей [13].

2.1. Лечение ксеростомии

Реабилитация пациентов должна быть комплексной и включать как общую, так и местную терапию.

Под местным лечением подразумевается санация полости рта, включающая профессиональную гигиену (1 раз в 3 месяца), терапию кариеса и его осложнений, лечение воспалительных заболеваний тканей пародонта и рациональное протезирование.

Следует мотивировать пациентов к поддержанию удовлетворительного уровня индивидуальной гигиены полости рта, что является неотъемлемой частью любых профилактических и лечебных стоматологических манипуляций. Корректируется диета и прием лекарственных препаратов, проводятся консультации у смежных специалистов.

В программу стоматологической реабилитации необходимо включение средств и предметов индивидуальной гигиены полости рта, разработанных специально для пациентов с ксеростомией.

Комплекс средств для симптоматического лечения ксеростомии по составу схож с естественной слюной, оказывает защитное и антиоксидантное действие. Повышение эффективности лечебно-профилактических мероприятий возрастает при комбинированном использовании зубной пасты и средств для полоскания полости рта, увлажняющего геля и спрея, зубной щетки и стоматологической жевательной резинки.

На основе свойств слюны были созданы препараты искусственной слюны для заместительной терапии. В настоящее время заменители слюны условно можно разделить на 2 группы:

- на основе муцина («Saliva Orthana»);
- на основе лактопероксидазы, глюкоксидазы, ксилитола (биотин).

Искусственная слюна для заместительной терапии ксеростомии. Во флаконе под давлением находится раствор (100 мл – калий хло-

рид (62,450 мг), натрий хлорид (86,550 мг), магний хлорид (5,875 мг), кальций хлорид (16,625 мг), калий гидрофосфат (80,325 мг), калий дигидрофосфат (32,600 мг), фосфатный буферный растворитель, который обеспечивает солевой состав, буферную емкость и значение рН, близкий к естественной слюне. Процедуру орошения полости рта проводят в любое время при ощущении сухости, обычно 6-8 раз в день [17].

2.2. Взаимодействие фармакологических психотропных препаратов и препаратов, назначаемых стоматологом

Для безопасности проводимого лечения следует учитывать особенности фармакологического взаимодействия психотропных препаратов и препаратов, назначаемых стоматологом, представленные в табл. 1.

Психотропные препараты могут приводить к усилению действия местнообезболивающих препаратов, к снижению прессорного действия эпинефрина, падению артериального давления, геморрагическому синдрому, к судорожным припадкам, усиливать депримиацию антигистаминных препаратов, увеличивать токсичность лекарственных средств и др.

Санация полости рта под внутривенной седацией, которую проводит стоматолог и анестезиолог, предусматривает использование местного обезболивания. Учитывая особенности взаимодействия препаратов, обоснованно применение местных анестетиков без содержания вазоконстриктора – 3% мепивакаин («Скандинибса®»).

Контентный анализ фармакологического взаимодействия лекарственных препаратов, принимаемых пациентом, со средствами местного обезболивания и препаратов назначаемым стоматологом возможно посмотреть в базе данных Регистра лекарственных средств России <https://www.rlsnet.ru>

Независимо от варианта патологии больные с психическими расстройствами и психологическими проблемами – это непоследовательные, часто нарушающие план лечения, часто меняющие врачей пациенты. У них трудно добиться хорошего результата стоматологической помощи [2].

Взаимодействие фармакологических препаратов

Психотропные препараты	Препараты, назначаемые стоматологом	Эффект взаимодействия
Нейролептики	Эпинефрин	Снижение прессорного действия эпинефрина; резкое падение артериального давления; аритмогенность
	Местные анестетики	Усиление действия местных анестетиков
Антидепрессанты	Азолы, противогрибковые средства, эритромицин	Резкое увеличение токсичности
	НПВП	Высокий риск развития кровотечений
Анксиолитики	Антигистаминные препараты	Усиление депримации антигистаминных препаратов
	Эпинефрин	Снижение прессорного действия эпинефрина
	Макролиды	Увеличение токсичности
	Противогрибковые средства	Взаимное увеличение эффективности и токсичности
	Местные анестетики	Увеличение эффективности местных анестетиков
	Анальгетики	Увеличение эффективности анальгетиков
	Кеторолак	Галлюцинации
Нормотимики	Макролиды	Увеличение токсичности
	Кеторолак	Развитие судорожных припадков
Ноотропы	Местные анестетики	Потенцирование действия местных анестетиков

2.3. Лечение инфекций в полости рта

Пациенты, страдающие заболеваниями слизистой оболочки рта, предъявляют различные жалобы, однако преобладающей является значительное затруднение гигиенического ухода за полостью рта и, как следствие, полный отказ от чистки зубов, что приводит к неудовлетворительному гигиеническому статусу и усугублению негативных проявлений заболеваний во рту. При исследовании микрофлоры по-

лости рта у больных с заболеваниями слизистой рта обнаруживаются неспорообразующие анаэробы, золотистые и эпидермальные стафилококки, кишечная палочка, дрожжеподобные грибы рода *Candida* и многое другое.

Наличие патогенной микрофлоры в полости рта поддерживает воспаление и замедляет эпителизацию слизистой оболочки. По мнению И.В. Безруковой, появление ассоциаций микроорганизмов в очаге воспаления, может быть обусловлено развитием микрoэкологических нарушений на фоне снижения иммунобиологической реактивности организма и можно сделать вывод о том, что микрофлора полости рта играет большую роль в формировании неспецифической защиты. Также известно, что, например, факторами, предрасполагающими к развитию кандидоза слизистой оболочки рта, сегодня считают механические микротравмы слизистой оболочки, явления гальваноза полости рта, нарушения обмена веществ, соматические заболевания, вторичные иммунодефицитные состояния [3].

Современная медицинская наука уделяет все больше внимания поиску средств, действие которых направлено на селективное подавление размножения патогенов, свойственных конкретному заболеванию, с минимальным токсическим эффектом и риском появления резистентных к медикаментозному воздействию патогенных штаммов микроорганизмов. Широкое, а порой необоснованное, назначение антибактериальных средств в стоматологии может приводить к образованию устойчивых патогенных комплексов, способных вызывать воспалительные заболевания не только в полости рта, но и в других органах и системах организма, что в свою очередь может полностью нивелировать результат лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта [12].

В этой связи, одним из перспективных научных направлений является изучение возможности применения в качестве антимикробного средства бактериофагов – вирусов бактерий, как самостоятельного средства, так и в качестве дополнения к традиционным антисептическим средствам и антибиотикам.

Препараты с бактериофагами относятся к средствам биологического действия. Антибактериальный эффект препаратов бактериофагов обусловлен внедрением генома фага в бактериальную клетку с

последующим его размножением и лизисом инфицированной клетки. Препараты с бактериофагами на сегодня достаточно широко используются. По сравнению с традиционными антимикробными агентами отличительной чертой бактериофагов является их способность распространяться в радиальном направлении внутрь биопленки за счет производства фаговыми частицами гидролитических ферментов, что приводит к деполимеризации внеклеточной матрицы биопленки и усиливает бактерицидное действие.

В исследовании *in vitro* профилактическое средство «Фагодент» показало высокую литическую активность в отношении бактерий. По сравнению с гелем «Метрогил-Дента», содержащим наиболее применяемые препараты Метронидазол и Хлоргексидин, преимуществами геля с бактериофагами «Фагодент» является его целенаправленное и более выраженное действие в отношении агрессивных микроорганизмов и отсутствие влияния на резидентную флору полости рта [8].

Изучение совместного применения бактериофагов с антисептиками показало, что большинство антисептиков (хлоргексидин, мирамистин, диоксидин) не оказывают влияния на литическую активность бактериофагов, что позволяет рекомендовать их применение в сочетании с гелем «Фагодент». Применение геля с 3% перекисью водорода и октенисептом не рекомендовано, поскольку эти средства полностью инактивируют литическую активность бактериофагов. Гель «Фагодент» пациентам с начальными формами заболеваний пародонта применяется по схеме: после изолирования полости рта от слюны с помощью шприца с затупленной иглой гель «Фагодент» вводится в область зубодесневой борозды (при ХКГ) или пародонтальные карманы (при ХГПлс) 1 раз в день. Время экспозиции геля – 10 минут, длительность курса применения – 10 дней. Введение геля проводится ежедневно, после процедуры пациентам рекомендуется воздержаться от приема пищи и жидкостей в течение часа [9].

Одним из важных профилактических аспектов у больных с ксеростомией является гигиена полости рта с рациональным подбором средств гигиены, эффективно защищающих мягкие ткани и обеспечивающих ощущение комфорта. Учитывая, что у больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта на фоне ксеростомии значительно увеличивается свободнорадикальное окисление с нарушением клеточных

мембран, что обусловлено снижением активности антиоксидантной защиты ротовой жидкости, включение антиоксидантов в состав средств гигиены полости рта является перспективным профилактическим подходом в стоматологии. В настоящее время разработана серия средств по уходу за полостью рта Mexidol Dent, включающая лечебно-профилактические зубные пасты Mexidol Dent, дополненные различными добавками, и ополаскиватель для полости рта Mexidol Dent Professional.

Наибольший интерес при патологии слизистой оболочки полости рта представляет зубная паста Mexidol Dent Fito, содержащая мексидол, фитонциды хвои пихты и экстракт подорожника. Мексидол – лекарственное средство, обладающее антигипоксическим, мембранопротекторным, антитоксическим и антистрессорным действием. Мексидол способствует увеличению неспецифической резистентности, а также оказывает влияние на специфический иммунитет, что проявляется повышением концентрации секреторного иммуноглобулина А в ротовой жидкости. Другим важным свойством Мексидола является восстановление микроциркуляции в очаге воспаления, приводящее к улучшению кровоснабжения и регенерации тканей, что предполагает эффективность его применения для лечения и профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Ополаскиватель для полости рта Mexidol Dent Professional содержит активные компоненты: мексидол, экстракт солодки голой и комплекс аминокислот. Применяется для профилактики кариеса, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта, особенно при ксеростомии. Экстракт солодки голой – специальный запатентованный экстракт, изготовленный по уникальной технологии, оказывает прямое антибактериальное действие в отношении патогенной микрофлоры полости рта. В комплексе мексидол и экстракт солодки оказывают взаимоусиливающее и взаимодополняющее антибактериальное действие. Оригинальный комплекс аминокислот, входящий в состав ополаскивателя, смягчает и увлажняет слизистую полости рта, предохраняет ее от излишней сухости [16].

2.4. Особенности восприятия боли психически больными

Боль – это реакция организма на любое поражение, возникшее в результате травмы или болезни, влияющее на целостность тканей.

Согласно определению, предложенному Международной ассоциацией по изучению боли (IASP), боль – это «неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей или описанное в терминах такого повреждения» (Hanoch Kumar and Elavarasi, 2016).

Психическая заболеваемость связана с усилением восприятия боли, снижением активности и плохим функциональным статусом.

Краткая Pain Inventory представляет собой медицинский опросник для измерения боли, разработанный Pain Research Group из Сотрудничающего центра ВОЗ. Краткая инвентаризация боли (BPI) широко используется сегодня во всем мире, чтобы помочь измерить интенсивность боли у пациентов и степень влияния боли на их способность функционировать в повседневной жизни. Изначально BPI предназначался для измерения боли у онкологических больных, но сегодня он используется в случаях, связанных с раком, а также в случаях, не связанных с раком. В Кратком описании боли есть две категории: интенсивность боли и вмешательство боли. В «Интерференции боли» два измерения помогают обнаружить различные проблемы, которые необходимо решить для точного лечения пациента. Этими двумя измерениями являются: вмешательство в деятельность и аффективное вмешательство. Вмешательство в деятельность связано с общей активностью или более физическими аспектами повседневной жизни, такими как ходьба. Аффективное вмешательство имеет дело с эмоциональными или внутренними аспектами повседневной жизни, такими как удовольствие от жизни или настроение.

Интенсивность боли измеряется по четырем категориям: наилучшая, наименьшая, в среднем и в настоящее время, в то время как болевая интерференция измеряется по 7 категориям: настроение, работа, общая активность, ходьба, отношения, удовольствие от жизни и сон. Пациент оценивает каждое из них по шкале от 0 до 10, где 10 означает мучительную боль и полное вмешательство в их жизнь.

2.5. Обоснование обучения персонала участвующего в лечении больных с ментальными особенностями

Меры по контролю образования зубного налета при таких состояниях, как умственная отсталость, все еще в определенной степени

поддаются контролю за счет согласованных усилий со стороны родителей, опекунов, медицинских сестер и стоматологов. Однако некоторые психические расстройства, такие как шизофрения, требуют особого внимания, поскольку состояние здоровья пациентов относительно сложно идентифицировать, диагностировать и лечить, усугубляя стоматологические проблемы.

Для оказания стоматологической помощи больным с ментальными особенностями необходимо обучение и подготовка специалистов в области психического здоровья и более тесному сотрудничеству между всеми профессионалами здравоохранения.

Рекомендации для дальнейших действий включают исследования, посвященные просвещению и пропаганде гигиены полости рта в учреждениях служб охраны психического здоровья (включая стационарные и амбулаторные учреждения). С точки зрения профилактики, должны быть программы стоматологической помощи, специально ориентированные на эту группу населения. Эти пациенты и их семьи должны получить информацию о важности ухода за полостью рта и зубов, и о правильном общении с лечащим врачом. Стоматологические школы должны обучать своих учеников справляться с подобными ситуациями [25].

Обучение должно способствовать лучшему распознаванию симптомов пациентов, чтобы избежать недопонимания относительно их поведения. Пациенты с шизофренией иногда проявляют апатию, безынициативность и повторяющуюся забывчивость, связанную с их психической патологией. Проблемы с управляющими функциями также могут объяснить, почему этим пациентам трудно добраться до определенного места в определенное время. Другие симптомы, такие как беспокойство, страх перед общественным транспортом или даже нехватка финансовых ресурсов, являются факторами, способствующими отсутствию доступа к системе здравоохранения.

Стоматологическое лечение должно проводиться в более профилактической форме. Различия в профилактической помощи между лицами с психическими расстройствами и населением в целом также могут быть связаны с трудностями, с которыми сталкиваются пациенты при доступе к услугам здравоохранения и их использовании. Например, стоматологи с большей вероятностью считают этих паци-

ентов «трудными для лечения», что может побудить их выбрать простое удаление зубов, отказавшись от более сложных методов. Такая практика или поведение может привести к «преждевременному отсутствию зубов». Шизофрения может серьезно помешать пациентам, обращающимся за стоматологическим лечением, откладывая восстановительное лечение до тех пор, пока потеря зубов не станет неизбежной. Более того, исследования показали, что здоровье зубов часто считается менее приоритетным в подходе к глобальному здоровью.

Практикующие стоматологи не только не обладают достаточными навыками или осведомленностью для лечения лиц с особыми потребностями, но также демонстрируют коммуникативные барьеры, отношение и избегающее поведение при работе с трудно поддающимися лечению психически больными психиатрическими пациентами. И наоборот, практикующие психиатры сообщают о препятствиях (нехватка времени, недостаток навыков или подготовки) и не решают вопросы гигиены полости рта у пациентов с сопутствующими психическими заболеваниями.

Практикующим психиатрам и стоматологам может быть полезно индивидуализированное вмешательство в сочетании с осведомленностью и обучением навыкам лечения стоматологических проблем у пациентов с сопутствующими психическими заболеваниями. Отмечается также пробел в исследованиях, поскольку существует ограниченное количество исследований, изучающих связь между сопутствующими психическими заболеваниями и здоровьем полости рта.

Врачи – психиатры должны работать в координации с практикующими стоматологами, чтобы поддерживать хорошее здоровье полости рта у пациентов с ментальными особенностями.

Таким образом, знания и осведомленность о различных аспектах психического заболевания помогут стоматологам в диагностике и планировании лучших стратегий лечения для этой конкретной группы населения [24].

2.6. Сложности при организации стоматологической помощи лицам с ментальными особенностями

Лечение пациентов с хроническими психиатрическими расстройствами объективно сложно, что обусловлено особенностями клини-

ческого течения коморбидной патологии и низкого комплаенса. Федеральные стандарты оказания стоматологической помощи данной категории больных (время приема, финансовый лимит по ФОМС, материально-технические возможности ЛПУ, отсутствие штатной единицы «ассистент врача-стоматолога» в государственных лечебных учреждениях) не способствуют реализации нужного протокола в полном объеме.

Актуальные в России профилактические и гигиенические протоколы также ориентированы на соматически здоровых людей.

Стоматологическая помощь пациентам с проблемами в сфере психического здоровья, у которых имеется установленный диагноз психического заболевания, проводится в условиях профильных учреждений, где им обеспечивается специализированный уход, ведется контроль приема лекарственных препаратов. В состоянии обострения психической патологии и при заболеваниях, которые исключают возможность установления контакта с врачом, стоматологическая помощь оказывается без ориентации на полную санацию полости рта.

Если же пациент с психическим расстройством не состоит на учёте в психиатрическом учреждении или у него есть заключение от психиатра о возможности получения медицинской помощи в условиях учреждений, не специализированных для приема пациентов с психической патологией, то он может обратиться за лечением в обычную стоматологическую клинику, где врач-стоматолог может столкнуться с проблемами в общении с таким больным и в его лечении. Эти проблемы могут быть связаны со сложностями коммуникации, непредсказуемым поведением и расстройствами настроения пациентов.

Известно, что пациенты с психическими расстройствами часто нарушают план лечения, проявляют непоследовательность, часто меняют врачей. Поэтому трудно добиться хорошего результата стоматологического лечения таких пациентов.

Согласно статье 41 Конституции Российской Федерации и статьям 18 и 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь». Статья 8 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» запрещает требовать сведения о состоянии психического здоровья пациента. А согласно статье

23 того же закона решение о состоянии психического здоровья пациента может принимать лишь врач-психиатр при добровольном обращении больного. Отказать пациенту в лечении, согласно статье 70 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который является основным законом, регламентирующим медицинскую деятельность в России, врач может по согласованию с руководителем медицинской организации, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. Также врач имеет право отказаться от ведения больного, если пациент не соблюдает режим лечения, нарушает правила поведения в медицинском учреждении, при возникновении конфликтной ситуации и невозможности установления с пациентом терапевтического сотрудничества.

Психосоматический подход рассматривается как один из двух больших аспектов (психического и соматического) лечения болезни. Психологический статус больных оказывает значительное влияние и на клиническое течение заболеваний, и на поведенческие особенности больных. Хроническое соматическое заболевание изменяет уровень психических возможностей осуществления деятельности человека.

В профессиональную компетенцию врача-стоматолога не входит диагностика нарушений психоэмоциональной сферы пациента, но при обращении таких людей за стоматологической помощью, она должна быть им оказана. Психиатрические симптомы, на которые пациенты предъявляют жалобы, являются субъективными, и одной из основных задач врача-стоматолога является их распознавание.

Таким образом, определяется необходимость в разработке алгоритма безопасного и эффективного стоматологического лечения пациентов с ментальными нарушениями в условиях амбулаторного приёма в медицинском учреждении, не предназначенном для оказания помощи пациентам с проблемами в сфере психического здоровья, с учётом законодательства РФ [10].

Практические рекомендации

Рекомендации для врачей – стоматологов при работе с людьми с ментальными особенностями

1. Программа лечебно-профилактических мероприятий у пациентов

с психическими расстройствами должна включать обучение гигиене полости рта с рекомендацией использования средств и предметов индивидуальной гигиены для пациентов с ксеростомией, санацию полости рта, диспансерное наблюдение 1 раз в 3 месяца, включающее профессиональную гигиену полости рта и реминерализующую терапию.

2. Планирование комплексного стоматологического лечения рекомендуется разделить на несколько этапов: диагностический этап, включающий в себя сбор данных анамнеза пациента, оценку психоэмоционального и стоматологического статуса, проведение дополнительных методов исследования; этап терапевтической и хирургической санации, а также этап ортопедической реабилитации пациента.

Для каждого этапа рекомендуется предлагать пациенту отдельное информированное согласие на предстоящее лечение. Планирование стоматологического лечения следует проводить с использованием фотопротokolирования на каждом этапе для объективизации исходного стоматологического статуса.

Каждый этап комплексного стоматологического лечения следует обсуждать и согласовывать с пациентом, после чего следует его утвердить с постановкой подписи лечащего врача и самого пациента в медицинской документации. В информированное согласие о предстоящем лечении также следует включить информацию об ожидаемых результатах и возможных рисках.

3. Пациенты с психическими заболеваниями могут не распознавать боль в полости рта до тех пор, пока она не станет относительно сильной, из-за чего они откладывают посещение стоматолога до тех пор, пока стоматологические проблемы не станут намного более серьёзными или сложными для лечения. Так как у данной категории пациентов может быть низкий болевой порог и может потребоваться дополнительная местная анестезия.

4. Для комфортного и безопасного проведения стоматологического лечения могут потребоваться вспомогательные фармакологические средства, в связи с этим совместно с врачом – психиатром необходимо назначить дополнительные препараты.

5. В связи с недостаточным уровнем гигиены у пациентов с ксеростомией для замещения дефектов твердых тканей зуба целесообразно применять стеклоиономерные цементы и компомеры.

6. У пациентов с ксеростомией для подбора средств гигиены рекомендуется отдать предпочтение лечебно-профилактическим зубным пастам Mexidol Dent, дополненным различными добавками, и ополаскивателю для полости рта Mexidol Dent Professional .

7. Пациентам с начальными формами воспалительных заболеваний пародонта рекомендовано использовать гель «Фагодент», в особенности при отсутствии достаточной эффективности антибактериальных средств или наличии аллергических реакций на антисептики и антибиотики.

8. В случаях, когда у пациента есть серьезные нарушения (например, физические, поведенческие, эмоциональные и / или когнитивные), необходимо подключить семью пациента, опекуна, чтобы обеспечить соблюдение рекомендаций по гигиене полости рта. Необходимо выдать календарь чистки зубов, для того чтобы пациенты могли себя контролировать.

9. Во время процедур необходимо проявлять бдительность, чтобы быстро обнаруживать и управлять потенциально опасными для жизни реакциями (такими как аномальный рвотный рефлекс), чтобы обеспечить защиту дыхательных путей.

10. При проведении анестезии рекомендуется ограничить использования адреналина и других вазоконстрикторов у пациентов, принимающих определенные психотропные препараты из-за потенциальной серьезной гипотензии или гипертензии и / или сердечной аритмии (включая тахикардию).

11. С осторожностью назначать лекарства, так как психотропные препараты усиливают побочные эффекты анальгетиков и анестетиков.

12. Необходимо делать встречи короткими. Эти пациенты не переносят длительных процедур. Психически больной человек может реагировать на ваши вопросы медленно, т.к. ему нужно больше времени для ответа.

13. У пациентов могут быть когнитивные нарушения и проблемы с памятью из-за алкогольной деменции, в связи с этим лучше выдавать рекомендации в печатном виде.

14. Рекомендуется показывать и объяснять используемые в момент осмотра или лечения материалы и оборудование, так как любая предполагаемая попытка скрыть может усилить возбуждение пациента.

Рекомендации врачам – психиатрам

1. Необходимо развивать междисциплинарный подход в оказании медицинской помощи пациентам с психическими и соматическими расстройствами, в выявлении групп риска и профилактике соматических, в частности, стоматологических заболеваний.

2. Предупредить пациентов о необходимости регулярного посещения стоматолога для сохранения стоматологического здоровья.

3. Рассказать о влиянии приема специфических лекарственных препаратов на состояние слизистой полости рта и зубов и повышенном риске возникновения стоматологических заболеваний.

4. Мотивировать пациентов и членов их семей (в случае необходимости) на более тщательный и регулярный уход за полостью рта для сохранения стоматологического здоровья.

5. Мотивировать пациентов с ментальными расстройствами на регулярное посещение врача-стоматолога и информирования врача стоматолога о наличии психиатрического опыта и применяемых лекарственных препаратах.

Рекомендации для людей с ментальными расстройствами

1. Обязательно тщательно и регулярно чистить зубы два раза в день, вести календарь чистки зубов.

2. Регулярно посещать стоматолога (1 раз в 3 месяца). На первом приеме необходимо сообщить врачу о применяемых вами специфических лекарственных препаратах.

3. Желательно использовать зубную пасту с фтором, ксилитом. Ионы фтора оказывают противомикробное воздействие, обеспечивают защиту эмали от потери минералов, поэтому она становится более твердой и прочной.

4. Обязательно ополаскивать водой полость рта после каждого приема пищи.

5. Избегать продуктов, способствующих развитию кариеса (газированные сладкие напитки, хлебобулочные изделия).

ГЛАВА 3. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА «СТОМАТЛИКБЕЗ»

В проекте «СтоматЛикбез» добровольно принимали участие 34 пациента с ментальными особенностями из г. Архангельска, Северодвинска и Новодвинска, из них 18 мужчин и 16 женщин, средний возраст 37,08 лет.

Данная категория пациентов посещает Архангельскую общественную организацию МОСТ, занимающуюся социализацией и психологической адаптацией проблемами инвалидов вследствие психических расстройств и их семей. Критериями включения были диагнозы шизофрения и умственная отсталость.

От каждого участника проекта и их законных опекунов для лиц, находящихся под опекой, было получено письменное информированное согласие.

Проект включал в себя несколько этапов:

I. Подготовительный этап (проведение анкетирования, с целью выявления знаний пациентов о своем стоматологическом здоровье);

II. Проведение профилактического осмотра врачом – стоматологом, с записью зубной формулы и составление плана лечения;

III. Проведение теоретических и практических занятий с врачом стоматологом, согласно плана;

IV. Проведение занятий с психологом;

V. Проведение профессиональной гигиены полости рта данной группе пациентов;

VI. Проведение профилактического осмотра для контроля качества индивидуальной чистки зубов пациентами;

VII. Проведение повторного анкетирования, составление методических рекомендаций и проведение итогового семинара для специалистов, работающих с пациентами с ментальными особенностями.

Анализ анкетных данных показал, что 30% лиц с ментальными особенностями посещали врача-стоматолога в течении от 1 до 2-х лет. Большая часть респондентов не наблюдались у данного врача более 5 лет. При этом 45% опрошенных считают, что у них удовлетворительное состояние зубов и десен, а 30% что состояние зубов и десен в очень хорошем состоянии.

Наиболее частой причиной посещения врача-стоматолога данная категория пациентов отмечает – решение конкретной задачи (50%) и лечение острой боли (45%). С целью профилактического осмотра только 30% опрошенных посещают стоматологический кабинет.

Лица с металлическими особенностями в большей степени получают информацию по вопросам сохранения стоматологического здоровья через интернет (55%) и только 35% ответили, что получили ответы на интересующие их вопросы на консультации врача-стоматолога.

Оценка состояния полости рта у лиц с ментальными особенностями

Первичный стоматологический осмотр проведенный лицам с ментальными особенностями подтверждает литературные данные о низком стоматологическом статусе данной категории пациентов, так средние значения индекса КПУ = 22,4, индекс гигиены полости рта (ИГ) = 1,9 баллов. При оценке состояния слизистой полости рта отмечается ее гиперемия, отечность и слабая увлажненность в 15% случаев. После осмотра и профессиональной гигиены полости рта были выданы рекомендации по индивидуальной гигиене и санации полости рта.

Через три месяца после окончания теоретических и практических занятий по сохранению стоматологического здоровья и работы с психологом был проведен повторный осмотр участников проекта врачом – стоматологом. В результате осмотра и беседы с участниками проекта выявлено, что только 2% из них обратились к врачам – стоматологам для санации полости рта. Оценка индекса гигиены показало его незначительное снижение (1,6 баллов), но при этом отмечается то, что та группа пациентов которая обладала низким уровнем индивидуальной гигиены изначально, сохранила свой невысокий уровень, даже не смотря на проведенные мероприятия по сохранению стоматологического здоровья.

Таким образом, анализ проведенной работы показал необходимость постоянного контроля состояния стоматологического здоровья у данной категории пациентов, проведения регулярной профессиональной гигиены и мотивации к лечению зубов и десен.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алёшкин, И. Г. Введение в стоматологию: учебное пособие / И. Г. Алёшкин, М. И. Сучилина, В. Г. Мунгалов; Иркутский государственный медицинский университет, Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Иркутск : ИГМУ, 2021. – 56 с. – Текст: непосредственный.
2. Анисимова Е. Н., Ерилин Е. А. Особенности стоматологического лечения пациентов с проблемами в сфере психического здоровья.- Эндодонтия Today. 2014; 12(4):3-6.
3. Апхадзе А. Р. Изучение эффективности использования бактериофагов при хирургическом лечении пациентов с воспалительно-деструктивными поражениями пародонта.: автореферат...М. – 2016
4. Арзуканян Алина Владимировна. Оптимизация протокола гигиенического ухода за полостью рта у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки: дисс...М. – 2021. – 134 с.
5. Афанасьев, В. В. Стоматология: учебник / Афанасьев В. В. [и др.] – Москва : ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 448 с.
6. Будайчиева З. С. Сравнительная оценка стоматологического и гигиенического статуса пациентов, применяющих стандартный и индивидуально подобранный комплекс средств гигиены полости рта: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 12.2019, 24 с.
7. Ванчакова Н. П. Трудные больные в стоматологии: психиатрические и психологические проблемы / Сборник тезисов I всероссийской научно-практической конференции «Сложный стоматологический пациент». – Петрозаводск, 2013. – С. 5-17.
8. Вейсгейм Л. Д., Гаврикова Л.М., Дубачева С.М. Применение средств гигиены полости рта Mexidol Dent для профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта у больных с ксеростомией. // Стоматология №3 – 2014. – с. 15-17.
9. Евсегнеев, Р. А. Психиатрия для врача общей практики / Р. А. Евсегнеев. – Минск: Беларусь, 2001. – 432 с
10. Ерилин, Е. А. Методы оценки психоэмоционального состояния пациентов в условиях амбулаторного стоматологического приёма / Е. А. Ерилин, Е. Н. Анисимова, Н. Ю. Анисимова // Вестник новых медицинских технологий [Электронный ресурс]. – 2016. – № 2.

– Публикация 2–3. – URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016–2/2–3.pdf>

11. Иванов А. С. Основы стоматологии : учеб. пособие / А. С. Иванов. – 3-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург : СпецЛит. – 2016. – 191 с. – Текст : непосредственный.

12. Исаджанян К. Е. Клинико-лабораторное изучение эффективности использования бактериофагов для профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта: автореферат. – М. – 2017.

13. Комарова К.В., Поленичкин В.К., Раткина Н.Н., Карманов Е.П. Определение факторов риска развития ксеростомии у пациентов амбулаторного стоматологического приема // Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т 96, № 2 – С.174-177.

14. Ландышев Михаил Александрович. Научное обоснование организационно-функциональной модели центра психосоциальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами: диссертация ... / Ландышев Михаил Александрович.- Москва, 2015.- 154 с.

15. Лутова Н.Б, Вид В.Д, Сорокин М. Ю, Макаревич О. В. Мотивационное интервью для улучшения медикаментозного комплайенса у больных с психическими расстройствами: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Н.Б. Лутова, В.Д. Вид, М.Ю. Сорокин, О.В. Макаревич. – СПб, 2018. – 22 с.

16. Луханина Т. В. Оценка психоэмоционального и стоматологического статуса у психически больных в связи с задачами терапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – С. 103-113, 124.

17. Маринчева Г.С. Умственная отсталость. Раздел 3.7.4 (с.490-502) в главе 3 книги «ПСИХИАТРИЯ. Научно-практический справочник». Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. М. ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. 608

18. Пахомова Ю. В. Оптимизация оказания стоматологической помощи детям с умственной отсталостью, проживающим в условиях детского дома-интерната. Автореферат: – М., 2017.

19. Петров В. И, Пантелеева Н.В, Кралько А.А, Иванчиков Н.В. Особенности психических процессов у пациентов с расстройством личности как фактор противоправного поведения. // Военная медицина. – 2016. – № 2. – С. 110-115.

20. Расулова М.А. Частота встречаемости воспалительных заболе-

ваний пародонта у психических больных // Биомедицина, 2017. № 3. С. 46-51

21. Резолюция XVII Съезда психиатров России совместно с международным конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению». 15-18 мая 2021 г. Санкт-Петербург. – URL: <https://bekhterev.ru/wp-content/uploads/2021/05/rezoljucija-02.06-korrekt-.pdf>

22. Супруновский Р.Н.. Ксеростомия при патологии органов и систем / Р.Н. Супруновский, П.В. Гончарик, Г.Д. Панасюк – Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2019. – 27 с.

23. Шмуклер А. Б. Шизофрения. – Москва: Геотар – Медиа – 2021

24. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. – Arlington: American Psychiatric Association. – 2013

25. Almomani F, Brown C, Williams KB. The effect of an oral health promotion program for people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J.* 2006;29(4):274-81. [PubMed: 16689038].

26. Afinogenov G. E., Eropkina E. M., Bondarenko V. M., Eropkin M. Yu. Study of antimicrobial activity and cytotoxicity of anti-infective drugs on models of a culture of human cells. *Zhurnal microbiologii.* 1996; 5: 3–7. (in Russian).

27. Dangore-Khasbage Suwarna, Khairkar Praveen H., Degwekar Shirish S., Bhowate Rahul R., Bhake Arvind S., Adarshlata Singh and Vidya K. Lohe. Prevalence of oral mucosal disorders in institutionalized and non-institutionalized psychiatric patients: a study from AVBR Hospital in central India // *Journal of Oral Science.* 2012. Vol. 54. №1. P. 85-91.

28. Julio Torales, Iván Barrios, Israel González. Oral and dental health issues in people with mental disorders. – Peer-reviewed general biomedical journal – 2017 Sep.

29. Kenny A, Dickson-Swift V. Oral health interventions for people living with mental disorders: protocol for a realist systematic review. Article number: 24, 2020.

30. McKibbin CL, Kitchen-Andren KA, Lee AA, Wykes TL, Bourassa KA. Здоровье полости рта у взрослых с серьезными психическими

заболеваниями: потребности и перспективы ухода. *Commun Ment Health J.* 2015; 51 (2): 222-8.

31. Woods Craig D. Self reported mental illness in a dental school clinic population // *Journal of Dental Education.* 2003. May. P. 500-504.

32. Swati Gupta, Pratibha P.K, Richa Gupta. Necessity of oral health intervention in schizophrenic patients – A review. *Nepal J Epidemiol,* 2016 Dec; 6(4): 605–612. https://www.ncbi-nlm-nih-gov.translate.googleusercontent.com/translate?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=op,sc PMID: 28804672

33. Denis F, Pelletier J, Chauvet-Gelinier J, Rude N, Trojak B. Здоровье полости рта – сложная проблема для пациентов с шизофренией: описательный обзор. *Иран J Психиатрия Behav Sci.* 2018;12(1):e8062. doi: 10.5812/ijpbs.8062 .

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ С МЕНТАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Методические рекомендации

Издано в авторской редакции

Компьютерная верстка *Г.Е. Волковой*

Подписано в печать 21.09.2022.
Формат 60×84^{1/16}. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 3,0. Уч.-изд. л. 2,2.
Тираж 200 экз. Заказ № 2486

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51
Телефон (8182) 20-61-90. E-mail: izdatelnsmu@yandex.ru