

Диагностика ПСАФ аутодезадаптации – первый шаг к биопсихосоциальной стоматологии

М.М. Соловьев¹, Л.Ю. Орехова¹, А.М. Соловьева², Э.В. Гриненко¹, Е.С. Лобода¹

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

²Медицинская академия МЕДСИ, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. В статье рассматриваются три этапа развития специальности стоматологии в России: 1) этап зубопротезирования; 2) этап биомедицинской стоматологии; 3) этап биопсихосоциальной стоматологии. Начало второго этапа – биомедицинской стоматологии – связано с именем профессора А. К. Лимберга, организатора в 1897 году первой кафедры одонтологии в России при Женском медицинском институте. Предвестником появления биопсихосоматической стоматологии стал L. Engel (1977), заявивший в журнале Science о биопсихосоциальном подходе. Внедрению в стоматологию биопсихосоциального подхода способствовала разработанная в ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова концепция синдрома психо-социально-анатомо-функциональной (ПСАФ) аутодезадаптации и первичной методики экспресс-диагностики его выраженности и структуры. Авторы рассматривают диагностику ПСАФ аутодезадаптации в качестве первого шага биопсихосоциального подхода к изучению состояния здоровья человека, позволяющего осуществить персонализированный подход к разработке комплексных персонифицированных ориентированных программ лечения и реабилитации пациента. Цель. Наглядно показать диагностические возможности использования первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации для реализации принципа биопсихосоциального подхода к диагностике и лечению пациентов стоматологического профиля.

Заключение. Доказано, что начинать обучение студентов-стоматологов навыку экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации нужно максимально рано – на первом курсе.

В статье представлено четыре клинических случая применения экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации на стоматологическом приеме у пациентов разных профилей.

Ключевые слова: психо-социально-анатомо-функциональная аутодезадаптация, диагностика ПСАФ аутодезадаптации, синдром ПСАФ аутодезадаптации, биомедицинская стоматология, биопсихосоциальная стоматология, душевный дискомфорт.

Для цитирования: Соловьев ММ, Орехова ЛЮ, Соловьева АМ, Гриненко ЭВ, Лобода ЕС. Диагностика ПСАФ аутодезадаптации – первый шаг к биопсихосоциальной стоматологии. *Пародонтология*. 2022;27(2):148-158. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2022-27-2-148-158>.

Diagnosis of PSAF maladjustment is the first step toward biopsychosocial dentistry

M.M. Solovyov¹, L.Yu. Orekhova¹, A.M. Solovyova², E.V. Grinenko¹, E.S. Loboda¹

¹First Saint-Petersburg State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Saint-Petersburg, Russian Federation

²Medical Academy MEDSI, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. The article considers three stages in the development of dentistry specialty in Russia: 1) the stage of dental treatment; 2) the stage of biomedical dentistry; 3) the stage of biopsychosocial dentistry. The beginning of the second stage – biomedical dentistry – is associated with Professor A.K. Limberg, the organizer of the first odontology department at the Women's Medical Institute in Russia in 1897. L. Engel, who wrote about the biopsychosomatic approach in the journal Science (1977), was the forerunner of biopsychosomatic dentistry.

The concepts of psychosocial-anatomic-functional (PSAF) maladjustment syndrome and the primary express diagnosis method of its severity and structure, developed at the First Saint-Petersburg State Medical University, facilitated the introduction of a biopsychosocial approach into dentistry. The authors regard the PSAF maladjustment diagnosis as the biopsychosocial approach first step to the study of the human health status that will help individually approach comprehensive customized treatment and rehabilitation program planning.

Propose. To show diagnosis possibilities of PSAF maladjustment primary express diagnosis in order to introduce the biopsychosocial standpoint into the diagnosis and treatment of dental patients.

Conclusion. The earliest possible beginning of teaching dental students (first-year students) the skill of PSAF maladjustment express diagnosis has proven to be necessary.

The article presents four clinical cases of PSAF maladjustment express diagnosis application at a dental appointment among patients of different profiles.

Key words: psychosocial-anatomical-functional maladjustment; PSAF maladjustment diagnosis; PSAF maladjustment syndrome; biomedical dentistry; biopsychosocial dentistry; mental discomfort.

For citation: Solovyov MM, Orekhova LYu, Solovyova AM, Grinenko EV, Loboda ES. PSAF maladjustment diagnosis is the first step toward biopsychosocial dentistry. *Parodontologiya*. 2022;27(2):149-159 (in Russ.). <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2022-27-2-148-158>.

ВВЕДЕНИЕ

Становление стоматологии как одного из разделов медицины в России связано с именем Александра Карловича Лимберга (1856 – 1901) – выпускника императорской Санкт-Петербургской военно-медицинской академии. Одновременно с обучением в Военно-медицинской академии он под руководством своего дяди – дантиста Самуила Федоровича Линбека – осваивал специальность дантиста. На четвертом курсе он сдал экзамены и получил диплом дантиста. Поэтому после окончания академии Александр Карлович занимался зубопротезированием и одновременно читал лекции по одонтологии в первой зубопротезной школе Ф. О. Важинского.

В 1883 году, вернувшись в Санкт-Петербург после стажировки в Вене, он принял активное участие в организации отечественного общества дантистов. Понимая глубокую взаимосвязь заболеваний зубов, органов полости рта с заболеваниями внутренних органов и состоянием всего организма в целом, он выступал с докладами на заседаниях общества дантистов, в комиссии Медицинского совета Санкт-Петербурга с докладами о необходимости высшего медицинского образования для зубных врачей.

Обоснование важности этой прогрессивной реформы для медицины и одонтологии он изложил в служебной записке, которую передал в Министерство народного просвещения России.

В 1899 году был получен положительный ответ на его предложение – разрешение на создании одонтологического отделения при негосударственном Женском медицинском институте (ЖМИ) с использованием частных средств, а также на участие профессора А. К. Лимберга в учебном процессе. Директор ЖМИ профессор Д. О. Отт ходатайствовал о присвоении Александру Карловичу Лимбергу ученого звания профессора и назначении его заведующим первой в России кафедры одонтологии, которая была создана в 1899 году.

На протяжении последующих 120 лет со сменой имени города (Санкт-Петербург – Петроград – Ленинград – вновь Санкт-Петербург) менялось и название бывшего Санкт-Петербургского женского медицинского института, и название первой российской кафедры одонтологии, которая сегодня стала кафедрой стоматологии хирургической и челюстно-

лицевой хирургии стоматологического факультета ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Но неизменной оставалась доктрина первого отечественного профессора одонтологии А. К. Лимберга о необходимости формирования у специалистов стоматологического профиля навыка целостного (холистического) восприятия пациента на основе глубоких знаний и понимания тесной взаимосвязи заболеваний зубов и других органов и тканей полости рта с заболеваниями внутренних органов и состоянием всего организма в целом. Следование этой доктрине «биомедицинской стоматологии» определяло вектор научных исследований многих поколений заведующих кафедрами, их сотрудников: Звержховского А. Ф., Львова П. П., Кьяндского А. А., Балона Л. Р., Уварова В. М., Дунаевского В. А., Соловьева М. М., Калинина В. И., Хацкевича Г. А., Трезубова В. Н., Ореховой Л. Ю., Яременко А. И., Антоновой И. Н., Соловьевой А. М., Ткаченко Т. Б.

Наряду с доктриной «биомедицинской стоматологии» в Первом Ленинградском медицинском институте, носящем имя одного из основоположников учения о нервизме – Ивана Петровича Павлова, большое внимание уделялось изучению роли ЦНС в возникновении разнообразных патологических состояний, влиянию ее на течение, исход заболевания, в том числе и на заболевания стоматологического профиля. Интерес к этому вектору исследований возрос после появления в 1977 году в журнале *Science* статьи L. Engel: «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine» («Необходимость новой медицинской модели: вызов для биомедицины») [13].

В статье автор рассматривал болезнь как проявление взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов и предлагал биопсихосоциальную модель заболевания в качестве альтернативы традиционному биомедицинскому подходу к трактовке патогенеза заболевания, решению вопросов диагностики и лечения.

Концепция биопсихосоциального подхода в медицине нашла отражение в работах сотрудников Университета имени акад. И.П. Павлова: был проведен ряд совместных исследований с участием стоматологов, врачей-интернистов и психологов, посвященных изучению психического профиля пациента с использованием классических методик, общепризнанных в психологии, психиатрии, социологии (Орехова Л. Ю.,

Антонова И. Н., Розанова Н. Н., и др. 2005; Антонова И. Н., Орехова Л. Ю., Ткаченко Т. Б., и др. 2015; Кудрявцева Т. В., Исаева Е. Р., Тачалов В. В., 2015; Кудрявцева Т. В., Орехова Л. Ю., Ванчакова Н. П., 2016).

Результаты этих исследований имели большое значение для осознания необходимости целостного восприятия пациента, понимания взаимосвязи и закономерностей формирования ответа организма человека на воздействие на него аверсивных (вредоносных) факторов биологического, психического и социального характера [2].

Однако широкому внедрению биопсихосоциального подхода в практическую медицину, в повседневную деятельность врачей первичного звена медико-санитарной помощи, работающих в режиме амбулаторного приема (где должна начинаться реализация принципа системного биопсихосоциального подхода к исследованию здоровья), разработке комплексных персонализированных ориентированных программ лечения пациента препятствует ряд обстоятельств [14, 16]. Среди них, по нашему мнению, не последнее место принадлежит отсутствию скринингового метода первичной экспресс-диагностики психического состояния пациента, отражающего его субъективную оценку воздействующих на него факторов внутренней и внешней среды биологического, психического и социально-экономического характера.

Проведя анализ исследований за период с 1977 года (после публикации статьи о биопсихосоциальной модели), Незнанов Н. Г. с соавторами подчеркивают, что Engel L. пытался объединить совокупность факторов функционирования человека как живой системы общемедицинского характера с возможностью применения ее в клинике [3].

По мнению Холмогорова А. Б. и Рычкова О. В. (2017), несмотря на широкое использование термина «биопсихосоциальный подход» психологами и клиницистами, ни Engel L., ни его последователи не предложили четких критериев внедрения модели в научные исследования и в клиническую практику. Более того, методологический и статистический анализ характеристик биопсихосоциальной модели не были до конца разработаны [10].

Как уже отмечалось выше, биопсихосоциальный подход к исследованию состояния здоровья человека требует проведение диагностики трех доменов модели: биологического, психического и социального [5]. В ПСПБГМУ имени акад. И. П. Павлова на протяжении последних десяти лет разрабатывается концепция синдрома ПСАФ аутодезадаптации и методика его экспресс-диагностики, доступная для использования врачам первичного звена медико-санитарной помощи (в том числе врачам семейной медицины, врачам – специалистам стоматологического профиля).

Исходная гипотеза концепции синдрома ПСАФ аутодезадаптации и метода его экспресс-диагностики была сформулирована следующим образом: пациент, испытывающий физические и душевные страдания,

при обращении за медицинской помощью хочет и готов сообщить врачу о своих жалобах, тревогах и страхах, но не всегда знает, как это передать и что будет полезным и необходимым для врача [7].

Для того чтобы врач получил, проанализировал и использовал информацию, полученную от больного в процессе диагностики, планирования и проведения лечения, требуется мотивация на общение с пациентом, желание помочь ему, а также знание и навык владения методикой, позволяющей услышать больного, прочесть мысли больного о результатах самоанализа им своего состояния, оценке факторов, не позволяющих ему считать себя здоровым, успешным человеком, факторов, вызывающих возникновение у него состояния душевного дискомфорта.

С целью разработки метода экспресс-диагностики психического состояния пациента, применимого на уровне первичного звена медико-санитарной помощи, был предложен не нозологический, а синдромальный подход к диагностике психологического состояния больного. Синдромальный подход к диагностике хорошо известен в ПСПБГМУ им. акад. И. П. Павлова по работам профессора Федосеева Г. Б. – автора пятитомного издания «Синдромная диагностика внутренних болезней».

Целью синдромального подхода к оценке психологического состояния пациента является, в первую очередь, выявление у больного состояния психологического дискомфорта, для обозначения которого использован термин «аутодезадаптация».

Аутодезадаптация – психологическое состояние человека, находящееся в диапазоне от чувства легкого душевного дискомфорта до тяжелой депрессии, тоски, сформированное под влиянием разнообразных действующих факторов внутренней и внешней среды биологического, психологического, социально-экономического, экологического характера, которые он субъективно воспринимает как аверсивное, не позволяющее ему чувствовать себя здоровым, успешным человеком [7].

Синдром ПСАФ аутодезадаптации – субъективное восприятие и оценка человеком как аверсивного воздействия совокупности факторов внутренней и внешней среды биологического, психического, социально-экономического, экологического характера, распределенных по четырем кластерам (П – психологическому; С – социальному; А – анатомическому; Ф – функциональному).

Для врача важно, что на основе субъективной оценки больным выраженности отдельных кластеров он может судить о значимости отдельных доменов в формировании у больного состояния душевного дискомфорта. Это позволяет считать, что первичная экспресс-диагностика выраженности и структуры ПСАФ аутодезадаптации на этапе первичного клинического обследования пациента может быть важной составляющей биопсихосоциального подхода к исследованию состояния здоровья человека.

Методика первичной экспресс-диагностики структуры и выраженности ПСАФ аутодезадаптации, разработанная в ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, подробно описана в ряде методических пособий, научных публикаций и монографий [6]. Инструментом получения информации о структуре и выраженности субъективного аверсивного восприятия пациентом факторов, вызывающих развитие аутодезадаптации, является «Лист добровольной доверительной информации врача» (ЛДДИВ), заполняемой пациентом (рис. 1).

При заполнении ЛДДИВ пациенту необходимо:

- на основании самоанализа своего состояния вписать в ЛДДИВ все то, что беспокоит, страшит, болит, проявляется нарушением функции органов и систем, не позволяет чувствовать себя здоровым, счастливым человеком;
- оценить, насколько выражена каждая жалоба: чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо.

После перевода этих понятийных оценок в баллы рассчитывается суммарный интегральный показатель аутодезадаптации пациента, а также выраженность жалоб пациента по четырем различным кластерам ПСАФ по отдельности.

Полученные данные могут использоваться врачом в ходе сбора жалоб и анамнеза. По мере необходимости врач уточняет суть жалоб больного, зарегистрированных в ЛДДИВ, а также сопоставляет их с данными объективного исследования.

С учетом характера и выраженности жалоб пациента, относящихся к отдельным ПСАФ кластерам, врач осуществляет маршрутизацию больного – определяет место, очередность проведения лечебных и диагностических мероприятий. На основе оценки выраженности суммарного интегрального показателя аутодезадаптации, а также психологического кластера в структуре ПСАФ врач, проводящий первичный прием пациента, принимает решение либо о необходимости привлечения профильного специалиста (медицинского психолога) для психологического консультирования больного, либо о возможности оказания ему целенаправленной психологической поддержки в рамках компетенции врача первичного медико-санитарного приема.

В 2013 году состоялся первый симпозиум, посвященный обсуждению результатов апробации метода первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации у стоматологических пациентов, в котором приняли участие профессора, доценты, преподаватели университета. Отчет о работе симпозиума опубликован в журнале «Пародонтология» [8]. В последующие годы симпозиумы по проблеме использования методики экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации в стоматологии, челюстно-лицевой хирургии, офтальмологии, заболеваниях лор-органов, внутренних болезнях, а также в учебно-воспитательной работе со студентами проводились регулярно. В 2015 и 2016 годах методика проведения первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации изложена в учебных пособиях для преподавателей и студентов [7].

Лист добровольной доверительной информации врача пациентом										
Глубокоуважаемый (ая).....										
Лет.....М/Ж..... Дата заполнения.....										
<p>Для уточнения диагноза напишите все то, что Вас беспокоит, тревожит, страшит и не позволяет Вам чувствовать себя ЗДОРОВЫМ, УСПЕШНЫМ человеком. Укажите крестиком или галочкой в соответствующей клетке, насколько сильно это беспокоит Вас: чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо, не беспокоит. Если вам трудно дать однозначную оценку, укажите крестиком или галочкой промежуточную клетку между чрезвычайно и сильно; между сильно и умеренно; между умеренно и слабо.</p>										
ЗДОРОВЬЕ – это полное благополучие психологическое, физическое, социально-экономическое (ВОЗ)										
Тревога за результат лечения, исход заболевания, за состояние родных и близких, финансовые проблемы, проблемы в семье, на работе, в школе (вузе), в межличностных отношениях.	Чрезвычайно	Сильно	Умеренно	Слабо	Зона благополучия					
Страх операции, наркоза, злокачественной опухоли, заражения СПИДом и другими заболеваниями.										
Беспокоят боли (где?), раздражительность, сон, трудоспособность, аппетит, эстетика лица и тела, нарушение функции различных систем организма.										
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
Баллы	10	9	8	7	6	5	4	3	2-1	
Кластер	Психологический (П)	Сенсорный (С)	Анатомический (А)	Функциональный (Ф)	Сумма баллов (ПСАФ)					
Баллы										

Рис. 1. Лист добровольной доверительной информации врача

Fig. 1. Voluntary sharing of confidential information with a doctor form

Концепция синдрома ПСАФ аутодезадаптации предусматривает наличие у врача мотивации к общению с пациентом, знание о методе экспресс-диагностики, позволяющем услышать больного, прочесть его мысли о результатах самооценки своего состояния, а также владение его практическим применением. Обучение методике скрининговой экспресс-диагностики состояния ПСАФ аутодезадаптации пациента целесообразно начинать с первых шагов обучения студента-медика [4, 9, 11, 15]. Успешным оказался педагогический эксперимент знакомства студентов первого курса с принципами экспресс-диагностики состояния ПСАФ аутодезадаптации с использованием подхода «перевернутого класса» [1]. В роли исследуемых выступали добровольцы – родные и знакомые студентов. Результаты этого педагогического эксперимента явились базой для разработки учебного модуля по непрерывному поэтапному формированию у студентов навыка экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации на пути овладения ими

системным биопсихосоциальным подходом к исследованию здоровья человека, разработке комплексных индивидуально ориентированных программ лечения и реабилитации больных [12].

В качестве иллюстрации диагностических возможностей при использовании первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации для реализации принципа биопсихосоциального подхода к диагно-



Рис. 2. Состояние пародонта у пациентки Е., 42 лет
Fig. 2. Periodontium condition in patient E., 42 years old

Лист добровольной доверительной информации врача пациентом									
Глубокоуважаемый (ая)..... Екатерина Г.									
Лет.....М/Ж.....Дата заполнения.....									
<p>Для уточнения диагноза напишите все то, что Вас беспокоит, тревожит, страшит и не позволяет Вам чувствовать себя ЗДОРОВЫМ, УСПЕШНЫМ человеком. Укажите крестиком или галочкой в соответствующей клетке, насколько сильно это беспокоит Вас: чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо, не беспокоит. Если вам трудно дать однозначную оценку, укажите крестиком или галочкой промежуточную клетку между чрезвычайно и сильно; между сильно и умеренно; между умеренно и слабо.</p>									
<p>ЗДОРОВЬЕ – это полное благополучие психологическое, физическое, социально-экономическое (ВОЗ)</p>									
<p>Тревога за результат лечения, исход заболевания, за состояние родных и близких, финансовые проблемы, проблемы в семье, на работе, в школе (вузе), в межличностных отношениях.</p>		<p>Чрезвычайно</p>	<p>Сильно</p>	<p>Умеренно</p>	<p>Слабо</p>	<p>Зона благополучия</p>			
<p>Страх операции, наркоза, злокачественной опухоли, заражения СПИДом и другими заболеваниями.</p>									
<p>Беспокоят боли (где?), раздражительность, сон, трудоспособность, аппетит, эстетика лица и тела, нарушение функции различных систем организма.</p>									
<p>1. Ухудшение состояния зубов и протезов</p>									
<p>2. Быстрая утомляемость</p>									
<p>3. Бессонница, судороги ночью</p>									
<p>4. Страх потерять больную ногу</p>									
<p>5. Сухость во рту</p>									
<p>6. Состояние кожи, эстетика тела</p>									
<p>7.</p>									
<p>Баллы</p>									
Кластер	Психологический (П)	Сенсорный (С)	Анатомический (А)	Функциональный (Ф)	Сумма баллов (ПСАФ)				
Баллы	8	10	10	25	53				

Рис. 3. Лист добровольной доверительной информации врача, заполненный пациенткой Е.

Fig. 3. Voluntary sharing of confidential information with a doctor form, filled in by Patient E.

стике и лечению больных стоматологического профиля, приводим четыре клинических наблюдения.

Клиническое наблюдение №1

Больная Е., 42 г. обратилась к врачу-стоматологу пародонтологического центра с жалобами на кровоточивость десен при чистке зубов и сухость во рту. Пациентка страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 32 лет, кровоточивость десен наблюдает около 20 лет. Состоит на учете у эндокринолога, раз в год проводит профессиональную гигиену полости рта.

Состояние полости рта на момент осмотра представлено на рисунке 2.

Диагноз: хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (K05.3). Сахарный диабет 1 типа (E 10.5).

Суммарный показатель аутодезадаптации – 53 балла. Характер жалоб и данные самооценки их выраженности больной в баллах представлены на рисунках 3–5.

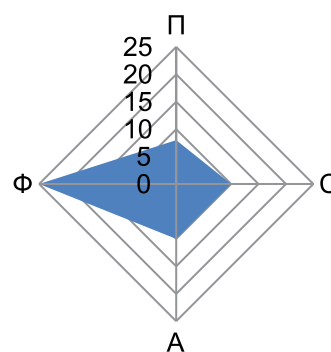


Рис. 4. Соотношение выраженности кластеров ПСАФ у пациентки Е., 42 лет

Fig. 4. The ratio of the severity of PSAF clusters in 42-year-old patient E.



Рис. 5. Характер и выраженность отдельных жалоб у пациентки Е., 42 лет

Fig. 5. The nature and severity of individual complaints in patient E., 42 years old

Клиническое наблюдение №2

Больной С., 37 л. обратился к врачу-стоматологу пародонтологического центра с жалобами на разрушение зубов и болевые ощущения в области искусственных коронок, а также чрезмерное сжатие зубов в ночное время. Пациент обратился за санацией полости рта, планирует ортодонтическое лечение и по-



Рис. 6. Состояние слизистой оболочки щеки у пациента С., 37 лет

Fig. 6. Condition of the buccal mucosa in patient S., 37 years old

Лист добровольной доверительной информации врача пациентом																			
Глубокоуважаемый (ая).....Сergeй Ж.....																			
Лет.....М/Ж.....Дата заполнения.....																			
<p>Для уточнения диагноза напишите все то, что Вас беспокоит, тревожит, страшит и не позволяет Вам чувствовать себя ЗДОРОВЫМ, УСПЕШНЫМ человеком. Укажите крестиком или галочкой в соответствующей клетке, насколько сильно это беспокоит Вас: чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо, не беспокоит. Если вам трудно дать однозначную оценку, укажите крестиком или галочкой промежуточную клетку между чрезвычайно и сильно; между сильно и умеренно; между умеренно и слабо.</p>																			
<p>ЗДОРОВЬЕ – это полное благополучие психологическое, физическое, социально-экономическое (ВОЗ)</p>																			
<p>Тревога за результат лечения, исход заболевания, за состояние родных и близких, финансовые проблемы, проблемы в семье, на работе, в школе (вузе), в межличностных отношениях.</p>		<p>Страх операции, наркоза, злокачественной опухоли, заражения СПИДом и другими заболеваниями.</p>		<p>Беспокоят боли (где?), раздражительность, сон, трудоспособность, аппетит, эстетика лица и тела, нарушение функции различных систем организма.</p>		<p>Чрезвычайно</p>		<p>Сильно</p>		<p>Умеренно</p>		<p>Слабо</p>		<p>Зона благополучия</p>					
1. Стресс на работе				+															
2. Состояние зубов и коронок				+															
3. Сжатие зубов						+													
4. Болят зубы		+																	
5. Эстетика улыбки						+													
6.																			
7.																			
Баллы		10		9		8		7		6		5		4		3		2-1	
Кластер	Психологический (П)	Сенсорный (С)	Анатомический (А)	Функциональный (Ф)	Сумма баллов (ПСАФ)														
Баллы	8	10	14	6	38														

Рис. 7. Лист добровольной доверительной информации врача, заполненный пациентом С.

Fig. 7. Sheet of voluntary confidential information of the doctor, filled out by patient C.

следующее протезирование. На слизистой оболочке щеки слева наблюдает побеление слизистой в течение последних 10 лет. Состояние слизистой оболочки щеки у пациента С. представлено на рисунке 6.

Диагноз: лейкоплакия (K13.2).

Суммарный показатель аутодезадаптации – 38 баллов. Характер жалоб и данные самооценки их выраженности больной в баллах представлены на рисунках 7-9.

Клиническое наблюдение №3

Больная Л., 57 лет, обратилась в клинику с жалобами на боль в области под языком при разговоре, приеме пищи и в покое (рис. 10). Больной считает себя в течение 2,5 месяцев.

Диагноз: карцинома языка (C 02.2)

Суммарный показатель аутодезадаптации – 42 балла. Характер жалоб и данные самооценки их выраженности больной в баллах представлены на рисунках 11-13.

При обработке информации, содержащейся в Листе ДДИВ, было установлено следующее. Суммарный

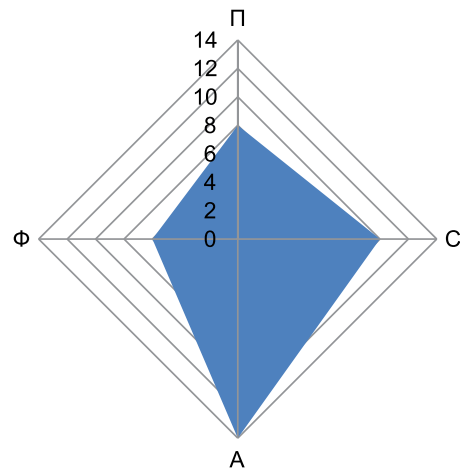


Рис. 8. Соотношение выраженности кластеров ПСАФ у пациента С., 37 лет

Fig. 8. The ratio of the severity of PSAF clusters in patient S., 37 years old

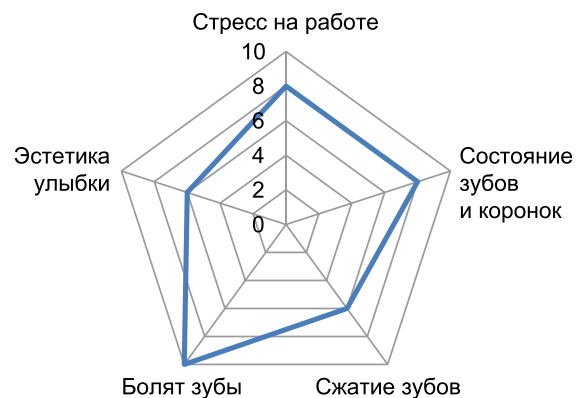


Рис. 9. Характер и выраженность отдельных жалоб у пациента С., 37 лет

Fig. 9. The nature and severity of individual complaints in patient S., 37 years old

интегральный показатель ПСАФ аутодезадаптации составил 5 баллов, то есть указывал на высокий уровень аутодезадаптации больной. В структуре синдрома ПСАФ аутодезадаптации отчетливо преобладал по выраженности функциональный кластер – 30 баллов. Психический кластер по выраженности заметно уступал ему – 18 баллов, указывая на невысокий уровень тревожности у больной. Это объясняет позднее обращения больной к врачу, когда патологический процесс с первичной локализацией в области языка распространился на ткани дна полости рта.



Рис. 10. Язва в области нижнебоковой поверхности языка слева у больной Л., 57 лет

Fig. 10. An ulcer in the left region of lower lateral surface of tongue in patient L., 57 years old

Лист добровольной доверительной информации врача №1
 Глубокоуважаемый (ая).....

Для уточнения диагноза напишите все то, что беспокоит Вас, что не позволяет Вам чувствовать себя здоровым человеком и укажите крестиком или галочкой в соответствующей клетке, насколько сильно это беспокоит Вас: **чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо, не беспокоит**.

Если вам трудно дать однозначную оценку, укажите крестиком или галочкой промежуточную клетку между **чрезвычайно** и **сильно**; между **сильно** и **умеренно**; между **умеренно** и **слабо**.

Что беспокоит Вас и насколько сильно?	Чрезвычайно	Сильно	Умеренно	Слабо	Не беспокоит
1. Тревога за результат лечения, исход заболевания	+				
2. Наличие незаживающей язвы языка*		+			
3. Боль при глотании, разжевывании пищи*	+				
4. Боль при разговоре*			+		
5. Неприятный запах изо рта, больно чистить зубы*			+		
6. Нарушение сна из-за боли утром и тревожных мыслей*		+			
7.					
Баллы	9	8	7	6	5
Диагноз. Рак языка слева (средней и задней трети)?...Т3N1M0?					

*Рукописная запись больной воспроизведена точно в виде печатного текста

Рис. 11. Лист добровольной доверительной информации врача, заполненный пациенткой Л., 57 лет

Fig. 11. Sheet of voluntary confidential information of a doctor, filled out by patient L., 57 years old

При патогистологическом исследовании биоптата у больной была выявлена плоскоклеточная карцинома. Распространенность опухолевого процесса оценена следующим образом: Т3 N1 M0. Составлен план комбинированного комплексного лечения.

Клиническое наблюдение №4

Больная И., 45 лет, обратилась за помощью по поводу боли в области верхней челюсти (рис. 14). Пока хирург-стоматолог был занят в операционной, администратор клиники предложила пациентке заполнить ЛДДИВ. Больной требовалось срочное оперативное вмешательство по дренированию очага гнойного воспаления в верхней челюсти и в околочелюстных тканях. Хирург ознакомился с результатами экспресс-диагностики структуры и выраженности ПСАФ аутодезадаптации. Суммарный интегральный показатель аутодезадапта-

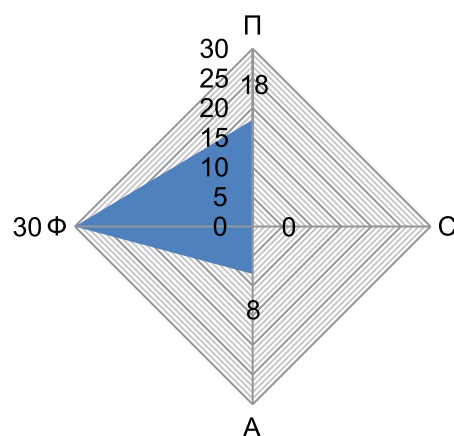


Рис. 12. Соотношение выраженности кластеров ПСАФ у пациентки Л., 57 лет

Fig. 12. The ratio of the severity of PSAF clusters in patient L., 57 years old

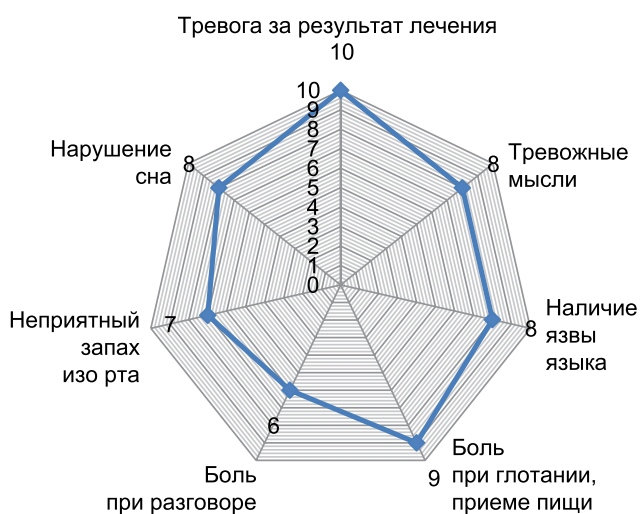


Рис. 13. Характер и выраженность отдельных жалоб у пациентки Л., 57 лет

Fig. 13. The nature and severity of individual complaints in patient L., 57 years old

ции составил 61 балл, показатель выраженности П кластера – 27 баллов (характер жалоб и данные самооценки их выраженности больной в баллах представлены на рисунках 15, 16), что отражало высокий уровень аутодезадаптации больной. Учитывая это обстоятельство, хирург принял обоснованное решение – направить больную для срочного хирургического лечения в челюстно-лицевое отделение больницы.

Диагноз: острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа (2.6) (К 10.2).

ДИСКУССИЯ

В истории развития стоматологии в России можно выделить три этапа: зубоврачевания, биомедицинской стоматологии и биопсихосоциальной стоматологии. Начало второго этапа биомедицинской стоматологии связано с именем профессора Александра Карловича Лимберга, создателя в 1897 году первой кафедры одонтологии в Женском медицинском институте Санкт-Петербурга. Доктрина Лимберга А. К. о необходимости формирования у стоматологов навыка целостного восприятия пациента на основе глубоких знаний и понимания тесной взаимосвязи заболеваний зубов и органов полости рта с заболеваниями внутренних органов и состоянием всего организма в целом. Следование этой доктрине биомедицинской стоматологии определяло вектор научных исследований многих поколений стоматологов.

Со временем доктрина биопсихосоциального подхода в медицине привлекла внимание стоматологов 1 ЛМИ им. акад. И. П. Павлова. Это произошло не случайно, так как формирование их мировоззрения со студенческих лет происходило под влиянием идей Ивана Петровича Павлова – одного из основоположников учения о нервизме.

Доктрина биопсихосоциального подхода в медицине предполагает исследование трех доменов: биологического, психического и социального. Одна из причин медленного внедрения этой доктрины в практическую медицину – отсутствие нетрудоемкого метода первичной экспресс-диагностики психического состояния пациента. Такой метод был разработан в ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова на основе концепции синдрома ПСАФ аутодезадаптации.

В 2013 году состоялся первый симпозиум, посвященный обсуждению результатов апробации метода первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации у больных стоматологического профиля. Отчет о работе симпозиума опубликован в журнале «Пародонтология» №2 (71), 2014.

В 2015 и 2016 годах были изданы методические пособия по использованию этой методики в образовательном, лечебном и научном процессах. Опыт педагогического коллектива стоматологического факультета Первого СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова доказал, что начинать обучение студентов-стоматологов навыку экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации нужно максимально рано – на первом курсе.



Рис. 14. Больная И., 45 лет
Fig. 14. Patient I., 45 years old

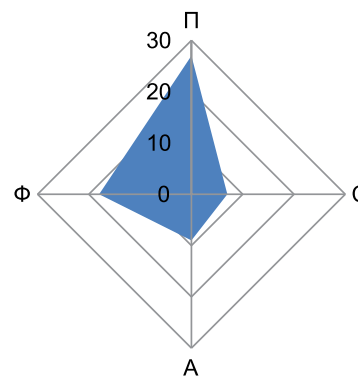


Рис. 15. Соотношение выраженности кластеров ПСАФ у пациентки И., 45 лет

Fig. 15. The ratio of the severity of PSAF clusters in patient I., 45 years old



Рис. 16. Характер и выраженность отдельных жалоб у пациентки И., 45 лет

Fig. 16. The nature and severity of individual complaints in patient I., 45 years old

Владение выпускниками стоматологического факультета навыком экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации позволяет им осуществлять на практике персонализированный подход к разработке комплексных программ лечения и реабилитации пациентов с полиморбидной и сложной стоматологической патологией.

В частности, экспресс-диагностика выраженности и структуры ПСАФ аутодезадаптации позволяет стоматологу на амбулаторном приеме осуществить скрининг пациентов с высоким показателем психологического кластера (20 баллов и более), нуждающихся в психологическом консультировании.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Суть биопсихосоциального подхода к изучению здоровья человека – это персонализированный подход к разработке комплексных индивидуально

ориентированных программ лечения и реабилитации пациента. Диагностика ПСАФ аутодезадаптации – первый шаг биопсихосоциального подхода к изучению здоровья человека. Экспресс-диагностика ПСАФ аутодезадаптации позволяет стоматологу осуществить скрининг пациентов с высоким показателем психологического кластера (20 баллов и более), нуждающихся в психологическом консультировании. Ее использование для мониторинга состояния пациента позволяет своевременно вносить коррективы в комплексную персонифицированную программу лечения и реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Исаева ЕР, Ткаченко ТБ, Никанорова ЕА, Посохова ЭВ, Пази ДБ. Опыт участия студентов первого курса стоматологического факультета в овладении методикой первичной экспресс-диагностики аутодезадаптации у их родных и близких. *Труды научно-практической конференции с международным участием «Педагогика и психология в медицине: проблемы, инновации, достижения»*. 2016;35-37. Режим доступа: https://www.lspbgmu.ru/images/home/universitet/Struktura/Kafedry/Kafedra_pedagogiki_i_psihologii_FPO/0311_Psyho.pdf
- Кадыров МБ, Маградзе ГН, Пименов КП. Результаты системного подхода к исследованию больных острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации с оценкой выраженности и структуры трех синдромов: синдрома ПСАФ аутодезадаптации, синдрома местного воспаления, синдрома системного воспалительного ответа. *Российская оториноларингология*. 2017;6(91):72-80. doi: 10.18692/1810-4800-2017-6-72-79
- Незнанов НГ, Рукавишников ГВ, Касьянов ЕД, Филиппов ДС, Кибитов АО, Мазо ГЭ. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2020;2:3-15. doi: 10.31363/2313-7053-2020-2-3-15
- Павельева ТЮ. Реализация технологии «перевернутый класс» на основе платформы YourStudy. *Вестник Тамбовского университета. Серия «Гуманитарные науки»*. 2017;22;5(169):82-87. doi: 10.20310/1810-0201-2017-22-5(169)-82-87
- Рассказова ЕИ, Тхостов АШ. Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2015;2:17-21. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=24037310>
- Соловьёв ММ, Орехова ЛЮ. Симпозиум Первые итоги апробации использования синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации в стоматологии и смежных дисциплинах. *Пародонтология*. 2014;2(71):40. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22135434>.
- Соловьёв ММ. Использование «Синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» в

лечебно-диагностическом, учебно-образовательном и воспитательном процессах. Багненко СФ, Ярёмченко АИ, Скоромца АА, редакторы. Санкт-Петербург: Издательство ПСПбГМУ; 2015. 36с.

8. Соловьёв ММ, Орехова ЛЮ, Лобода ЕС, Гриненко ЭВ, Петров АА, Тачалов ВВ. Опыт применения экспресс-диагностики психо-сенсорно-анатомо-функциональной аутодезадаптации на пародонтологическом приеме. *Пародонтология*. 2019;24(4):365-371. doi: <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2019-24-4-365-371>

9. Тихонова НВ. Технология «перевернутый класс» в вузе: потенциал и проблемы внедрения. *Казанский педагогический журнал*. 2018;2:74-78. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32768839>

10. Холмогорова АБ, Рычкова ОВ. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? *Социальная психология и общество*. 2017;8(4):8-31. doi: 10.17759/sps.2017080402

11. Ярёмченко АИ, Ванчакова НП, Макошина ЕС, Красильникова НВ, Вацкель ЕА. Модель формирования целостного восприятия пациента врачом в системе непрерывного медицинского образования. *Ярославский педагогический вестник*. 2018;1:102. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32530206>

12. Ярёмченко АИ, Соловьёв ММ, Ткаченко ТБ, Ванчакова НП, Орехова ЛЮ, Чуркин МА. Раннее начало формирования у студентов-медиков навыка биопсихосоциального подхода к изучению здоровья человека с использованием концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации. *Кафедра. Стоматологическое образование*. 2020;74:74-78. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=45584608>

13. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;25;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460

14. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry*. 2009;195(1):3-4. doi: 10.1192/bjp.bp.109.063859

15. Hawks Sharon J. The Flipped Classroom: Now or Never? *AANA Journal*. 2014;82(4):264-269.

16. Wojcik W, Lawrie SM. Towards a Biopsychosocial Model of Gulf War Illness? *EBioMedicine*. 2016;3:6-7. doi: 10.1016/j.ebiom.2015.12.021

REFERENCES

1. Isaeva ER, Tkachenko TB, Nikanorova EA, Posohova EV, Pazi DB. Opyt uchastija studentov pervogo kursa stomatologicheskogo fakul'teta v ovladenii metodikoj pervichnoj jekspress-diagnostiki autodezadaptacii u ih rodnyh i blizkih. *Trudy nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem „Pedagogika i psihologija v medicine: problemy, innovacii, dostizhenija”*. 2016;35-37 (In Russ.). Available from: https://www.lspbgmu.ru/images/home/universitet/Struktura/Kafedry/Kafedra_pedagogiki_i_psihologii_FPO/0311_Psyho.pdf
2. Kadyrov MB, Magradze GN, Pimenov KP. The results of the system approach to examination of patients with acute inflammatory diseases of maxillofacial localization with the assessment of severity and structure of three syndromes: syndrome of psycho-sensor-anatomy-functional automisadaption, local inflammation syndrome, systemic inflammatory response syndrome. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2017;6(91):72-80. doi: 10.18692/1810-4800-2017-6-72-79
3. Neznanov NG, Rukavishnikov GV, Kaysanov ED, Philippov DS, Kibitov AO, Mazo GE. Biopsychosocial model in psychiatry as an optimal paradigm for relevant biomedical research. *Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev*. 2020;2:3-15 (In Russ.). doi: 10.31363/2313-7053-2020-2-3-15
4. Paveleva TYu. The implementation of the educational technology „flipped classroom” on the platform „yourstudy”. *Bulletin of the Tambov University. Series „Humanities”*. 2017;22;5(169):82-87 (In Russ.). doi: 10.20310/1810-0201-2017-22-5(169)-82-87
5. Rasskazova EI, Tkhostov AS. Biopsychosocial approach in health psychology. *Review of psychiatry and medical psychology*. 2015;2:17-21 (In Russ.). Available from: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=24037310>
6. Soloviev MM, Orekhova LYu. Symposium „The first results of testing the use of the syndrome of psycho-sensory-functional maladaptation in dentistry and related disciplines”. *Periodontology*. 2014;2(71):40 (In Russ.). Available from: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22135434>.
7. Soloviev MM. Use of a syndrome of psychosensorial-anatomo-functional disadaptation in medical and diagnostic, educational and up-bringing processes. Bagnenko SF, Yaremenko AI, Skoromtsa AA, editors. SPb.: Publishing House of SPbSMU; 2015. 36 p. (In Russ.).
8. Soloviev MM, Orekhova LYu, Loboda ES, Grinenko EV, Petrov AA, Tachalov VV. *Parodontologiya*. 2019;24(4):365-371 (In Russ.). doi: <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2019-24-4-365-371>
9. Tikhonova N. The „flipped classroom” method in higher education: opportunities and problems of implementation. *Kazan Pedagogical Journal*. 2018;2:74-78 (In Russ.). Available from: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32768839>
10. Kholmogorova AB, Rychkova OV. 40 years of Bio-Psycho-Social model: what's new? *Social Psychology and Society*. 2017;8(4):8-31 (In Russ.). doi: 10.17759/sps.2017080402
11. Yaremenko AI, Vanchakova NP, Makoshina ES, Krasilnikova NV, Vatskel EA. A Model of Formation of Holistic Perception of a Patient by the Doctor during Continuous Medical Education. *Yaroslavsk pedagogical bulletin*. 2018;1:102 (In Russ.). Available from: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32530206>
12. Yaremenko AI, Soloviev MM, Tkachenko TB, Vanchakova NP, Orekhova LYu, Churkin MA. The early medical student's skill formation for human health investigation using the concept of a bio-psycho-social approach – psaf autodisadaptation syndrome. *Cathedra*. 2020;74:74-78 (In Russ.). Available from: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=45584608>
13. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;25;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460
14. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry*. 2009;195(1):3-4. doi: 10.1192/bjp.bp.109.063859
15. Hawks Sharon J. The Flipped Classroom: Now or Never? *AANA Journal*. 2014;82(4):264-269.
16. Wojcik W, Lawrie SM. Towards a Biopsychosocial Model of Gulf War Illness? *EBioMedicine*. 2016;3:6-7. doi: 10.1016/j.ebiom.2015.12.021

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Соловьев Михаил Михайлович, доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Для переписки: solmm@rambler.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8608-3713>

Орехова Людмила Юрьевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой стоматологии терапевтической и пародонтологии Первого

Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Российская Федерация
Для переписки: prof_orekhova@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8026-0800>

Соловьева Анна Михайловна, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии и организации стоматологической помощи МЕДСИ, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Для переписки: anna-solovyeva@mail.ru

ORCID: 0000-0001-9845-2539

Автор, ответственный за связь с редакцией

Гриненко Элеонора Викторовна, аспирант кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, врач стоматолог ООО «Городской пародонтологический центр ПАКС», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Для переписки: grinelvik@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5077-9951>

Лобода Екатерина Сергеевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова, врач-стоматолог ООО «Городской пародонтологический центр ПАКС», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Для переписки: Ekaterina.loboda@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1094-7209>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Mikhail M. Solovyov, DDS, PhD, DSc, Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation

For correspondence: solmm@rambler.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8608-3713>

Liudmila Yu. Orekhova, DMD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Restorative Dentistry and Periodontology, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation

For correspondence: prof_orekhova@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8026-0800>

Anna M. Solovyova, DMD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Dentistry and Dental Care Organization, MEDSI, Saint Petersburg, Russian Federation

For correspondence: anna-solovyeva@mail.ru

ORCID: 0000-0001-9845-2539

Corresponding author:

Eleonora V. Grinenko, DMD, PhD student, Department of Restorative Dentistry and Periodontology, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University;

dentist; City Periodontal Center „PAKS” Ltd., Saint Petersburg, Russian Federation

For correspondence: grinelvik@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5077-9951>

Loboda Ekaterina S., DDS, PhD, Associate Professor, Department of Restorative Dentistry and Periodontology, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University; dentist, City Periodontal Center „Paks” Ltd, Saint Petersburg, Russian Federation

For correspondence: Ekaterina.loboda@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1094-7209>

Конфликт интересов:

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов/

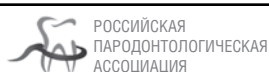
Conflict of interests:

The authors declare no conflict of interests

Поступила / Article received 08.02.2022

Поступила после рецензирования / Revised 15.03.2022

Принята к публикации / Accepted 26.03.2022



ЖУРНАЛЫ ИЗДАТЕЛЬСКОЙ ГРУППЫ РПА

Журнал «Стоматология детского возраста и профилактика»

Стоимость подписки в печатном виде на 2022 год по России – 2700 рублей

Подписной индекс в каталоге «Урал-Пресс» – ВН018524

Электронная версия в открытом доступе

www.detstom.ru

PubMed NLM ID:101516363

Импакт-фактор: 1.3