

DOI: 10.24411/2077-7566-2018-100021

УДК: 159.9.072.423; 616.31-085

КОМПЛЕКСНЫЙ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ В МАУ «СП № 12»

Чернавский А.Ф.^{1,2}, Петров И.А.¹, Бадалян А.А.¹, Ханаева Г.П.¹, Блинд Э.Б.¹

¹ МАУ «Стоматологическая поликлиника № 12», г. Екатеринбург, Россия

² ФГАОВ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», г. Екатеринбург, Россия

Аннотация

Предмет. При оказании комплексной стоматологической помощи врачи-стоматологи, проводя клиническое обследование пациента, чаще всего не учитывают свою психологическую готовность к длительным стоматологическим вмешательствам, не уделяют должного внимания психологическим особенностям пациента и формированию мотивационных компонентов при комплексном стоматологическом вмешательстве как у пациента, так и у врача. Большинство врачей-стоматологов при оказании медицинской помощи узкоспециализированно подходят к обследованию и лечению пациента, не уделяют внимание установлению психологического контакта с пациентом и другими специалистами стоматологического профиля. Психологические проблемы подготовки пациента и медицинского персонала к комплексному стоматологическому вмешательству в амбулаторной практике являются актуальной проблемой стоматологии и клинической психологии [3, 4].

Актуальность настоящего исследования обусловлена недостаточной разработанностью медико-психологических проблем диагностики и купирования эмоциональных реакций, возникающих у пациентов и врачей-стоматологов при оказании комплексной стоматологической помощи и проявляющихся в эмоциональном напряжении, тревоге и страхе. Необходимость данного исследования диктовалась также клиническими потребностями врачей-стоматологов.

Цель — изучение психологической готовности врача-стоматолога и пациента к проведению комплексного стоматологического вмешательства.

Методология. Проведено исследование с использованием метода наблюдения, анкетирования и интроспекции состояния ряда психических и психофизиологических функций медицинских работников в условиях профессиональной среды, психофизиологического состояния пациентов в процессе оказания комплексной стоматологической помощи.

Результаты. Проведение своевременной психотерапевтической работы с врачом — стоматологом-хирургом, врачом — стоматологом-ортопедом, врачом-ортодонтом и пациентом, использование современных местных анестетиков, оборудования и стоматологического материала позволяют проводить успешное комплексное лечение при первичной адентии в условиях муниципального учреждения.

Выводы. При проведении комплексных стоматологических вмешательств в амбулаторных условиях необходимо учитывать не только структуру профессиональной готовности врачей, включающую их психологическую готовность, но и психофизиологическую готовность пациента, которая зависит как от объективных (мотивационного, интеллектуально-операционного и психофизиологического состояния), так и субъективных (способности к адекватной самооценке и саморегуляции) факторов.

Ключевые слова: структура профессиональной готовности врачей, психокоррекционная интервенция, ортодонтическое лечение, имплантация, ортопедическое лечение

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

Адрес для переписки:

Александр Фридрихович Чернавский

к. п. н., заместитель главного врача по медицинской части,
Стоматологическая поликлиника № 12, доцент кафедры клинической
психологии и психофизиологии ИСПН, Уральский федеральный университет
имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, Екатеринбург, Россия
docent.alex@mail.ru
620050, г. Екатеринбург, ул. Техническая, д. 28 (МАУ «СП № 12»)
Тел. +7(922) 1062698

Образец цитирования:

Чернавский А.Ф., Петров И.А., Бадалян А.А., Ханаева Г.П., Блинд Э.Б.
КОМПЛЕКСНЫЙ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ
ДЛИТЕЛЬНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ В МАУ «СП № 12»
Проблемы стоматологии, 2018, т. 14, № 1, стр. 116-121
© Чернавский А.Ф. и др. 2018
DOI: 10.24411/2077-7566-2018-100021

Correspondence address:

Aleksandr F. Chernavsky

Cand. Sci. (Psycholog.) Deputy Head Physician for Medical
Treatment, Dental clinic №12, Associate professor of the Department
of clinical psychology and psychophysiology of the Institute of
Social and Political Sciences, Ural Federal University named after
the first President of Russia B. N. Yeltsin, Ekaterinburg, Russia
docent.alex@mail.ru
620050, Russia, Ekaterinburg, Tehnicheskaya, 28 (MAU SP №12)
Tel. +7(922) 1062698

For citation:

Chernavsky A.F. Petrov I.A., Badalyan A.A., Khanayeva G.P., Blind E.B.
A MULTIDIMENSIONAL APPROACH IN TERMS OF LONGTIME
DENTAL TREATMENT IN DENTAL CLINIC № 12
Actual problems in dentistry, 2018. Vol. 14, № 1, pp. 116-121
© Chernavsky A.F. and oth. 2018
DOI: 10.24411/2077-7566-2018-100021

A MULTIDIMENSIONAL APPROACH IN TERMS OF LONGTIME DENTAL TREATMENT IN DENTAL CLINIC № 12

Chernavsky A.F.^{1,2}, Petrov I.A.¹, Badalyan A.A.¹, Khanayeva G.P.¹, Blind E.B.¹

¹ Municipal autonomous institution Dental clinic №12, Ekaterinburg, Russia

² Ural Federal University named after the first President of Russia B. N. Yeltsin, Ekaterinburg, Russia

Abstract

Subject. In the delivery of multidimensional dental care, when examining a patient, dental practitioners tend to ignore their psychological readiness for long-term stomatologic treatment and neglect the patient's psychological traits and development of motivating factors for both the patient and the dental practitioner in the process of multidimensional dental treatment. Delivering health care services most dental practitioners approach examination and treatment of a patient in a narrow specialized way and neglect to make psychological contact with a patient and other dental experts. Psychological problems of preparation of a patient and medical staff for multidimensional dental treatment in outpatient practice are a topical issue of dentistry and clinical psychology [3, 4].

Relevance. The relevance of this research stems from immaturity of medical and psychological issues of diagnosis and reduction of emotional reactions involving emotional tension, anxiety, and fear which patients and dental practitioners tend to feel in the process of rendering multidimensional dental care. The necessity of this research arose from clinical needs of dental practitioners.

Objective. The research objective was to study psychological readiness of dental practitioners and patients for multidimensional dental treatment.

Methodology. The study employed an observation method, questionnaire survey, and introspection of a number of mental and psychophysiological functions of medical staff in the context of professional environment, as well as psychophysiological state of patients in the process of receiving multidimensional dental care.

Results. Conducting well-timed psychotherapeutic work with a surgeon dentist, a prosthodontist, an orthodontist, and a patient, using contemporary local anesthetics, equipment, and dental material provide successful multidimensional treatment of primary edentulism under municipal clinic conditions.

Conclusions. When delivering multidimensional dental treatment in outpatient settings, it is necessary to consider not only the structure of doctors' professional readiness involving their psychological readiness, but also patient's psychophysiological readiness dependent on both objective (motivational, intellectual-operational and psychophysiological state) and subjective (self-assessment and self-regulation ability) factors.

Keywords: *medical professional readiness structure, psychocorrective intervention, orthodontic treatment, implantation, prosthodontic treatment*

Введение

Потребность пациентов в возрасте 17—45 лет в комплексном (ортодонтическом и ортопедическом) лечении, по данным литературы, составляет от 30 до 55%. Дефекты и деформации зубных рядов сопровождаются перегрузкой тканей пародонта, что существенно затрудняет проведение качественного ортопедического лечения даже после нормализации окклюзии зубных рядов и функций жевательного аппарата и указывает на необходимость подключения хирургического лечения.

Обращение за комплексной стоматологической помощью в связи с врожденным отсутствием (первичной адентией) боковых резцов происходит все чаще. Причинами отсутствия постоянных зачатков данных зубов могут быть и генетическая предрасположенность, и ухудшение экологической обстановки, и нарушение минерального обмена во внутриутробном периоде, а также возникновение болезней раннего детского возраста, нарушения функции желез внутренней секреции, прием некоторых лекарственных препаратов и т.д. Пациенты, обратившиеся за ортодонтической помощью, чаще всего страдают и от психологического стресса — индивидуальной реакции

личности на субъективный образ окружающей действительности. Они обеспокоены изменением внешнего облика (действительным или мнимым), нарушениями произношения звуков речи, неполноценным жеванием, ограничением в выборе профессии, трудностями общения и т.д. Выраженность психологических проявлений зависит от типа нервной деятельности, особенностей восприятия своей внешности, социального окружения и его реакции, собственной оценки своего состояния и отношения медицинского работника к медицинским и психологическим проблемам пациента [6, 5].

Несмотря на существенные успехи в оказании стоматологической помощи, остается большое количество вмешательств, связанных с негативными психосоматическими и эмоциональными реакциями пациентов, а порой и выраженным дискомфортом как при оказании стоматологической помощи, так и после ее окончания. Чаще всего при этом мы наблюдаем состояния тревожности, стресса и психологического напряжения, переходящего в эмоциональный срыв или депрессивные состояния, приводящие к невозможности эффективного стоматологического лечения.

Материалы и методы исследования

В МАУ «СП № 12» с привлечением клинических психологов проведены дифференцировка врачей по обнаруженным психологическим особенностям, а также работа по выявлению психоэмоционального статуса работников, уровня эмоционального интеллекта у врачей, определены профессионально важные качества врача, разработан и внедрен алгоритм работы с перспективными специалистами [13].

Помимо психологического исследования врачей, проведена работа по внедрению в практику работы врача-ортодонта системы оказания ортодонтической помощи населению на основе структурной модели системы помощи для крупного промышленного центра — многоуровневой системы организации ортодонтической помощи взрослому населению на базе многопрофильной стоматологической клиники [1], в которую, исходя из запроса практиков, также были включены логопед и невролог. Была разработана модель оказания ортодонтической помощи (рис. 1).

Многие врачи-ортодонты, получившие классическое медицинское образование, понимают связь психики и тела. Понимание есть, а вот что с этим делать, мало кто знает. Как стоматолог может использовать знания и опыт психологии?! Основная проблема ортодонтических пациентов — это эстетика улыбки. Красивая улыбка помогает человеку быть более уверенным в себе и является очень важным социально-психологическим фактором. Пациенты идут к ортодонтам с целью улучшения качества их жизни благодаря обретению великолепной улыбки, что невозможно без психологической помощи [11].

Проводятся психологический анализ жалоб пациентов и их родителей, анкетирование, тестирование, при необходимости — психотерапевтическая беседа, позволяющие выделить особую значимость психосоциальных проблем, формирующихся в семье пациента [14]. Опираясь на предлагаемую многоуровневую систему, куда помимо предложенного, исходя из запроса практиков, включили логопеда и невролога, создан проект оказания ортодонтической помощи детскому и взрослому населению, включающий в себя:

- определение психологических особенностей пациента;



Рис. 1. Модель системы оказания ортодонтической помощи населению крупного промышленного центра в МАУ «СП № 12».

Fig. 1. The model of the orthodontal care delivery system for adults of a major industrial center applied in MAU SP №12.

- учет психологических особенностей врача;
- клинические особенности заболевания;
- особенности ортодонтического плана лечения;
- социально-экономические факторы;
- факторы, связанные с организацией медицинской помощи.

В рамках муниципальной стоматологической клиники нет задачи провести коррекцию мировосприятия или реагирования человека, но важно отфильтровать пациентов, тип личности которых не даст возможности бесстрессово как для пациента, так и для персонала провести дорогостоящее, сложное, комплексное стоматологическое лечение. С целью выработки четких правил, обязательных для ортодонта, а также на основе ранее проведенных психологических исследований и практических наблюдений мы провели разделение пациентов на следующие психотипы (рис. 2).

Распределение пациентов стоматологического профиля по психотипам:			
Психотип пациента	Длительность ортодонтического лечения	Прогностические признаки	Исход лечения
Устойчивый	Рекомендовано в первую очередь	Адекватное отношение к ситуации, нет зависимостей, высокий уровень нервно-психической устойчивости	Благоприятный
Средне устойчивый	Рекомендовано	Средний уровень нервно-психической устойчивости	Благоприятный
Низко устойчивый	Условно рекомендовано	Низкий уровень нервно-психической устойчивости	Неблагоприятный. После проведения психокоррекционных мероприятий прогноз благоприятный.
Не устойчивый	Не рекомендовано	Низкий уровень адаптации, нервно-психическая неустойчивость, высокая вероятность развития осложнений в ходе лечения	Крайне неблагоприятный. Даже после проведения психокоррекционных мероприятий прогноз неблагоприятный.

Рис. 2. Распределение пациентов стоматологического профиля по психотипам.

Fig. 2. Allocation of dental patients to psychological types.

В результате проведенной работы сформировался комплексный клиничко-психологический подход при оказании стоматологической помощи пациенту с целью повышения его качества жизни (рис. 3).

Одним из примеров успешного применения комплексного клиничко-психологического подхода в стоматологической практике является следующий клинический случай.



Рис. 3. Комплексный клиничко-психологический подход.

Fig. 3. Comprehensive clinical psychological approach.

Пациентка Т. 26 лет обратилась в стоматологическую поликлинику МАУ «СП № 12» к врачу — стоматологу-хирургу с жалобами на эстетический дефект в связи с отсутствием боковых резцов на верхней челюсти. После проведенного обследования и консультаций со смежными специалистами в рамках комплексного клиничко-психологического подхода пациенту установлен диагноз «первичная адентия боковых резцов верхней челюсти K00.00».

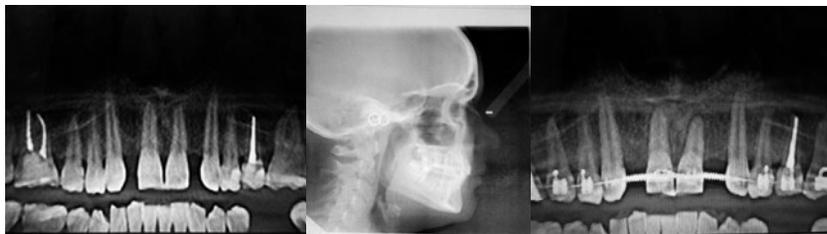


Фото. 1. Планирование и проведение ортодонтического лечения.
Photo 1. Orthodontic treatment planning and performing.

Определен психотип пациентки как устойчивый. В соответствии с данными психологического исследования разработан и согласован план комплексного стоматологического обследования и лечения, предусматривающий ортодонтический, хирургический и ортопедический этапы. Пациентка направлена на лечение к врачу-ортодонт для подготовки к хирургическому этапу, так как на момент первичного осмотра имелся дефицит места между зубами 2.1, 2.3 и 1.1, 1.3 (фото 1). При осмотре врачом-ортодонтом проведены стоматологическое обследование пациента, основные и дополнительные методы обследования, собран анамнез. Пациентка направлена на компьютерную томографию верхней и нижней челюстей. Ей были назначены необходимые дополнительные методы обследования и консультации смежных специалистов, а также установлен клинический диагноз основного заболевания «скелетный класс I, протрузия верхних резцов, нормальный профиль, уменьшение назолабиального угла, уменьшенная экспозиция резцов». Сопутствующие заболевания: смещение средней линии на верхней челюсти вправо, укорочение верхнего зубного ряда, мезиальное смещение зубов 1.3; 2.3 и 3.7, скученность и ротация резцов нижней челюсти, первичная адентия 1.2; 2.2, вторичная адентия зуба 3.6, повышенная стираемость резцов нижней челюсти.



Фото. 2. Планирование хирургического этапа.
Photo 2. Surgical stage planning.



Фото. 3. Проведение хирургического этапа.
Photo 3. Surgical stage performing.

Проведено ортодонтическое лечение на несъемной технике с применением брекет-системы (13 месяцев). Достигнуты запланированные результаты, созданы условия для установки имплантата в области отсутствующих зубов 1.2; 2.2 (фото 2).

При проведении хирургического этапа комплексного лечения при объективном осмотре выявлено расстояние 5,5 мм между зубами 1.1, 1.3 и 2.1, 2.3 (фото 3). На зубах верхней и нижней челюстей зафиксирована брекет-система (1.2, 2.2) и определено расстояние между корнями зубов 1.1 и 1.3, 2.1 и 2.3. После проведенного обследования на компьютерной томографии верхней и нижней челюстей определены следующие параметры: ширина альвеолярного отростка в области отсутствующих зубов в области



Фото. 4. Проведение ортопедического этапа.
Photo 4. Prosthodontic stage performing.

1.2, 2.2 — 6 мм, расстояние между корнями зубов 1.1, 1.3 и 2.1, 2.3 — 6,5 мм. Показатели результатов анализов крови — в пределах нормы.

На основании основных и дополнительных методов обследования было принято решение замещения дефектов дентальными имплантатами в области 1.2, 2.2 зубов.

Проведена операция установки дентальных имплантатов в области 1.2, 2.2 зубов.

Установка имплантатов проводилась без снятия брекет-системы с зубов верхней челюсти, чтобы предотвратить перемещение зубов в процессе интеграции имплантатов. Через 2 недели были сняты швы. Спустя четыре месяца установлены формирователи десен в области имплантатов 1.2, 2.2.

На заключительном, ортопедическом этапе лечения (фото 4) поставлена задача создать максимально «белую и розовую» эстетику, так как у пациентки

наблюдался гингивальный тип улыбки, а работа связана с активным общением.

На этапе протезирования сняты брекететы. Протезирование проведено в два этапа:

- изготовление временных композитных коронок с винтовой фиксацией на имплантатах 1.2, 2.2 для формирования естественного десневого контура в области зубов 1.2, 2.2;
- после того как мы добились получения десневого контура, были сняты слепки для изготовления постоянных циркониевых коронок на индивидуальных циркониевых абатментах.

На всех этапах лечения отслеживалось психологическое состояние пациентки и при необходимости проводились психокоррекционные мероприятия по сохранению ее состояния в рамках устойчивого типа.

Результаты и их обсуждение

Применение своевременной психотерапевтической работы с врачами-стоматологами и пациентами, использование комплексного клиничко-психологического подхода при проведении продолжительного лечения позволяют сохранять психотип пациента на уровне устойчивого или среднеустойчивого [7, 8, 12]. Для достижения успеха в комплексном стоматологическом лечении необходимо следовать объективным и субъективным целям, зафиксированным при составлении плана лечения врачом и пациентом. Врач оценивает объективные показатели проведенного лечения и возможность сохранения результата стоматологического вмешательства на длительное время, так как любое стоматологическое изделие является биомеханической конструкцией. Пациенты решают, достигнуты ли субъективные цели (например, привлекательность лица), так как большинство из них обращаются за лечением по эстетическим причинам, для повышения уверенности в себе. Одним из основных психологических критериев сохранения качества жизни при проведении и по окончании длительного стоматологического лечения является готовность пациента при необходимости снова подвергнуться подобному лечению. Кроме того, работы стоматологов

и клинических психологов доказывают, что успешное комплексное стоматологическое лечение у взрослых пациентов поднимает самооценку, улучшает психофизиологическое состояние, повышает степень уверенности в себе и позволяет успешно решать социальные вопросы.

Большинство взрослых, которые завершили комплексное стоматологическое лечение и вложили значительную сумму в собственное стоматологическое здоровье, высокомотивированы в отношении поддержания гигиены ротовой полости и регулярного обращения за помощью к профессиональным стоматологам.

Выводы

Диагностика и лечение с агенезией боковых резцов являются довольно сложной клинической задачей. Применение комплексного клиничко-психологического подхода позволяет достичь максимального эстетического и функционального результата.

При планировании комплексных стоматологических вмешательств в амбулаторных условиях необходимо учитывать не только структуру профессиональной готовности врачей, включающую и психологическую готовность, но и психотип пациента, его психофизиологическую готовность к длительному стоматологическому лечению [2, 9, 10].

Комплексный клиничко-психологический подход позволяет врачу-стоматологу учитывать лабильность нервной системы пациента, осуществлять психокоррекционные интервенции на объективные (мотивационные, интеллектуально-операционные, психофизиологическое состояние) и субъективные (способность к адекватной самооценке и саморегуляции, влияющая на готовность пациента к сложным медицинским вмешательствам и продолжительному стоматологическому лечению) факторы.

Комплексная междисциплинарная реабилитация продемонстрировала успешный результат лечения пациента молодого возраста с восстановлением функциональных и эстетических параметров в условиях агенезии боковых резцов верхней челюсти.

Литература

1. Бимбас, Е. С. Системная реорганизация ортодонтической помощи взрослому населению крупного промышленного центра : научное издание / Е. С. Бимбас, С. И. Блохина. – Екатеринбург, 2005. – 128 с.
2. Ильин, Е. П. Психология индивидуальных различий / Е. П. Ильин. – Санкт-Петербург : Питер, 2004. – 701 с.
3. Конечный, Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Богухал – Москва : Изд-во Прага ; Авиценум, 1974. – 405 с.
4. Косырев, В. Н. Психологическая модель диагностической компетентности врача. [Электронный ресурс] / В. Н. Косырев // Медицинская психология в России. – 2011. – № 1. – Режим доступа : <http://medpsy.ru>.
5. Маркова, А. К. Психология профессионализма. / А. К. Маркова. – Москва, 1996. – 34 с.
6. Прядин, В. П. Психология страха : монография / В. П. Прядин, А. Ф. Чернавский. – Екатеринбург : Изд-во Урал. Ун-та, 2018. – 216 с.
7. Соколова А. С. «Профессионально важные качества» и «Профессиональная компетентность» как детерминанты профессиональной успешности / А. С. Соколова // Среднее профессиональное образование. – 2010. – № 7. – С. 47–49.
8. Стахнева, И. Ю. Психологическая устойчивость личности к стрессогенным факторам [Электронный ресурс] / И. Ю. Стахнева. – Режим доступа : http://www.edit.muh.ru/content/mag/trudy/11_2009/09.pdf (дата обращения : 09.01.2018)
9. Терентьев, И. А. Необходимость психологического сопровождения профессионально-личностного развития врача / И. А. Терентьев // Известия Южного федерального университета. Технические науки. – 2006. – № 14. – С. 158–162.
10. Тихомирова, О. Г. Организационная культура: формирование, развитие и оценка / О. Г. Тихомирова. – Санкт-Петербург : СПбГУ ИТМО, 2008. – 154 с.
11. Шадриков, В. Д. Новая модель специалиста: инновационная подготовка и компетентностный подход / В. Д. Шадриков // Высшее образование сегодня. – 2004. – № 8. – С. 26–31.
12. Шадриков, В. Д. Психология деятельности и способности человека / В. Д. Шадриков. – Москва : Логос, 1996.

13. Эмпирическое исследование стрессоустойчивости в условиях стоматологического муниципального учреждения / А. Ф. Чернавский, И. А. Петров, А. С. Гаврилова, М. А. Чернавский // Проблемы стоматологии. – 2016. – Т. 12, № 3. – С. 107–112.
14. Чернавский, А. Ф. Формирование психологической устойчивости врачей стоматолога МАУ «СП № 12» при оказании медицинских услуг / А. Ф. Чернавский, И. А. Петров, О. Е. Белова // Проблемы стоматологии. – 2016. – Т. 12, № 2. – С. 116–124.

References

1. Bimbas E.S., Blokhina S.I. *Sistemnaya reorganizatsiya ortodonticheskoy pomoschi vzrosloму naseleniyu krupnogo promyshlennogo tsentra* [System reorganization of orthodontal care services for adults in a major industrial center]. Yekaterinburg, 2005, 128 p.
2. Ilyin E.P. *Psikhologiya individualnykh razlichiy* [Differential psychology]. St. Petersburg, Piter, 2004, 701 p.
3. Konechniy R., Bogukhal M. *Psikhologiya v meditsine* [Psychology in medicine]. Prague, Avicenum, 1974, 405 p.
4. Kosyrev V.N. [A psychological model of doctors' diagnostic competence] *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii = Medical psychology in Russia*, 2001, no. 1, available at: <http://medpsy.ru> (In Russ.)
5. Markova A.K. *Psikhologiya professionalizma* [Psychology of professionalism]. Moscow, 1996, 34 p.
6. Pryadein V.P., Chernavsky A.F. *Psikhologiya strakha* [Psychology of fear]. Yekaterinburg, Publishing office of Ural State University, 2018, 216 p.
7. Sokolova A.S. [“Professionally important qualities” and “Professional competence” as determinants of professional success] *Sredneye professional'noye obrazovaniye = The Journal of Secondary Vocational Education*, 2010, no. 7, pp. 47–49.
8. Stakhneva I.Yu. [Psychological resistance to stress factors]. Available at: http://www.edit.muh.ru/content/mag/trudy/11_2009/09.pdf (accessed 09.01.2018)
9. Terentyev I.A. [Need for psychological follow-up of professional and personal development of a doctor] *Lvestiya Yuzhnogo federalnogo universiteta. Tekhnicheskie nauki = News of Southern Federal University. Technical sciences*, 2006, no. 14, pp. 158–162. (In Russ.)
10. Tikhomirova O.G. *Organizatsionnaya kultura: formirovaniye, razvitiye i otsenka* [Organizational culture: formation, development and evaluation]. St. Petersburg, ITMO University, 2008, 154 p.
11. Shadrikov V.D. [A new type of a specialist: innovation training and a competency-based approach] *Vysshneye obrazovaniye segodnya = Higher Education Today*, 2004, no. 8, pp. 26–31. (In Russ.)
12. Shadrikov V.D. *Psikhologiya deyatel'nosti i sposobnosti cheloveka* [Psychology of activity and human capability]. Moscow, Logos, 1996.
13. Chernavsky A.F., Petrov I.A., Gavrilova A.S., Chernavsky M.A. [Empirical study of stress resistance in dental municipal clinic settings] *Problemy stomatologii = Actual problems in dentistry*, 2016, vol. 12, no. 3, pp. 107–112. (In Russ.)
14. Chernavsky A.F., Petrov I.A., Belova O.A. [Development of psychological resistance of dentists when rendering medical services at Municipal autonomous institution Dental clinic №12 (MAU SP №12)] *Problemy stomatologii = Actual problems in dentistry*, 2016, vol. 12, no. 2, pp. 116–124. (In Russ.)

Авторы:

Александр Фридрихович Чернавский

к. п. н., заместитель главного врача по медицинской части, Стоматологическая поликлиника № 12, доцент кафедры клинической психологии и психофизиологии ИСПН, Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, Екатеринбург, Россия
docent.alex@mail.ru

Игорь Александрович Петров

к. м. н., главный врач, Стоматологическая поликлиника № 12, Екатеринбург, Россия
stomat12@mail.ru

Араик Александрович Бадалян

заведующий хирургическим отделением, Стоматологическая поликлиника № 12, Екатеринбург, Россия
stomat12@mail.ru

Эдгар Борисович Блинд

врач — стоматолог-ортопед, ортопедическое отделение № 2, Стоматологическая поликлиника № 12, Екатеринбург, Россия
stomat12@mail.ru

Галина Петровна Ханаева

врач-ортодонт высшей квалификационной категории детского отделения № 2, Стоматологическая поликлиника № 12, Екатеринбург, Россия
stomat12@mail.ru

Authors:

Aleksandr F. Chernavsky

Cand. Sci. (Psycholog.), Deputy Head Physician for Medical Treatment, Dental clinic №12, Associate professor of the Department of clinical psychology and psychophysiology of the Institute of Social and Political Sciences, Ural Federal University named after the first President of Russia B. N. Yeltsin, Ekaterinburg, Russia
docent.alex@mail.ru

Igor A. Petrov

Cand. Sci. (Med.), Head Physician, Dental clinic №12, Ekaterinburg, Russia
stomat12@mail.ru

Araik A. Badalyan

Head of the Department of Surgery, Dental clinic №12, Ekaterinburg, Russia
stomat12@mail.ru

Edgar B. Blind

Prosthodontist, Orthopedic Department №2, Dental clinic №12, Ekaterinburg, Russia
stomat12@mail.ru

Galina P. Khanayeva

Orthodontist of superior expert category, Pediatric Unit №2, Dental clinic №12, Ekaterinburg, Russia
stomat12@mail.ru

Поступила

02.02.2018 Received

Принята к печати

16.02.2018 Accepted