

Оглавление

Предисловие к изданию на русском языке	13
Предисловие к изданию на английском языке	14
Авторы	15
Список сокращений и условных обозначений	20
Часть 11. Начальная пародонтальная терапия (инфекционный контроль)	23
Глава 35. Мотивирующие беседы	
Консультирование по вопросам изменения образа жизни в отношении здоровья при пародонтологическом лечении	25
Сложная задача	25
Коммуникация с пациентом с заболеваниями пародонта	26
Открытые вопросы, подтверждение услышанного, размышление и обобщение	27
Содержание метода мотивирующей беседы	27
Основные принципы	28
Советы	29
Формирование повестки дня	29
Шкала готовности пациента	29
Доказательства эффективности мотивирующей беседы	30
Доказательства в области охраны здоровья	30
Доказательства в области стоматологического здоровья	31
Материалы для мотивации пациента	33
Первый этап (полоса): установление доверия	33
Второй этап (полоса): обмен информацией	35
Третий этап (полоса): заключение	35
Лента А: тип общения	35
Лента В: инструменты для изменения здоровых привычек	35
Клинические примеры	35
Мотивация к улучшению гигиенических навыков I	35
Мотивация к улучшению гигиенических навыков II	37
Отказ от курения	38
Заключение	38
Список литературы	38
Глава 36. Механическое удаление наддесневого зубного налета	
Важность удаления наддесневого зубного налета	40
Самостоятельный контроль образования зубного налета	42
Очищение зубов	42
Мотивация	43
Инструкции по гигиене полости рта	43
Чистка зубов	44
Ручные зубные щетки	44
Электрические зубные щетки	52
Электрически активные (ионные) зубные щетки	54
Очищение межзубных промежутков	55
Зубные флоссы и ленты	56
Зубочистки (зубные палочки)	57
Зубные ершики	58
Однопучковые щетки	60
Дополнительные средства	60
Стоматологические ирригаторы	60
Очистители языка	62
Пенящиеся щетки, губки и салфетки для зубов	63
Зубные пасты	63
Побочные эффекты	64
Силовое усилие при чистке	64
Стираемость зубов вследствие чистки	65
Важность обучения и мотивации для контроля образования зубного налета	67
Первое посещение	69
Второе посещение	69
Третье и последующие посещения	70
Заключение	70
Благодарность	70
Вставки	70
Список литературы	78
Глава 37. Контроль биопленки	
Обоснование контроля биопленки	85
Средства гигиены полости рта	86
Механический контроль биопленки	86
Ограничения	86
Химический контроль биопленки	86
Механизм действия	87
Категории веществ	87
Оптимальные характеристики	87
Оценка активности агентов для химического контроля биопленки	89
Лабораторные исследования	89
Исследования <i>in vivo</i>	90
Домашние клинические исследования	91
Активные вещества	91
Антибиотики	91

Ферменты	91
Аминоспирты	92
Детергенты	92
Окислители	93
Соли металлов	93
Олова фторид	93
Другие фториды	94
Натуральные продукты	94
Эфирные масла	95
Триклозан	96
Бисбигуаниды	97
Четвертичные аммониевые соединения	100
Гексэтидин	101
Повидон-йод	101
Другие средства	101
Будущие подходы	101
Форма выпуска	102
Ополаскиватели для полости рта	102
Зубные пасты	102
Гели	102
Жевательные резинки	103
Лаки	103
Пастилки	103
Ирригаторы	103
Спреи	103
Носители лекарственных средств	103
Клинические показания к химическому контролю налета: выбор действующих веществ	103
Однократное применение	104
Кратковременное применение для профилактики формирования зубной биопленки	104
Долгосрочное применение для профилактики формирования зубной биопленки	106
Долгосрочное применение для профилактики других стоматологических состояний	107
Заключение	107
Список литературы	109
Глава 38. Нехирургическое лечение	
Введение	123
Цель безоперационной инструментальной обработки карманов/корней	123
Санация, удаление зубного камня, выравнивание корней	124
Инструменты, используемые для безоперационной инструментальной обработки карманов/корней	124
Ручные инструменты	124
Звуковые и ультразвуковые инструменты	128
Абляционные лазеры	128
Подходы к поддесневой санации	129
Протокол инструментальной обработки всей полости рта	129
Протокол обработки всей полости рта	130
Клинические результаты различных подходов к инструментальной обработке карманов/корней	130
Микробиологические результаты различных протоколов инструментальной обработки карманов/корней	132
Выбор протокола инструментальной обработки	134
Выбор инструментов	134
Выбор метода лечения	134
Повторная оценка после первоначального нехирургического пародонтологического лечения	135
Эффективность повторной нехирургической инструментальной обработки карманов/корней	136
Список литературы	136
Часть 12. Дополнительная терапия	141
Глава 39. Пародонтальная хирургия: формирование доступа	
Введение	143
Методы хирургической обработки карманов	143
Процедуры гингивэктомии	144
Лоскутные процедуры	146
Модифицированный лоскут Видмана	150
Регенеративные процедуры	154
Процедуры дистального клина	154
Костная хирургия	155
Остеопластика	155
Остэктомия	157
Общие принципы пародонтальной хирургии	158
Цели хирургического лечения	158
Показания к хирургическому лечению	159
Противопоказания к пародонтальной хирургии	160
Местное обезболивание в пародонтальной хирургии	160
Инструменты для пародонтальной хирургии	162
Выбор хирургического метода	165
Инструментальная обработка корней	168
Подготовка поверхности корней/биомодификация	168
Ушивание	168
Пародонтальные повязки	171
Послеоперационный контроль боли	172
Послеоперационный уход	172
Результаты хирургического пародонтологического лечения	172
Заживление после хирургической обработки карманов	172
Клинические результаты хирургического лечения в сравнении с нехирургической терапией	174
Список литературы	181
Глава 40. Лечение зубов с фуркационными дефектами	
Терминология	184
Анатомия	185
Моляры верхней челюсти	185
Премоляры верхней челюсти	186

Моляры нижней челюсти	186	Хирургические методы лечения	246
Другие зубы	187	Дезинфекция поверхности имплантата	248
Диагноз	188	Реконструктивные операции	249
Зондирование	189	Повторная остеоинтеграция	250
Рентгенограммы	189	Заключение	251
Дифференциальная диагностика	190	Список литературы	253
Окклюзионная травма	190	Глава 43. Антибиотики в пародонтальной	
Терапия	191	терапии	
Очистка и полирование поверхности		Введение	254
корня	191	Принципы использования антибиотиков	
Пластика фуркаций	191	в пародонтологии	255
Формирование туннеля	192	Является ли пародонтит	
Сепарация и ампутация корня	192	инфекционным заболеванием	
Моляры верхней челюсти	196	и следует ли рассматривать	
Премоляры верхней челюсти	198	его отдельно?	255
Нижние моляры	198	Специфические характеристики	
Последовательность лечения	199	пародонтальной инфекции	255
Регенерация в области фуркационных		Должна ли антимикробная терапия	
дефектов	202	быть направлена на конкретные	
Удаление	206	патогены?	256
Прогноз	207	Формы введения лекарственных	
Заключение	208	средств	257
Список литературы	209	Системные антибиотики	259
Глава 41. Эндодонтия и пародонтология		Комбинированная антимикробная	
Введение	211	медикаментозная терапия	260
Инфекционные процессы		Побочные реакции	261
эндодонтического происхождения		Системная антимикробная терапия	
в пародонте	212	в клинических исследованиях	261
Общая характеристика	212	Сроки системной	
Клинические проявления	213	антибактериальной терапии	262
Отличие поражений эндодонтического		Выбор пациентов, у которых	
происхождения от пародонтита	217	системное применение антибиотиков	
Эндопародонтальные поражения:		может быть наиболее эффективным	264
диагностика и аспекты лечения	220	Минимизация риска развития	
Эндодонтическое лечение		устойчивости к антибиотикам	266
и пародонтальные поражения	222	Местная антимикробная терапия	267
Ятрогенные перфорации корня	223	Местная антибактериальная терапия	
Распространенность	223	в клинических исследованиях	267
Диагностика	223	Миноциклиновая мазь и микросферы	268
Подходы к лечению	223	Доксициклин (доксициклина гиклат [®])	
Вертикальный перелом корня	225	в биоразлагаемом полимере	268
Механизмы	225	Гель с метронидазолом	268
Распространенность	226	Тетрациклин в нерезорбируемом	
Клинические признаки и симптомы	226	пластиковом сопполимере	269
Диагностика	229	Гель с азитромицином	269
Аспекты лечения	232	Продукты с хлоргексидином	269
Разрыв цемента	232	Сравнительная оценка методов	
Диагностика и лечение	232	лечения	270
Мальформации корня	232	Местные антибиотики	
Диагностика	233	в клинической практике	271
Аспекты лечения	233	Заклучение	271
Резорбция поверхности корня	234	Список литературы	271
Цервикальная инвазивная		Глава 44. Материалы для локальной доставки	
резорбция корня	234	лекарственных средств при лечении пациентов	
Список литературы	242	с пародонтитом	
Глава 42. Лечение перимплантатного мукозита		Введение	279
и перимплантита		Пародонтальная фармакокинетика	280
Введение	245	Объем кармана и вымывание	280
Стратегии лечения	245	Разработка материалов для локальной	
Нехирургические методы лечения	245	доставки в пародонт	280

Антимикробные эффекты материалов для локальной доставки.	281	Производные эмалевых матриц при вовлечении фуркаций	345
Эффективность материалов для локальной доставки.	283	Комбинированная терапия	345
Клинические показания к лечению пародонтита с использованием дополнительных материалов для локальной доставки.	283	Комбинированная терапия при внутрикостных дефектах	345
Местные условия	285	Комбинированная терапия при вовлечении фуркаций	349
Специальные группы пациентов	285	Биомодификация поверхности корня	350
Заключение	285	Клинический потенциал и пределы для регенерации.	350
Список литературы	286	Клинические стратегии	352
Часть 13. Реконструктивная терапия	289	Клинический алгоритм лечения	355
Глава 45. Регенеративная терапия тканей пародонта		Заклучение	357
Введение	291	Список литературы	357
Классификация и диагностика пародонтальных костных дефектов.	291	Глава 46. Мукогингивальная терапия: пародонтальная пластическая хирургия	
Клинические показания.	293	Введение	367
Долгосрочные эффекты и преимущества регенерации	293	Увеличение объема десны.	368
Доказательства клинической эффективности	298	Размеры десны и здоровье пародонта.	368
Прогностические факторы, связанные с пациентами, дефектами и зубами	303	Маргинальная рецессия ткани	370
Факторы, связанные с пациентом	303	Маргинальная рецессия тканей и ортодонтическое лечение.	374
Факторы, связанные с дефектом	305	Размеры десны и реставрационная терапия.	377
Факторы, связанные с зубом	306	Показания к увеличению объема десны	378
Факторы, влияющие на клинические результаты в фуркациях	306	Методики увеличения объема десны	378
Обоснованность хирургического подхода.	307	Заживление после процедур увеличения объема десны	382
Хирургический подход к внутрикостным дефектам	310	Закрытие корня	384
Лоскуты с сохранением сосочка	310	Методики закрытия корня.	386
Послеоперационный режим	327	Выбор хирургических методик для закрытия корня.	405
Послеоперационный период и местные побочные эффекты	328	Клинический результат процедур закрытия корня.	406
Операционная и послеоперационная заболеваемость	329	Лечение мягких тканей на закрытой поверхности корня.	409
Барьерные материалы для регенеративной хирургии	330	Реконструкция межзубного сосочка	412
Небиорезорбируемые материалы.	330	Хирургические методики	413
Биорезорбируемые материалы	331	Процедуры удлинения анатомической коронки	415
Мембраны при внутрикостных дефектах	332	Чрезмерное десневое обнажение	415
Мембраны при вовлечении фуркаций	332	Обнажение структуры интактного зуба	419
Заменители костного трансплантата.	341	Эктопическое прорезывание зубов	424
Трансплантаты при внутрикостных дефектах	341	Деформированный беззубый альвеолярный гребень	426
Трансплантаты при вовлечении фуркаций.	342	Предотвращение деформации мягких тканей после удаления зуба	426
Биологически активные регенеративные материалы	342	Коррекция дефектов альвеолярного гребня с использованием трансплантатов мягких тканей	426
Факторы роста для внутрикостных дефектов	342	Хирургические методики для наращивания гребня	428
Факторы роста при вовлечении фуркаций.	343	Список литературы	441
Производные эмалевых матриц при внутрикостных дефектах	343	Глава 47. Пародонтальная пластическая хирургия	
		Микрохирургические методы в стоматологии: разработка концепций	448

Концепции микрохирургии	449	Часть 15. Костно-пластические операции...	499
Увеличение	449	Глава 50. Процедуры увеличения объема	
Инструменты	454	альвеолярного гребня	
Шовные материалы	455	Введение: принципы регенерации	
Концепции обучения: хирурги		альвеолярной кости	501
и ассистенты	458	Заживление первичным натяжением	503
Клинические показания и ограничения	459	Усиление клеточной пролиферации	
Сравнение со стандартными		и дифференцировки	503
мукогингивальными вмешательствами	461	Защита исходной стабильности	
Список литературы	463	и целостности раны	503
Часть 14. Операции по установке		Цели лечения	503
имплантата	467	Планирование диагностики и лечения	504
Глава 48. Пьезоэлектрическая хирургия		Пациент	504
для точной и селективной остеотомии		Классификация дефектов	505
Обоснование и физические принципы	469	Методы увеличения объема кости	506
Технические характеристики		Биологические принципы направленной	
пьезоэлектрических аппаратов	469	костной регенерации	506
Применение пьезохирургического		Регенеративные материалы	507
аппарата	470	Барьерные мембраны	507
Клинические и биологические		Костные трансплантаты и заменители	
преимущества пьезохирургии	471	кости	508
Пьезоэлектрическая подготовка ложа		Результаты, полученные на основе	
имплантата	474	фактических данных для увеличения	
Клиническое применение		объема альвеолярного гребня	509
пьезоэлектрической хирургии	474	Сохранение альвеолярного гребня	510
Поднятие дна верхнечелюстной		Регенерация кости в свежих лунках	
пазухи	475	удаленного зуба	510
Костная трансплантация	476	Горизонтальное увеличение объема	
Латерализация нижнего		альвеолярного гребня	512
альвеолярного нерва	476	Расщепление/расширение	
Расщепление беззубого		альвеолярного гребня	514
альвеолярного гребня	477	Вертикальное увеличение объема	
Ортодонтическая микрохирургия	477	альвеолярного гребня	515
Заключение	478	Новые технологии	517
Список литературы	478	Факторы роста	517
Глава 49. Сроки установки имплантата		Клеточная терапия	518
Введение	481	Каркасные матрицы для доставки	
Установка 1-го типа — как части той же		клеток и генов	518
хирургической процедуры, что и сразу		Перспективы	520
после удаления зуба	483	Заключение	521
Изменения альвеолярного гребня		Выражение признательности	522
в сочетании с имплантацией	483	Список литературы	522
Стабильность имплантата	490	Глава 51. Поднятие дна верхнечелюстной	
Установка 2-го типа — полное закрытие		пазухи	
альвеолы зуба мягкими тканями	491	Введение	529
Установка 3-го типа — заполнение лунки		Варианты лечения в дистальном отделе	
удаленного зуба костно-пластическим		верхней челюсти	530
материалом	492	Поднятие дна верхнечелюстной пазухи	
Установка 4-го типа — заживление		латеральным доступом	531
альвеолярного отростка после утраты		Анатомия верхнечелюстной пазухи	531
зуба и кости	492	Предоперационное обследование	532
Клинические концепции	493	Показания и противопоказания	532
Цель терапии	493	Хирургические методы	533
Успешность лечения и долгосрочные		Послеоперационный уход	537
результаты	495	Осложнения	537
Заключение	496	Трансплантационные материалы	538
Список литературы	496	Успешность и выживаемость	
		имплантатов	540

Поднятие дна верхнечелюстной пазухи транссальвеоларным доступом (метод остеотомии)	543	Процесс принятия решений и информированное согласие	582
Показания и противопоказания	544	Предоперационная диагностика и анализ рисков.	583
Хирургические методы	544	Клинические измерения	583
Послеоперационный уход.	549	Диагностика под визуальным контролем	584
Осложнения.	549	Визуализация предполагаемых результатов для диагностики и информирования пациентов.	584
Трансплантационные материалы.	550	Контрольные листы и оценка риска (показания и противопоказания).	585
Успешность и выживаемость имплантатов.	550	Временные реставрации и время лечения на каждом этапе	591
Короткие имплантаты	551	Фаза 1 — от удаления зуба до имплантации	591
Заключение и клинические рекомендации.	553	Фаза 2 — от установки имплантата до соединения с абатментом.	592
Список литературы	554	Фаза 3 — от соединения абатмента до окончательной установки коронки/моста	594
Часть 16. Ортодонтическое и ортопедическое лечение	557	Хирургические особенности при имплантации в эстетически значимой зоне	596
Глава 52. Несъемные зубные протезы с опорой на зубы		Хирургические аспекты неинвазивного заживления ран	596
Клинические симптомы окклюзионной травмы	559	Разрезы и формы лоскутов.	597
Угловые костные дефекты	559	Клинические концепции для одного отсутствующего зуба.	600
Повышенная подвижность зубов	559	Участки с отсутствующим или незначительным дефицитом тканей.	601
Прогрессирующая (увеличивающаяся) подвижность зубов	559	Участки с протяженным или выраженным дефицитом тканей	601
Подвижность коронки/перемещение корня зуба.	559	Клинические концепции для множественных дефектов зубного ряда.	604
Первичная и вторичная подвижность зубов.	559	Участки с незначительным дефицитом тканей.	610
Клиническая оценка подвижности зубов (физиологическая и патологическая подвижность зубов)	561	Участки с протяженным дефицитом тканей.	610
Лечение повышенной подвижности зубов	562	Участки с выраженным дефицитом тканей.	610
Ситуация 1	562	Протезирование в эстетически значимой зоне	610
Ситуация 2	564	Реставрация с винтовой или цементной фиксацией	610
Ситуация 3	565	Сравнение стандартных заводских и индивидуальных абатментов	622
Ситуация 4	567	Сравнение металлокерамических и цельнокерамических абатментов	630
Ситуация 5	569	Эстетические неудачи.	631
Список литературы	571	Классификация эстетических неудач	631
Глава 53. Применение имплантатов в реставрационной стоматологии		Рекомендации по повторному лечению пациентов с эстетическими дефектами	632
Введение	572	Заключение	634
Концепции лечения.	572	Список литературы	635
Ограниченное лечение	573	Глава 55. Имплантация в дистальных отделах зубного ряда	
Концепция укороченного зубного ряда	573	Введение	640
Показания к применению имплантатов	574	Показания к применению имплантатов в дистальных отделах челюсти	641
Повышение субъективного комфорта при жевании.	574		
Сохранение интактных зубов или реставраций.	574		
Замена стратегически важных отсутствующих зубов.	579		
Заключение	579		
Список литературы	580		
Глава 54. Имплантация в эстетически значимой зоне			
Введение	581		
Значение эстетики в имплантологии и ее влияние на качество жизни пациентов	581		

Спорные вопросы	643	Планирование лечения с помощью имплантатов для беззубой челюсти	690
Общие представления и выбор имплантатов для дистальной области челюсти	643	Протезирование и восстановление полного зубного ряда челюсти	690
Выбор между реставрациями с опорой на имплантаты и несъемными протезами с опорой на зубы	643	Полная реставрация зубного ряда несъемными полными протезами	690
Реставрации на имплантате с консольными единицами	645	Конструкция протезов при частичном отсутствии зубов	691
Сочетание имплантата и опоры на естественные зубы	646	Консольные искусственные зубы	694
Шинированные протезы в сравнении с одиночными на нескольких имплантатах в дистальных отделах	647	Немедленная установка временного протеза	696
Максимально возможно длинные и короткие имплантаты, включая влияние соотношения коронки и имплантата	649	Недостатки несъемных частичных протезов с опорой на имплантат-имплантат	696
Имплантаты в местах со значительным вертикальным дефицитом объема кости	650	Несъемные частичные протезы с опорой на зуб-имплантат	698
Предоперационная диагностика и временные протезы в дистальных отделах челюстей	656	Заключение	700
Предоперационная протезная диагностика	656	Список литературы	700
Трехмерная рентгенографическая диагностика и планирование	657	Глава 57. Осложнения, связанные с установкой протезов с опорой на имплантат	
Клинические концепции протезирования с помощью несъемного протеза с опорой на имплантат при отсутствии зуба в конце ряда	658	Введение	704
Количество, размер и распределение имплантатов	658	Клинические осложнения при использовании несъемных протезов	704
Клинические концепции для замены нескольких зубов с опорой на имплантаты в дистальных отделах	661	Клинические осложнения при использовании протезов с опорой на имплантаты	706
Количество, размер и распределение имплантатов	661	Биологические осложнения	706
Клинические концепции для замены одиночных дефектов в дистальных отделах	662	Механические осложнения	711
Одиночные протезы размера премоляра	665	Другие аспекты, связанные с осложнениями протезирования	715
Одиночные протезы размера моляра	669	Ангуляция имплантата и осложнения протезирования	715
Ортопедические протезы в дистальных отделах челюсти	669	Винтовая фиксация в сравнении с цементной	717
Концепции нагрузки для дистальных зубов	669	Керамические абатменты	717
Винтовая фиксация протезов по сравнению с цементной	670	Эстетические осложнения	718
Критерии выбора реставрационных материалов (абатментов/коронки)	673	Успешность/выживаемость протезов с опорой на имплантаты	719
Заключение	679	Заключение	720
Выражение признательности	679	Список литературы	720
Список литературы	679	Часть 17. Ортодонтическое лечение у пациентов с имплантатами	725
Глава 56. Роль несъемных частичных протезов с опорой на имплантат-имплантат и зуб-имплантат		Глава 58. Перемещение зубов у пациентов с ослабленным пародонтом	
Введение	688	Введение: биологические принципы ортодонтического перемещения зубов	727
Оценка состояния пациента	688	Пародонтологическая и ортодонтическая диагностика	729
		Планирование лечения	730
		Пародонтальные факторы	730
		Ортодонтические факторы	731
		Ортодонтическое лечение	732
		Специфическое ортодонтическое перемещение зубов	736
		Экструзионное перемещение	736
		Выпрямление моляров	736
		Ортодонтическое перемещение зубов через кортикальную пластинку	739
		Интрузивное перемещение зубов	742

Ортодонтическое перемещение зубов и регенерация пародонта.....	745
Патологическая миграция зубов.....	748
Мультидисциплинарное решение эстетических проблем.....	749
Список литературы.....	754
Глава 59. Использование имплантов в качестве опоры для ортодонтических конструкций.....	757
Введение.....	757
Эволюция имплантов для ортодонтического крепления.....	758
Постоянные имплантаты для ортодонтического крепления.....	758
Реакция костной ткани на ортодонтическую нагрузку имплантата.....	760
Показания к использованию постоянных дентальных имплантов для ортодонтического крепления.....	762
Стабилизация постоянных имплантов у растущих пациентов, нуждающихся в ортодонтическом лечении.....	762
Ортодонтические имплантаты в качестве временных опор.....	764
Конструкции и размеры имплантов ...	764
Участки для установки нёбных имплантов.....	766
Нёбные имплантаты и их возможные эффекты у растущих пациентов.....	767
Клинические процедуры и график продолжительности нагрузки для установки нёбного имплантата.....	769
Прямое или косвенное ортодонтическое крепление имплантата.....	772
Показатели стабильности и эффективности.....	772
Удаление имплантата.....	773
Преимущества и недостатки.....	773
Заключение.....	774
Список литературы.....	775
Часть 18. Поддерживающая терапия.....	779
Глава 60. Поддерживающая пародонтальная терапия	
Определение.....	781
Основные парадигмы для профилактики заболеваний пародонта.....	782
Пациенты с риском пародонтита без поддерживающей пародонтальной терапии.....	784
Поддерживающая пародонтальная терапия у пациентов с гингивитом.....	786
Поддерживающая пародонтальная терапия у пациентов с пародонтитом.....	787
Непрерывная многоуровневая оценка риска.....	788
Оценка пародонтального риска у пациентов.....	788
Расчет оценки индивидуального пародонтального риска пациента.....	794
Оценка риска в отношении зуба.....	794
Оценка риска участка челюсти/зубного ряда.....	796
Рентгенографическая оценка прогрессирования заболеваний пародонта.....	797
Клиническое применение.....	798
Цели поддерживающей пародонтальной терапии.....	798
Поддерживающая пародонтальная терапия в повседневной практике.....	800
Экспертиза, повторная оценка и диагностика.....	800
Мотивация, повторное обучение и инструментальная обработка.....	801
Лечение реинфицированных участков.....	802
Полировка, фториды и определение интервала отзыва.....	802
Список литературы.....	802
Предметный указатель.....	809

Мотивирующие беседы

Кристоф А. Рамсейэ, Джени Э. Суван, Дельвин Кэтли

Консультирование по вопросам изменения образа жизни в отношении здоровья при пародонтологическом лечении.
Сложная задача.
Коммуникация с пациентом с заболеваниями пародонта.
Открытые вопросы, подтверждение услышанного, размышление и обобщение.
Содержание метода мотивирующей беседы.
Основные принципы.
Советы.
Формирование повестки дня.
Шкала готовности пациента.
Доказательства эффективности мотивирующей беседы.
Доказательства в области охраны здоровья.
Доказательства в области стоматологического здоровья.

Материалы для мотивации пациента.
Первый этап (полоса): установление доверия.
Второй этап (полоса): обмен информацией.
Третий этап (полоса): заключение.
Лента А: тип общения.
Лента В: инструменты для изменения здоровых привычек.
Клинические примеры.
Мотивация к улучшению гигиенических навыков I.
Мотивация к улучшению гигиенических навыков II.
Отказ от курения.
Заключение
Список литературы.

Консультирование по вопросам изменения образа жизни в отношении здоровья при пародонтологическом лечении

Здоровое состояние тканей пародонта поддерживают такие полезные привычки, как регулярная гигиена полости рта, борьба с курением, гликемический контроль при сахарном диабете (СД) 2-го типа. Неудовлетворительная гигиена полости рта, курение и неконтролируемый уровень глюкозы оказывают деструктивное воздействие на ткани пародонта. Профилактику и контроль заболеваний пародонта следует проводить на общем и индивидуальном уровнях. Задачи стоматологического сообщества в области охраны здоровья включают повышение грамотности населения относительно влияния вредных привычек на здоровье, а также профилактику и контроль заболеваний. Для этого врачи-стоматологи всех специальностей должны осуществлять программу первичной и вторичной профилактики на индивидуальном уровне, направленную на коррекцию вредных привычек.

Данные эпидемиологических исследований регулярно выявляют преобладание заболеваний пародонта (>50%) среди взрослого населения (Albandar et al., 1999; Albandar, 2002). Помимо наличия причинно-следственной связи с накоплением биопленки, доказана взаимосвязь между курением и развитием заболеваний пародонта (Bergstrom, 1989; Haber et al., 1993; Tomar, Asma, 2000). Курение табака — одна из основных про-

блем современного общества. Около трети взрослого населения употребляет различные формы табачных изделий, что становится причиной увеличения ежегодной смертности, связанной с заболеваниями, развившимися вследствие этой пагубной привычки. Кроме того, доказано значительное влияние питания на развитие хронических заболеваний, таких как ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, СД 2-го типа, рак, остеопороз, заболевания полости рта (Petersen, 2003).

Все больше внимания уделяют зависимости между индивидуальными вредными привычками пациента и их значительным влиянием на успех пародонтальной терапии и процесс лечения. У пациентов с вредными привычками, как правило, лечение менее результативно. В литературном обзоре, проведенном Ramseier (2005), доказано, что отказ от курения — второй (после гигиены полости рта), наиболее важный аспект лечения хронического пародонтита. Именно поэтому клиническая концепция лечения заболеваний пародонта должна включать оценку привычек и навыков пациента и при необходимости применять эффективные методы консультирования, направленные на изменение этих привычек.

Сложная задача

Традиционное пародонтальное лечение включает обучение пациента гигиене полости рта. Пациенту на практике проводят демонстрацию правильной чистки зубов. Затем врач дает необходимые рекомендации по частоте и времени гигиенической процедуры. Современные и более ранние

исследования эффективности обучения пациентов гигиене полости рта подтверждают, что соблюдение ими рекомендаций врача и гигиенического режима по-прежнему находятся на недостаточном уровне (Johansson et al., 1984; Schuz et al., 2006). Дополнительные визиты к врачу для закрепления гигиенических навыков в определенной степени могут компенсировать неэффективность одноразового обучения гигиене полости рта на приеме. Во время поддерживающего этапа лечения пациенты часто отменяют приемы, в результате чего снижается эффективность лечения, проводимого врачом, и возрастает риск рецидива заболеваний пародонта (Wilson et al., 1984; Demetriou et al., 1995; Schuz et al., 2006).

К сожалению, большинство методов обучения в долгосрочной перспективе малоэффективно и, как правило, не дает удовлетворительных результатов. Приведенный ниже гипотетический диалог между врачом (В) и пациентом (П) иллюстрирует, как использование прямого метода изменения поведенческих привычек пациента (основанного на советах и рекомендациях) может плавно перейти в совершенно непродуктивную беседу, за которой вряд ли последуют какие-либо изменения в поведении пациента.

В. Вы регулярно используете флосс?

П. Да, но не так часто, как хотелось бы.

В. Я настоятельно рекомендую вам использовать его каждый день. Вы знакомы с теми серьезными последствиями, которые могут развиться вследствие нерегулярного очищения контактных пунктов?

П. Я понимаю, что должен делать это чаще, но...

В. Использование флосса — это обязательная, а не дополнительная процедура. Это очень важно!

П. Я знаю... Но у меня нет на это времени!

Таким образом, врач не позволил пациенту самому понять причины, по которым следует использовать флосс, а также определить для себя, почему он его не использует. Диалог зашел в тупик, и маловероятно, что в данной ситуации следует ожидать каких-либо поведенческих изменений. В некоторых случаях врачи могут обвинять пациентов в недостаточном сотрудничестве и невыполнении ими рекомендаций, при этом дальнейшее обучение будет бессмысленным.

Гипотетически для достижения долгосрочных эффективных результатов пародонтального лечения необходимо использовать различные методы консультирования в соответствии с характером и поведением пациента. Согласно стандартам и инструкциям по гигиене полости рта, для изменения гигиенических привычек пациента достаточно несколько раз продемонстрировать ему правильное использование гигиенических средств. Консультирование по поводу отказа от курения в дополнение к фармакотерапии может потребовать

использование метода 5A¹ (Fiore, 2000). С практической точки зрения достаточно сложно и нецелесообразно подходить к лечению пациентов с заболеваниями пародонта с набором различных методов для достижения одной и той же цели — выработки у пациента правильных гигиенических навыков, направленных как на улучшение результата пародонтологического лечения, так и на создание условий для проведения долгосрочной поддерживающей пародонтальной терапии (ППТ).

Таким образом, для упрощения изменений поведенческих привычек пациента предпочтительно использовать подходы, основанные на едином методе консультирования, который доказал свою эффективность как для первичной, так и вторичной профилактики стоматологических заболеваний. Такой метод должен быть:

- основан на лучших имеющихся доказательствах;
- применим для коррекции гигиенических привычек и навыков, профилактики и отказа от курения, коррекции диеты;
- достаточно экономичным и доступным для внедрения в стоматологической клинике.

Коммуникация с пациентом с заболеваниями пародонта

При ежедневном взаимодействии с другими людьми человек использует различные средства коммуникации, часто подсознательно. В некоторых случаях стоматолог при общении с пациентами специально адаптирует свой тип общения в соответствии с индивидуальными поведенческими потребностями пациента, а также к способам его коммуникации. Rollnick и соавт. (2007) представили три типа (руководство, направление, следование) ежедневного общения врача-стоматолога с пациентами.

- **Руководство:** включает ознакомление пациента с экспертным мнением и поддержку. Это традиционный метод, используемый в стоматологической практике. Руководящий тип следует использовать при наличии хорошего контакта между врачом и пациентом. Совет, который дает врач, должен быть своевременным, инди-

¹ В качестве базовой методики работы с фактором риска «Курение» у различных пациентов рекомендации США предлагают использовать стратегию 5А: 1. Ask: **спросить** каждого пациента о курении. Выявлять курящих на каждом визите и заносить данные о них в медицинскую документацию. 2. Advise: **посоветовать** прекратить курить. Дать пациенту понять, что бросить курить при его заболевании — необходимо. 3. Assess: **оценить** желание пациента бросить курить. Желает ли пациент сейчас бросить курить? 4. Assist: **помочь** бросить курить тем, кто желает. Если пациент хочет бросить курить, оказать ему медикаментозную и психологическую помощь. 5. Arrange: **поддержать** пациента, который прекратил курить, во время последующих встреч. Предполагают, что использование данной стратегии может занять у врача около 3 мин времени во время основного приема и при этом будет эффективно. (Примеч. науч. ред.)

видуальным и представлен так, чтобы максимально вовлечь пациента в процесс общения. Такой тип общения может быть использован, например, если пациент говорит: «Что я могу сделать, чтобы побороть желание убежать каждый раз, когда я возвращаюсь в клинику?»

- **Следование:** требует умения слушать пациента и может быть использовано в ситуациях, требующих от врача чуткости (например, если у пациента плохое настроение или он расстроен). Задача данного типа — не сиюминутное решение проблемы пациента, а оказание поддержки и одобрения. Так, например, данный тип подходит для следующей ситуации: «Сейчас столько всего происходит в моей жизни. Я несколько удручен еще и тем, что мне придется беспокоиться о зубах».
- **Направление:** врач сотрудничает с пациентом, чтобы помочь ему определить личные цели, а также методы их достижения. Данный тип общения наиболее уместен при беседе об изменении привычек, особенно с пациентами, не уверенными в возможности таких изменений. Направляющий тип может быть использован после того, как пациент, например, скажет: «Я знаю, что курение вредно для моего здоровья, но для меня это единственное удовольствие в жизни».

Если вопрос касается изменения привычек, некоторым пациентам может потребоваться «направление», особенно тем, которые сообщили, что им необходимы дальнейшее консультирование и поддержка. Другие пациенты могут иметь более неотложные проблемы — их также необходимо «направлять». Пациентам, которые знают, чего хотят, но еще не приступившие к процессу изменения, также наиболее подойдет «направляющий» стиль общения (Rollnick et al., 2007).

Во время общения с пациентом важно четко оценивать реакцию пациента на определенный тип общения. Если врач чувствует, что ему не удастся установить контакт с пациентом, следует признать выбранный тип общения неуместным и сменить его на другой.

При любой коммуникации с пациентом следует помнить, что вопросы нужно задавать в тех случаях, когда пациент может на них ответить (необходимо избегать беседы во время осмотра полости рта). В противном случае общение может быть нарушено из-за возникновения у пациента чувства потери контроля над ситуацией.

Открытые вопросы, подтверждение услышанного, размышление и обобщение

Существует четыре основных направления, которые следует учитывать при общении с пациентами с заболеваниями пародонта. Основные аспекты можно представить в виде аббревиатуры

ОПРО: **О** — открытые вопросы, **П** — подтверждение услышанного, **Р** — размышление и **О** — обобщение.

- **Открытые вопросы.** Использование множественных закрытых вопросов (которые требуют ответа «да» или «нет») автоматически предоставляет пациенту пассивную роль в диалоге. И наоборот, открытые вопросы побуждают пациента мыслить, сотрудничать, действовать. Например: «Что вы думаете по поводу курения?»
- **Подтверждение услышанного.** Человеку свойственно предопределять негативное отношение, когда тщательно изучают его поведение. Подтверждение сильных сторон пациента, а также оценка его добросовестности снижают закрытость и увеличивают сотрудничество со стороны пациента. Например: «Вы признаете, что ежедневная гигиена полости рта для вас принципиально не важна, я ценю вашу честность».
- **Размышление, или рефлексия (обдумать, что сообщил пациент).** Это основной метод демонстрации эмпатии (способности понять точку зрения другого человека). Рефлексия подразумевает попытку понять мысли пациента. Она передает в том числе подтекст слов, сказанных пациентом, лаконична, проявляется в виде наблюдения и отражает скорее понимание, чем осуждение. Например: «Кажется, вы действительно потеряли надежду, что сможете бросить курить».
- **Обобщение.** Демонстрирует интерес, организовывает беседу и при необходимости возвращает разговор в необходимое русло. Данный метод включает обобщение мнения пациента о проблеме, которое он высказал во время консультирования. Например: «Я вижу, что вы не совсем готовы к изменениям прямо сейчас. Вы наслаждаетесь процессом курения, однако при этом немного обеспокоены тем, как люди реагируют, когда узнают, что вы курите. Верно?»

Содержание метода мотивирующей беседы

Как отмечено ранее, медицинское просвещение, проводимое врачами, часто не приносит должных изменений в поведении пациента. Исследования в области поведения пациентов подтверждают, что причина этой проблемы берет начало от ложного предположения в методологии медицинского просвещения. Так, предполагают, что изменение поведения — функция пациента, получившего необходимые знания и навыки, а все, что требуется от врача, — предоставить необходимую информацию. Другой существующий метод — мотивирующей беседы, наоборот, основан на различных допу-

щениях в изменении человеческого поведения. Данный метод предполагает, что одних лишь знаний недостаточно, а стабильные изменения поведения наиболее вероятны только в том случае, если они связаны с чем-то наиболее важным для самого пациента. Другими словами, мотивацию извлекают «из самого пациента», а не навязывают на основе ценностей, определенных врачом. Мотивирующая беседа основана на том, что пациенты имеют «внутренние» личные причины для изменений, а задача врача — извлечь и укрепить эти причины.

Изначально мотивирующую беседу использовали для борьбы с алкогольной зависимостью, однако в ходе распространения данного метода его стали применять для коррекции различных поведенческих проблем, включающих курение, диету и тренировки (Burke et al., 2004; Hettema et al., 2005). Метод разработал Уильям Ричард Миллер в ответ на конфронтационный подход, который был стандартом лечения пациентов с алкогольной зависимостью в 1970-х гг. Миллер отмечал, что научная литература поддерживает тот факт, что позитивные результаты ассоциируют с наличием крепкой связи, или терапевтического альянса, между консультантом и пациентом (Miller, 1983). Впоследствии Миллер объединил свои работы с работами Стефана Роллника, сооснователя метода мотивирующей беседы, который занимался изучением амбивалентности и анализом оценки пациентами плюсов и минусов предполагаемых изменений. В 1991 г. Миллер и Роллник опубликовали первое издание книги «*Мотивационное консультирование. Как помочь людям измениться*», в которой они детально описали свой метод. С тех пор данная методика получила широкое развитие в исследованиях, была доказана ее эффективность при проведении различных методов поведенческой коррекции (Resnicow et al., 2002). В последние годы опубликованы различные подходы использования мотивирующей беседы и в области стоматологии (Ramseier, Suvan, 2010).

Мотивирующую беседу определяют как «пациентоориентированный направляющий метод усиления внутренней мотивации к изменениям путем обнаружения и устранения амбивалентности» (Miller, Rollnick, 2002). Пациентоориентированный метод означает, что акцент работы направлен на понимание пациентом своих перспектив вследствие поведенческих изменений. Так, например, вместо того чтобы врач просто рассказал пациенту о преимуществах отказа от курения (с точки зрения медицинских перспектив), он предлагает пациенту обсудить *его* личный взгляд на преимущества отказа от курения, а также негативные последствия продолжения курения. В методе мотивирующей беседы перспективы пациента становятся центральными, однако врач также должен предпринимать обдуманые шаги, которые помогут упростить процесс достижения результата. Так, например, принимая во внимание отношение

пациента к изменениям, врач избирательно усиливает и поощряет любые высказывания пациента относительно преимуществ данных изменений. Извлекая и развивая личные мотивы пациента, врач тем самым усиливает внутреннее, а не навязанное внешнее стремление. Данный метод основан на предположении о том, что люди в большинстве случаев амбивалентны, когда речь заходит об изменении поведенческих реакций (практически в этой ситуации человек определяет преимущества и недостатки их изменений). Последователи метода мотивирующей беседы стараются усилить внутренние предпосылки для изменений за счет выявления и устранения неуверенности пациента.

Основные принципы

Методы и техники мотивирующей беседы представляют собой достаточно обширное руководство по консультированию пациента, однако Миллер и Роллник подчеркнули: для того чтобы стать успешным консультантом мотивирующей беседы, наиболее важно реализовать основную философию метода, а не использовать определенный набор техник. Авторы выделили четыре главных принципа, определяющих основное содержание метода.

1. Врач должен *выразить эмпатию* в отношении поведенческой дилеммы пациента. Другими словами, при общении с пациентом врач должен признавать его перспективы, выражая полное понимание чувств и мыслей пациента.
2. Следует *разделять* поведение пациента на данный момент и то, как он в идеале должен себя вести в соответствии с обозначенными целями и ценностями. Так, например, если цель состоит в развитии силы и ответственности, или человек хочет стать хорошим супругом или родителем, эти стремления можно связать с необходимостью быть здоровым и развивать здоровые привычки.
3. *Побороть сопротивление*. Если пациенты приводят аргументы против изменений, использование контраргументов загоняет врача в ловушку. В результате пациент направляет всю свою энергию против изменений, что в корне противоположно его истинным мотивам: это приводит к появлению сопротивления со стороны пациента. Консультанты мотивирующей беседы избегают споров, вместо этого они стараются «справиться с сопротивлением».
4. *Поддержать самооэффективность* или уверенность пациента в его возможности измениться. Даже мотивированные пациенты вряд ли добьются успехов, если они не знают, как изменить свои привычки или не верят в свой успех. Консультанты мотивирующей беседы направляют свои усилия на укрепление уверенности пациента, для чего они используют

методы ободрения и поддержки пациента, выделяют успехи в прошлом или шаги, принятые пациентами в правильном направлении.

Советы

Несмотря на различие между медицинским просвещением, основанным на формулировке советов для пациента, и методом мотивирующей беседы, важно понимать, что периодически пациент все же должен получать информацию, связанную с его заблуждениями и недостатком знаний по определенным вопросам. Основа мотивирующей беседы (Moyers et al., 2003) — соблюдение консультантом основных принципов метода, а также понимание различий между предложением пациенту «совета без разрешения» (что запрещено) и советами, данными с разрешения пациента (что соответствует принципам мотивирующей беседы). Другими словами, предоставление информации в случае, когда пациент хочет ее получить и заинтересован в ее получении, полностью соответствует принципам мотивирующей беседы. Консультанты часто ошибаются, начиная советовать слишком рано, при первой встрече с пациентом, в результате чего пациент воспринимает врача как человека, который пытается заставить его что-то сделать. На практике, наоборот, консультант выявляет пробелы в знаниях, имеющиеся у пациента вопросы, убеждения и заблуждения, выявленные в ходе беседы. После этого консультант может предоставить соответствующую информацию, которая, скорее всего, будет необходима пациенту. Rollnick и соавт. (1999) выделили три основных этапа консультирования при использовании метода мотивирующей беседы.

- Первый этап: *выяснить* заинтересованность и степень готовности пациента к приему информации. Например, врач может сказать: «Я владею определенной информацией, которая может вас заинтересовать. Вам интересно будет ее услышать?»
- Второй этап: *обеспечить* информацию максимально беспристрастно. Например, используя фразы «Исследования показали, что...» или «Многие мои пациенты говорили мне...». Такой метод позволяет донести до пациента информацию, соблюдая при этом его автономию.
- Третий этап: *оценить* реакцию пациента на предоставление информации. После беседы полученная информация может помочь пациенту раскрыть новые перспективы и увеличить мотивацию к изменениям либо привести к выявлению новых пробелов в знаниях, которые должны быть устранены. Если пациент «отклоняет» информацию, важно не вступать с ним в спор. В такой ситуации лучше пропустить информацию с ремаркой: «Данная

информация не соответствует вашему опыту» или «Данная информация не соответствует вашей ситуации», а затем перевести разговор в более продуктивную сторону.

Формирование повестки дня

Как правило, пациенты имеют более одной вредной привычки, касающейся стоматологического здоровья. Достижение даже небольших положительных изменений может позволить пациенту почувствовать себя более уверенным для дальнейшей деятельности (Bandura, 1995). Крайне важно начинать беседу тогда, когда пациент чувствует себя наиболее комфортно. Необходимо также поощрять пациента, стараться поддерживать беседу в той области, которая интересна пациенту, а не выбирать темы, которые, по мнению врача, наиболее актуальны. Клинический инструмент, который может помочь на данном этапе, — это повестка дня (Rollnick et al., 1999).

Повестку дня формируют из множества кружков, на которых отображены различные вопросы, касающиеся стоматологического здоровья, а также нескольких пустых кружков, предназначенных для других факторов, которые могут быть добавлены пациентом. Пациент самостоятельно выбирает вопросы, о которых он хотел бы побеседовать в первую очередь.

Шкала готовности пациента

Появление первых поведенческих изменений может потребовать нескольких посещений. После одной короткой встречи могут быть достигнуты только лишь относительно небольшие сдвиги в поведении пациента. Врачи-стоматологи, ожидающие быстрых и значительных изменений после каждого визита, могут начать непроизвольно давить на пациента. Рекомендовано не оценивать долгосрочные перспективы, а сосредоточиться на результатах, которые можно достигнуть за относительно короткий промежуток времени. Это поможет врачу избежать разочарования, особенно при работе с крайне неуверенными пациентами.

Как правило, врачам не следует ожидать от своих пациентов с заболеваниями пародонта, что они будут готовы изменить свои гигиенические привычки, отказаться от курения исключительно только для достижения здоровья полости рта (Miller, Rollnick, 2002). Оценка готовности пациента к изменениям включает ознакомление не только с мотивацией пациента, но и его самодостаточностью (Rollnick et al., 1999). Использование двух вопросов, касающихся мотивации и самодостаточности (см. ниже), может помочь врачу быстро получить более полное представление о готовности пациента к изменению своих привычек за короткий промежуток времени.

При оценке мотивации врач стремится выявить определенные мотивирующие факторы и в последующем привязать их к запланированным изменениям (рис. 35.1).

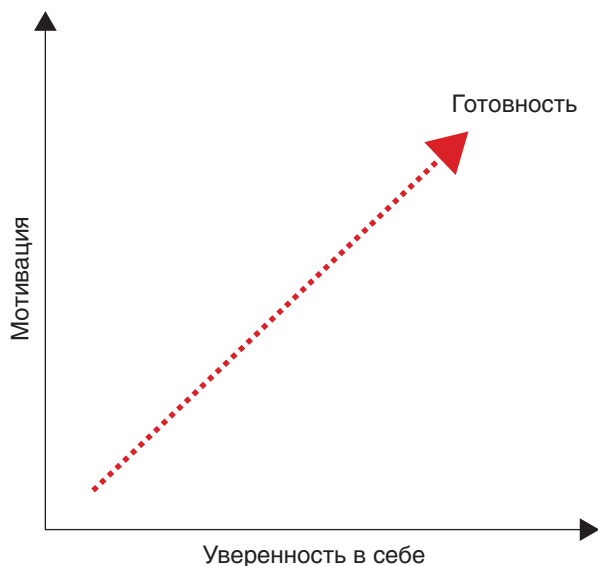


Рис. 35.1. Готовность к изменениям (источник: Rollnick et al., 1999. Опубликовано с разрешения Elsevier)

Для этих целей Коегбер (2010) предложил использовать шкалу, которую особенно удобно использовать на стоматологическом приеме. Она состоит из мотивационной шкалы и шкалы уверенности, описанных Rollnick и соавт. (1999).

- **Мотивационная шкала** (шкала важности) состоит из трех вопросов (рис. 35.2).
 - ♦ Как бы вы оценили степень важности ежедневной чистки зубов по шкале от 1 до 10,

где 10 — абсолютно важно и 1 — совсем не важно?

- ♦ Почему вы оценили ее как X, а не как 1?
- ♦ Почему вы оценили ее как X, а не как 10?
- ♦ Заметим, что второй вопрос выявляет мотивы пациента, а третий — его неуверенность.
- **Шкала уверенности** состоит из следующих вопросов (см. рис. 35.2).
 - ♦ Если бы вы были убеждены, что ежедневная чистка зубов крайне важна, как бы вы оценили свою уверенность ее выполнения по шкале от 1 до 10, где 1 — совсем не уверен и 10 — абсолютно уверен?
 - ♦ Почему вы оценили ее как X, а не как 1?
 - ♦ Почему вы оценили ее как X, а не как 10?
 - ♦ Заметим, что второй вопрос выявляет желание пациента меняться, а третий — возможные причины этого не делать.

Доказательства эффективности мотивирующей беседы

Доказательства в области охраны здоровья

Метод мотивирующей беседы изначально был разработан для лечения аддиктивного поведения, особенно алкогольной зависимости. На основании этого было проведено множество эмпирических исследований в этой области. Бурный рост применения мотивирующей беседы в других областях поведенческого изменения также сопровождался появлением множества публикаций метаанализов.

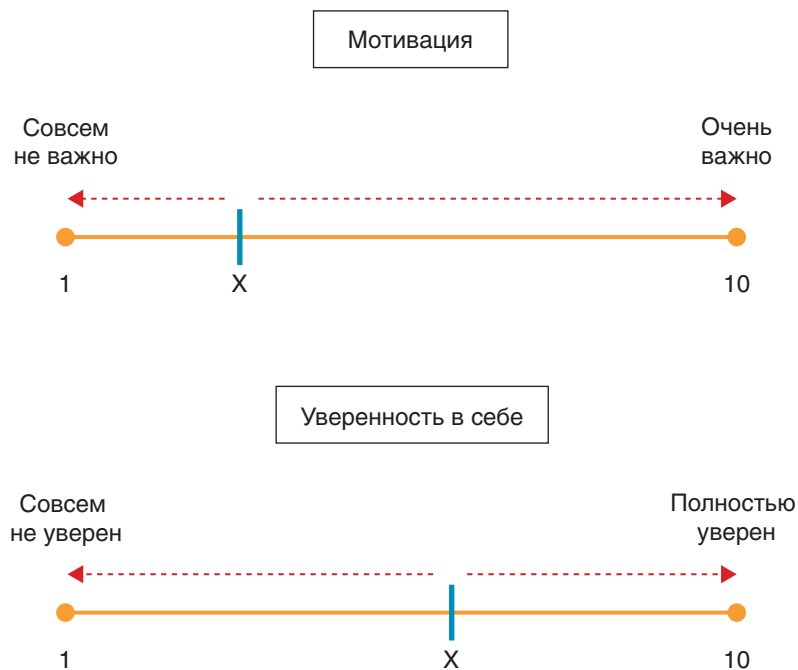


Рис. 35.2. Шкалы мотивации (важности) и самооценки (готовности)

зов (Burke et al., 2003, 2004; Hettema et al., 2005; Rubak et al., 2005; Lundahl et al., 2010), самый последний из которых включает около 120 клинических исследований. В целом метаанализы показали, что при коррекции аддиктивных проблем (наркотики, алкоголь, курение, азартные игры), пищевых привычек, физической активности, а также рискованного поведения использование метода мотивирующей беседы, по крайней мере, эквивалентно другим активным методикам лечения и имеет значительно большую эффективность по сравнению с применением метода плацебо или отказом от лечения. Эффективность лечения находится в диапазоне от среднего до минимально среднего (Hettema et al., 2005; Lundahl et al., 2010). Исследования показали, что в стоматологических клиниках, где возможно проведение только коротких консультативных приемов, мотивирующая беседа представляет собой такой же эффективный метод, как и альтернативные активные консультативные мероприятия, требующие значительно большего времени. Таким образом, мотивирующая беседа подтвердила свою эффективность даже в условиях стоматологической клиники (Burke et al., 2004; Lundahl et al., 2010). Rubak и соавт. (2005) доказали, что эффективность коротких консультаций, продолжительностью 15 мин, составляет около 64%; кроме того, если консультирование проводил врач-стоматолог, эффективность возрастала до 80%. Это подтверждает возможность проведения мотивирующей беседы врачами, не являющимися экспертами в области поведенческой коррекции.

Исследования также подтвердили возможность применения метода мотивирующей беседы в борьбе с курением. Современный метаанализ показал небольшой положительный эффект использования метода мотивирующей беседы в борьбе с курением (Lai et al., 2010; Lundahl et al., 2010). Кроме того, показано, что данный метод значительно мотивирует пациента к отказу от курения (Wakefield et al., 2004; Borrelli et al., 2005), снижает количество выкуриваемых сигарет и впоследствии приводит к полному отказу от курения (Butler et al., 1999).

Другой важный аспект поведенческой коррекции в стоматологии — пищевые привычки. Как уже отмечалось, метаанализ показал, что метод мотивирующей беседы оказывает существенное влияние на изменение диеты, в том числе на общий пищевой рацион (Mhurchu et al., 1998); употребление жиров (Mhurchu et al., 1998), углеводов (Mhurchu et al., 1998) и холестерина (Mhurchu et al., 1998); индекс массы тела (ИМТ) (Mhurchu et al., 1998) и массу тела (Mhurchu et al., 1998); употребление соли (Mhurchu et al., 1998); прием алкоголя (Mhurchu et al., 1998); включение в рацион овощей и фруктов (Resnicow et al., 2001; Richards et al., 2006).

Доказательства в области стоматологического здоровья

Первые исследования, доказавшие преимущества метода мотивирующей беседы в стоматологии, оценили его эффект по сравнению с традиционным медицинским просвещением. Так, при мотивации 240 матерей, дети которых имели высокий риск развития кариеса за счет изменения их пищевых привычек (Weinstein et al., 2004, 2006), проведение мотивирующей беседы и последующего телефонного контроля (контрольные звонки 6 раз в течение года), а также использование образовательной брошюры и видео было более эффективно с точки зрения профилактики кариеса у детей, чем при отдельном использовании брошюры и видео. Это соответствует данным клинического исследования, показавшего эффективность метода мотивирующей беседы для изменения пищевых привычек (Burke et al., 2003; Hettema et al., 2005; Lundahl et al., 2010).

В отношении клинической пародонтологии оба исследования — как краткосрочное, так и долгосрочное — показали положительное влияние на уровень гигиены полости рта. Оценку проводили с помощью индексов зубного налета, а также с учетом степени воспаления десны (с применением пародонтальных индексов). Almomani и соавт. (2009) в исследовании продолжительностью 2 мес показали значительное положительное влияние на гигиену полости рта. Jönsson и соавт. (2009b) наблюдали двух пациентов в течение 2 лет для оценки результата индивидуально адаптированной программы контроля гигиены полости рта с помощью пародонтальных индексов (рис. 35.3). Для этого авторы применяли метод мотивирующей беседы, а также индивидуальное обучение гигиене полости рта, описанное в главе 36. В результате за 2 года оба пациента добились значительных успехов в улучшении своих гигиенических навыков и пародонтального здоровья.

Те же авторы впоследствии продемонстрировали положительное влияние метода мотивирующей беседы в крупном исследовании (12 мес), включившем 113 пациентов (Jönsson et al., 2009a, 2010). Исследования, проведенные Godard и соавт. (2011), продемонстрировали улучшение гигиенических навыков группы пациентов, в которой использовали метод мотивирующей беседы, что сопровождалось повышением удовлетворенности пациентов результатами лечения.

Вывод. Существует множество доказательств метода мотивирующей беседы как эффективного способа консультирования для изменения поведения (табл. 35.1). Мотивирующая беседа также показала свою эффективность при ее использовании в области стоматологии. Кроме того, метод мотивирующей беседы продемонстрировал свою эффективность и в других областях медицины,

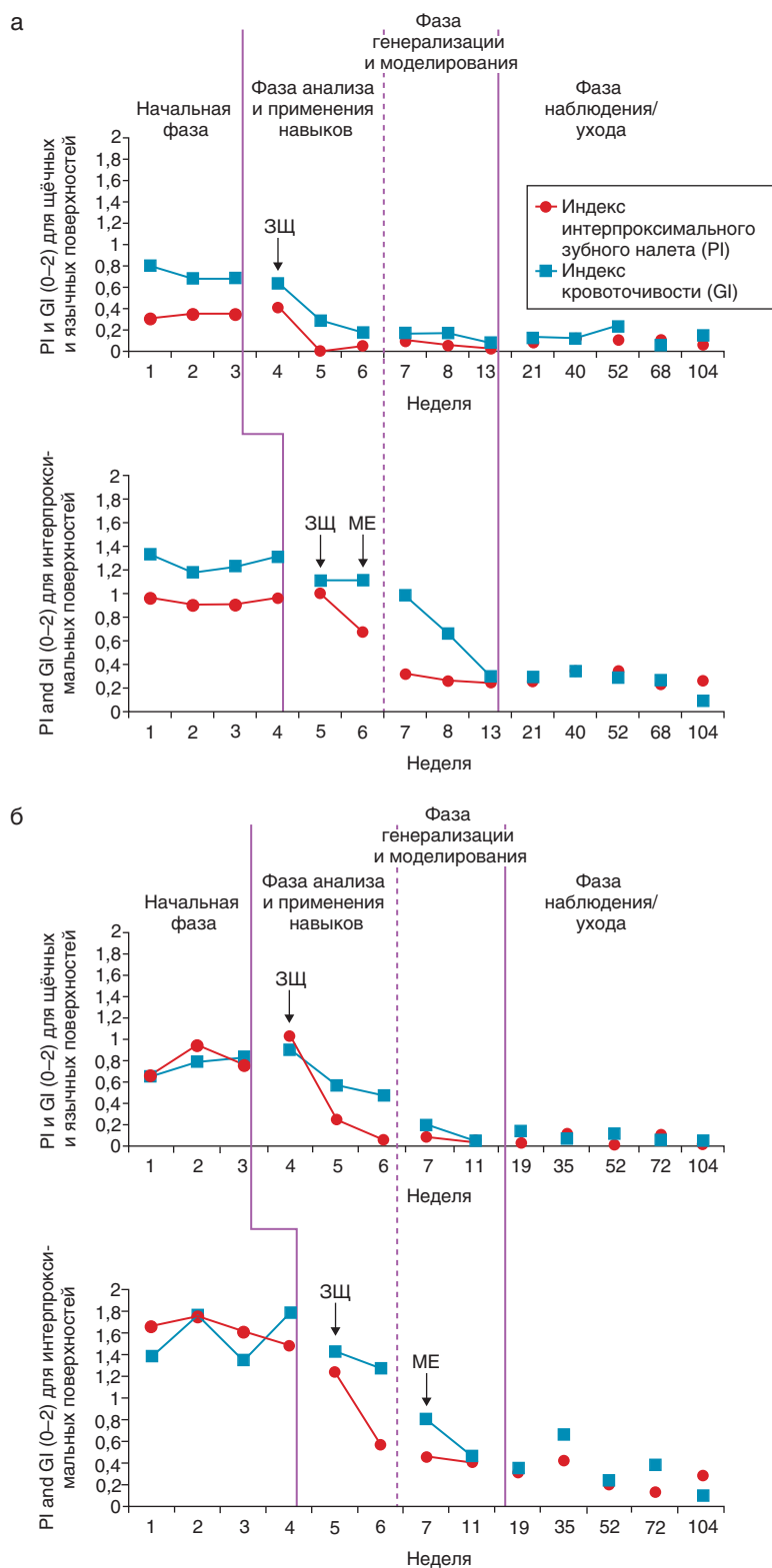


Рис. 35.3. а — пациентка; б — пациент. Согласно индивидуально составленной программе лечения для улучшения гигиены полости рта, индексы интерпроксимального зубного налета и кровоточивости за период наблюдения в течение 104 нед у обоих пациентов значительно снизились (ЗЩ — зубная щетка; ЗЧ — зубочистка; ME — межзубный ершик) (источник: Jönsson et al., 2009b). Опубликовано с разрешения John Wiley, Sons)

Таблица 35.1. Клинические исследования оценки влияния мотивирующей беседы на гигиену полости рта (определяемую с помощью индексов зубного налета)

Исследование	Тип исследования	Количество участников	Длительность, мес	Методы	Используемые индексы	Результаты
Almohani et al., 2009	Рандомизированное контролируемое исследование	27 экспериментальных, 29 контрольных	2	Мотивирующая беседа + обучение	• Индекс налета Квигли–Хейна	Эксперимент: • базовый уровень — 3,6; • 8 нед — 1,9 Контроль: • базовый уровень — 3,3; • 8 нед — 2,5
Jönsson et al., 2009b	Случай	2	24	Мотивирующая беседа + обучение	• Интерпроксимальный индекс налета Силнеса–Лоу. • Индекс кровоточивости Силнеса–Лоу	Пациент А: • базовый уровень — 1,0; • 24 мес — 0,2 Пациент Б: • базовый уровень — 1,6; • 24 мес — 0,1
Jönsson et al., 2009a	Серии	57 экспериментальных, 56 контрольных	12	Мотивирующая беседа + обучение	• Интерпроксимальный индекс налета Силнеса–Лоу. • Индекс кровоточивости Силнеса–Лоу	Эксперимент: • базовый уровень — 1,01; • 12 мес — 0,23 Контроль: • базовый уровень — 0,99; • 12 мес — 0,49
Godard et al., 2011	Рандомизированное контролируемое исследование	27 экспериментальных, 24 контрольных	1	Только мотивирующая беседа	• Индекс налета О'Лири	Эксперимент: • базовый уровень — 35%; • 1 мес — 18% Контроль: • базовый уровень — 37%; • 1 мес — 27%

связанных со здоровьем полости рта, а также результаты, позволяющие судить о больших перспективах его применения.

Материалы для мотивации пациента

Применение мотивирующей беседы в стоматологической клинике требует решения определенных задач, поскольку данную методику следует осуществлять в атмосфере сотрудничества, и она должна иметь эмпатический характер (Ramseier, Suvan, 2010). Специфическая модель активации пациента была представлена Suvan и соавт. (2010). С помощью данной модели пытались охватить взаимозависимые элементы стоматологического визита, используя концепцию переплетенных нитей (Suvan et al., 2010). Коммуникацию и обмен информацией в данной методике сочетают с клиническим обследованием и лечением (рис. 35.4).

Первый этап (полоса): установление доверия

Задачи первого этапа взаимодействия — установление доверия, быстрое вовлечение пациента в процесс лечения и создание обстановки, в которой возможно проведение как традиционного стоматологического лечения, так и консультирования по поводу изменений привычек и поведения пациента. Выполнение этих задач требует достаточно большого количества времени. Теплое, вежливое приветствие — важный фактор для создания атмосферы взаимного доверия и уважения. Кроме того, влияние на то, как пациент воспринимает себя — равноправным участником диалога (рис. 35.5) или простым адресатом мнения эксперта (рис. 35.6), — оказывает положение пациента и врача. Эти простые действия создают ощущение того, что пациент и врач имеют одинаковый контроль над ситуацией. Начало разговора с открытых вопросов, выявляющих основные жалобы пациента

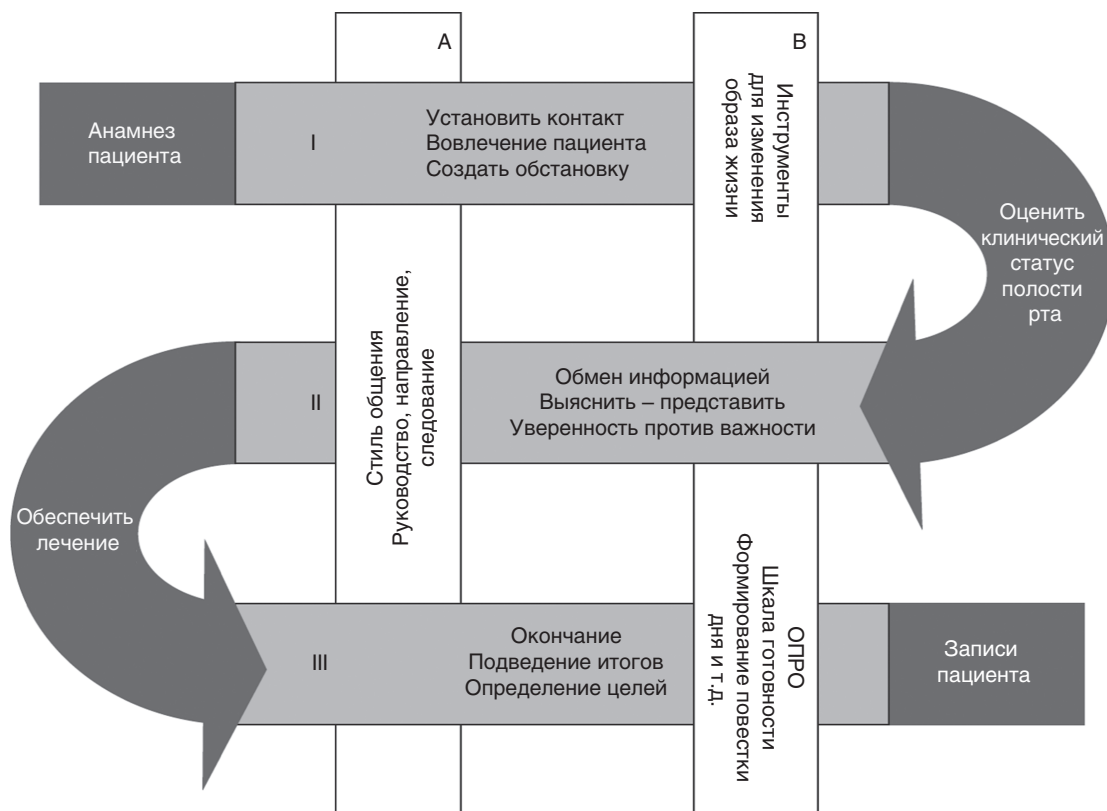


Рис. 35.4. Модель для стимуляции пациента на стоматологическом приеме (модель реализации). Анамнез и записи состояния пациента в начале и конце посещения — важные элементы документации, позволяющие объединить все последующие визиты. Горизонтальные полосы отражают три основных направления консультационного визита. Три полосы (I–III) переходят в ленты (A и B), представляющие важные клинические аспекты или лечение, проведенное между беседами. Полосы переплетаются между собой и с вертикальными лентами, обозначающими специфические элементы коммуникации и взаимодействия, характеризующие метод. Вертикальные ленты отражают тип коммуникации и инструменты для изменения здоровых привычек. Данные ленты постоянны, однако они гибки и повторяются в ходе визита, обеспечивая стабильность (ОПРО — открытые вопросы, подтверждение услышанного, рефлексия и обобщение) (источник: Suvan et al., 2010. Опубликовано с разрешения John Wiley, Sons)



Рис. 35.5. Правильное положение для беседы: врач находится на одном уровне, лицом к лицу с пациентом



Рис. 35.6. Неправильное положение для беседы: на врача надетая маска, и он находится выше лежащего пациента

или причину обращения, — другой простой и важный шаг. Такая открытость подготавливает почву для последующих визитов и позволяет сэкономить врачу драгоценное время.

Перед началом клинического обследования важно коротко перечислить последовательность

манипуляций и попросить у пациента разрешения на продолжение осмотра. Таким образом, врач отвлекает пациента и одновременно усиливает его чувство автономии. Полезно объяснить пациенту, что информация, которую он предоставляет врачу, может быть услышана ассистентом. Такие неслож-

ные действия помогают вовлечь пациента в консультацию и не позволяют ему занять пассивную роль — просто лежать в стоматологическом кресле во время осмотра.

Второй этап (полоса): обмен информацией

Второй этап взаимодействия, как правило, следует за начальным клиническим осмотром полости рта пациента. Обмен информацией позволяет как врачу, так и пациенту понять точки зрения друг друга, а также более точно представить клиническую проблему и приблизиться к ее эффективному решению. Данное обсуждение может иметь различные формы.

Один из методов обеспечения информации — концентрация врача на лечении пациента в процессе обсуждения с помощью метода «выяснить — представить». В этом случае рекомендовано начать с того, что пациент уже знает, — это сразу же заставляет его думать, реагировать и опираться на свой личный опыт. Из этой отправной точки возможно адаптивное информирование, сообщаемой пациенту. Вероятно, наиболее важный этап — выяснение того, что почувствовал пациент в ответ на полученную информацию. Данный вопрос открывает возможности для диалога и дискуссии по поводу предстоящих изменений.

От начала и до конца данного этапа могут быть выполнены несколько задач, включая осмотр и лечение. Беседа по поводу поведенческих изменений наиболее важна, особенно когда врачи и пациенты могут свободно общаться. Не следует начинать беседу, когда пациент не может быть равноправным участником диалога, например во время выполнения процедур, если пациент чувствует боль или дискомфорт.

Третий этап (полоса): заключение

Третий этап — завершающий. Он может заключаться в кратком подведении итогов лечения, которое было проведено при данном посещении, а также в обсуждении ожидаемых побочных эффектов или дискомфорта после лечения. Другая важная функция этапа — краткое резюмирование тех поведенческих изменений, которые были обсуждены с пациентом. Это позволит врачу пересмотреть цели или план действий, предложенных пациенту на втором этапе. Для того чтобы обсуждение было совместным, врач должен спросить пациента, хотел бы он что-либо добавить к плану, и затем уточнить совместно с ним наиболее важные моменты. На данном этапе также возможно обсуждение дальнейших вариантов лечения (если пациент не слишком устал). Однако для большинства пациентов важные аспекты желательно обсудить позднее, поскольку в данный момент они больше сфокусированы на том, чтобы как можно скорее покинуть стоматологическое кресло.

Лента А: тип общения

Ранее в этой главе были представлены различные типы коммуникации и отмечено их многообразие. Рассмотрены три способа общения с пациентом — «руководство», «следование», «направление». «Направление» в равной мере вовлекает в работу оба первых типа. Грамотное управление всеми тремя типами, переход от одного к другому позволяют хорошо регулировать взаимоотношения с пациентом. На модели (см. рис. 35.4) выбранный тип общения показан вертикальной лентой, проходящей через каждый визит. Это отображает, что в определенный момент посещения конкретный тип общения будет более выигрышным, чем другие. Максимальное вовлечение пациента без одновременного снижения ответственности врача, а также предоставление важной информации могут обеспечить тип «направление». Основные методы общения, такие как использование открытых вопросов, способствуют двусторонней коммуникации, которая характерна для «направляющего» типа общения. Однако это не означает, что во время визита следует использовать исключительно один тип коммуникации.

Лента В: инструменты для изменения здоровых привычек

Вторая вертикальная лента представляет различные инструменты, которые могут стимулировать пациента к действию или взаимодействию во время визита. Подобно ленте А, врачи могут выбирать инструмент, который они считают наиболее полезным в определенный момент визита или беседы. Выбор определяют целью, достижением расслабленной обстановки на приеме, беседой, которую индивидуально подстраивают под каждого пациента.

Клинические примеры

Мотивация к улучшению гигиенических навыков I

В нижеследующем клиническом примере продемонстрирована мотивирующая беседа для улучшения гигиенических навыков в диалоге между врачом-пародонтологом (В) и пациентом (П) с диагнозом хронического пародонтита в начальной стадии пародонтальной терапии.

В. Вы не возражаете, если мы поговорим о методах, которые могут улучшить вашу гигиену полости рта во время процесса лечения десен (*поднятие темы/разрешение пациента*).

П. Нет, я не возражаю.

В. Хорошо. Позвольте узнать немного о том, как часто вы чистите зубы (*использование*

- открытых вопросов для понимания того, что пациент уже делает).*
- П. Как правило, я чищу зубы один или два раза в день.
- В. Вы чистите зубы регулярно? Какие средства гигиены вы используете?
- П. Я использую зубную щетку и зубную пасту.
- В. Очень хорошо. Скажите, пожалуйста, как вы используете вашу зубную щетку?
- П. Я чищу все верхние и нижние зубы снаружи и внутри, как мне показал врач много лет назад.
- В. И что вы думаете по поводу такого метода чистки зубов?
- П. Я считаю, что это неплохой метод. Однако, как я уже говорил, у меня есть проблемы с деснами, и я хотел бы узнать у вас, хорошо ли я чищу зубы?
- В. Вы пытаетесь максимально очистить свои зубы, однако обеспокоены тем, что, возможно, очищение недостаточно (*рефлексивное слушание*). Достаточно сложно в труднодоступных местах удалить весь зубной налет, который становится причиной развития заболеваний пародонта (*демонстрация эмпатии*). У меня есть некоторая информация по поводу заболеваний десен, которая может вас заинтересовать. Хотели бы вы услышать об этом? (*разрешение пациента*).
- П. Да.
- В. Хроническое заболевание пародонта, которое обнаружено у вас, вызвано накоплением на поверхности зубов зубного налета. Именно для профилактики и контроля развития данного заболевания необходимо проводить ежедневную тщательную чистку зубов (*предоставление информации*). Насколько хорошо вы регулярно очищаете все поверхности зубов? (*оценка уверенности пациента*).
- П. Не совсем уверен, но считаю, что я делаю это неплохо.
- В. Что же, хорошо. Исследования показывают, что использование только зубной пасты недостаточно для очищения всех поверхностей, например контактных пунктов. Для очищения этих областей следует использовать межзубные приспособления, например флосс, зубочистки, межзубные ершики (*предоставление информации*). Вы используете какие-либо из этих средств?
- П. Да, я пытался пользоваться зубной нитью.
- В. И что вы думаете по поводу использования флосса? (*открытый вопрос*).
- П. У меня возникли некоторые трудности при очищении межзубных промежутков. В некоторых местах нить постоянно рвалась, поэтому я прекратил это занятие.
- В. Жаль, что у вас возникли трудности с использованием флосса (*эмпатия*). Флосс действительно может рваться при контакте с острыми краями зубов, пломб, коронок. Образование зубного камня в межзубных промежутках также может осложнить процесс очищения. Вы пробовали использовать что-нибудь еще для очищения межзубных промежутков? (*открытый вопрос*).
- П. Да, я использовал зубочистки.
- В. Таким образом, в дополнение к ежедневной чистке зубов вы иногда используете зубочистки? (*рефлексивное слушание*).
- П. Верно.
- В. Хорошо, перед началом лечения мы отполируем и пришлифуем все пломбы и коронки, которые имеют неровные края. Это поможет избежать скопления зубного камня и облегчить процесс использования зубной нити или зубочисток (*обмен информацией*). Используя десятибалльную шкалу, где 0 — не важно и 10 — чрезвычайно важно, на сколько баллов вы оцените необходимость ежедневного использования флосса и зубочистки для очищения межзубных промежутков? (*использование шкалы готовности*).
- П. Возможно, на семь.
- В. Вы считаете, что это довольно важно. С чем это связано?
- П. Я хочу делать все необходимое для поддержания здоровья моих зубов. Однако я не совсем уверен, что я смогу делать это постоянно.
- В. Похоже, вы довольно мотивированы, потому что хотите следить за здоровьем своих зубов, но не уверены в отношении долгосрочных прогнозов. Используя ту же десятибалльную шкалу, насколько вы уверены, что сможете делать это каждый день в течение длительного времени? (*использование шкалы важности*).
- П. Шесть.
- В. Достаточно уверены. Почему вы поставили шесть баллов?
- П. Что же, забота о здоровье моих зубов — это часть моей ежедневной деятельности, поэтому я просто добавлю к этому использование зубной нити. Однако это потребует от меня дополнительных усилий, но в то же время я понимаю, что это действительно важно для здоровья моих десен.
- В. Нам поможет тот факт, что это станет частью ваших ежедневных процедур. Однако, возможно, я помогу вам придерживаться этой привычки в течение долгого времени, если на последующих визитах буду показывать вам преимущества и результаты, которые вы достигли. Как вы думаете, это поможет? (*поддержка самодостаточности пациента*).
- П. Да, я думаю, что это хорошая идея: если я буду видеть положительную динамику, это действительно замотивирует меня.

В. Прекрасно. Позвольте мне подвести итоги нашего диалога. Вы планируете добавить к вашей ежедневной процедуре чистки зубов использование флосса и зубочисток для очищения контактных пунктов. При этом мы также запланировали провести полировку пломб и коронок для облегчения процесса очищения межзубных промежутков. Затем на каждом последующем посещении я буду демонстрировать положительную динамику, которой вы достигли. Это звучит убедительно? (*резюмирование*).

П. Да, я считаю, мы справимся.

Мотивация к улучшению гигиенических навыков II

Во втором примере на очередном стоматологическом приеме для проведения ППТ мотивационную беседу используют в разговоре о гигиене полости рта.

В. После оценки вашего индекса налета я могу отметить, что по сравнению с прошлым визитом 3 мес назад сейчас имеется более значительное скопление налета в области межзубных промежутков. Я хочу, чтобы вы рассказали мне немного о том, как вы очищаете контактные пункты (*поднятие темы/ разрешение пациента*).

П. Похоже, я делаю это не так часто, как следовало бы. Знаете, мне сейчас едва хватает времени, чтобы проводить эту процедуру каждый день.

В. Я понимаю. Очищение межзубных промежутков требует дополнительного времени, в этом вы совершенно правы (*эмпатия*). Я могу задать вам несколько вопросов относительно гигиенических навыков? Это необходимо, чтобы я лучше разобрался в ситуации (*разрешение пациента*).

П. Конечно.

В. Хорошо. Какие средства вы используете для чистки зубов? (*открытый вопрос для выявления того, что пациент уже делает*).

П. Я использую электрическую зубную щетку и межзубные ершики, которые вы рекомендовали.

В. Хорошо. Как часто вы их используете?

П. Зубную щетку — каждый день, а ершики — время от времени.

В. Таким образом, зубную щетку вы используете регулярно, а межзубные ершики только иногда. Какие мотивы движут вами, когда вы все же решаете ими воспользоваться?

П. Если честно, иногда мне стыдно, что я не использую их регулярно, я замечаю налет на зубах, и это сразу напоминает мне о необходимости использования ершиков.

В. Иногда вы обеспокоены тем, что нерегулярно очищаете межзубные промежутки, так как видите зубной налет в этих областях (*отражение амбивалентности пациента*).

П. Все верно, я считаю, что должен использовать их регулярно.

В. Хорошо, тогда оцените важность ежедневного использования межзубных ершиков по шкале от 0 до 10, где 0 — не важно и 10 — очень важно. Какой балл вы поставите? (*использование шкалы готовности*).

П. Я считаю, что использование межзубных ершиков достаточно важно. Наверное, восемь.

В. Это звучит очень мотивированно. Почему это важно для вас?

П. Я не хочу иметь проблемы, связанные с зубами, — я не люблю ставить пломбы и тем более не хочу потерять свои зубы.

В. Желание избежать боли, дискомфорта и сохранить свои зубы важно для вас. Насколько вы уверены, что будете использовать ершики каждый день? Как бы вы оценили свою уверенность по шкале от 0 до 10? (*использование шкалы готовности*).

П. Как я уже сказал, я считаю использование ершиков достаточно важным, однако мне сложно найти время для этого. Кроме того, часто я просто забываю об этом. Я поставлю три балла.

В. Ежедневное использование ершиков — достаточно сложная для вас задача. Вы не уверены, что сможете использовать их регулярно. Могу я спросить: почему вы поставили три, а не ноль или один?

П. Знаете, я думаю, что буду использовать их чаще, если они станут частью моей ежедневной процедуры чистки зубов. У меня на столе всегда находятся зубочистки, и я использую их каждый раз, когда вижу. Я подумал, что если положу ершики в ванной рядом с моей зубной щеткой, то это будет напоминать мне о необходимости их использования.

В. Прекрасная идея. Вы считаете, есть еще что-то, что может препятствовать вам использовать их? (*поддержка самодостаточности пациента*).

П. Думаю, нет. Когда я положу их на видном месте, я более ответственно буду относиться к их использованию.

В. Очень хорошо. Если резюмировать нашу беседу, вы выглядите достаточно мотивированным, вы считаете, что если положите ершики рядом с вашей зубной щеткой, то это поможет вам не забывать о них и использовать чаще (*резюмирование*).

П. Да, все верно.

В. Прекрасно, когда вы хотите это сделать?

П. Сегодня же вечером.

Отказ от курения

В этом примере метод мотивирующей беседы использован в коротком диалоге на начальном этапе пародонтальной терапии, направленном на отказ пациента от курения.

В. Согласно вашему анамнезу курильщика, вы курите не так давно. Могу я задать вам несколько вопросов по поводу курения? (*поднятие темы/разрешение пациента*).

П. Конечно.

В. Расскажите, пожалуйста, что вы думаете о курении? (*открытый вопрос для выяснения осведомленности пациента о проблеме*).

П. Я знаю, что должен бросить курить, потому что понимаю, что это пагубно для здоровья. Однако я не хочу бросать курить прямо сейчас.

В. Что же, вы не хотите бросать курить прямо сейчас, однако озабочены влиянием курения на ваше здоровье (*попытка справиться с сопротивлением пациента*).

П. Да.

В. Расскажите более подробно, что вас беспокоит?

П. В первую очередь, конечно, рак легких или что-то подобное.

В. Таким образом, вы озабочены риском развития рака вследствие курения. Есть еще что-то, что вас смущает в курении?

П. Если я брошу курить, мои вещи перестанут плохо пахнуть.

В. Хорошо, неприятный запах табака от одежды — это еще один фактор, от которого вы бы хотели избавиться?

П. Да, знаете, я курю много лет и уже не раз пытался бросить.

В. Вы бы хотели бросить курить для сохранения здоровья и по еще нескольким причинам, однако у вас есть негативный опыт (*реакция врача на амбивалентность пациента*).

П. Да, в настоящее время я наслаждаюсь курением, поэтому я не слишком мотивирован отказаться от него.

В. Хорошо, звучит так, как будто у вас есть достаточно веские причины отказа от курения, однако вы не уверены в своем успехе и готовности бросить курить прямо сейчас. Скажите, пожалуйста, можем ли мы вновь поговорить об этом спустя некоторое время, когда я вновь увижу вас? (*резюмирование*).

П. Да, конечно.

Заключение

Хронические вредные привычки не только влияют на общее и стоматологическое здоровье, но и отягощают течение имеющегося заболевания.

Первичная и вторичная профилактика на индивидуальном уровне должна быть ориентирована на изменение и отказ от вредных привычек. Такая профилактика входит в профессиональную ответственность врачей всех специальностей. Метод мотивирующей беседы — эффективный способ, который может быть включен в план пародонтальной терапии для устранения риска развития и прогрессирования заболеваний пародонта, таких как неудовлетворительная гигиена полости рта, курение, нездоровые пищевые привычки, злоупотребление алкоголем.

Список литературы

1. Albandar J.M. Periodontal diseases in North America // *Periodontology* 2000. 2002. Vol. 29. P. 31–69.
2. Albandar J.M., Brunelle J.A., Kingman A. Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States, 1988–1994 // *Journal of Periodontology*. 1999. Vol. 70. P. 13–29.
3. Almomani F., Brown T., Williams K., Catley D. Effects of an oral health promotion program in people with mental illness // *Journal of Dental Research*. 2009. Vol. 88. P. 648–652.
4. Bandura A.E. *Self-Efficacy in Changing Societies*. New York : Cambridge University Press, 1995.
5. Bergstrom J. Cigarette smoking as risk factor in chronic periodontal disease // *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1989. Vol. 17. P. 245–247.
6. Borrelli B., Novak S., Hecht J. et al. Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: outcomes from project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking) // *Preventive Medicine*. 2005. Vol. 41. P. 815–821.
7. Bowen D., Ehret C., Pedersen M. et al. Results of an adjunct dietary intervention program in the Women's Health Initiative // *Journal of the American Diet Association*. 2002. Vol. 102. P. 1631–1637.
8. Burke B.L., Arkowitz H., Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003. Vol. 71. P. 843–861.
9. Burke B.L., Dunn C.W., Atkins D.C., Phelps J.S. The emerging evidence base for motivational interviewing: A meta-analytic and qualitative inquiry // *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2004. Vol. 18. P. 309–322.
10. Butler C.C., Rollnick S., Cohen D. et al. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: A randomized trial // *British Journal of General Practice*. 1999. Vol. 49. P. 611–616.
11. Demetriou N., Tsami-Pandi A., Parashis A. Compliance with supportive periodontal treatment in private periodontal practice. A 14-year retrospective study // *Journal of Periodontology*. 1995. Vol. 66. P. 145–149.
12. Fiore M.C. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence // *Respiratory Care*. 2000. Vol. 45. P. 1200–1262.
13. Godard A., Dufour T., Jeanne S. Application of self-regulation theory and motivational interview for improving oral hygiene: a randomized controlled trial // *Journal of Clinical Periodontology*. 2011. Vol. 38. P. 1099–1105.
14. Haber J., Wattles J., Crowley M. et al. Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis // *Journal of Periodontology*. 1993. Vol. 64. P. 16–23.