

концу пострадиационного периода площадь ядрышек увеличивалась на 52,7%, а содержание РНК в них снижалось до 78,5% по отношению к возрастному контролю (рис. 3).

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ литературы показал, что несмотря на значительное количество работ по исследованию влияния ионизирующего излучения на состояние нуклеиновых кислот, эксперименты, прослеживающие их изменения в нейронах головного мозга на всем пострадиационном периоде достаточно редкие [1, 6, 8]. Проведенные нами исследования показали, что как у контрольных, так и облученных животных на протяжении всей жизни происходят волнообразные изменения содержания нуклеиновых кислот в нейронах головного мозга с постепенным снижением показателей к окончанию пострадиационного периода. При этом изменения ДНК в ядрах и РНК в ядрышках больше связаны с изменениями их размеров, а изменения цитоплазматической РНК, видимо, связано с функциональным состоянием нейронов (покой, возбуждение, торможение). При увеличении мощности дозы облучения изменения нуклеиновых кислот в нейронах головного мозга имеют более выраженный характер. В конце пострадиационного периода, когда наблюдается гибель как облученных, так и контрольных животных содержание нуклеиновых кислот в нейронах головного мозга статистически значимо снижается во всех группах причем в большей степени у облученных животных.

#### Литература

1. Гундарова О.П., Двурекова Е.А., Федоров В.П. Радиационно-индуцированные изменения нуклеиновых кислот нейронов мозжечка // Журнал анатомии и гистопатологии. 2019. Т. 8. № 3. С. 26-34.
2. Даренская Н.Г. Реакция кроветворной системы // В кн.: Радиационная медицина. Под общ.

ред. Л.А. Ильина. Т.1. Теоретические основы радиационной медицины. М.: Изд. АТ. 2004. С. 295-308.

3. Давыдов Б.И., Ушаков И.Б. Ионизирующие излучения и мозг: поведенческие и структурно-функциональные паттерны // Итоги науки и техники. Радиационная биология. М.: ВИНТИ, 1987. 336 с.

4. Жижина Г.П. Влияние малых доз низкоинтенсивной ионизирующей радиации на структуру и функции ДНК // Радиационная биология. Радиоэкология. 2011. Т. 51. №2. С.218-228.

5. Рева А.Д. Ионизирующие излучения и нейрохимия. М: Атомиздат, 1974. 240 с

6. Сгибнева Н.В., Федоров В.П., Гундарова О.П., Маслов Н.В. Пластичность нейронов сенсомоторной коры в условиях повышенного радиационного фона // Мед. радиология и радиационная безопасность. 2017. Т.61. N 1. - С.20-26

7. Ушаков И.Б., Федоров В.П. Малые радиационные воздействия и мозг. Воронеж: Научная книга, 2015. 536 с.

8. Ушаков И.Б., Федоров В.П. Моделирование радиационно-индуцированных изменений ядерной ДНК нейронов головного мозга // В сб. матер. Российской конференции «Современные вопросы радиационной генетики» Дубна, июнь 2019 г. Дубна: ОИЯИ, 2019. С.102-104.

9. Ушаков И.Б., Федоров В.П., Сгибнева Н.В. Нейроморфологические корреляты мощности дозы радиационного воздействия // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2019. № 4. С. 59-69.

10. Федоров В.П., Гундарова О.П., Сгибнева Н.В., Маслов Н.В. Радиационно-индуцированные и возрастные изменения нейронов мозжечка. // Медицинская радиология и радиационная безопасность. 2015. Т. 60. № 4. С. 12–18.

## ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

**Честных Елена Валерьевна**

кандидат медицинских наук, доцент  
Тверской государственной медицинской университет  
г. Тверь

**Зиньковская Елена Павловна**

кандидат медицинских наук, доцент  
Тверской государственной медицинской университет  
г. Тверь

**Захарова Елена Львовна**

кандидат медицинских наук, ассистент  
Тверской государственной медицинской университет  
г. Тверь

**Ситников Борис Алексеевич**

студент  
Тверской государственной медицинской университет  
г. Тверь

## OLDER PATIENT ON DENTAL CONSULTATION

*Chestnyh Elena Valer`evna*

*Candidate of Medical Sciences, assistant professor  
Tver State Medical University, Tver  
Zinkovskaya Elena Pavlovna  
Candidate of Medical Sciences, assistant professor  
Tver State Medical University, Tver  
Zakharova Elena Lvovna  
Candidate of Medical Sciences, assistant  
Tver State Medical University, Tver  
Sitnikov Boris Alexeyevich  
student  
Tver State Medical University, Tver*

#### **Аннотация**

По мере старения населения увеличивается количество физически, умственно и социально слабых пациентов. В большинстве случаев пожилые пациенты имеют функциональные потери различных форм. Ограничение физической подвижности необходимо учитывать при посещении поликлиники и планировании лечения зубов. Кроме того, когнитивные ограничения в общении должны быть приняты во внимание. Стоматологическую помощь старым и слабым пациентам всегда следует рассматривать в их этическом и социальном контексте, поэтому отношения стоматолог-пациент играют решающую роль.

#### **Abstract**

As the population ages, the number of physically, mentally and socially weak patients increases. In most cases, elderly patients have functional losses of various forms. The limitation of physical mobility should be considered when visiting the clinic and planning dental treatment. In addition, cognitive limitations in communication must be taken into account. Dental care for old and weak patients should always be considered in their ethical and social context, therefore, the dentist-patient relationship plays a decisive role.

**Ключевые слова:** пожилой возраст; ограничение подвижности; руководство по обучению пациентов; коммуникация.

**Key words:** elderly and geriatric age; restricted mobility; patient study guide; communication.

Пациенты пожилого и старческого возраста вынуждены посещать медицинские организации стоматологического профиля чаще пациентов других возрастных групп. Помимо стоматологических заболеваний большинство из них имеют в анамнезе не одно и даже не два, а большее количество хронических, длительно протекающих соматических заболеваний [8]. Предыдущий опыт общения с медицинскими работниками зачастую носит негативный характер и опирается на множество страхов: страх испытать чувство боли, страх обнаружить у себя новые, трудно поддающиеся лечению и требующие дополнительных финансовых затрат заболевания и т.д. [15]

Врач, выполняя должностные обязанности и занимая, с точки зрения медицинской психологии, активную позицию, должен предугадывать последствия своих решений [4]. Однако большинство врачей-стоматологов, осуществляющих профессиональную деятельность в государственных медицинских организациях, поставлены в жесткие условия дефицита времени и многие принятые решения могут спокойно обдумывать лишь спустя какое-то время [7]. И если времени почти не хватает на выявление жалоб, осмотр, опрос и т.д, то на разъяснение деталей, касающихся проводимого лечения, и сопереживание совсем нет. А именно такие разговоры для большинства пожилых пациентов, которые часто одиноки, способствуют выстраиванию доверительных взаимоотношений [1]. В результате отсутствия понимания, многие пациенты, испытывая чувство безысходности, не являющиеся на повторный прием и не выполняют назначенные рекомендации [11].

Компенсировать вынужденный недостаток внимания и содействовать установлению доверительных взаимоотношений способны медицинские сестры, ассистент врача-стоматолога. Следовательно, необходимо организовывать слаженную работу врачей, среднего и младшего медицинского персонала для качественного оказания стоматологической помощи, ведь первый кто встречает пожилого пациента в стоматологическом кабинете, как правильно, медицинская сестра или ассистент врача-стоматолога [2]. Помощник врача-стоматолога становится доверенным лицом для пожилого пациента, так как первый оказывает помощь, если у пациента возникли проблемы с подвижностью, ориентацией или он испытывает какие-либо трудности в эмоциональном плане и тем самым помогает пациенту чувствовать себя комфортно [5]. Знание привычек и потребностей пожилых людей, их предыдущего жизненного пути и их опыта существенно улучшают будущие терапевтические отношения. Например, недавняя смерть любимого человека может вызвать депрессию и, таким образом, косвенно усложнить адаптацию новой протезной реставрации [17].

Немало важную роль играет тот факт, когда пожилого пациента на прием к стоматологу сопровождает близкий человек, который также может присутствовать при обследовании и лечении. Это может быть особенно важно при выборе способа лечения и принятия решения в финансовом плане. Следует проинформировать сопровождающее лицо о возможных последствиях лечения, таких как кровотечение или давление, и разъяснить, какие меры необходимо будет принять. Если пациент получает новый съемный протез и не

может ввести или вывести его, то сопровождающий может оказать важную помощь в изучении использования нового зубного протеза [15].

Почти каждый человек в течение жизни может испытывать временные или постоянные трудности с передвижением [21]. Для пациентов, пользующихся инвалидной коляской, лучшим условием при стоматологическом осмотре и лечении является перемещение пациента в стоматологическое кресло. Перемещение из инвалидной коляски в стоматологическое кресло не всегда получается легко и имеет свои риски. Сначала должны быть задействованы тормоза инвалидной коляски, затем важно закрепить ноги пациента. При подъеме с коляски важно не тянуть пациента за руки, а держать его подмышками за спиной. Сложно повернуть больного после подъема и посадить его на стоматологическое кресло. Для этого можно воспользоваться специальным вращающимся диском с опорой или простой скользящей доской, с помощью которой подвинуть пациента вбок из инвалидной коляски на кресло [18].

Физиологическое старение не следует путать с инвалидностью или болезнью. Один только возраст не снижает способности понимать сложные ситуации. Интеллект развивается с возрастом и опытом. Тем не менее, снижение остроты зрения и/или слуха может создать впечатление, что человек не понял. Пожилые пациенты высоко ценят искреннее уважение и сочувствие, поэтому следует избегать инфантилизации их личности в любой форме [16].

Хотя слух, как и все функции организма, с возрастом ухудшается, это не повод, чтобы кричать на старых пациентов. Прежде всего, многие пожилые люди слышат «нормально», несмотря на физиологический процесс старения [6]. Но даже при ухудшении слуха, лучше произносить более четко, чем чрезмерно громко. Медицинская маска может быть помехой для общения, поскольку пожилые люди часто учатся читать по губам. Сопровождение своей речи жестами поможет подчеркнуть сказанное. Также необходимо создать среду, способствующую концентрации при разговоре. Фоновую музыку, параллельные разговоры сотрудников или телефонные звонки пожилой пациент может воспринимать тревожно. При общении следует употреблять меньше профессиональных терминов, и, если они неизбежны, их следует использовать последовательно. Если пациент находится в инвалидной коляске, то рекомендуется сесть на стул, чтобы разговор проходил на «уровне глаз», так как такое общение обычно воспринимается как более приятное [19].

Необходимо учитывать отношение пожилых людей к состоянию своих зубов и полости рта, пониженный интерес к жизни, их восприятие стоматологического обслуживания, страх перед высокой оплатой стоматологических услуг [9, 10]. Перед сообщением старому пациенту о том, что ему потребуется обширная операция, дорогостоящее протезирование или есть подозрение на злокачественную опухоль,

необходимо убедиться, что пациент изначально находится в хорошем состоянии и адекватно воспримет данную информацию. Пациенту должна быть предоставлена возможность сначала «переварить» информацию, чтобы он имел возможность поразмыслить и обсудить это с близкими людьми. Его также следует попросить записать вопросы, которые у него возникнут, до того момента, как он явится на повторный прием, так как пациент во время волнения не может помнить обо всех вопросах, которые ему приходили в голову будучи дома [20].

Как и в случае с более молодыми пациентами, при лечении пожилых людей важно, чтобы они были проинформированы об этапах лечения, которые будут выполняться до начала лечения и во время лечения. Пожилые люди иногда боятся потерять контроль над текущей ситуацией и могут быть утешены объяснениями о последовательности и ходе лечения. Личные предметы, такие как сумочка, очки или даже протезы, следует держать в поле зрения пациента или, по крайней мере, таким образом, чтобы он о них не беспокоился. Само лечение следует проводить точно и, прежде всего, быстро, так как при долго открытом рте нижняя челюсть часто становится беспокойна [12].

Люди с ограниченной памятью представляют собой особую проблему для стоматолога. Им трудно сохранять новую информацию, такую как дата и время посещения врача, запланированные процедуры лечения или проведение гигиены полости рта. Если пациент часто пропускает прием из-за забывчивости, то напоминание через промежуток времени с учетом памяти пациента будет способствовать своевременному посещению. На поздней стадии деменции даже нормальные движения могут быть потеряны. Например, небольшое изменение направления вставки протеза может означать, что пациенту будет очень сложно его вводить и выводить, поскольку может потребоваться тянуть его в другом месте. Такие небольшие изменения могут превышать способность к обучению у слабоумных пациентов и приводить их к серьезной панике. Простые меры, такие как письменная информация, которую пациент может многократно читать дома, помогают облегчить проблемы забывчивости. Письменная информация также информирует семью пожилого пациента, чтобы они могли повторить и обсудить соответствующую информацию, пока она в конечном итоге не будет сохранена [13].

При осмотре полости рта стоматолог может выявить первые признаки обезвоживания на основе сухой слизистой оболочки. Это особенно важно, потому что чувство жажды значительно снижается в пожилом возрасте, и даже пожилые люди с серьезными симптомами обезвоживания часто не испытывают жажду [3]. Обезвоживание особенно важно выявлять в жаркую погоду. Клинические симптомы включают в себя когнитивное состояние: пациенты выглядят растерянными, особенно если они одновременно страдают от гипонатриемии. В жаркие летние месяцы пожилые люди должны пить достаточно жидкости, чтобы сбалансировать баланс натрия. Ассистент врача-стоматолога или

медицинская сестра может предложить глоток воды до начала процедур и после, тем самым предотвратив обезвоживание. Даже во время лечения пациенту следует предлагать питьевую воду, если он кажется растерянным, усталым или имеет очень сухую кожу [14].

Гериатрическая стоматология основана на научных данных. Тем не менее, это дисциплина, которая во многом определяется отношениями между стоматологом и пациентом. Стоматологическая помощь для старых и слабых пациентов характеризуется заботой и вниманием к деталям, поэтому её следует рассматривать как приоритетную, наравне с детьми.

#### Литература:

1. Бойко В.В. Менталитет врача-пациента: аспекты психологии и этики / В.В. Бойко // Институт стоматологии. — 2002.
2. Бойко В.В. *Психология и менеджмент в психологии* / В.В. Бойко — СПб., 2011. — 450 с.
3. Будылев С. Синдром дегидратации у пожилых больных / Будылев С., Селиванов А., Фесенко Э. // Научный журнал: Врач. — Москва. — 2016.
4. Герасимова Л. И. Анализ результативности амбулаторно-поликлинической службы / Л.И. Герасимова, Р.С. Матвеев, В.Н. Викторов // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2013. — № 1. — С. 52-55.
5. Глиненко В.М., Бобкова Т.Е., Коваленко О.В. Рекомендации стоматологу - индивидуальному предпринимателю в организации медицинской деятельности // Эндодонтия today. 2018. №2. [Электронный ресурс]. - <http://dentoday.ru/products/103/3114/>.
6. Гуненков А.В. Возрастные изменения слуха (пресбиакузис). Современные подходы к старой проблеме / А.В. Гуненков // Вестн. оториноларингологии. — 2007. — С.33-35.
7. Егизарян К.А. Проблемы интеллектуального и нравственного менеджмента здравоохранения / К.А. Егизарян, Л.Ж. Атнаева // Проблема стандартизации в здравоохранении. — 2013. — №7-8. — С. 58-62.
8. Иванова Е.В. Совершенствование оказания терапевтической стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста в современных условиях : дис. ...канд. мед. наук : 14.00.21 / МГМСУ ; Иванова Елена Вячеславовна ; науч. рук. Гринин В.М., Абаев З.М. — Москва, 2009.
9. Кос А.В. Качество жизни лиц с ограниченными возможностями в условиях проживания в интернатах / А. В. Кос, Г. Г. Карпова, Е. П. Антонова // Журнал социологии и социальной антропологии. — 2009. — Т. XII. №2. — С. 131-152.
10. Ольховская Е.Б. Некоторые аспекты современной геронтостоматологии / Е.Б. Ольховская // Стоматология для всех. — 2003. — №1. — С. 75-94.
11. Соколова И.И. Медико-психологические аспекты стоматологического лечения больных гериатрического профиля / И.И. Соколова, Н.И. Савельева // Медицина сьогодні і завтра. — 2013. — №2 (59).
12. Besford J, Müller F. Totalprothesen. In: Hupfaut L, Nolden R (Hrsg.). Ästhetik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Pdz spezial. München: Urban & Schwarzenberg, 1995.
13. Canestrari RE. Paced and self-paced learning in young and elderly adults. J Gerontol 1963.
14. Dormenval V., Budtz-Jørgensen, Mojon P., Bruyère A., Rapin CH. Associations between malnutrition, poor general health and oral dryness in hospitalized elderly patients. Age Ageing 1998.
15. Holm-Pedersen P., Loe H. Textbook of geriatric dentistry. 2. ed. Copenhagen: Munksgaard, 1996.
16. Inglehart MR, Bagramian RA: Oral health related quality of life, an introduction. In: Inglehart MR, Bagramian RA (eds). Oral health-related quality of life. Chicago: Quintessence 2002.
17. Müller-Fahlbusch H. Arztliche Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Stuttgart: Thieme, 1992.
18. Müller F., Rapin CH. Der alte und gebrechliche Patient in der Zahnarztpraxis / F. Müller, CH. Rapin // Quintessenz Verlag. — Т.57. — 2006.
19. Nitschke I., Müller F. Die altersgerechte Praxis: präventive Orientierung und gerodontologisch geschultes Team als Voraussetzungen für den Erfolg. Bayerisches Zahnärzteblatt 2002.
20. Rapin CH et collaborateurs. Strategies pour une vieillesse reussie. Un concept de sante communautaire pour les personnes agees qui va des problemes aux solutions et de la theorie a la pratique. Geneve: Edition Medecine & Hygiene, 2004.
21. Qasim Al Rifali, Mohammed. Evaluation of some of thenclinical variables affection patients satisfaction with removable partial dentures / Mohammed Qasim Al Rifali // Smile DJ. — 2009. — N4. — P. 8-11.