

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Сокольская

СОКОЛЬСКАЯ

Оксана Юрьевна

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДОВ
ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

14.01.14 – Стоматология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

док. мед. наук, профессор

БИМБАС Евгения Сергеевна

Екатеринбург – 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	10
1.1. Стоматологический статус у детей дошкольного возраста	10
1.2. Современный взгляд на этиопатогенез и профилактику кариеса зубов у детей.....	13
1.3. Современные представления о причинах нарушения психологического состояния ребенка на стоматологическом приеме	26
1.4. Современные подходы в подготовке детей к санации полости рта.....	34
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	46
2.1. Общий дизайн и структура исследования.....	46
2.2. Клинические методы исследования.....	51
2.2.1. Клинические методы исследования стоматологического статуса.....	51
2.2.2. Электрометрический метод исследования.....	53
2.2.3. Методы исследования психологического статуса детей..	54
2.3. Статистические методы исследования.....	57
Глава 3. ГОТОВНОСТЬ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ КАК КАРИЕСОГЕННЫЙ ФАКТОР.....	58
3.1. Стоматологический статус у детей дошкольного возраста в группах с разной степенью готовности к стоматологическому лечению.....	58
3.2. Влияние возрастных особенностей на готовность к стоматологическому лечению.....	65
3.3. Влияние предыдущего опыта на готовность к	

стоматологическому лечению.....	68
Глава 4. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С КАРИЕСОМ ЗУБОВ.....	73
4.1. Программа лечебно-профилактической помощи детям дошкольного возраста с кариесом зубов с использованием психолого-педагогических методов.....	73
4.2. Реализация программы лечебно-профилактической помощи.....	80
4.3. Результаты профилактики и лечения.....	84
4.4. Графики диспансерного наблюдения в зависимости от степени готовности детей к лечению.....	87
4.5. Динамика стоматологических показателей на этапах диспансеризации.....	94
Глава 5. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	99
ВЫВОДЫ.....	104
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	105
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	106
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	136

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	Артериальное давление
ВАК РФ	Высшая аттестационная комиссия Российской Федерации
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ГБОУ ВПО	Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
ГИ	гигиенический индекс
ИТ	индекс тревожности
кпу	индекс интенсивности кариеса временных зубов
КПУ	индекс интенсивности кариеса постоянных зубов
КПУ + кпу	индекс интенсивности кариеса в сменном прикусе
СИЦ	стеклоиномерный цемент
СП	стоматологическая поликлиника
УИК	уровень интенсивности кариеса
УГМУ	Уральский государственный медицинский университет
ЧД	частота дыхания
ROCS (DRC)	Remineralizing Oral Care Systems (Distribution Retail Company)

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

Проблема кариеса у детей дошкольного возраста остается актуальной [3, 4, 20, 25, 43, 61, 64, 74, 105, 118, 124, 127, 131, 145, 153, 168, 201, 238]. Уже в возрасте 1 года распространенность кариеса составляет 12,2 %, в 3 года — 57,7 %, а к 6 годам достигает 85,4 %. Показатели интенсивности кариеса также стремительно увеличиваются с возрастом: в 1 год — 0,3, 3 года — 2,8, 6 лет — 5,4 [3, 4, 25, 61, 63, 64, 68, 104, 105, 118, 124, 131]. Такая высокая заболеваемость является показанием к активной профилактике и лечению кариеса зубов у детей [43, 81, 99, 114, 118, 164, 168]. Но в клинике врачи зачастую не могут провести амбулаторное лечение кариеса зубов, а родители в домашних условиях затрудняются выполнить индивидуальную гигиену детям дошкольного, а особенно раннего детского возраста, в полном объеме по причине их негативного отношения к стоматологическим вмешательствам [15, 67, 76, 82, 90, 106, 169]. Среди основных факторов, влияющих на формирование негативных психо-эмоциональных реакций и поведения, авторы выделяют малый возраст, повышенную ситуативную и общую тревожность, повышенную чувствительность к боли и негативный опыт [6, 8, 9, 10, 13, 22, 46, 56, 57, 62, 67, 76, 83, 89, 91, 102, 116, 123, 167, 169, 176, 179, 180, 183, 205, 217, 219, 222, 225, 228, 236]. Сочетание высокой интенсивности кариеса и негативного отношения к лечению приводят врача к необходимости выбора санации полости рта у детей — под общим обезболиванием или с помощью седации, — которые являются вынужденной процедурой и наряду с преимуществами имеют и недостатки [8, 10, 41, 49, 83, 87, 89, 93, 116, 120, 133, 136, 137, 138, 146, 151, 161, 169, 171, 191, 192, 207, 213, 220, 231]. Авторы отмечают результаты лечения кариеса под наркозом как неудовлетворительные [41, 56, 57, 89, 143, 147, 168, 173, 199, 229, 239]. Кроме общих осложнений санации под наркозом, часто наблюдаются такие местные осложнения, как выпадение пломб в ряде случаев на 2-й или 3-й день после санации. Регистрируются множественные (5-6) санаций под наркозом за дошкольный период. Основной недостаток указанных методов с точки зрения стоматологии — это кратковременное

устранение страха в отношении лечения. При следующих посещениях стоматолога ребенок может снова демонстрировать негативное отношение к профилактике и лечению зубов. Поэтому для проведения санации и профилактики в амбулаторных условиях большое значение приобретают немедикаментозные способы преодоления страха. Среди них — информационные, обучающие, психологические, воспитательные методы. Они позволяют выработать устойчивое позитивное отношение к стоматологическому лечению [8, 22, 27, 32, 46, 56, 57, 76, 114, 150, 158, 169, 175, 208, 209].

Несмотря на широкий спектр способов преодоления страха, не существует доступных программ лечебно-профилактической помощи детям дошкольного возраста с кариесом зубов с использованием психолого-педагогических методик. Стоматологи мало информированы об этих методах, не используют их в подготовке детей дошкольного возраста к санации полости рта. В стоматологии психолого-педагогические методы могут быть реализованы в системе диспансеризации, но ее применение в настоящее время является недостаточным [1, 4, 25, 26, 38, 49, 89, 118, 120, 125, 145, 191, 198].

Цель исследования

Повысить эффективность профилактики и лечения кариеса зубов у детей дошкольного возраста в амбулаторных условиях путем реализации авторской лечебно-профилактической программы.

Задачи исследования:

1. Выделить группы детей дошкольного возраста по степени готовности к стоматологическому лечению.
2. Определить стоматологический статус детей дошкольного возраста и его взаимосвязь со степенью готовности детей к лечению.
3. Разработать и оценить эффективность 5-летнего применения программы лечебно-профилактической помощи детям дошкольного возраста с кариесом зубов с использованием психолого-педагогических методов.

4. Разработать и реализовать алгоритм диспансерного наблюдения детей дошкольного возраста с различной степенью готовности к стоматологическому лечению.

Научная новизна

Впервые изучена взаимосвязь психоэмоционального состояния ребенка и динамики развития кариеса зубов у детей дошкольного возраста.

Описаны три степени готовности детей дошкольного возраста к стоматологическому лечению.

Определены этапы подготовки детей к санации полости рта в амбулаторных условиях и составлена программа лечебно-профилактической помощи детям дошкольного возраста с кариесом зубов с использованием психолого-педагогических методов.

Впервые обоснованы сроки диспансерного наблюдения детей дошкольного возраста с разным уровнем интенсивности кариеса с учетом степени готовности детей к стоматологическому лечению.

Практическая значимость

Предложенная программа лечебно-профилактической помощи детям дошкольного возраста с кариесом зубов с использованием психолого-педагогических методов повышает эффективность профилактики и лечения кариеса зубов у детей в амбулаторных условиях, позволяет уменьшить количество страхов в отношении стоматологического приема, сократить число направлений для санации под наркозом, повысить готовность к лечению и сохранить полученные достижения в динамике.

Положения, выносимые на защиту:

1. Степень готовности детей дошкольного возраста к стоматологическому лечению является фактором развития кариесогенной ситуации в полости рта.

2. Реализация программы лечебно-профилактической помощи детям дошкольного возраста с кариесом зубов с использованием психолого-педагогических методов повышает эффективность профилактики и лечения кариеса зубов у детей дошкольного возраста в амбулаторных условиях.

3. Диспансерное наблюдение в индивидуально определенные сроки позволяет сохранить и улучшить готовность детей к амбулаторному стоматологическому лечению.

Внедрение результатов исследования в практику:

Результаты исследования внедрены в практическую деятельность Стоматологической поликлиники ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, Автономного некоммерческого объединения «Стоматология. Филиал № 4» г. Екатеринбурга, Муниципального автономного учреждения «Стоматологическая поликлиника № 12» г. Екатеринбурга, Стоматологической клиники «3-е поколение» г. Екатеринбурга, Стоматологической клиники «Хеппи-дент» г. Екатеринбурга, в учебный процесс кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии, кафедры пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний, кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, кафедры терапевтической и детской стоматологии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, кафедры стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России. Основные положения исследования включены в учебные издания, методические рекомендации, лекции для студентов стоматологического факультета, врачей-интернов, клинических ординаторов, врачей-стоматологов.

Личный вклад автора в исследование

Личный вклад автора заключается в предложении основной идеи и цели исследования, разработке необходимых методологических подходов. Автор лично проводила клинические исследования, собирала весь необходимый фактический материал. Работа выполнена на кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии (зав. кафедрой — д.м.н., проф. Бимбас Е.С.) Уральского государственного медицинского университета (ректор — д.м.н., проф. Кутепов С.М.) на базе СП ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России (гл. врач — к.м.н. Стати Т.Н.).

Апробация работы

Результаты проведенных исследований были представлены на Всероссийском конгрессе «Образование и наука на стоматологических факультетах ВУЗов России. Новые технологии в стоматологии» (г. Екатеринбург, 2006 г.), Международной стоматологической конференции «Пути повышения качества жизни жителей крупного индустриального центра» (г. Екатеринбург, 2008 г.), Всероссийских конгрессах «Стоматология Большого Урала» (г. Екатеринбург, 2008, 2010, 2012, 2014 гг.), Уральском Медицинском Форуме «Здоровая семья — здоровая Россия» (г. Екатеринбург, 2012, 2013 гг.).

Апробация работы проведена на заседании кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии УГМУ (21.11.2013 г.), проблемной комиссии УГМУ по стоматологии (10.01.2014 г., 07.11.2014 г.).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 18 научных работ, из них 3 статьи — в журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ, 4 учебных пособия, 1 глава в монографии, подготовлены методические рекомендации для врачей. Получено свидетельство № 21815 от 30 мая 2014 г. о депонировании результата интеллектуальной деятельности «Лечебно-профилактическая помощь детям дошкольного возраста с кариесом зубов с использованием психолого-педагогических технологий» (Бимбас Е.С., Сокольская О.Ю., Шихова Е.П.), заявка № 2014121129 от 23 мая 2014 г. на получение патента «Способ психологической адаптации детей дошкольного возраста к стоматологическому лечению» (Сокольская О.Ю., Бимбас Е.С.) на экспертизе по существу.

Структура и объем работы

Диссертация изложена на 142 страницах машинописного текста, содержит 19 таблиц, 7 рисунков, 3 приложения и состоит из введения, обзора литературы, пяти глав, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель включает 131 отечественных и 108 зарубежных источников.

Глава 1.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Стоматологический статус у детей дошкольного возраста

Кариес зубов у детей дошкольного возраста на сегодняшний день остается самым распространенным стоматологическим заболеванием [3, 4, 20, 25, 43, 61, 64, 74, 105, 118, 124, 127, 131, 145, 153, 168, 201, 238].

Как показали результаты исследований, кариес поражает даже недавно прорезавшиеся временные зубы, и с возрастом поражения усиливаются. Так, в возрасте 1 года распространенность кариеса составляет 12,2%, в 3 года — 57,7%, а к 6 годам достигает 85,4% [3, 4, 25, 63, 64, 68, 124, 131].

По данным Харитоновой М.П., если в 1982 году в городе Екатеринбурге распространенность кариеса у детей до трех лет среди обратившихся за анестезиологической помощью составляла 2-3%, то в 2010 году — 24% [41].

В Шотландии распространенность кариеса по данным F. Hogg в пятилетнем возрасте составила 36% [144].

Показатели интенсивности кариеса также стремительно увеличиваются. В России в возрасте 1 года интенсивность поражения зубов кариесом составляет 0,3, к 3 годам увеличивается до 2,8, к 6 годам — до 5,4 [3, 25, 63, 64, 68, 131].

В Свердловской области, по данным Русаковой И.В., интенсивность кариеса временных зубов у детей 6 лет составила 4,7 [104, 105].

Для сравнения интересны данные А.И. Кондратова по городу Екатеринбургу за 1999 год, где распространенность кариеса зубов у 6-летних детей составляла 86%, а интенсивность — 5,78 [54].

В г. Минске (Белоруссия) уже к 3-летнему возрасту в 2003 году распространенность кариеса составила $62,16 \pm 7,97\%$, а у детей этой же группы в возрасте 6 лет — $75,68 \pm 7,05\%$. Интенсивность кариеса зубов у 3-летних детей равняется $4,22 \pm 0,50$, а спустя 3 года — $5,11 \pm 0,47$. Уровень интенсивности кариеса в 3-летнем возрасте составляет $1,35 \pm 0,14$ [118].

Таким образом, показатели заболеваемости в разных странах отличаются. Проблема для исследователей — оценка интенсивности кариеса и его осложнений в молочных зубах по индексу кп, который не учитывает удаленные зубы в раннем детском возрасте, что не представляет информации об истинном состоянии заболеваемости кариесом временных зубов у детей. Лишь некоторые авторы учитывают этот факт при оценке кариесогенной ситуации. Е.В. Бруснициной предложено использовать индекс кпу (временных зубов) [12].

Кроме основных показателей заболеваемости кариесом, некоторые авторы выделяют следующие характеристики: степень компенсации кариозного процесса (степень активности кариеса), уровень резистентности временных зубов к кариесу, скорость течения кариозного процесса, локализация кариозных полостей [14, 44, 124, 153, 206].

Рассматривая структуру поражения молочных зубов кариесом, Е.Е. Маслак с соавторами отметила, что у детей в возрасте 1 года преобладает поражение группы резцов, в остальные возрастные периоды первое место занимают моляры, доля поражения которых в структуре интенсивности кариеса увеличивается с 35% у годовалых до 89% у 6-летних детей [25].

R. Leroу с соавторами установил последовательность вовлечения зубов в кариозный процесс, что важно для определения последовательности профилактических мероприятий [206].

Г.Ф. Киселев в своей работе выделил четыре уровня резистентности временных зубов к кариесу (высокий, средний, низкий и очень низкий) и описал особенности поражения временных зубов кариесом при разных уровнях резистентности [44]. Виноградова Т.Ф. выделила и описала три степени активности кариеса зубов у детей [14]. Обращает на себя внимание, что все больше констатируется случаев с преобладанием декомпенсированной формы кариеса временных зубов у детей [24]. К. Waldon с соавторами в своем исследовании определили, что у 61% детей выявлен кариес с низкой степенью активности, а у 22% — с высокой [153]. У таких детей уже в 38% случаев выявляются осложненные формы кариеса [41]. Осложнения кариеса у детей с

первой степенью активности формируются через 13 месяцев, со второй степенью — через 7 месяцев, а с третьей степенью — через 3,3 месяца [14]. В Великобритании стандартом является определение врачами степени активности кариеса с записью в истории болезни и определение пациента в соответствующую категорию по этому признаку [153]. Но, к сожалению, практикующие врачи не всегда соблюдают стандарт, и степень активности кариеса определяется лишь в 28% случаев [198].

Таким образом, изучение основных показателей стоматологической заболеваемости распространенности и интенсивности кариеса зубов ведется среди различных групп детей в зависимости от возрастных особенностей, групповой принадлежности зубов и места проживания.

Встречаются лишь единичные публикации, где стоматологическая заболеваемость изучается в группах детей с разным отношением к стоматологическому лечению. Так, К.А. Горбачева приводит показатели индекса кпу(з) среди детей, не способных к сотрудничеству — $11,45 \pm 4,64$, проходивших лечение под общим обезболиванием. По ее данным уровень оказания стоматологической помощи недостаточный, УСП — $43,7 \pm 7,2\%$ [89].

В исследованиях Л.П. Кисельниковой с соавторами отмечено, что интенсивность кариеса зубов у детей, имеющих проблемы коммуникации с врачом, достаточно высокая и составила от 3,6 — в возрасте одного года до 6,4 — в возрасте шести лет, а у детей с затрудненной кооперацией показатель интенсивности кариеса очень высок: от 3,6 — у трехлетних детей, до 9,2 — у шестилетних детей [96]. В г. Тернополе (Украина) определена взаимосвязь уровня тревожности ребенка-дошкольника с кариесом зубов и гигиеной полости рта и выявлено прямое влияние психологического фактора на стоматологические кариесогенные показатели [27]. Исследования иностранных авторов показывают, что у пациентов девочек высокий уровень стоматологической тревожности в большей степени влияет на благополучие, связанное со здоровьем полости рта, в отличие от пациентов мальчиков [165].

Таким образом, представленные отечественными и иностранными авторами данные прогрессирования кариеса зубов у детей по показателям распространенности, интенсивности и степени активности кариеса наглядно характеризуют рост кариозного процесса, поэтому требуется поиск новых подходов в эффективном решении этих проблем.

1.2. Современный взгляд на этиопатогенез и профилактику кариеса зубов у детей

Исследования причин возникновения кариеса зубов у детей показывают, что кариес является инфекционным заболеванием, где ведущий фактор - кариесогенная микрофлора полости рта [4, 21, 25, 43, 47, 81, 85, 124, 141, 148, 163, 164, 168, 177, 196, 201, 215]. Важную роль в возникновении и развитии кариеса играет *Streptococcus mutans*, который выявляется в слюне и зубной бляшке у детей с «цветущим кариесом» в большом количестве — до 60% от всей микрофлоры [43, 47, 215]. Японские ученые определили, что более тяжелая кариесогенная ситуация наблюдается в случаях присутствия двух стрептококков — *Streptococcus mutans* и *Streptococcus sobrinus* в полости рта у детей [163]. Выявлена также корреляция между *Streptococcus mutans* и *Bifidobacteria* у детей с высоким уровнем кариеса [226]. В литературе отмечается тот факт, что кариес зубов является результатом дисбаланса множественных факторов риска и защитных факторов [4, 21, 25, 43, 47, 81, 85, 124, 141, 148, 163, 164, 168, 177, 196, 201, 215].

Как важные общие факторы, вызывающие или поддерживающие кариес временных зубов у детей, отмечаются соматические заболевания [43, 128, 194]. Авторы подчеркивают необходимость комплексного исследования и лечения пациентов школьного возраста с сочетанной патологией органов полости рта и нижележащих отделов желудочно-кишечного тракта [30, 37, 103, 128, 174]. Поэтому включение пробиотиков в рацион для оптимизации питания отмечается как важный этап стоматологической этиопатогенетической профилактики [37, 79]. Е.К. Delgado-Angulo с соавторами отстаивание в росте

определил как достоверный фактор риска развития кариеса, а А. Bradley подчеркнул, что недостаток в весе является фактором активного кариеса у детей [160, 177, 181]. У детей с бронхиальной астмой, применяющих антиастматические препараты, и у детей с заболеваниями сердца также выявлены более высокие показатели кариеса [179, 193, 194].

Такой общий кариесогенный фактор как стресс в литературе рассматривается крайне скудно и не учитываются его важные психологические аспекты — страх к стоматологическому лечению, повышенная тревожность детей, негативный настрой на лечение, которые чаще всего рассматриваются лишь как препятствие для проведения санации полости рта, а не как кариесогенные факторы, влияющие на развитие кариозного процесса [27]. Маслак Е.Е. с соавторами установили, что чаще всего наличие у ребенка 1-2 местных факторов риска приводит к развитию I степени активности кариеса, а наличие 4-5 факторов — к развитию III степени активности кариеса [25].

После анализа кариесогенной ситуации у дошкольников и оценки тенденции к увеличению кариеса с возрастом, некоторые авторы рекомендуют первичную и вторичную профилактику проводить в полном объеме в дошкольном возрасте [81, 99, 114, 118, 164, 168]. По мнению большинства авторов, для повышения уровня санитарной культуры родителей, воспитателей детских дошкольных учреждений врачи-стоматологи, гигиенисты должны проводить санитарно-просветительную работу с применением активных и пассивных методов. Их эффективность выше, когда стоматологическое просвещение проводится не единичными специалистами, а командой в целом [24, 38, 77, 78, 99, 114, 117, 118, 129, 135, 141, 154, 186, 202, 214]. Так, австралийские ученые отметили позитивное влияние санитарного просвещения родителей детей грудного возраста в виде визитов домой и телефонных контактов в снижении рисков раннего кариеса и подчеркивают, что стоматологическая информация для родителей должна быть доступной, простой, без специфической медицинской терминологии с применением изобразительных средств для улучшения коммуникации с родителями [132,

135]. Авторы подчеркивают, что просветительская работа должна проводиться постоянно и многократно, чтобы ликвидировать первичный дефицит стоматологических знаний и повторный, когда с течением времени информация забывается [166, 172, 214].

Но как подчеркивает Е.С. Шакурова с соавторами, фактически на стоматологическом приеме у врачей либо совсем нет времени, либо недостаточно для информирования пациентов с целью сформировать у них привычку здорового образа жизни в последовательности: «знание – понимание – убеждение – навык – привычка» [129]. Недостатки в проведении стоматологического просвещения отмечают также зарубежные авторы, акцентируя эти проявления в области санации полости рта детей под общим обезболиванием и в седации [146, 171, 199].

Как следует из данных литературы, другой важный местный кариесогенный фактор, которому принадлежит одна из ведущих ролей — это неправильное питание [43, 47, 68, 79, 85, 112, 149, 164, 186]. Так, В.К. Леонтьев отмечает, что в 20 веке потребление сахара выросло до 20 – 60 кг на душу населения в год, в связи с чем распространенность поражения зубов кариесом возросла до 95% при 3-7 пораженных зубах уже в 12-летнем возрасте [68]. По данным Н.В. Ожгихиной, 79,4% детей засыпают с бутылочкой, наполненной молоком, молочными смесями, подслащенной водой, соком, либо получают длительное грудное вскармливание [43, 85]. Финские авторы отмечают детскую сахаросодержащую жевательную резинку как кариесогенный фактор, при сравнении с противокариозным действием ксилита в составе другой детской жевательной резинки [149]. Опасность и риск развития кариеса могут составлять медикаментозные препараты, содержащие сахар, применяемые детьми регулярно [164]. Профилактическая работа по этому вопросу проводится с помощью стоматологического просвещения методами убеждения, мотивации к необходимости исключения беспорядочного ночного и вечернего кормления ребенка подслащенными напитками [43].

Усугубляющим фактором возникновения и развития кариеса временных зубов отмечается в литературе полное отсутствие или нерегулярное проведение гигиены [24, 31, 38, 43, 47, 78, 85, 118]. По данным Н.В. Ожгихиной, этот факт наблюдается у 73,5% детей от 1 до 3 лет [43, 85]. Для формирования у детей потребности в соблюдении гигиены полости рта следует использовать зрительную, слуховую и тактильную мотивацию (ощущение гладкой поверхности зубов после чистки) [99, 118]. В воспитании прочных гигиенических навыков у детей ведущая роль принадлежит родителям, педагогам и медицинским работникам [99, 118]. М.И. Кленовская с соавторами подчеркнула наличие трудностей при обучении дошкольников гигиене полости рта, связанных с уровнем их физического и психического развития, и продемонстрировала в исследовании взаимосвязь разного уровня развития мелкой ручной моторики с эффективностью чистки зубов дошкольниками [38]. Рациональная гигиена полости рта должна проводиться с момента появления первых зубов. Для этих целей используют марлевые тампоны, специальные салфетки и специальные резиновые «щетки-напалечники» и зубные пасты для грудничков без фторидов от 0 до 3 лет (R.O.C.S. baby). Применять фторсодержащую детскую пасту можно с 3 лет (с содержанием фторидов 200-500 ppm R.O.C.S. kids). Ребенок осваивает навыки самостоятельно с 2 лет, а родители чистят ребенку зубы до 5-6 лет [4, 43, 188].

Среди зубных паст, представленных на рынке, авторы выделяют «Новый жемчуг для детей», «Детский жемчуг комплекс», «Детская мечта», «Детская зубная паста», «Дракоша», «Aquafresh Kids», «Colgate Looney Tunes», «Blend-a-Med Blendy», «Kapt`n blaubar», «Cliven junior», «Disney`s Mickey Mouse», «Putzi», R.O.C.S. «Олафлюр»; предназначенных для детей старше 3-х лет с содержанием фтора от 0,05 до 0,11% и минеральных компонентов — R.O.C.S. «Минералин» как обладающие выраженным очищающим эффектом и кариес профилактическим действием [4, 24, 31, 38, 77, 78, 118, 188]. Среди зубных щеток наиболее эффективной в гигиене полости рта оказалась электрическая зубная щетка [100, 121]. Дополнительные средства гигиены, например

ополаскиватели, также показаны детям для улучшения индивидуальной гигиены и подбираются по возрасту [12, 110, 233].

О.А. Изгарева с соавторами выделила возможность добиться улучшения индивидуальной гигиены полости рта у дошкольников только при увеличении сроков контролируемой чистки зубов с 3,3 (плохая гигиена по индексу Федорова – Володкиной) до 2.0 (удовлетворительная гигиена), а Авраамова О.Г. и Шевченко С.С. у школьников — на 42,75-61,9% [1, 97]. Т.Н. Терехова с соавторами достигли положительной динамики гигиенического индекса РLI от $2,38 \pm 0,004$ до $0,5 \pm 0,003$ в результате проведения гигиенической профилактической программы за 1 год у 3-летних детей [118].

В случаях быстротекущего кариеса для снижения уровня кариесогенной микрофлоры в полости рта авторы также рекомендуют проводить обработку зубов хлоргексидин-содержащими средствами. Так, Л.П. Кисельникова с соавторами рекомендовали 5-6-дневный курс ежедневной обработки зубов 0,1%-ым раствором хлоргексидина, а лицам, ухаживающим за ребенком — ежедневные полоскания 0,1%-ым раствором хлоргексидина в течение 7-10 дней [43]. Авторы отмечают, что чистка зубов с фтористой пастой с аппликацией геля хлоргексидина 0,12% приводит к снижению раннего детского кариеса от 5-7% до 23% [140].

Другой важный фактор развития кариеса — низкая резистентность твердых тканей зубов. Важными критериями резистентности твердых тканей являются исходный уровень минерализации эмали, демаркационная гипоминерализация как во временных, так и в постоянных зубах [110, 111, 113, 148, 227]. В рамках этого аспекта метод реминерализующей терапии с применением соединений кальция и фосфора давно и широко применяется для первичной и вторичной профилактики кариеса. Местное применение кальций-фосфат содержащих средств позволяет добиться существенного снижения прироста кариеса зубов у детей [21, 124, 148, 196, 223]. Воздействие минерализующих средств повышает интенсивность процессов физико-химического обмена в эмали и дентине с преобладанием процесса

реминерализации, что способствует созреванию твердых тканей в более короткий срок, чем в естественных условиях [48, 84]. Ротовая жидкость рассматривается в литературе как многофакторный компонент, участвующий в реминерализации и являющийся одновременно самостоятельным кариесогенным фактором [110, 111, 113, 148, 227]. На практике имеются разные средства и методики для реминерализующей терапии. Наиболее эффективными в настоящее время авторами отмечаются: гель «R.O.C.S. Medical Minerals», крем GC Tooth Mousse, Remars Gel, Белагель – Ca/P [48, 53, 124]. К.П. Федоров и Л.Р. Сарап применение «R.O.C.S. Medical Minerals» осуществляли методом 15-минутных ежедневных аппликаций в индивидуальных съемных капках в условиях поликлинического приема в течение 15-ти дней [53, 124]. Л.П. Кисельникова с соавторами предложили ежедневно обрабатывать реминерализующими гелями все зубы ребенка после каждого приема пищи [43]. Реминерализующая терапия позволила снизить прирост кариеса зубов у детей школьного возраста за 2 года на 52,7% [124].

Помимо реминерализующей терапии исследователи успешно назначали внутрь поливитаминные комплексы, содержащие такие микроэлементы, как кальций и фосфор, и подчеркнули важность в их составе Mg, который способствовал усвоению Ca в желудочно-кишечном тракте, а также активизировал щелочную фосфатазу, участвовавшую в минерализации твердых тканей зубов [29]. Таким поливитаминным препаратом с противокариозным эффектом является «Кальцемин». Применение этого минерально-витаминного комплекса благоприятно влияет на кислотно-основное равновесие полости рта, стабилизирует процессы де- и реминерализации в системе эмаль-слюна, в результате снижается прирост интенсивности кариеса в 3 раза [5]. Ю.А. Федоров с соавторами предложил программу эндогенной профилактики кариеса с назначением не только фосфорно-кальциевых препаратов, но и витаминов (B1, B6), а также продукта питания — североморской ламинарии как источника важнейших микроэлементов и незаменимых аминокислот, активно влияющих на процессы

минерализации зубов и организма в целом. Назначенные местно и внутрь, они обеспечивают физиологический процесс реминерализации эмали зубов и снижают прирост кариеса в среднем в 2-2,5 раза [125].

Другой важный компонент, повышающий резистентность твердых тканей зубов – фторид, который поступает в твердые ткани эндогенным и экзогенным путем. Системные фториды, проходя через полость рта, оказывают местное действие, а местные препараты ребенок частично проглатывает, и они оказывают общее действие. Механизм действия фторидов связан с отложением в эмали фторапатитов, которые делают эмаль более устойчивой к воздействию кислот. Из эндогенных источников поступления фторидов наиболее распространено фторирование питьевой воды (при оптимальной концентрации фторидов в воде от 0,8 до 1,2 мг/л в местности с пониженным содержанием фтора в питьевой воде). Так, ученые Бразилии выявили сокращение количества скрытых кариозных полостей на апроксимальных поверхностях у детей при приеме фторированной воды [43, 47, 64, 65, 68, 84, 184, 185, 216].

Что касается местного действия фторидов, то за 3 года действия профилактической школьной программы с сочетанным применением флюоризации зубов лаком «Бифлюорид 12», фторполосканием раствором «Профлюоридин М» удалось снизить электропроводность эмали в очагах деминерализации на 12,61%, а проницаемость здоровой эмали — на 9,13% [1]. Такие же данные демонстрируют иностранные авторы в исследованиях фторид содержащих лаков: Duofluorid, Biofat, Durafat, Bifluorid, Durafleur, Duofluorid [184, 216]. Английские стоматологи, соответственно стандарту, успешно проводят общественную программу для детей от 3 до 8 лет: покрытие зубов фтористыми лаками дважды в год постоянно [157].

С.Д. Арутюнов с соавторами подчеркнул трудности, с которыми сталкивается врач, родители и ребенок при выполнении реминерализующей терапии и местной фторпрофилактики, но вместо поиска способов адаптации ребенка к ее проведению предложил способ адаптировать диплен-пленку «Диплен Ф» для домашней профилактики кариеса и лечения его начальных

форм в сочетании с зубной пастой «ROCS baby аромат липы» [4]. Результатом явилось ускорение сроков реминерализации и полное исчезновение очагов деминерализации за 2-6 дней.

Несмотря на массовость применения фтористых растворов и лаков, были выявлены и недостатки. В результате взаимодействия фторида натрия с тканями зуба на поверхности эмали образовывались относительно крупные кристаллы фторида кальция, не способные проникать вглубь, которые быстро удалялись после механического воздействия и поэтому не могли оказывать значительного влияния на процесс реминерализации. Как отмечается в литературе, наиболее эффективным методом местной флюоризации стал метод глубокого фторирования, который лишен таких недостатков. В исследованиях изучался препарат — эмаль-герметизирующий ликвид. В результате взаимодействия двух жидкостей внутри пор эмали образуются субмикроскопические кристаллы фторида кальция, фторида магния и фторида меди в геле кремниевой кислоты, которые обнаруживаются в порах эмали на протяжении 0,5-1 года после нанесения. Авторы подчеркнули высокую эффективность эмаль-герметизирующего ликвида для минерального запечатывания фиссур зубов, для стабилизации очагов начальной деминерализации эмали [39, 51].

Ряд авторов предложил с целью кариеспрофилактики объединить мероприятия по фторпрофилактике и реминерализующей терапии. Таким образом, получился комплекс мероприятий, обеспечивающий: хороший уровень гигиены (обучение и контроль качества чистки зубов не менее четырех раз в год), использование с двух лет детских зубных паст с содержанием фторидов, применение препаратов на основе гидроксиапатита кальция, профессиональное использование фторидсодержащих препаратов в форме лаков два-четыре раза в год [64, 84].

Л.П. Кисельникова с соавторами доказала целесообразность кабинетной обработки фторидсодержащими препаратами параллельно с реминерализующей терапией [43].

Что касается такого профилактического метода, как герметизация фиссур, то, по данным Русаковой И.В., 67% дошкольников Свердловской области нуждались в профилактической помощи в виде герметизации фиссур [104, 105]. Важность, необходимость и эффективность герметизации молочных моляров показана в ряде работ [43, 126, 211].

Результаты применения местных кариеспрофилактических средств в различных стоматологических клиниках К. Waldon с соавторами оценили следующим образом: 44% обследованных следовали инструкциям по чистке зубов, от 25% до 83% получили покрытие зубов фтористыми лаками, рекомендации по питанию, 25% и менее получили рекомендации по выбору зубных паст, около 5% — рекомендации по применению фторидсодержащих ополаскивателей. Но авторы отмечают, что в динамике исследований эти показатели растут [153].

Таким образом, анализ литературы показал, что местные кариесогенные факторы многогранно изучены и освещены. Применение кариеспрофилактических средств дает высокие результаты противокариозной эффективности. В то же время выявлено, что стоматологические профилактические мероприятия не регулярно и не постоянно выполняются как пациентами, так и врачами, в связи с чем положительные результаты неустойчивы.

Для повышения эффективности профилактики и воздействия одновременно на несколько кариесогенных факторов потребовалось создание для пациентов профилактических программ. Необходимость и успешность реализации профилактических программ в детской стоматологии подчеркивают многие авторы [1, 25, 43, 49, 65, 75, 88, 97, 118, 120, 125, 144, 153]. Изучено, что наилучшие результаты по снижению прироста кариеса отмечались при проведении профилактики с учетом этиопатогенетического подхода, проводимой не только после амбулаторной санации, но и санации под общим обезболиванием [120, 125]. Так, в Великобритании стандартом стоматологической профилактики является обязательная детализация

профилактической помощи, подобранной пациентам в зависимости от возраста и степени активности кариеса с записью в истории болезни в 100% случаев [153]. Многолетний опыт изучения проблемы кариеса зубов у детей позволил группе авторов выработать тактику возрастного дифференцированного подхода к профилактике кариеса зубов у детей [25]. Для детей раннего возраста Л.П. Кисельниковой с соавторами составлена индивидуальная программа «профилактического лечения», после реализации которой происходит стабилизация кариозного процесса: реминерализация начальных очагов поражения в виде блеска эмали в области белых пятен, приостановление развития кариозных дефектов в виде уплотнения пораженных твердых тканей и их отграничения от здоровых тканей, что позволяет кариесу по течению становиться более компенсированным и отсрочить технически более сложные и дискомфортные для ребенка методы лечения кариеса на поздние сроки [43, 49, 120].

Для детей 2-3 лет, посещающих ДООУ, была проведена групповая профилактическая программа в течение 1 года, включавшая активные и пассивные методы просвещения для детей, воспитателей и родителей по вопросам гигиены полости рта, организацию уголков гигиены полости рта в группах и чистку детских зубов воспитателями по методу КАИ с контролем чистки в течение 7 занятий [118].

О.А. Изгарева с соавторами предложили программу для дошкольников, состоящую из образовательной части для родителей, педагогов, детей и комплекса профилактических мероприятий (ежедневная контролируемая чистка зубов после обеда) на 180 дней. В этой программе учтен факт задержки психического развития у 12% детей с нарушениями речи, в связи с чем обучение индивидуальной гигиене проводилось на наглядном примере [97].

Н.А. Луневой с соавторами описана образовательная стоматологическая программа «Ослепительная улыбка на всю жизнь», которая проводилась у младших школьников в течение 15 уроков. Авторы отмечают позитивное влияние программы на уровень знаний и навыков детей, однако через 5-6 лет

после ее завершения происходит потеря многих полезных привычек, в связи с чем у подростков определяется высокая распространенность кариеса [75].

О.Г. Аврамова, С.С. Шевченко предложили влияние направить на групповую и индивидуальную профилактику с привлечением гигиениста стоматологического, который является очень важным звеном [1]. Было выявлено, что 60% детей имели дентофобию, но в программе профилактики не акцентированы методы ее коррекции. Это может говорить о том, что некоторым детям профилактические мероприятия могли быть не проведены или проведены не в полном объеме, или не в срок.

Леус П.А. с соавторами предложил комплексную программу профилактики для младших школьников, состоящую из трех основных методов: контролируемая гигиена с одновременной реализацией местной флюоризации зубов и ограничение употребления сладостей путем стоматологического просвещения родителей и детей, что в целом позволило уменьшить прирост кариеса зубов детей 7-8 лет на 63% и сохранить этот эффект в течение 7 последующих лет. Авторы отмечают недостаток в реализации программы — перекладывание всех обязанностей на врача-стоматолога, в то время как ни один из упомянутых методов не является прямой врачебной функцией. Родители, учителя, воспитатели зачастую демонстрируют сопротивление выполнению программы, а значит частично или полностью профилактика детям проведена не будет. Недостаток — в программе не отмечены методы психологического воздействия на взрослый контингент [88].

Л.М. Лукиных с соавторами предложил программу профилактики и санации у школьников в течение 1 года, которая включала профессиональную гигиену и санацию полости рта, обучение гигиене полости рта и контроль, а также использование иммуномодулирующего препарата Имудон [74]. Авторы отметили, что использование иммуномодулятора значительно повысило местный иммунитет полости рта по сравнению с группой контроля.

В Шотландии стандартная профилактическая программа для детей включает в себя ежегодное проведение для 80% пациентов следующих мероприятий: оценка факторов риска возникновения кариеса, обучение индивидуальной гигиене полости рта, рекомендации по диете, рекомендации по выбору зубной пасты, аппликации фтористых лаков, рентгенографические исследования по показаниям, герметизация фиссур первых постоянных моляров, для 60% трех-четырёхлетних детей — покрытие фтористыми лаками дважды за год [144, 164].

Таким образом, в целом программы профилактики показывают хорошие результаты. Но среди их недостатков важными являются кратковременность выполнения программ профилактики, низкий уровень выполненности мероприятий при реализации программы в стоматологических клиниках. Так, по данным F. Hogg с соавторами, самыми слабыми звеньями были: аппликации фтор-лаками — 31% выполнения, рекомендации по выбору зубных паст — 45% выполнения и рекомендации по диете — 65% выполнения [144, 153].

Как видно из изложенного, рассматриваются преимущественно групповые стоматологические программы для детей школьного возраста, в то время как кариесогенная ситуация, распространенность и интенсивность кариеса во временном прикусе остается высокой [85, 104, 105]. Значит, заведомо можно ожидать быстрое ухудшение состояния постоянных зубов в постоянном прикусе.

Для детей дошкольного возраста описываются в основном индивидуальные программы [43, 48], но непонятно, как взаимодействовать с маленьким ребенком, чтобы достигнуть намеченной цели программы. В ситуациях, когда дома или на стоматологическом приеме ребенок отказывается от профилактических процедур, и родители их не выполняют, тогда эффект профилактики кариеса временных зубов может полностью отсутствовать, а факторы риска развития кариеса продолжать действовать. Поэтому важное направление в стоматологических программах профилактики — это

психологическое взаимодействие врача с детьми, родителями и педагогами при проведении программы профилактики и изучение новых подходов в работе.

Еще один важный аспект профилактики стоматологических заболеваний — это диспансеризация, который, в основном, отсутствует в программах профилактики. Необходимость стоматологической диспансеризации детей проходит красной нитью в работах современных авторов, а Е.Е. Маслак с соавторами отметили, что диспансеризация детского населения должна быть методом повседневной практики детских стоматологов [25].

Некоторые публикации свидетельствуют о низком организационно-методическом уровне диспансеризации в стране, вследствие чего она не выполняет своего предназначения [4, 26].

Иностранные авторы выделили проблемы как низкой повторной посещаемости стоматолога детьми, взятыми на диспансеризацию, так и неправильно сформированных интервалов для диспансерного наблюдения. Так, Gray S. отмечает, что пропущенные повторные визиты у пациентов с кариесом и риском кариеса составили от 16% до 20%, то есть на повторный прием пришли только 33% пациентов. Причем, в 84-100% случаев пациенты и их семьи были дополнительно приглашены в клинику на повторный прием стоматолога. Joynes H.C. определил, что только у 69% пациентов подобран соответствующий интервал для повторных визитов, согласно их индивидуальной кариесогенной ситуации [145, 198].

Авторы сравнили эффективность напоминания о повторных визитах (телефонные звонки, почтовые письма, карточки, уведомления). Отмечено, что после оповещений эффективность визитов пациентов высокая — 87% [191].

Таким образом, важность диспансеризации неоспорима для достижения устойчивого и завершеного результата профилактики, для многолетнего контроля за состоянием полости рта и факторами риска развития стоматологических заболеваний. Но этот метод работы стоматологов только начинает возрождаться и необходимо его скорейшее освоение врачами-стоматологами, гигиенистами профилактическими и внедрение в практику.

1.3. Современные представления о причинах нарушения психологического состояния ребенка на стоматологическом приеме

Наблюдения показывают, что все дети, независимо от типа темперамента, в первое посещение стоматолога находились в состоянии стресса в разной степени выраженности. Исследование пульса, АД, ЧД, содержание кислорода и глюкозы в крови свидетельствовали о возбужденном состоянии пациентов [22, 40, 46, 122, 217]. Общей основой этих реакций и состояний является чувство беспокойства, которое в зависимости от психической структуры личности ребенка, его жизненного опыта, взаимоотношений с родителями и сверстниками может приобрести значение тревоги и страха. Человек, находящийся в состоянии беспокойства, ощущает тревогу, а человек, боящийся определенных объектов или мыслей, испытывает страх. Страх и тревога, как относительно эпизодические реакции, имеют свои аналоги в форме более устойчивых психических состояний: страх — в виде боязни, тревога — в виде тревожности. Если страх и отчасти тревога — это скорее ситуативно обусловленные психические феномены, то боязнь и тревожность, наоборот, личностно мотивированы и, соответственно, более устойчивы [8, 32, 46, 71, 91, 92].

Как и любой регуляторный процесс, тревога, как состояние, может быть адекватна степени угрозы предстоящего события, и в этом случае будет оказывать стимулирующее влияние на общение, поведение и деятельность человека. Однако при неоднократном повторении условий, провоцирующих высокие значения тревоги, создается постоянная готовность к переживанию данного состояния, что фиксируется и становится личностным новообразованием — тревожностью. Появившиеся в последнее время исследования отражают специфику развития тревожности у детей, начиная с трехлетнего возраста [59, 91, 92, 122].

Страх может быть внушенным или результатом травмирующего опыта, тревожность — немотивированная. Ситуационно-специфические критерии тревожности более надежны в прогнозе возникновения и возрастания

состояния тревоги, чем критерии общей личностной тревожности [32, 60, 91, 92].

Врачи-стоматологи чаще сталкиваются с ситуативной тревожностью, однако она может трансформироваться в личностную, и в этом случае происходит значительная эскалация напряжения за счет наложения ситуативных факторов на уже имеющуюся изначальную установку на стресс. Личностные факторы могут иметь более существенное значение, чем ситуационные, и в таком случае интенсивность тревоги в большей степени будет отражать индивидуальные особенности субъекта, нежели реальную значимость угрозы [106].

В настоящее время увеличилось количество тревожных детей, отличающихся повышенным беспокойством, неуверенностью, нерешительностью, эмоциональной неустойчивостью [59, 91, 102].

Одно из важных последствий личностной тревожности — это ее влияние на мотивацию [28, 59]. Поэтому важно с первой встречи врача-стоматолога с ребенком определить наличие у него страха и тревожности [15, 22, 46, 76, 180].

Несмотря на то, что страх — это интенсивно выражаемая эмоция, следует различать его обычный (естественный, возрастной) и патологический уровни и определять, какое количество страхов встречается у детей в разной возрастной группе в норме. Слишком большое количество страхов (больше нормы) может указывать на развитие невроза или тревожности в характере. Обычно страх кратковременен, обратим, исчезает с возрастом, существенно не влияет на характер человека, поведение и взаимоотношения с окружающими людьми. При патологическом количестве страхов ребенок теряет спонтанность в поведении и уверенность в себе [32, 59]. На протяжении 2-го года жизни на первом месте — страх перед неожиданными звуками, ярким светом, прикосновением, на втором — страх одиночества, на третьем месте — страх перед уколами, болью, медицинскими работниками. С 2-х лет на первое место выходит страх перед уколами, болью, медицинскими работниками, на второе — страх одиночества, а затем — страх перед неожиданными звуками, ярким

светом, неожиданным прикосновением. С 3-5 лет выражена триада страхов: одиночества, темноты и замкнутого пространства. Страхи 5-6-летнего возраста — это страх смерти, затем — страх страшных сновидений, страх опоздать [22, 32, 46, 57].

Когда страхов мало, но они четко сфокусированы, — это навязчивые страхи-фобии [32, 59]. Клинические проявления стоматофобии зачастую являются серьезной помехой для оказания качественной стоматологической помощи [15, 67, 76, 82, 90, 106, 169]. Е.Е. Маслак с соавторами по результатам анкетирования определила, что страх перед стоматологическим лечением испытывают 68,5% детей, из них 33,5% испытывают сильный страх, 35% — умеренный и только 30% детей, по мнению родителей, не боятся лечения зубов [82]. Малофеева В.А. определила, что в группе детей до 6 лет 95% боялись стоматологических манипуляций, причем легкий страх составил 56%, умеренный — 27%, сильный — 13%, очень сильный — 4%. [76]. При изучении ситуации выяснилось, что страх перед стоматологическим вмешательством может быть детализирован и состоит из многочисленных конкретных страхов, среди которых авторы выделяют следующие: боль, испытанная во время предыдущих посещений врача, уколы, тревога о наличии стоматологической патологии, осознаваемая ребенком, лечение в государственных клиниках, лечение не у постоянного доктора, длительное лечение в несколько посещений, дискомфорт после лечения, осложнения после лечения, удаление зуба, проводниковая анестезия, премедикация, наркоз, фиксация ребенка во время лечения, перенос лечения на другой день, страх открыть рот, слюноотсос, бормашина, препарирование зуба, неожиданное движение откидывающегося кресла, резкие звуки запахи в кабинете, яркий свет светильника, страх грубого отношения стоматолога [6, 9, 10, 13, 22, 46, 67, 76, 89, 116, 169, 176, 217, 222, 225, 236].

Лидирующие позиции занимают: боль, анестезия (укол), травматичное удаление молочных зубов с «плохой» анестезией или без нее и такой фактор, как наличие гипоминерализации твердых тканей зубов, сопровождающейся

болью в них. Бойко В.В. отмечает, что ребенок вообще не может выносить боль, так как ему не достает воли и осознания необходимости терпеть дискомфорт. Т. Ratson с соавторами изучили, что зубная боль занимает четвертое место после абдоминальной, головной и ушной по интенсивности восприятия [8, 9, 10, 13, 67, 76, 89, 90, 116, 176, 204, 222, 225, 236]. Авторы объясняют этот факт тем, что страх приводит к переоценке степени и интенсивности болевого раздражителя [22, 46, 83, 89, 116].

В.В. Корчагина отметила, что дети с неблагоприятным преморбидным фоном в первые 5 лет жизни (обвитие пуповиной вокруг шеи и гипотрофия в перинатальном периоде, недоношенность с нарушением мозгового кровообращения или без такового, физическая или психическая травма, тяжелые соматические заболевания, операции) отличаются повышенной чувствительностью к боли. Даже самая слабая боль у них нуждается в рациональной аналгезии [57].

Наиболее травматичными стоматологическими манипуляциями для детей являются: удаление зуба, лечение пульпита, лечение глубокого кариеса, пластика уздечки, лечение среднего кариеса — в порядке убывания. Менее травматичными являются: профилактический осмотр, герметизация фиссур, профессиональная гигиена полости рта. Р. Ammann с соавторами коффердам отнес к наименее стрессогенному фактору, чем ватные валики для изоляции рабочей зоны. По данным К. Bell, в целом 96% детей нравится их визит в профилактическую клинику [9, 168, 195, 217].

Кроме перечисленных стоматологических страхов на амбулаторном приеме, зарубежные авторы подчеркивают тот факт, что и в стационаре свыше 70% детей были «стоматологически тревожные», лидирующая причина – боль при лечении зубов. У 37% детей наблюдалась предоперационная обеспокоенность, у 52,5% — тревожность была повышена из-за пребывания в отделении больницы, и у 65,4% — перед введением в наркоз [167].

Где же искать источники возникновения или получения стоматологических страхов детьми? Одни авторы говорят о важности в

возникновении стоматологического страха перенесенных стоматологических и медицинских вмешательствах (в том числе и общий наркоз) [179]. Таким образом, в результате накопленного детьми травмирующего опыта возникают ситуативные страхи [22, 32, 46, 57, 179, 222]. Другие авторы отмечают повышенную тревожность и страх перед стоматологическим вмешательством у детей с сопутствующей соматической патологией, в частности, с кардиологической [179].

Среди путей передачи страхов и тревоги авторами отмечается путь передачи их от других людей — это беспокойство и стоматологические страхи, внушаемые детям родителями и другими людьми [6, 8, 10, 22, 46, 56, 57, 62, 76, 91, 106, 107, 123, 180, 205, 219]. Ряд авторов сделали вывод, что одним из основных факторов формирования стоматофобии у детей является страх самих родителей к стоматологическому вмешательству [22, 46, 107, 205].

Корчагина В.В. на основании тестирования родителей перед стоматологическим приемом детей выявила, что 92,45% родителей, чьи дети позитивно реагировали на последующее лечение, обнаруживали низкий или средний уровень ситуативной тревожности, а родители детей с негативным отношением к лечению в 81,01% имели высокий уровень ситуативной тревожности [56]. Похожие исследования проводились и зарубежными авторами [179]. Сохранившаяся модель поведения ребенок-родитель в семье в 4-5 раз уменьшает эффективность психокоррекции [32, 102].

Помимо страхов, негативное поведение детей по отношению к стоматологическим вмешательствам связано с их возрастом, чаще такое поведение наблюдается среди детей от 2 до 4 лет и все реже — с увеличением возраста [8, 9, 10, 22, 46, 62, 76, 102, 228]. Наибольший процент детей, леченых под общей анестезией, составили дети 2-5 лет, следующий пик — это 13-15-летние дети. Средний возраст детей, санированных под общей анестезией, составил 6,6 лет, по данным К. Webb с соавторами [147, 152].

Авторы также выделяют проблемы воспитания детей как причину, формирующую негативное отношение к стоматологическому лечению [8, 9, 10, 22, 46, 62, 76, 183].

Многие авторы среди факторов, влияющих на поведение ребенка в стоматологическом кабинете, дополнительно к перечисленным, отмечают усталость и высокий уровень геомагнитных излучений [8, 22, 46].

В.В. Бойко отмечает как дополнительный фактор, влияющий на поведение ребенка на приеме у стоматолога, обиду, злость на мать «за ее, якобы, предательство», потому что ребенок хочет досадить родителям, наказать их за что-то (обман, упреки, назидания, крик), а также негативное поведение в результате надолго запомнившейся несправедливости взрослых или обида по поводу «стоматологического насилия» при перенесенном негативном стоматологическом опыте [8].

Проявление и изучение психических состояний детей ведется в трех направлениях: эмоциональном, поведенческом, физиологическом. При этом на каждом из направлений для описания состояния человека может быть использовано 6 видов информации: словесные самоотчеты и самооценки, констатация интуитивного опыта, данные клинических наблюдений, «молярные» компоненты поведения — позы, жестикулярно-мимические и речевые характеристики, реакции на действие различных стрессоров, изменение в деятельности, чаще всего ухудшение, изменение вегетативных и физиологических функций [60].

Е.Г. Киселева и Д.А. Кузьмина характеризуют эмоциональные и поведенческие реакции детей младшего школьного возраста при лечении зубов по 5-балльной системе: позитивное поведение — 5 баллов, нейтральное поведение — 4 балла, легкие признаки негативного поведения — 3 балла, средние признаки негативного поведения — 2 балла, сильные признаки негативного поведения — 1 балл [22, 45, 46].

По шкале Frankl выделяется 4 типа детей, в зависимости от особенностей поведения на приеме у стоматолога: 1 тип — самое негативное поведение, 2

тип — негативное поведение, 3 тип — позитивное поведение, 4 тип — самое позитивное поведение [15].

Окушко А.В., исходя из представлений родителей устранения проблемы — болезни зубов у ребенка, — выделил 4 типа поведенческих установок в стоматологическом кабинете и последствий их проявлений: 1) мама с ребенком, придя к врачу, предъявила проблему, которую врач решает; 2) мама, приведя ребенка к врачу, предъявила проблему и предложила себя в помощники; 3) предъявленная мамой и ребенком проблема решается совместно врачом и ребенком, родители устранены; 4) предъявленная проблема решается совместно врачом, ребенком и родителями [86].

В.И. Стош, С.А. Рабинович выделяют два типа пациентов с точки зрения возможности полного стоматологического обследования: 1 тип — дети с частично негативным отношением к лечению; 2 тип — дети с абсолютно негативным отношением к лечению; и 3 группы пациентов с точки зрения рационализации и минимизации наркозного времени при санации полости рта: 1 группа — дети, которые боятся препарирования зубов, инъекций и других конкретных, возможно, болезненных манипуляций, но провести пломбирование у них можно и без наркоза, 2 группа — дети, которые боятся практически любой манипуляции, но объем полной санации полости рта укладывается в допустимую продолжительность (1 час) одного сеанса лечения под наркозом, 3 группа — дети, у которых объем стоматологических вмешательств столь велик, что аргоігі превышает наркозное время [116].

Среди физиологических показателей тревожности и страха большинство авторов относят вегетативные (частота сердечных сокращений, артериальное давление, удельный объем кровообращения, минутный объем кровообращения, артериальный тонус сосудов) к числу наиболее информативных [15, 40, 60, 122]. А.М. Соловьев выделяет 5 вариантов поведения по степени выраженности негативизма, сформированных на анализе вегетативных и поведенческих реакций: позитивное, нейтральное, начальное негативное, негативное преодолимое и негативное непреодолимое [83]. А.В. Севбитов с соавторами

подчеркнул соматические проявления тревожности (изменение цвета кожных покровов, слабость, головокружение, тремор конечностей, расширение зрачков, сухость во рту) и отметил возможность использования специальных методов для определения тревожности — различные психологические тесты, адаптированные для стоматологического приема: Corah's Dental Anxiety Scale; Modified Dental Anxiety Scale, Modified Child Dental Anxiety Scale, Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule, Тест тревожности Спилберга, тест «Дерево», цветовой тест тревожности Люшера [15, 22, 46, 62, 67, 106, 115, 178, 210, 222].

Как видно из данных литературы, страхи и тревожность широко распространены среди детей дошкольного возраста и сохраняется тенденция их роста в жизни в целом и на стоматологическом приеме в частности. Авторами подробно описываются их причины, проявления и прогнозы, но встречаются единичные публикации, касающиеся взаимосвязи степени тяжести страха и тревожности с кариесогенной ситуацией в полости рта детей [7, 27].

Тот факт, что неприятные моменты, сопровождающие лечебные манипуляции, могут сохраняться в памяти ребенка на протяжении различного времени (старше 4 лет — 1 год и более, если не случается какого-либо события, вытесняющего эту способность, а в возрасте от 3 месяцев до 4 лет — от нескольких минут до 1 года), формируя отрицательное отношение к лечебному процессу, подтверждает необходимость начинать адаптацию ребенка к стоматологическим мероприятиям в более ранние сроки. Спустя полгода негативное поведение может возникнуть снова, так как ребенок забыл о порядке лечения. В таком случае действуют те же закономерности, что и в первый раз [10, 116].

Приведенные исследователями систематизация и классификация детей в зависимости от эмоциональных, поведенческих, физиологических характеристик проявления страха и тревожности на стоматологическом приеме в большинстве случаев являются громоздкими для практики. Лишь в единичных публикациях они коррелируют с клиническим следствием —

четкими показаниями к выбору метода коррекции страха и тревожности на стоматологическом приеме.

1.4. Современные подходы в подготовке детей к санации полости рта

Анализ литературы показывает, что для коррекции поведения ребенка на амбулаторном стоматологическом приеме используют психологические, психотерапевтические и фармакологические методы. При их неэффективности прибегают к общему обезболиванию [8, 10, 41, 83, 89, 93, 116, 136, 151, 161, 171, 192, 207]. Общее обезбоживание наиболее часто применяется в настоящее время для санации полости рта у детей дошкольного возраста [57, 152, 190, 207]. К.А. Горбачева с соавторами отметила, что санация полости рта под общим обезболиванием — это вынужденный вид лечения, имеющий свои показания, преимущества и недостатки для врача и пациента [87, 89]. Множественный осложненный кариес у детей раннего возраста при сложной кооперации с ребенком на стоматологическом приеме, наличие аллергических реакций на местные анестетики, заболевания центральной нервной системы со снижением интеллекта относят к абсолютным показаниям. Относительные показания: неадекватное восприятие ребенком лечения, страх перед стоматологическим лечением [41, 49, 87, 120, 230]. С точки зрения ребенка, преимущества — это безболезненность вмешательств, возможность санации в одно посещение, что избавляет ребенка и его родителей от большого количества посещений для лечения, стрессовых ситуаций и следовых реакций и исключает наличие страха при последующих визитах к стоматологу. С точки зрения врача преимуществами являются: работа в сухой полости рта, отсутствие сопротивления пациента и необходимости постоянно отвлекаться на его уговоры, а также возможность необходимой диагностики, санации полости рта в одно посещение с максимальным комфортом для врача и пациента [41, 49, 87, 89, 116, 120, 138, 220]. Но авторами отмечается и ряд недостатков: необходимость работать в условиях дефицита времени (средняя продолжительность наркоза — 50-90 минут), что сказывается на качестве

лечения; затруднения в диагностике, проведении дополнительных методов исследования и контроле этапов лечения, связанные с отсутствием реакции ребенка на раздражители. В итоге санация полости рта детей, не способных к сотрудничеству, проводится в недостаточном объеме [41, 87, 89]. F. Gilchrist отметил проблему постоперационного питания детей после множественного удаления зубов под наркозом. Болезненность и кровотечения в области удаленных зубов оказывают негативное влияние на маленьких пациентов [133, 136]. Кроме того, отмечается необходимость специальной подготовки в виде дополнительного исследования — анализа крови и мочи, ЭКГ [41, 87].

В.И. Стош и С.А. Рабинович отмечают операционно-анестезиологический риск у детей по 4 степеням тяжести, а также общие осложнения во время и после общего обезболивания: изменения симпатического или парасимпатического тонуса, ганглионарная блокада, нарушения энергетического и температурного баланса, изменение величины основного обмена мозга, мозгового кровотока и внутричерепного давления. Главные побочные эффекты всех анестетиков связаны с дыханием: дозозависимое угнетение дыхания и уменьшение чувствительности к CO₂. Эти же авторы отмечают негативные эффекты системы кровообращения, пищеварительной системы, в частности печени, функции почек и эндокринной системы, иммунитета и терморегуляции. Возможны аллергические реакции на анестезиологические средства [116].

Таким образом, с одной стороны, минимизируется психическая нагрузка на ребенка, а с другой стороны, есть риск развития соматических осложнений при проведении наркоза [57, 190].

Число учреждений, оказывающих стоматологическую помощь в условиях общего обезболивания, ограничено, очередность не позволяет осуществить ее своевременно для всех нуждающихся, что ведет к развитию осложненных форм кариеса и обострению заболеваний [57, 192, 203, 230]. Как отмечают английские исследователи, попасть на санацию полости рта под наркозом в стационар детям гораздо сложнее, чем в поликлинику, и время ожидания

может составить от 9 месяцев и более [192, 203, 230]. Для санации детей под наркозом в условиях поликлиники необходима организация лицензированной анестезиологической службы [87].

По данным разных авторов, в анестезиологическом обеспечении при оказании амбулаторной стоматологической помощи нуждаются от 2 до 10% детей [41, 87]. При организации проведения стоматологических манипуляций авторами предложена определенная последовательность их выполнения — «терапия одного дня» [41]. Несмотря на востребованность этого вида помощи, исследователи наблюдают ряд проблем после ее проведения: результаты лечения раннего детского кариеса под наркозом остаются неудовлетворительными (23% пациентов, вылеченных под общей анестезией, нуждались в реставрации и удалении зубов сразу же после проведенного вмешательства, до 57% детей спустя 4-6 месяцев имели новые кариозные поражения; 45% детей имели рецидивы спустя 12 месяцев) [57, 173]. К.А. Горбачева с соавторами показала отдаленные результаты после санации полости рта детей под общим обезболиванием. Хорошее состояние пломб отмечено в $52,9 \pm 5,41\%$ случаев через 5-6 месяцев после санации под наркозом, и в $48,1 \pm 3,46\%$ случаев — через 1 год. В остальных случаях отмечались: вторичный кариес, дефекты, нарушения краевого прилегания и выпадение пломбы или удаление зуба [89]. Р. Kandiah с соавторами выявил, что из 60% детей, нуждавшихся в рентгенологическом обследовании перед санацией под наркозом, исследование было проведено только 4%, удалено 2,51 зуба, вместо 5,72, диагностированных позднее. Такое лечение оценено как несостоятельное [173, 199]. Под наркозом проводится только пломбирование кариозных зубов, без этиопатогенетического лечения кариеса, что крайне недостаточно. Так, 56% родителей отметили, что врачи до и после санации под наркозом не дали никаких профилактических рекомендаций. В другом исследовании отмечено, что только после второй санации под наркозом 67% родителей получили профилактические рекомендации, а после первой — только 33% [147, 168, 199, 239]. Недостатком является отсутствие у 27% родителей беспокойства по

поводу повторных наркозов, несмотря на сложность и риск осложнений. Так, после первой санации под общим обезболиванием только 36% родителей очень обеспокоены повторным наркозом, 38% чувствуют необходимость регулярного посещения стоматолога [147, 168]. В ряде случаев в ближайшие сроки приходится проводить повторную санацию под общим обезболиванием [147, 229].

Кариес зубов и его осложнения у детей оказались самыми частыми в структуре заболеваний, лечение которых проводят под общим обезболиванием [152, 197, 200, 212, 239]. Таким образом, представленные в литературе результаты свидетельствуют об отсутствии комплексного программного подхода к решению проблемы лечения кариеса зубов у детей с негативным отношением к лечению.

Многие авторы настоятельно рекомендуют и подчеркивают, что лечение кариеса и его осложнений должно включать проведение методов местной и системной этиопатогенетической терапии, но не прописывают график диспансеризации после санации под наркозом [49, 89, 120, 143]. Наилучшие данные представлены в исследовании Харитоновой М.П. с соавторами. Дети, прошедшие санацию полости рта под общим обезболиванием, находились на диспансерном наблюдении, включавшем осмотр 4 раза в год с оценкой состояния пломб, твердых тканей зубов, с проведением рентгенологического контроля осложненных форм кариеса, с оценкой уровня гигиены. При необходимости проводились: повторное обучение родителей уходу за полостью рта ребенка, подбор индивидуальных средств гигиены, реминерализующая терапия, по показаниям — детское протезирование. Исследование через 6 месяцев после санации показало: выпали пломбы в 1,5% случаев, рецидив кариеса — 5%, осложнений кариес — 2% [41].

Другой вариант бесстрашной санации полости рта — это фармакологическое воздействие с помощью препаратов, оказывающих одновременно седативное и анксиолитическое действие. Их применяют

непосредственно перед стоматологическими манипуляциями, а также как этап премедикации перед наркозом [10, 22, 93, 116, 207].

В большинстве случаев стоматологические вмешательства могут быть осуществлены в первой стадии седации ребенка — риск развития осложнений минимален. Находясь в этой стадии седации, пациент сохраняет защитные рефлексы, способность к самостоятельному дыханию и может выполнять простейшие вербальные команды врача (например, «открой рот»). Однако если коэффициент болезненности процедуры высокий или эмоции и страх ярко выражены для успешной работы может потребоваться приближение к верхней границе первичной седации или глубокая седация. Из состояния глубокой седации выйти самостоятельно нелегко — оно может сочетаться с потерей защитных рефлексов, включая невозможность самостоятельного дыхания и вербального контакта с врачом. Поэтому данный вид фармакологического воздействия может выполняться только врачами-анестезиологами и врачами интенсивной терапии, подготовленными к проведению реанимационных мероприятий [57].

Препараты из группы противотревожных гомеопатических препаратов нашли в недавнее время широкое применение в стоматологии, в том числе детской [23, 66].

В исследованиях Ларенцовой Л.И. и Сосульниковой Е.А. отмечается, что у 39% детей после применения препаратов с анксиолитическим эффектом наблюдались побочные эффекты в виде мышечного расслабления, сонливости, замедления скорости рефлекторного ответа. На фоне премедикации «Тенотеном детским» такие побочные эффекты не обнаружены. Препараты устраняли тревогу у пациентов с низким, средним и высоким уровнями тревожности, однако в наибольшей степени их эффект был выражен у пациентов с высоким уровнем тревожности и страха. Как выяснилось в исследовании, плацебо также оказывало достоверный анксиолитический эффект, который отличался от лекарственного более быстрым началом и меньшей продолжительностью действия [66].

Что касается временных затрат на оказание стоматологической помощи детям в условиях седации, то среднее время действия используемых препаратов — это 35-40 минут, и для санации полости рта в 71,2% случаев понадобилось одно посещение, а в 28,7% случаев — два посещения, интервал между посещениями составил 7 дней [96]. В основном такая подготовка проводится детям школьного возраста, для детей раннего и преддошкольного возраста этот вопрос изучен недостаточно [57].

Особый вид — ингаляционная седация (Inhalation Sedation) или лечение в седации. Препаратами выбора для санации полости рта в седации являются закись азота и ксенон. Учеными установлено, что ингаляционная седация с закисью азота не дает обезболивающего эффекта при лечении зубов, а выявлено повышение порога болевой чувствительности от давления челюстных мышц [137, 146, 169, 191, 213, 231].

По вопросу о профилактическом лечении до или после санации в седации авторы отметили низкую активность врачей-стоматологов и гигиенистов. Так, информация о необходимости профилактических мероприятий встречается в 73-79% случаев, а на практике проводится в 15% случаев. Это сохраняет риск кариеса зубов у детей (в том числе и вторичного) и высокий уровень необходимости повторной седации [169].

Применение психотропных и седативных препаратов у детей дошкольного возраста ограничено, поэтому большое значение приобретают немедикаментозные способы преодоления страха. Бойко В.В. подчеркивает, что премедикация должна применяться только после того, как использованы возможности психологического воздействия на ребенка [8, 82, 213, 228]. Л.П. Кисельникова с соавторами отметила, что из детей, направленных для санации полости рта под наркозом, после применения психологической коррекции поведения только 11,3% детей нуждались в седации. Зарубежные исследователи отмечают, что в ситуациях, когда пациенты испытывали позитивные ощущения на этапах стоматологического приема, произошли изменения в планируемом обезболивании: у 25% пациентов только местная

анестезия и только у 17% пациентов — санация под общим обезболиванием [96, 155]. В Великобритании разработаны стандарты — показания к санации полости рта детей под наркозом или в седации. Врач должен обосновать причины такого решения: повышенная тревожность ребенка, способы кооперации, неудачный медицинский опыт, аллергия на местные анестетики, сложность манипуляций, возраст до четырех лет [228].

А.К. Atwal в своем исследовании определил, что техники по управлению поведением детей применялись только в 16% случаев при постановке местной анестезии, в 22% случаев — при седации закисью азота и в 63% случаев — при санации полости рта детей под наркозом [151].

Психологическая коррекция направлена как на установку контакта и подготовку к стоматологическому лечению первичного пациента, так и на формирование позитивного отношения к лечению у повторного пациента. При этом стоматологическая тревожность не влияет на восприятие детьми психологических техник управления поведением [169, 175].

Авторы назвали игровую терапию ведущей методикой для преодоления страха детьми. В свою очередь игра — это основная ведущая деятельность детей дошкольного возраста. Используя медицинские инструменты, ребенок разыгрывает переживания, перенесенные в клинике, или уменьшает беспокойство по поводу будущего посещения клиники, учится контролировать свои страхи, т.е. у ребенка появляется понимание как себя вести в сложной ситуации. Игра — это естественный язык ребенка, она является средой для его самовыражения. Ребенок, даже плачущий, отвлекается, вовлекается в игру, и если так продолжается несколько раз, он запоминает, что сюда, к этому доктору, ходят поиграть, и уже следующие целенаправленные предложения доктора также воспринимаются как игра, не дифференцируясь во что-то специфически неприятное [8, 57, 209]. Авторы описывают игры как с медицинской тематикой, так и на отвлеченную тему. Для детей грудного и раннего периодов применяются игры-минутки, направляющие в русло стоматологической полезности для малышей. Для детей с 3-х лет применяется

игра в доктора, в которой ребенок может побывать в разных ролях: доктора и пациента (смелого и трусливого), что позволит ему посмотреть на ситуацию с разных точек зрения, а пережив вновь неприятный сюжет, избавиться от преследующих его негативных переживаний [57]. Корчагина В.В. подчеркивает, что эффективность игровой терапии зависит от подбора вида игр и их комбинации в зависимости от особенностей пациентов. Помимо игровой терапии для коррекции тревожности и страха применяют рисование. Корчагина В.В. описывает игру — рисование «закорючки» — у дошкольников как многофункциональную, направленную на установление контакта, снятие высокого уровня тревожности и страха [57].

Наилучшие результаты от терапии рисованием получены в 5-11-летнем возрасте, а от игротерапии — в младшем дошкольном возрасте. С помощью терапии рисованием лучше всего устраняются личностно-обусловленные страхи, порожденные воображением, на втором месте — ситуативные страхи, основанные на реальных травмирующих событиях, но давних и оставивших не очень выраженный след в памяти ребенка. Наименьший результат от терапии рисованием можно ожидать при устранении ситуативных страхов, произошедших недавно. В этом случае более действенна игровая терапия, когда ребенок может эмоционально «отыграть» психическую травму с целью изменения отношения к ней [32].

Среди других негативных эмоций, ухудшающих настрой ребенка на лечение, отмечены гнев, злость, которые проявляются в виде агрессивного поведения. Для их устранения авторы в игровой форме предлагают способы выражения гнева: «стаканчик для криков» для высказывания отрицательных эмоций, пускать мыльные пузыри, постучать карандашом по столу, смять несколько листов бумаги, а затем их выбросить и др. [57].

Ряд авторов подчеркнул, что задачей стоматолога является не только улучшение стоматологического здоровья, но и формирование у пациентов позитивного отношения к стоматологическим мероприятиям [8, 22, 76, 158, 208]. Подготовка детей к лечению состоит из психотехнических приемов,

способствующих развитию позитивных отношений между пациентом и врачом [8, 22, 46, 169, 175, 208]. И только немногие авторы подчеркивают важность такой подготовки именно в стоматологическом кабинете. Для профилактики стоматологических страхов у детей и формирования у пациентов позитивного отношения к стоматологии ряд авторов предлагает проводить первое посещение с ознакомительной целью, а не с лечебной [27, 76]. Другие авторы в первое посещение рекомендуют провести осмотр ребенка, профессиональную гигиену, применение ватных валиков, герметизацию фиссур, покрытие зубов фторлаком, урок гигиены и, при необходимости, рентгенологическое исследование [22, 27].

Особенное внимание занимают различные временные показатели в работе с детьми. Так, авторы рекомендуют первое посещение делать достаточно коротким и проводить не более трех-четырех профилактических процедур. Для уменьшения тревожности ребенка желательно назначать прием стоматолога 1 раз в неделю и согласовывать его с режимом дня. Авторы подчеркивают необходимость достаточного количества времени для адаптации и настроя на лечение, но не указывают, сколько именно [22].

Некоторыми авторами предложена в работе с детьми дошкольного возраста последовательность первоочередных мероприятий: установление контакта с ребенком, санитарно-просветительская работа и профилактические мероприятия [27]. Главное, что первое посещение ребенком стоматологической клиники должно сопровождаться только положительными эмоциями [8, 10, 22, 158, 209]

Из таких сообщений непонятно, от каких факторов зависит объем стоматологических манипуляций на первом посещении и какими критериями руководствоваться врачу, чтобы избежать тревожной ситуации для ребенка на первом посещении.

Авторы отводят большую роль психотерапевтическим способам, связанным с невербальным воздействием на пациентов: зрительный контакт, улыбка, покачивание головой в такт словам пациента, особое расположение

тела по отношению к ребенку, одобрительное пожатие рук, прикосновение. Наклон вперед и близость показывают ребенку заинтересованность и подталкивают его к откровенности. Разговаривая с ребенком, врач должен сидеть на его уровне и смотреть ему в глаза, что способствует установлению более дружеских отношений. Подчеркивается, тембр и тон голоса должны выражать доброту и решимость. Для профилактики испуга, страха и тревожности показано исключение острых стоматологических предметов из поля зрения ребенка. Такой же эффект имеют особый дизайн кабинета и общая атмосфера стоматологической клиники [8, 22]. Для формирования доверия маленького ребенка к врачу целесообразно использовать тактильный контакт. Также действенны для детей приемы похвалы, поддержки, поощрения [8, 22, 46, 175, 209].

Игровой компонент также должен присутствовать в детской клинике и кабинете как профилактика тревоги и страха [8, 22, 46, 150]. По данным исследований, пациенты тоже отмечают важность и необходимость детской игровой комнаты и достаточного количества игрушек, творческого инвентаря [150]. Авторы отмечают важность вербальной связи врача и пациента. Возможными темами для первого разговора могут быть темы о близких людях, любимых игрушках, мультфильмах, домашних животных и т.д. Для профилактики испуга, страха и тревожности психотерапевтическим мероприятием является предупреждение ребенка о действиях врача (опускание кресла, движения рук, яркий свет). Ребенок со слов врача должен знать, что во время лечения он может испытывать неприятные ощущения: покалывание, пощипывание, онемение, болевые ощущения различной интенсивности, в противном случае врач в глазах ребенка может выглядеть лжецом и потерять его доверие и готовность к сотрудничеству. Одной из эффективных методик формирования долгосрочных отношений является методика «рассказывай, показывай, делай», когда врач шаг за шагом рассказывает, показывает и объясняет пациенту проводимые процедуры [8, 22, 46, 175]. Авторы рекомендуют применять психотерапевтические способы: «отражения чувств»,

«активное слушание», «непрямые команды», построение фраз в позитиве, эмпатия [8, 22].

Опираясь на склонность детей копировать поведение, реакции, эмоции окружающих, применяется техника позитивного настроения на лечение — это копирование поведения позитивно настроенных на лечение детей [8].

Ассистент несет свою функцию в формировании позитивного отношения пациента к стоматологии [8, 22, 158]. Весь персонал клиники на всех этапах лечения должен доказывать ребенку любого возраста психологическую безопасность обстановки в медицинском учреждении. Это обязательное условие, как профилактики, так и преодоления тревожности, боязни и страха [8, 158].

Особое значение имеет личность врача и наличие у него таких важных личностных характеристик, как терпение, эмпатия, гибкость, честность и оптимистичный настрой. Терпение позволяет врачу справиться с девиантным поведением пациентов. Эмпатия и оптимистичный настрой могут выражаться без слов, что очень важно при работе с детьми, так как дети позитивно реагируют на естественное дружественное отношение [8, 22, 46, 158].

Авторы отмечают важность и авторитетность для младшего ребенка значимого взрослого человека — родителя, воспитателя, учителя. Особенно отмечена роль учителя как человека, формирующего отношение ребенка к родителям, другим детям и окружающему миру [22, 46].

Все авторы пишут об особенностях тройственной коммуникации: врач — ребенок — родитель на стоматологическом приеме [8, 76, 158, 175]. Родителям отводится большая роль в настрое детей на лечение, а также поддержка во время приема, что дает ребенку ощущение своей безопасности. Родители могут проявить и негативную роль, нарушающую формирование позитивного отношения детей к стоматологическому лечению. Большое значение отводится детско-родительским отношениям с точки зрения их коррекции на стоматологическом приеме [8, 10, 22, 46, 76]. Психолого-педагогическое воздействие на родителей осуществляется множественными способами. Один

из них — это демонстрация врачом на приеме вариантов другого стиля общения с детьми, отличного от того, к которому привыкли родители [8, 10, 22, 46, 57].

Бойко В.В. описывает алгоритм блокировки психоэмоциональных реакций пациентов по этапам: распознать доминирующий тип психоэмоциональной реакции, подстроиться к пациенту, адекватно воздействовать [11]. Авторы отмечают, что длительный эффект после формирования позитивного отношения детей к стоматологическому лечению достигается, когда такая работа проводится еще в раннем детском возрасте [76].

Позитивные отношения между пациентом и врачом повышают качество лечения, профилактики и диспансеризации детей в стоматологии [46].

К сожалению, авторами не отмечается, насколько этот эффект постоянен и есть ли необходимость поддерживать его в течение какого либо времени.

Авторами также отмечены ошибки врачей при коммуникации с детьми и их родителями: критика, назидания, упреки в адрес ребенка при третьих лицах, что задевает его самолюбие, обсуждение стоматологических проблем при ребенке, что может насторожить и напугать его, обман ребенка воспринимается как предательство со стороны взрослых. Ошибкой является в ответ на гнев, агрессию, крик ребенка отвечать тем же. Позитивная эмоциональная поддержка со стороны взрослых очень важна для ребенка на приеме стоматолога, ее отсутствие — ошибка [8].

Таким образом, стоматолог должен обладать коммуникативными способностями и должен иметь специальные знания для успешной коммуникации с детьми. Так как это долговременный процесс, присутствие специалиста-психолога желательно в стоматологической клинике, что подтверждается словами Скрипника Ю.В. о необходимости стоматологической подготовки психологов наравне с родителями, воспитателями и логопедами с целью проведения санитарно-просветительной работы [114].

Глава 2.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общий дизайн и структура исследования

Научно-исследовательская работа выполнена в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В исследовании приняли участие 318 детей в возрасте от 1 года до 7 лет, проживающих в городе Екатеринбурге. Среди обследованных 91 ребенок в возрасте от 1 года до 3-х лет и 227 детей — от 3 до 7 лет. Выбор возрастных групп проводился в соответствии с рекомендациями ВОЗ, учитывались психологические, эмоциональные и поведенческие особенности детей разного возраста. Участие в исследовании было добровольным. Исследование проводилось в течение 5 лет с 2007-го по 2012 год.

На первом этапе стоматологического обследования дети были распределены в группы в зависимости от степени готовности ребенка к стоматологическому лечению. 1 группа — дети готовые к лечению (110 чел.), 2 группа — дети условно готовые к лечению (115 чел.), 3 группа — дети не готовые к лечению (93 чел.).

На втором этапе изучен стоматологический статус детей в выделенных группах. На этом же этапе проведена оценка общесоматического и психологического статуса детей, выявлена общая тревожность в отношении стоматологического лечения, факторы риска ее появления. Всем детям была назначена программа лечебно-профилактической помощи с использованием психолого-педагогических методов (гл. 3).

На третьем этапе исследования в диспансерных группах проведена программа лечебно-профилактической помощи с использованием психолого-

педагогических методов и санация полости рта у детей разной степени готовности к стоматологическому лечению.

При лечении кариеса временных зубов в стадии пятна проводили озонирование на аппарате Healozone (KAVO), реминерализацию гелем ROCS (DRC) или Remars (Доктор Холодов), местную флюоризацию эмаль-герметизирующим ликвидом (HUMANCHEMIE GmbH D) и препаратом глуфторэд (Владмива), серебрение Saforide пораженных зубов [4, 16, 22, 39, 42, 43, 47, 51, 52, 56, 57, 64, 85, 125, 140, 184, 185].

При лечении кариеса временных зубов в стадии дефекта и осложнений кариеса (пульпита и периодонтита) проводили оперативно-восстановительное лечение под аппликационной и инфильтрационной анестезией в случаях болезненного препарирования [22, 34, 56, 57, 83, 93].

Удаление зубного налета с поверхности зубов проводили циркулярными щетками, абразивной пастой Detartrine (Septodont) и суперфлоссами (Oral-B). Обработку кариозных полостей проводили алмазными борами с использованием турбинного наконечника со скоростью вращения 300000 оборотов в минуту и микромотора со скоростью вращения до 30000 оборотов в минуту на стоматологической установке Сирона (Сименс). Медикаментозную обработку кариозных полостей проводили 0,1%-ым раствором хлоргексидина биглюконата [22, 56, 57, 119, 120].

При лечении глубоких кариозных полостей применялся дентин-герметизирующий ликвид (HUMANCHEMIE GmbH D) для обработки дентина дна кариозной полости [22, 49, 56, 57].

Лечение пульпита временных зубов осуществляли методами витальной и девитальной ампутации и экстирпации по показаниям с применением материалов: формокрезол – пульпевит № 3 (ВладМиВа), ViscoStat (ULTRADENT), цинкоксид эвгеноловая паста (приготовленная ex tempore),

резорцин-формалиновая смесь и паста (приготовленные *ex tempore*) [22, 49, 56, 57, 120, 139, 159, 170, 182, 234, 237].

Лечение периодонтита временных зубов проводили терапевтическим методом (эндодонтическое лечение) с применением цинкоксид эвгеноловой пасты для obturации каналов и хирургическим методом (удаление зуба) [22, 49, 56, 57, 120, 182].

Для восстановления кариозных полостей применялись: изолирующий подкладочный материал - Ionoseal (Voco), Vitrebond (3M) и постоянные пломбирочные материалы для временных зубов - Vitremer (3M), Direct Xtra (Dentsply), Twinky Star (Voco) [17, 22, 49, 56, 57, 85, 108, 120, 156, 159, 170, 235].

а) СИЦ Vitremer (3M Dental) — гибридный СИЦ тройного отверждения; обладает выраженным кариеспрофилактическим действием, удовлетворительными эстетическими свойствами, низкими прочностными показателями.

б) компомер Direct Xtra (Dentsply) — упрочненный светоотверждаемый материал; используется с адгезивной системой Prime & Bond NT; обладает выраженным кариеспрофилактическим действием, удовлетворительными физическими и эстетическими свойствами.

в) компомер Twinky Star (Voco) — упрочненный светоотверждаемый материал с адгезивной системой Xeno и Prime & Bond NT (Dentsply); обладает выраженным кариеспрофилактическим действием, удовлетворительными физическими свойствами и эстетическими свойствами цветной пломбы из 8 цветовых оттенков, что мотивирует детей к лечению зубов.

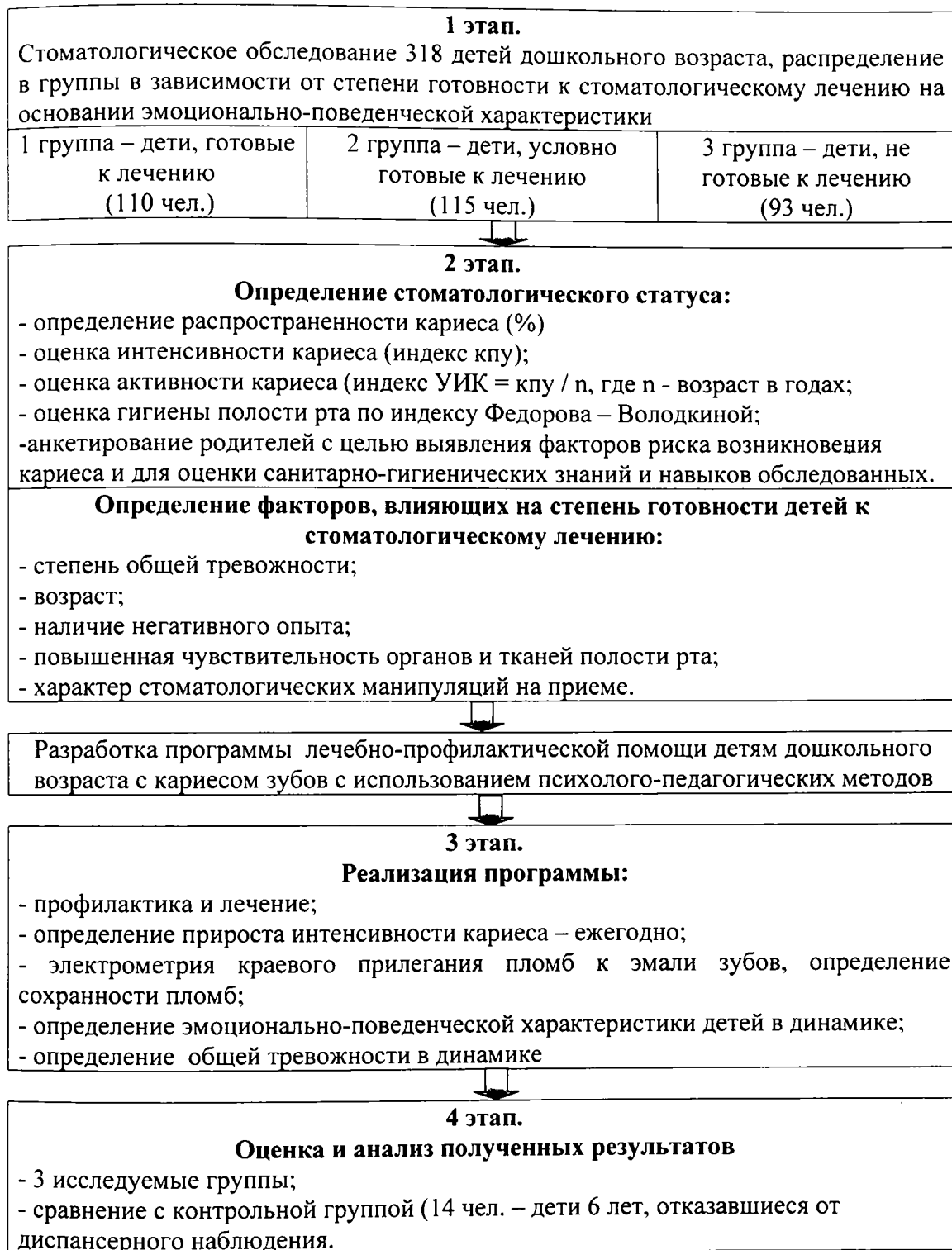
Окончательную обработку пломб проводили с помощью финиров, полиров, дисков Sof-Lex (3M) и полировочных паст Cleanic (KerrHawe) и Super Polish (Kerr).

На этапах профилактики и лечения проведены следующие исследования стоматологического статуса: определение прироста интенсивности кариеса временных зубов в динамике (ежегодно); электрометрическое измерение краевого прилегания пломб к эмали временных зубов в динамике; определение сохранности пломб в исследуемых временных зубах.

Исследование психологического статуса: измерение степени общей тревожности в динамике (ежегодно); определение эмоционально-поведенческой характеристики детей исследуемых диспансерных групп в динамике; определение критериев психо-эмоционального состояния детей до и после профилактики и лечения.

На четвертом этапе исследования проведена оценка и анализ полученных результатов санации и профилактики кариеса и динамики психоземotionalного состояния детей исследуемых групп.

Дизайн исследования



2.2. Клинические методы исследования

2.2.1. Клинические методы исследования стоматологического статуса

Клиническое исследование включало:

- выяснение жалоб;
- сбор анамнеза жизни и заболевания (уточнялось наличие кариесогенных факторов);
- осмотр полости рта;
- определение индекса интенсивности кариеса во временном прикусе — кпу;
- оценку активности кариеса у детей раннего возраста проводили путем расчета показателей УИК (уровень интенсивности кариеса);
- определение гигиенического индекса по Федорову-Володкиной;
- электрометрическое исследование краевого прилегания пломб к тканям временных зубов.

Обследование детей проводили с помощью стандартного набора инструментов. Данные заносились в адаптированные карты стоматологического обследования (форма 043/у).

Для оценки состояния зубов применяли показатели, рекомендованные Комитетом экспертов ВОЗ (1962).

Распространенность кариеса молочных и постоянных зубов в % вычисляли отношением числа детей, имеющих кариес, к общему числу обследованных (в процентах).

Для определения интенсивности кариеса во временном прикусе подсчитывали индекс кпу — сумму кариозных, пломбированных и удаленных временных зубов, в сменном прикусе — индекс КПУ + кпу [12].

В процессе динамического наблюдения и выполнения программы лечебно-профилактической помощи с использованием психолого-педагогических методов определяли прирост интенсивности кариеса — увеличение индекса интенсивности за год в каждой исследуемой группе.

Для оценки активности кариеса определяли индекс УИК, предложенный П.А. Леусом в 1990 году [57], который вычислялся по формуле: $УИК = \text{кп} / \text{п}$, где п — возраст в годах (табл. 1).

Таблица 1

Интерпретация индекса «уровень интенсивности кариеса»

Значение УИК	Интерпретация
$\leq 0,4$	Низкий
0,5 – 0,8	Средний
0,9 – 1,2	Высокий
$\geq 1,3$	Очень высокий

Оценка гигиены проводилась у всех обследованных детей по индексу Федорова – Володкиной (1971). Для определения индекса обследовали вестибулярную поверхность 6 зубов: 83, 82, 81, 71, 72, 73, визуально после окрашивания вестибулярной поверхности зубов растворами (Шиллера – Писарева, фуксина, эритрозина).

Критерии оценки зубного налета в баллах:

- 1 — зубной налет не выявлен;
- 2 — окрашивание $\frac{1}{4}$ поверхности коронки;
- 3 — окрашивание $\frac{1}{2}$ поверхности коронки;
- 4 — окрашивание $\frac{3}{4}$ поверхности коронки;
- 5 — окрашивание всей поверхности коронки.

Расчет индекса складывался из суммы всех баллов, деленных на количество обследованных зубов.

Формула для расчета:

ГИ = сумма баллов/количество обследованных зубов.

Интерпретация индекса:

- 1,1 – 1,5 — хороший уровень гигиены полости рта;
- 1,6 – 2,0 — удовлетворительный уровень гигиены полости рта;
- 2,1 – 2,5 — неудовлетворительный уровень гигиены полости рта;
- 2,6 – 3,4 — плохой уровень гигиены полости рта;
- 3,5 – 5,0 — очень плохой уровень гигиены полости рта.

2.2.2. Электрометрический метод исследования

Использовали способ электрометрии для изучения краевого прилегания пломб к эмали зубов с целью диагностики рецидивного кариеса [35, 50, 69, 70]. С помощью данного метода было изучено краевое прилегание 366 пломб у детей 3-х исследуемых групп. Электрометрическое измерение краевого прилегания пломб к эмали временных зубов проводилось в динамике через 3, 6, 9, 12 месяцев на протяжении первого года с момента проведения реставрации зубов и через каждые полгода на протяжении последующих 4 лет у детей диспансерных групп. В качестве измерительного прибора использовался аппарат «ДэнтЭст» (Геософт). Метод заключается в определении способности твердых тканей зуба проводить электрический ток в зависимости от размера микрощели на границе зуб — пломба [35, 50, 69, 70]. Измерения проводили в равноудаленных точках друг от друга на границе пломбы с тканями зуба. Количество измерений в области одного пломбированного зуба составило 3 – 6 в зависимости от площади реставрации. Полученные результаты заносились в специально разработанную карту в таблице Excel. Для последующего анализа краевой адаптации пломбы использовали среднее значение электропроводности.

Методика проведения исследования: в качестве пассивного электрода используется стерильное стоматологическое зеркало, установленное в держатель, соединенный посредством проводника с измерительным прибором; в качестве активного электрода используется микрошприц (инсулиновый с тонкой иглой), в который набирается раствор электролита CaCl_2 – 10% (Аппарат «ДэнтЭст» (Геософт)). При электрометрических исследованиях зуб тщательно очищается от зубного налета, изолируется от слюны, поверхность зуба высушивается. Пассивным электродом касаются слизистой оболочки полости рта, активным — высушенной поверхности зуба. Величину проходящего микротока (электрометрический параметр) фиксировали по шкале прибора в условных единицах измерения.

2.2.3. Методы исследования психологического статуса детей

Психологический статус определялся путем объективного обследования эмоционального, поведенческого и физиологического состояний [59, 60].

За основу взята классификация эмоциональных и поведенческих реакций детей младшего школьного возраста Е.Г. Киселевой, Д.А. Кузьминой, в которой на основании эмоциональных и поведенческих признаков описано 5 поведенческих групп детей [46]. Нами была предложена собственная классификация — распределение детей в три группы по степени готовности ребенка к стоматологическому лечению (гл. 3, 3.1).

У обследованных детей для определения общей тревожности проводили проективный тест Р. Тэмбла, В. Амена, М. Дорки «ВЫБЕРИ НУЖНОЕ ЛИЦО» [60]. Методика позволила определить тревожность по отношению к ряду типичных для ребенка жизненных ситуаций взаимодействия с другими людьми, где соответствующее качество личности проявляется в наибольшей степени. Указанная методика предназначена для диагностики детей от 4 до 7 лет.

Методика проведения. Психодиагностический материал представлен серией рисунков размером 8,5x11 см, каждый из которых демонстрирует типичную для дошкольника жизненную ситуацию. Рисунки выполнены в двух вариантах — для мальчиков и для девочек. В процессе тестирования испытуемый идентифицирует себя с ребенком того же пола, что и он сам. Рисунок снабжен двумя дополнительными изображениями детской головы. На одном изображении представлено улыбающееся лицо ребенка, а на другом — печальное. Двусмысленность рисунков в методике имеет основную «проективную» нагрузку. То, какой смысл придает ребенок именно этим рисункам, указывает на типичное для него эмоциональное состояние в подобных жизненных ситуациях [60].

На основе полученных данных проводился количественный и качественный анализ. В ходе количественного анализа вычислялся индекс тревожности (ИТ) ребенка, который равен выраженному в процентах

отношению числа эмоционально-негативных выборов к общему числу рисунков по формуле:

$$\frac{\text{Количество эмоционально – негативных выборов}}{14} \cdot 100$$

Интерпретация полученных результатов:

- высокий уровень тревожности — ИТ больше 50%;
- средний уровень тревожности — ИТ находится в пределах от 20 до 50%;
- низкий уровень тревожности — ИТ находится в пределах от 0 до 20%.

Отдельно по каждой картинке провели качественный анализ в зависимости от того, к какой из них ребенок подбирает грустное лицо. В ходе качественного анализа отдельно рассматривали высказывание ребенка по каждой ситуации (второй столбец протокола) и делали вывод об эмоциональном опыте общения ребенка с окружающими взрослыми и сверстниками. Особым проективным значением обладали рисунки с ситуациями «Одевание», «Укладывание в постель в одиночестве», «Еда в одиночестве», «Ребенок и мать с младенцем», «Умывание», «Игнорирование». Присутствие в данных ситуациях отрицательных эмоциональных выборов указывало на высокую степень вероятности наличия у ребенка высокого уровня тревожности.

Для определения критериев психоэмоционального состояния детей до и после профилактики и лечения применялся **модифицированный восьми цветовой тест Люшера**. Метод цветowych выборов представляет собой адаптированный вариант цветового теста Люшера [115]. Методика предназначена для изучения неосознаваемых глубинных проблем личности, актуального состояния, базисных потребностей, индивидуального стиля переживания, типа реагирования и степени адаптированности обследуемого. Методика выявляет неосознанные реакции, что позволяет считать его глубинным, проективным. Тест позволяет определить личностные особенности конкретного индивида в конкретной ситуации.

Процедура обследования. Испытуемому предлагалось выбрать из разложенных перед ним таблиц самый приятный цвет в данный момент. Цветовые эталоны раскладывали на индифферентном фоне с достаточно ярким равномерным освещением (например, дневным). Расстояние между цветовыми таблицами составляло не менее 2 см. Выбранный эталон убирался, при этом исследователь записывал номер каждого выбранного цветового эталона. Запись проводили слева направо. Номера, присвоенные цветовым эталонам, следующие: 1 — темно-синий, 2 — сине-зеленый, 3 — оранжево-красный, 4 — желтый, 5 — фиолетовый, 6 — коричневый, 7 — черный, 0 — серый.

Цвета разделяются на основные (темно-синий, сине-зеленый, оранжево-красный, светло-желтый) и дополнительные (черный и серый — ахроматические, фиолетовый и коричневый — смешанные). Основные цвета символизируют базисные психологические потребности, которые в норме и при полной уравновешенности должны находиться на первых позициях. Дополнительным цветам не придается значимость, их роль — разделяющая или разбавляющая.

Каждый раз испытуемому предлагали выбрать наиболее благоприятный цвет из оставшихся на столе, пока все цвета не были отобраны. Через 2-5 минут, предварительно перемешав цвета, исследование повторяли. Допускается интерпретация и на основании однократного выбора. Функция цвета, отражающая субъективное отношение испытуемого к выбранным цветам, определялась и кодировалась согласно правилам М. Люшера следующим образом: «явное предпочтение», «предпочтение», «безразличие», «неприятие». «Явное предпочтение» обозначается знаком «+», который присваивается первым двум предпочитаемым цветам, из них цвет, стоящий на первой позиции, определяет основной способ действия, а на второй позиции — цель, к которой стремится испытуемый. «Предпочтение» — это 3 и 4 позиции, обозначается знаком «X» и указывает на «истинное положение вещей» (ситуацию) и «образ действия», вытекающий из данной ситуации. «Безразличие» (5 и 6 позиция) обозначается знаком «=» и указывает на

невысказанные в данный момент резервы, индифферентную зону, бездействующие свойства личности. «Неприятие» (антипатия) — 7 и 8 позиции, им присваивается знак «-», их функциональное значение — «подавленные потребности».

Группировка цветовых эталонов при двойном выборе происходит путем сравнения двух выборов, выделения устойчивых пар и расщепившихся цветовых пар в виде изолированных цветов. Для соблюдения последовательности группировки, психологом, к.п.н. Т.Н. Бояршиновой разработаны специальные правила.

После группировки интерпретация проводилась согласно трактовке функциональных пар, где различные сочетания цветовых таблиц истолковывались в зависимости от их функционального значения, т.е. присвоенных им в процессе группировки знаков. Интерпретация функциональных пар в адаптированном виде изложена в приложении в руководстве Л.Н. Собчика [115].

По результатам теста Люшера на каждого ребенка была составлена индивидуальная психологическая карта.

2.3. Статистические методы исследования

В процессе исследований были использованы общие статистики для оценки средних значений и стандартных ошибок признаков в группах. Использовались t-критерий Стьюдента для сравнения групп и определения признаков (параметров), значимо ($p \leq 0,05$) отличающихся в сравниваемых группах; непараметрический критерий Манна-Уитни для оценки обоснованности применения параметрических методов оценивания и для анализа малых выборок; критерий хи-квадрат для сравнения дихотомических признаков (типа «да-нет»). Корреляционный анализ применялся в данной работе для выявления значимых взаимосвязей между признаками и оценки отличий этих взаимосвязей в группах. Для получения оценок использовался пакет прикладных программ Statistica.6.0 и публикации.

Глава 3.

ГОТОВНОСТЬ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ КАК КАРИЕСОГЕННЫЙ ФАКТОР

3.1. Стоматологический статус у детей дошкольного возраста в группах с разной степенью готовности к стоматологическому лечению

При первом знакомстве с детьми (до стоматологического обследования) выяснялась группа соматического здоровья (табл. 2).

Таблица 2

Число детей (%) по группам соматического здоровья

Группа соматического здоровья	Исследуемые группы		
	1 группа	2 группа	3 группа
I	28,81 ± 5,95%	25,35 ± 5,20%	31,48 ± 6,38%
II	52,54 ± 6,56%	46,48 ± 5,96%	51,85 ± 6,86%
III	18,64 ± 5,11%	26,76 ± 5,29%	12,96 ± 4,61%
IV	0%	0%	1,85 ± 1,85%
V	0%	1,41 ± 1,41%	1,85 ± 1,85%

Большинство детей имели I, II, III группы здоровья. Достоверные отличия по числу детей, относящихся к III группе здоровья, были между 2-й и 3-й группами ($p \leq 0,05$); относящиеся к IV группе здоровья выявлены только в 3-й группе; к V группе здоровья — во 2-й и 3-й группах.

На основании эмоциональных и поведенческих характеристик провели распределение детей в диспансерные группы по степени готовности к стоматологическому лечению.

I группа — дети, готовые к лечению. Быстрый или спокойный подход и свободное расположение в кресле. Спокойное выражение лица или улыбка. Положительная речевая активность или ее отсутствие. Ребенок сидит в кресле самостоятельно, мама рядом или вне кабинета. Ответ на вопрос: «Будем лечить

зубы?» положительный. Открывание рта самостоятельно сразу же после усаживания в кресло или по просьбе врача. Позитивные или спокойные эмоции и поведение при знакомстве с инструментами, при работе стоматологической установки, при выполнении профессиональной гигиены, местной флюоризации зубов. Отсутствие защитных двигательных реакций при профилактике, анестезии, лечении зубов, сохраняющиеся на последующих приемах (рис. 1). В целом дети 1 группы не ставят врачу никаких условий для проведения стоматологического вмешательства.



Рис. 1. Ребенок 1 группы спокойно располагается в кресле стоматолога

2 группа — дети, условно готовые к лечению. Замедленный подход, медленное усаживание и «покорное» расположение в кресле, мама рядом. Grimace недовольствия или слезы. Тревожные вопросы, уточнения, предъявление условий или крик. Ответ на вопрос: «Будем лечить зубы?» с многочисленными условиями. Открывание рта после однократной или двукратной команды врача: «Открой рот». Тревожные, негативные эмоции и поведение при знакомстве с инструментами, работе установки, при выполнении

профессиональной гигиены местной флюоризации зубов. Слабые защитные движения, не отвлекающие врача и не мешающие при профилактике, анестезии, лечении зубов, сохраняющиеся на последующих приемах, при правильном психологическом поведении врача и родителей (рис. 2). В целом дети 2 группы ставят врачу одно или несколько условий перед вмешательством.



Рис. 2. Ребенок 2 группы демонстрирует гримасу недовольствия

3 группа — дети, не готовые к лечению. Медленный подход или отказ заходить в кабинет, крик уже в регистратуре, расположение в кресле только на маме, гримасы недовольствия, словесные отказы от лечения, крик в кресле врача, плач, сопровождающиеся вегетативными и физиологическими проявлениями (рвота, непроизвольное мочеиспускание). Открывание рта для осмотра после неоднократной команды: «Открой рот!» или отказ открыть рот. Негативные эмоции и поведение при знакомстве с инструментами, при работе установки, при выполнении профессиональной гигиены, местной флюоризации зубов. Активные защитные движения, мешающие работе врача при

профилактике, анестезии, лечении зубов. Отказ от анестезии, от продолжения профилактики и лечения после частичного препарирования, от постановки и шлифовки пломбы. Такие эмоциональные, поведенческие и вегетативные физиологические характеристики сохраняются на протяжении всех стоматологических приемов (рис. 3). В целом дети 3 группы показывают полную неготовность к стоматологическому лечению.



Рис. 3. Ребенок 3 группы демонстрирует отказ от лечения

При изучении распространенности кариеса в исследуемых группах детей выявлена тенденция увеличения показателей. Так, в 1-й группе распространенность кариеса составила $87,27 \pm 3,19$ %, во 2-й – $93,04 \pm 2,38$ %, в 3-й – $90,32 \pm 3,08$ %. Во всех исследуемых группах отмечена высокая распространенность кариеса.

В таблице 3 представлены показатели средней интенсивности кариеса зубов у детей исследуемых групп, определенные по индексу кпу временных

зубов. Как следует из таблицы 3, самая высокая интенсивность кариеса зубов отмечалась у детей 3 группы, а самая низкая — у детей 1 группы.

Таблица 3

Показатели средней интенсивности кариеса временных зубов при первичном обследовании

Показатели индекса кпу	Исследуемые группы		
	1 группа	2 группа	3 группа
Средняя интенсивность кариеса	5,23 ± 0,38 p (1-2) ≤ 0,05	7,11 ± 0,43 p (2-3) > 0,05	7,57 ± 0,52 p (1-3) ≤ 0,05

На основании индекса интенсивности кариеса (кпу, КПУ+кпу) зубов для каждого пациента рассчитан индекс уровня интенсивности кариеса — УИК. При первичном обследовании средний показатель УИК в 1 группе детей был самый низкий и составил 1,26 ± 0,11; самые высокие показатели УИК были в 3 группе — 2,68 ± 0,23 и во 2 группе — 2,14 ± 0,17. Отличия между группами достоверны, по критерию хи – квадрат **p ≤ 0,05**.

В таблице 4 представлены результаты распределения детей исследуемых групп по УИК временных зубов.

Таблица 4

Распределение детей (%) в исследуемых группах по УИК временных зубов

Степень активности кариеса по УИК	Исследуемые группы		
	1 группа	2 группа	3 группа
Здоровые дети	12,73 ± 3,19 % p (1-2) > 0,05	6,96 ± 2,38 % p (2-3) > 0,05	9,68 ± 3,08 % p (1-3) > 0,05
Низкий УИК	14,55 ± 3,38 % p (1-2) ≤ 0,05	7,83 ± 2,52 % p (2-3) ≤ 0,05	2,15 ± 1,51 % p (1-3) ≤ 0,05
Средний УИК	12,73 ± 3,19 % p (1-2) > 0,05	6,96 ± 2,38 % p (2-3) > 0,05	4,30 ± 2,12 % p (1-3) ≤ 0,05
Высокий УИК	13,64 ± 3,29 % p (1-2) > 0,05	10,43 ± 2,86 % p (2-3) > 0,05	8,60 ± 2,92 % p (1-3) > 0,05
Очень высокий УИК	46,36 ± 4,78 % p (1-2) ≤ 0,05	67,83 ± 4,38 % p (2-3) > 0,05	75,27 ± 4,50 % p (1-3) ≤ 0,05

Из таблицы 4 видно, что в 1 группе стоматологически здоровые дети с низким и средним УИК составили 40%. Количество детей в этой группе с высоким и очень высоким УИК преобладало и составило 60% случаев.

Во 2 группе примерно одинаково встречаются стоматологически здоровые дети, дети с низким и средним УИК. В сравнении с 1 группой, их количество было значительно ниже и составило 21,75%. Количество детей с высоким и очень высоким УИК преобладало внутри 2 группы и составило 78,25%.

В 3 группе стоматологически здоровых детей, детей с низким и средним УИК было всего 16,13%. Дети с высоким и очень высоким УИК в 3 группе преобладали — 83,87%.

Таким образом, установлено, что во всех группах преобладают дети с высоким и очень высоким УИК. Также при первичном обследовании определилось преобладание высокого и очень высокого уровня интенсивности кариеса во 2 и 3 группах по сравнению с 1.

Средний показатель гигиенического индекса по Федорову-Володкиной в 1 группе детей составил $2,73 \pm 0,10$, во 2 группе — $2,78 \pm 0,10$, в 3 группе — $3,10 \pm 0,17$. Во всех группах показатели соответствуют плохому уровню гигиены. Достоверные отличия по критерию хи-квадрат, где $p \leq 0,05$, получены при сравнении между 1 и 3, 2 и 3 группами. Между 1 и 2 группами отличия не являются достоверными ($p > 0,05$).

В таблице 5 представлены данные о количестве детей с разными уровнями гигиены в полости рта. Из таблицы видно, что хорошая гигиена встречается во всех группах. В группах наблюдается тенденция увеличения количества детей в сторону плохого уровня гигиены полости рта. Эти данные не имеют достоверных отличий между собой по критерию хи-квадрат. Достоверные отличия по критерию хи-квадрат, где $p \leq 0,05$, выявлены при сравнении числа детей с показателем «очень плохая гигиена» между 1 и 2 и 1 и 3 группами. По критерию «очень плохая гигиена» выявилась тенденция его преобладания у детей 2 и 3 групп по сравнению с детьми 1 группы.

Распределение детей (%) по состоянию гигиены полости рта
в исследуемых группах

Состояние гигиены полости рта	Исследуемые группы		
	1 группа	2 группа	3 группа
Хорошая	3,92 ± 2,75% p (1-2) > 0,05	8,14 ± 2,97% p (2-3) > 0,05	5,00 ± 3,49% p (1-3) > 0,05
Удовлетворительная	15,69 ± 5,14% p (1-2) > 0,05	12,79 ± 3,62% p (2-3) > 0,05	7,50 ± 4,22% p (1-3) > 0,05
Неудовлетворительная	25,49 ± 6,16% p (1-2) > 0,05	27,91 ± 4,87% p (2-3) > 0,05	25,00 ± 6,93% p (1-3) > 0,05
Плохая	39,22 ± 6,90% p (1-2) > 0,05	26,74 ± 4,80% p (2-3) > 0,05	37,50 ± 7,75% p (1-3) > 0,05
Очень плохая	15,69 ± 5,14% p (1-2) ≤ 0,05	24,42 ± 4,66% p (2-3) > 0,05	25,00 ± 6,93% p (1-3) ≤ 0,05

Таким образом, при первичном обследовании выявлено большое число детей с плохой и очень плохой гигиеной полости рта во всех группах. По показателю «очень плохая гигиена полости рта», который имеет наибольшее значение в ухудшении кариесогенной ситуации, выявлена взаимосвязь со степенью готовности к стоматологическому лечению.

В целом нами выявлено влияние степени готовности к стоматологическому лечению, на кариесогенную ситуацию и на заболеваемость кариесом, выраженную в основных показателях интенсивности кариеса — кпу, КПУ+кпу, УИК, состояние гигиены полости рта. Чем лучше и позитивнее психо-эмоциональное состояние и поведение детей на стоматологическом приеме (1 группа — дети, готовые к лечению), тем лучше стоматологическое здоровье. Чем хуже психоэмоциональное состояние и поведение детей на стоматологическом приеме (2 группа — дети, условно готовые к лечению и 3 группа — дети, не готовые к лечению), тем хуже стоматологическое здоровье.

Таким образом, психо-эмоциональное состояние и поведение детей дошкольного возраста на стоматологическом приеме, выраженное в группах по

степени готовности к стоматологическому лечению является кариесогенным фактором в структуре кариесогенной ситуации.

3.2. Влияние возрастных особенностей на готовность к стоматологическому лечению

Исследование возрастных особенностей детей в группах представлено в таблице 6.

Таблица 6

Распределение детей (%) в исследуемых группах по возрасту

Возраст (в годах)	Исследуемые группы		
	1 группа	2 группа	3 группа
Детей младше 3-х лет (в %)	15,45 ± 3,46 p (1-2) ≤ 0,05	27,83 ± 4,20 p (2-3) ≤ 0,05	45,16 ± 5,19 p (1-3) ≤ 0,05
Детей старше 3-х лет (в %)	84,55 ± 3,46 p (1-2) ≤ 0,05	72,17 ± 4,20 p (2-3) ≤ 0,05	54,84 ± 5,19 p (1-3) ≤ 0,05
Средний возраст	4,24 ± 0,17 p (1-2) ≤ 0,05	3,78 ± 0,16 p (2-3) ≤ 0,05	3,01 ± 0,18 p (1-3) ≤ 0,05

В 1-й группе детей младше 3-х лет было меньше, чем во 2-й и 3-й, а во 2-й меньше, чем в 3-й группе. Различия достоверны. Напротив, детей старше 3-х лет в 1-й группе было больше, чем во 2-й и 3-й, а во 2-й больше, чем в 3-й группе. Различия также достоверны.

Выявлено, что в 1 группе средний возраст был старше 4-х лет и составил $4,24 \pm 0,17$, во 2-й и 3-й группах средний возраст был младше 4-х лет — $3,78 \pm 0,16$ и $3,01 \pm 0,18$ соответственно. Это объясняет позитивное отношение к стоматологическому лечению детей 1 группы, так как в возрасте 4-4,5 лет и старше отмечаются более высокие показатели психологического, физиологического и психического развития детей. Негативное отношение детей 3 группы к лечению наряду со страхами, высокой тревожностью объясняется также незрелостью психоэмоциональной системы, малого лексикона или его отсутствия у детей до 3 лет 2 месяцев, что отрицательно влияет на

установление контакта между врачом и пациентом на стоматологическом приеме.

Попадание ребенка в группу детей, не готовых к лечению, и наличие у него страхов связано с возрастными физиологическими особенностями организма — повышенной болевой, вкусовой, тактильной чувствительностью, наличием общей тревожности.

С помощью теста Р. Тэмбла, В. Амена, М. Дорки: «Выбери нужное лицо» в группах детей была определена степень общей тревожности. Полученные данные представлены в таблице 7.

Таблица 7

Распределение детей (%) исследуемых групп по степени тревожности

Степень общей тревожности	Исследуемые группы		
	1 группа	2 группа	3 группа
Низкая	16,67 ± 5,12 p (1-2) > 0,05	16,00 ± 5,24 p (2-3) > 0,05	11,43 ± 5,46 p (1-3) > 0,05
Средняя	68,52 ± 6,38 p (1-2) > 0,05	62,00 ± 6,93 p (2-3) > 0,05	54,29 ± 8,54 p (1-3) > 0,05
Высокая	14,81 ± 4,88 p (1-2) > 0,05	22,00 ± 5,92 p (2-3) > 0,05	34,29 ± 8,14 p (1-3) ≤ 0,05

Как следует из таблицы, в исследуемых группах преобладали дети со средней степенью общей тревожности. Число детей с высокой степенью общей тревожности в 3-й группе было больше, чем в 2 раза, нежели в 1-й (различия достоверны) и больше, чем во 2-й. Низкая степень общей тревожности в 1-й и 2-й группах наблюдалась у большего числа детей, чем в 3-й группе.

Таким образом, имеется взаимосвязь между общей степенью тревожности детей и готовностью к стоматологическому лечению, то есть высокая степень общей тревожности влияет на формирование негативного психоэмоционального состояния и поведения на стоматологическом приеме.

На детском стоматологическом приеме неприятные и болевые ощущения в современных условиях минимальны, но дети отрицательно относятся к этим процедурам (табл. 8).

Таблица 8

Распределение детей (%) по отношению к стоматологическому лечению

Критерии	Исследуемые группы		
	1 группа	2 группа	3 группа
Отказ от осмотра	0% $p(1-2) > 0,05$	$1,82 \pm 1,28\%$ $p(2-3) \leq 0,05$	$54,22 \pm 5,50\%$ $p(1-3) \leq 0,05$
Отказ от профилактических мероприятий	0% $p(1-2) \leq 0,05$	$36,89 \pm 4,78\%$ $p(2-3) \leq 0,05$	$86,75 \pm 3,74\%$ $p(1-3) \leq 0,05$
Отказ от лечебных мероприятий	$75,29 \pm 4,71\%$ $p(1-2) \leq 0,05$	$91,25 \pm 3,18\%$ $p(2-3) \leq 0,05$	$100,0 \pm 0,0\%$ $p(1-3) \leq 0,05$

Из таблицы следует, что от 1 к 3 группе возрастает число детей, отказавшихся от процедуры осмотра, профилактических мероприятий и лечебных процедур. Отказом считались: словесный отказ от манипуляции, сильный плач, крик и отталкивающие движения, закрывание рта руками. В 1-й группе не выявлено детей, которые отказываются от осмотра и профилактики, а число детей отказывающихся от лечения составило $75,29 \pm 4,71\%$. Во 2-й и 3-й группах были дети с отказом уже на этапе осмотра, а отказавшиеся от профилактики и лечения составили основную часть — $91,25 \pm 3,18\%$ и $100,0 \pm 0,0\%$ соответственно.

Таким образом, возраст, чувствительность к вмешательствам в полости рта, влияют на готовность детей к стоматологическому лечению и, очевидно требуются особый подход для санации полости рта у таких детей.

3.3. Влияние предыдущего опыта на готовность к стоматологическому лечению

Перенесенный дошкольником опыт стоматологического лечения может наложить отпечаток на длительное время. Путем анкетирования родителей мы пранализировали стоматологический анамнез детей в исследуемых группах (табл. 9).

Таблица 9

Данные анамнеза о предыдущем опыте стоматологических мероприятий

Стоматологический анамнез	Исследуемые группы		
	1 группа	2 группа	3 группа
Впервые у стоматолога	51,82 ± 4,79% p (1-2) ≤ 0,05	33,91 ± 4,43% p (2-3) > 0,05	27,96 ± 4,68% p (1-3) ≤ 0,05
Проводились осмотры	48,18 ± 4,79% p (1-2) ≤ 0,05	66,09 ± 4,43% p (2-3) > 0,05	72,04 ± 4,68% p (1-3) ≤ 0,05
Проводились профилактические мероприятия	8,18 ± 2,63% p (1-2) > 0,05	11,30 ± 2,97% p (2-3) > 0,05	9,68 ± 3,08% p (1-3) > 0,05
Проводились лечебные мероприятия	31,82 ± 4,46% p (1-2) ≤ 0,05	49,57 ± 4,68% p (2-3) ≤ 0,05	35,48 ± 4,99% p (1-3) > 0,05
Проводилась санация полости рта под наркозом	7,27 ± 2,49% p (1-2) > 0,05	12,17 ± 3,06% p (2-3) > 0,05	11,83 ± 3,37% p (1-3) > 0,05
Стоматологический опыт воспринят как положительный	73,58 ± 6,11% p (1-2) ≤ 0,05	37,66 ± 5,56% p (2-3) ≤ 0,05	11,94 ± 3,99% p (1-3) ≤ 0,05
Стоматологический опыт воспринят как отрицательный	26,42 ± 6,11% p (1-2) ≤ 0,05	62,34 ± 5,56% p (2-3) ≤ 0,05	88,06 ± 3,99% p (1-3) ≤ 0,05

Из таблицы следует, что в 1 группе большее число детей, чем во 2-й и 3-й были у стоматолога впервые и не имели никакого стоматологического опыта. Достоверность отличий, где $p \leq 0,05$, выявлена между 1 и 2 группами и между 1 и 3 группами. Напротив, детей со стоматологическим опытом в 1-й группе было меньше, чем во 2-й и 3-й. Стоматологический опыт дети получали

разными путями и с различными результатами. Стоматологические осмотры в 1 группе проведены почти у половины детей, а во 2-й и 3-й — значительно больше. Это свидетельствует, что у большинства детей свое особенное психоэмоциональное состояние и поведение на стоматологическом приеме складывается уже после стоматологического осмотра. Кроме стоматологических осмотров небольшому числу детей, примерно одинаково во всех группах, проводились профилактические мероприятия. Лечебные мероприятия явились опытом чаще для детей 2-й и 3-й группы, но и треть детей 1-й группы имели опыт лечения у стоматолога. Кроме опыта, эти данные характеризуют состояние полости рта у детей 3-х групп и нуждаемость в стоматологических вмешательствах, которая выше во 2-й и 3-й группах, чем в 1-й.

Восприятие детьми стоматологического опыта отличается по группам. Так, в 1 группе стоматологический опыт как положительный воспринят значительно превосходящим числом детей, чем во 2-й и 3-й группах. Соответственно, стоматологический опыт, воспринятый отрицательно в 1 группе, наблюдался реже — $26,42 \pm 6,11\%$, $62,34 \pm 5,56\%$, $88,06 \pm 3,99\%$.

Таким образом, выявлено преобладание положительного восприятия стоматологического опыта в 1 группе детей и преобладание негативного восприятия стоматологического опыта во 2 и 3 группах детей, причем в 3 группе отрицательное восприятие стоматологического опыта было выявлено у подавляющего числа детей.

На оценку предыдущего опыта, готовность детей к стоматологическому лечению оказывает и характер проведенных ранее процедур. С помощью теста Люшера проведена оценка психоэмоционального состояния детей до и после профилактических мероприятий и после лечения. Анализ позволил выделить основные критерии психоэмоционального состояния детей, такие как недоверчивость, противодействие, страх. Из положительных реакций выявлено дружелюбие.

В таблице 10 представлены результаты тестирования детей 1 группы по тесту Люшера.

Таблица 10

Частота (%) критериев психофизиологического состояния детей 1 группы

Основные критерии	Периоды тестирования		
	До профилактики	После профилактики	После лечения
Недоверчивость	12,50 ± 8,54	25,00 ± 11,18	21,43 ± 11,38
Противодействие	25,00 ± 11,18	50,00 ± 12,91	21,43 ± 11,38
Страх	6,25 ± 6,25	12,50 ± 8,54	7,14 ± 7,14
Эмоциональная неустойчивость	37,50 ± 12,50	50,00 ± 12,91	42,86 ± 13,73
Дружелюбие	6,25 ± 6,25	6,25 ± 6,25	14,29 ± 9,71

Анализ таблицы показывает, что дети дошкольного возраста не воспринимают результаты стоматологического лечения как положительный фактор в их жизни. Частота негативных реакций после профилактических мероприятий возросла в два раза, а положительная реакция осталась на прежнем уровне. Достоверно значимым было изменение только критерия «противодействие», $p \leq 0,05$.

Таким образом, положительные изменения в состоянии полости рта у детей на стоматологическом приеме не сопровождаются положительными изменениями в психоэмоциональном состоянии, а сопровождаются преимущественно отрицательными реакциями, т.е. улучшение стоматологического здоровья не улучшает «качество жизни» ребенка. Из них достоверно значимым является только критерий **неуверенности**, где $p \leq 0,05$. На этом основании можно говорить, что профилактические манипуляции оказывали негативное влияние на психику ребенка. Улучшение психоэмоционального состояния после профилактических приемов происходило, но в незначительной степени.

Анализ этих же критериев после лечения выявил, что частота показателей также возросла по сравнению с исходными (табл. 10), но была меньше, чем после профилактики, что говорит об адаптации детей и правильности ведения ребенка врачом-стоматологом.

В таблице 11 представлены результаты тестирования детей 2-й исследуемой группы по тесту Люшера.

Таблица 11

Частота (%) критериев психофизиологического состояния детей 2 группы

Основные критерии	Периоды тестирования		
	До профилактики	После профилактики	После лечения
Недоверчивость	39,13 ± 10,41	8,70 ± 6,01	25,00 ± 11,18
Противодействие	43,48 ± 10,57	30,43 ± 9,81	43,75 ± 12,81
Страх	4,35 ± 4,35	0,00 ± 0,00	0,00 ± 0,00
Эмоциональная неустойчивость	39,13 ± 10,41	52,17 ± 10,65	43,75 ± 12,81
Дружелюбие	4,35 ± 4,35	0,00 ± 0,00	13,33 ± 9,09

Частота негативных реакций, таких как недоверчивость, противодействие, страх после профилактических мероприятий во 2-й группе детей, условно готовых к лечению, значительно уменьшилась, однако возросла эмоциональная неустойчивость. Частота положительной реакция тоже уменьшилась. Достоверно значимым было изменение только критерия «недоверчивость», $p \leq 0,05$. При первичном обследовании во 2-й группе негативные реакции встречались чаще, чем в 1-й группе, что подтверждает, что дети 2 группы меньше готовы к стоматологическим вмешательствам. Определенное снижение частоты негативных реакций после профилактических процедур связано со специальной психоэмоциональной подготовкой детей. На этом основании можно говорить, что подготовка детей к профилактическим манипуляциям приводит к умеренному улучшению психоэмоционального состояния детей 2 группы после проведенных профилактических мероприятий. Анализ показателей этих же критериев после лечения продемонстрировал, что

частота большинства показателей возросла, произошло ухудшение психоэмоционального статуса, что свидетельствует об отрицательном влиянии стоматологического лечения на психоэмоциональное состояние детей 2 группы. Интересно отметить, что дети 2-й группы после профилактических и лечебных процедур не испытывали страха.

Сравнение динамики показателей при профилактике и лечении показывает, что психологические реакции детей 2 группы на профилактические и лечебные манипуляции отличаются: на профилактические — улучшаются, на лечебные — ухудшаются, но изменяются незначительно.

В 3 группе детей, не готовых к лечению, только четверо из всех обследованных согласились провести психологическое тестирование по Люшеру. Отказ проявлялся в виде крика, плача, словесного отказа. Полученные данные малоинформативны и недостоверны.

Таким образом, высокая частота негативных реакций детей после профилактики и лечения говорят о необходимости психолого-педагогической подготовки к стоматологическим вмешательствам, требуется семейное психологическое консультирование совместно с родителями.

Полученные нами данные подтверждают влияние таких факторов, как малый возраст, повышенная чувствительности органов и тканей полости рта, степень общей тревожности, наличие негативного опыта, характер стоматологических манипуляций на стоматологическом приеме на формирование готовности детей к стоматологическому лечению, и позволяют рассматривать данный кариесогенный фактор как многофакторный.

Глава 4.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С КАРИЕСОМ ЗУБОВ

4.1. Программа лечебно-профилактической помощи детям дошкольного возраста с кариесом зубов с использованием психолого-педагогических методов

Выявленная нами взаимосвязь стоматологического статуса детей дошкольного возраста с их готовностью к стоматологическому лечению показывает необходимость одновременного и комплексного подхода при разработке программы профилактики кариеса.

На основании известных кариеспрофилактических и коммуникативных психологических методик нами составлена авторская программа лечебно-профилактической помощи детям дошкольного возраста с кариесом зубов с использованием психолого-педагогических методов.

Программа включает взаимосвязанные между собой стоматологические мероприятия и психолого-педагогические методы, состоит из трех частей:

I этап — подготовительный — разработка индивидуальной программы и ее реализация врачом — детским стоматологом и гигиенистом. Включает в себя:

— оценку психологического статуса ребенка и психолого-педагогическая подготовка пациента;

— оценку стоматологического статуса ребенка и обозначение задач лечебно-профилактической подготовки;

— беседу по вопросам этиологии, патогенеза кариеса зубов, его профилактики и лечения в сопровождении демонстрационного материала;

— коррекцию индивидуальной гигиены полости рта с применением игротерапии;

— этиотропную терапию (проведение профессиональной гигиены полости рта, аппликации хлоргексидинсодержащего геля 0,05% на зубы и десну на 3-5 минут с учетом возраста и умения выплевывать содержимое из полости рта курсом на 4 дня 2 раза в день после очищения зубов);

— местную патогенетическую терапию (реминерализующую терапию в домашних условиях путем втирания реминерализующего геля ROCS (DRC) или Remars-геля (Доктор Холодов) мануальной зубной щеткой в течение 3 минут после очищения зубной пастой без фтора, выполняется курсом 14 дней 2 раза в день; аппликации фтористых препаратов — глубокое фторирование эмали зубов препаратами эмаль-герметизирующий ликвид (HUMANCHEMIE) и глюфторэд (Владмива) 2-кратно с промежутком в 7-14 дней);

— общую патогенетическую терапию (назначение поливитаминовых комплексов, прием фторированной воды для ежедневного питья с оптимальным содержанием фторида в концентрации 1 мг на 1 литр воды).

II этап — лечебный — выполняется врачом — детским стоматологом. Включает в себя:

— оценку психологического статуса ребенка с записью в амбулаторной истории болезни стоматологического больного и психолого-педагогическую подготовку пациента;

— санацию полости рта детей;

— формирование диспансерных групп детей с кариесом зубов с записью в амбулаторной карте о кратности визитов, учитывая степень активности кариеса зубов, наличие факторов риска развития заболевания, группу здоровья ребенка, степень готовности ребенка к стоматологическому лечению;

— планирование режима диспансеризации в системе санации и профилактики.

III этап — диспансерный — осуществляется детским стоматологом и гигиенистом. Включает:

— оценку психологического статуса ребенка с записью в амбулаторной истории болезни стоматологического больного и психолого-педагогическую подготовку пациента с целью поддержания психологической готовности ребенка к лечению на высоком уровне;

— диспансерное наблюдение детей дошкольного возраста с кариесом зубов в системе профилактических и повторных санационных мероприятий, позволяющей своевременно выявить прирост кариеса и безотлагательно провести его лечение, изменить стоматологическую диспансерную группу ребенка на основании показателей редукции прироста кариеса или прироста кариеса.

Психолого-педагогические разделы всех этапов состоят из 6 последовательных шагов:

1. Установление контакта (что может потребовать нескольких визитов).
2. Мотивация на стоматологическое лечение.
3. Планирование стоматологического лечения.
4. Психолого-педагогическое сопровождение во время стоматологического приема.
5. Подведение итога в виде завершения каждого визита.
6. Определение домашних рекомендации и заданий для подготовки к следующему приему.

Установление контакта. При первичном контакте мы рассматриваем любого ребенка как имеющего страх или черты тревожности в характере.

В основе установления контакта с детьми лежит принцип принятия врачом психоэмоционального состояния ребенка, что позволяет расположить пациента к себе, снизить тревожность, вызвать доверие и уважение, сформированное самим врачом и стоматологической командой в целом.

Следует отметить, что дети, демонстрирующие признаки тревоги и страха в течение многих визитов, требуют особого внимания и подготовительной психолого-педагогической работы.

Психологическая работа с детьми организуется командой специалистов с четким распределением функций работы: администратора, ассистента, врача. Члены команды должны владеть методами и средствами позитивной коммуникации и применять их при общении с детьми.

Администратор первым встречает пациентов при установлении контакта и мотивации: знакомится, анкетировывает родителей. При анкетировании деликатно выясняется максимум информации о ребенке: его домашнее имя, интересы, страхи, предыдущий опыт взаимодействия с врачами, испытанная боль (реакция на боль, реакции со стороны родителей, применение физической фиксации ребенка во время лечения), оценивает коммуникабельность ребенка и его родителей. Создает спокойную и доброжелательную атмосферу с помощью невербальных и вербальных средств. Администратор — первый участник команды, который, расположив ребенка к себе, вызвав у него симпатию, начинает настраивать его на лечение. Стоит подчеркнуть, что администратору важно контролировать настроение родителей, постараться снять страх и напряжение. Администратор участвует на этапе завершения визита — назначает пациентов на следующий прием с учетом режима дня ребенка и времени комфортного ожидания.

Врач — главный член команды, участвует на всех этапах коммуникативного алгоритма, проводя психолого-педагогическую, профилактическую и лечебную работу, не приостанавливая процесс общения с ребенком. Особое значение имеет личность врача и наличие у него таких важных личностных психологических особенностей, как терпение, эмпатия, гибкость мышления, честность и оптимистичный настрой, которые являются первоочередными в работе с детьми.

Ассистент при установлении контакта и завершении визита общается с ребенком, пока врач общается с родителями, т.к. когнитивная особенность детского возраста состоит в том, что ребенком воспринимается речь только одного человека. На этапе мотивации организует видео- и аудиосопровождение. Во время лечения ассистент переключает внимание ребенка от стоматологических манипуляций, подает острые инструменты врачу специальным способом, чтобы они не попали в поле зрения ребенка.

На этапе установления контакта применяются вербальные и невербальные средства коммуникации с учетом возрастных особенностей пациента.

Мотивация детей на стоматологическое лечение. В основе мотивации должны лежать следующие направления: интерес, вызванный врачом в ребенке, и доверие ребенка к врачу, сформированное врачом и командой в целом.

До 2-3-летнего возраста мотивация к лечению отсутствует. Детей от 3 лет важно заинтересовать значимым для него предметом или событием. Среди детских мотиваторов эффективно применение позитивно настраивающих изобразительных психолого-педагогических методик и средств (видео- и аудиоматериалов на стоматологическую тематику с любимыми детскими героями).

Другой важный мотиватор — это значимые люди: родители, которые реализуют основные психологические потребности ребенка в любви и чувстве защищенности. Присутствие родителей при лечении в стоматологическом кабинете необходимо с учетом потребностей ребенка.

Мотиватором может служить повышение самооценки ребенка за счет стоматологических достижений на предыдущих приемах (стратегия достижений), подкрепленная позитивным стилем вербальной и невербальной коммуникации врача и стоматологической команды.

Одним из важных мотиваторов является красота и эстетика улыбки.

Следует избегать ряда ошибок, приводящих к отрицательной мотивации: апелляция к самолюбию детей путем сравнения со сверстниками, критика, обвинения, упреки.

Планирование стоматологического лечения. Организация плановых приемов проводится по принципу игры в «стоматологическую школу» от простого к сложному.

Особенно важным этапом является первый визит ребенка к стоматологу, который должен сопровождаться только положительными эмоциями. Сначала ребенка знакомят с кабинетом, затем проводят профилактические процедуры (обучение и контроль индивидуальной гигиены, профессиональная гигиена, реминерализующая терапия, флюоризация эмали зубов). Далее приступают к лечению более простых форм кариеса зубов, а затем проводят лечение более сложных форм. На следующем приеме проводят лечение зубов по поводу осложненного кариеса. На последние плановые приемы планируют хирургические манипуляции.

В конце каждого приема врач должен оценить критерии установленного с ребенком контакта:

- самостоятельно заходит в стоматологический кабинет;
- демонстрирует положительные эмоции;
- во время профилактики и стоматологических манипуляций выполняет все распоряжения доктора с первого раза;
- не делает резких движений при работе.

Если все перечисленное проявляется в эмоциях и поведении ребенка, можно предположить, что психологический контакт установлен, ребенок готов к более сложным манипуляциям.

Планирование времени приема необходимо проводить:

- с достаточным количеством времени: ребенку 3-4-х лет требуется 6 минут, 5-ти лет — 7 минут, 6-ти лет — 10 минут, чтобы осмотреться в новой обстановке;

- с учетом режима дня ребенка;
- планирование длительности приема с учетом возраста ребенка;
- планирование большего количества приемов при отсутствии или наличии негативного стоматологического опыта.

Психолого-педагогическое сопровождение во время стоматологического приема целесообразно проводить с помощью различных методик:

- «Tell-Show-Do: сказал-показал-сделал» является способом профилактики тревожности и страха, дети знают, что будет происходить;
- моделирование лечения: постановка анестезии на игрушке, осмотр, окрашивание, очищение зубов совместно с ребенком, удерживая стоматологический наконечник рукой ребенка и врача;
- физиологическое отвлечение — воздействие на органы чувств с помощью демонстрационного материала, привлечение ребенка к участию в лечении, визуализация происходящего в зеркале, приемы игровой коммуникации;
- игнорирование незначительных проявлений нежелательного поведения детей путем реализации такого качества врача, как терпеливость;
- применение приемов «психологического поглаживания», то есть поддержки, поощрения, похвалы достижений на стоматологическом приеме;
- применение стратегии компромисса при взаимодействии с ребенком;
- предоставление ребенку возможности выбора, что дает чувство самоуважения;
- принятие врачом психоэмоционального состояния ребенка с помощью «сигналов принятия» — это коммуникативная и действенная реакция врача в ответ на пожелания, просьбы и вопросы пациента;
- использование «Демистифицирующего наведения» — введение в транс;

— обозначение времени проведения манипуляции на счет до пяти, поскольку ребенок в дошкольном возрасте не может оценить временной промежуток, не может определить «быстро» или «недолго»;

— установление обратной связи в виде поднятия руки для информирования врача о дискомфорте и прекращении действий врача.

Наиболее распространенные ошибки — нарушение врачом договоренностей с ребенком и авторитарная стратегия в коммуникации.

Подведение итога в виде завершения каждого визита. На этом этапе используются методы позитивного подкрепления достижений для повышения самооценки ребенка, и подведение итогов проведенного лечения.

Определение домашних рекомендаций и заданий для подготовки к следующему приему. Назначение домашнего задания в игровой форме:

— обучение и/или улучшение индивидуальной гигиены полости рта детей с помощью родителей электрической детской зубной щеткой (имитирует работу бормашины, способствует привыканию ребенка к вмешательству в полость рта);

— обучение навыкам полоскания полости рта и выплевывания;

— удерживания полости рта открытой в течение от 30 секунд до 1 минуты;

— удерживание ватных валиков в полости рта;

— обучение дыханию носом с открытым ртом;

— проигрывание и прорисовывание стоматологических страхов по методикам игротерапии, сказкотерапии и терапии рисованием.

4.2. Реализация программы лечебно-профилактической помощи

Нами определена психологическая адаптация детей в исследуемых группах к стоматологическому лечению. Дети, которым в 1 посещение проводились лечебные мероприятия, считались не нуждающимися в длительной психолого-профилактической подготовке. Дети, которым лечебные

мероприятия проводились во 2-е посещение и следующие, считались нуждающимися в длительной психолого-профилактической подготовке (табл. 12).

Таблица 12

Число детей (%), нуждавшихся в психолого-профилактической
подготовке

Критерии исследования	Исследуемые группы		
	1 группа	2 группа	3 группа
Нуждались в психолого-профилактической подготовке	71,82 ± 4,31% p (1-2) ≤ 0,05	92,17 ± 2,52% p (2-3) ≤ 0,05	100,00 ± 0,00% p (1-3) ≤ 0,05
Количество визитов для подготовки	1,25 ± 0,13 p (1-2) ≤ 0,05	2,22 ± 0,15 p (2-3) ≤ 0,05	4,65 ± 0,66 p (1-3) ≤ 0,05

Как видно из таблицы 12, перед стоматологическим лечением во 2-й группе число детей, нуждающихся в подготовке, значительно больше чем в 1-й. Все дети 3 группы нуждались в психолого-профилактической подготовке перед стоматологическим лечением.

Количество посещений для психолого-профилактической подготовки различно: в 1-й группе — 1,25 ± 0,13 посещения, во 2-й — 2,22 ± 0,15 посещения, а в 3-й — 4,65 ± 0,66 посещения. Таким образом, самая длительная подготовка необходима детям 3-й группы. Обращает на себя внимание, что детям, готовым к лечению, также требуется психолого-профилактическая подготовка.

Анализ числа посещений при выполнении психолого-профилактической подготовки на этапах стоматологической профилактики показал, что в 1-е посещение начали лечение 36,36 ± 5,16% детей 1-й группы, 12,15 ± 3,17% — 2-й группы и только 6,98 ± 2,76% детей — 3-й. Таким образом, даже детям, готовым к лечению, нужна подготовка и адаптация.

Выявлено, что дети всех групп в 100% случаев заходили в кабинет в 1-е посещение. Важным для детей является присутствие родителей в кабинете. По мере адаптации ребенок отпускает от себя родителей, видна его готовность к бесстрашному проведению манипуляций. Отпустить близких за пределы кабинета позволили 100% детей 1-й группы на $7,94 \pm 1,38$ посещение, $15,74 \pm 3,52\%$ детей 2-й группы — на $13,59 \pm 1,33$ посещение, $2,41 \pm 1,69\%$ детей 3-й группы — на $14,00 \pm 2,00$ посещение. Таким образом, этот критерий является показательным в динамике изменения отношения ребенка к стоматологическому лечению.

Осмотр полости рта в стоматологическом кресле дети 1-й группы в 100% случаев позволяли сделать это на $1,02 \pm 0,01$ посещения, 2 группы в 100% случаев — на $1,17 \pm 0,09$ посещения, 3 группы — в $97,59 \pm 1,69\%$ случаев на $1,02 \pm 0,02$ посещения. Очевидно, что осмотр полости рта не является для детей незнакомой процедурой, здесь имеет опыт значения и опыт общения с врачами других специальностей.

Знакомство со слюноотсосом и пистолетом подачи воздуха и воды дети 1-й и 2-й групп освоили в 1-е посещение, в 3 группе только $76,25 \pm 4,79\%$ детей освоили эти инструменты и только во 2-е посещение.

Ватные и марлевые валики в полости рта вызывают неприятные ощущения у детей. Для их освоения детям понадобилось больше времени: в 1-й группе 100% детей смогли применить их на $1,45 \pm 0,07$ посещения, во 2-й группе 100% детей — на $1,81 \pm 0,08$ посещения, в 3-й группе $98,15 \pm 1,85\%$ детей — на $2,08 \pm 0,13$ посещения.

Для определения ГИ проводится окрашивание зубов. Анализ показал, что на подготовку к этой процедуре детям всех групп понадобилось в среднем более 2-х посещений: в 1-й группе 100% детей выполняли окрашивание на $2,15 \pm 0,26$ приеме, во 2-й $98,90 \pm 1,10\%$ — на $2,22 \pm 0,23$ приеме, в 3-й $66,20 \pm 5,65\%$ — на $2,15 \pm 0,28$ приеме. Это свидетельствует о том, что даже

безболезненные процедуры в полости рта дети воспринимают с настороженностью и требуется время, чтобы приступить к ним.

Выполнение профессиональной гигиены было возможно на $2,48 \pm 0,29$ посещение 100% детей 1-й группы, на $2,04 \pm 0,14$ посещение 100% детей 2-й и на $2,60 \pm 0,31$ посещение $78,69 \pm 5,29\%$ детей 3-й группы.

Аналогичные сроки наблюдались при выполнении серебрения или озонирования: на $2,33 \pm 0,88$, на $2,96 \pm 0,65$, $2,11 \pm 0,25$ посещения выполняли эти манипуляции детям 1-й, 2-й, 3-й групп соответственно. Серебрение и озонирование являются безболезненными процедурами, дети 3 группы успешно их воспринимают даже раньше, чем дети 1 и 2 групп.

Для профессиональной гигиены применялся полировочный содово-струйный аппарат. Детям 1-й группы в 100% случаев выполняли эту процедуру на $3,43 \pm 1,0$ посещение, 2-й группы в 100% случаев — на $7,88 \pm 1,31$ посещение, 3-й группы в 100% случаев — на $5,83 \pm 2,17$ посещение. При выполнении герметизации отмечены аналогичные показатели. Так, детям 1-й группы выполняли герметизацию на $6,00 \pm 1,84$ посещение, детям 2-й группы — на $9,65 \pm 1,07$, детям 3-й группы — на $8,33 \pm 1,96$ в 100% случаев.

Такая процедура, как психологические тесты, не сопряжена с манипуляциями в полости рта, но дети непросто соглашаются на нее. Так, детям 1-й группы выполнить тестирование удалось в 100% случаев на $5,14 \pm 0,51$ посещение, 2-й группы в 100% случаев — на $3,77 \pm 0,45$, детям 3 группы — на $4,47 \pm 0,69$ в $77,55 \pm 6,02\%$ случаев.

Лечебные процедуры, такие как инъекционная анестезия, в 1-й группе удалось выполнить в 100% случаев на $2,69 \pm 0,24$ посещения, во 2-й — в $91,78 \pm 3,24\%$ случаев на $3,81 \pm 0,41$ посещения, в 3-й — в $80,65 \pm 7,21\%$ случаев на $4,48 \pm 0,71$ посещения. То есть детям 3-й группы потребовалось более 4 посещений для начала лечения.

Еще сложнее было начать препарирование кариозных полостей с применением микромотора и турбины. В 1-й группе у 100% детей

препарирование выполнялось на $2,44 \pm 0,18$ посещениях, во 2-й у 100% детей — на $3,07 \pm 0,17$ посещениях, в 3-й у $92,86 \pm 4,96\%$ детей — на $4,77 \pm 0,78$ посещениях. Постановка постоянной пломбы выполнялась после препарирования в то же посещение, на $2,37 \pm 0,17$, $3,09 \pm 0,16$ посещениях соответственно в 1-й, 2-й группах, в 3-й группе в $89,29 \pm 5,95\%$ случаев на $5,44 \pm 0,79$ посещениях.

Самой сложной лечебной процедурой для детей любой группы стало удаление временных зубов: 100% детей 1-й группы были готовы к удалению временных зубов на $6,86 \pm 1,33$ посещениях, во 2 группе $91,30 \pm 6,01\%$ детей — на $7,43 \pm 1,27$ посещениях, в 3 группе 100% детей — на $8,17 \pm 1,78$ посещениях.

Полученные данные свидетельствуют о том, что для проведения стоматологических процедур у детей с разной степенью готовности к лечению с помощью психолого-профилактической подготовки требуется различное количество времени: в 1-й группе меньше, в 3-й — больше.

4.3. Результаты профилактики и лечения

Для оценки результата выполнения программы лечебно-профилактической помощи детям дошкольного возраста с кариесом зубов с использованием психолого-педагогических методов нами проанализирован объем консультативных, лечебных и профилактических мероприятий для детей исследуемых групп (табл. 13).

Таблица 13

Число детей (%), получивших стоматологическую помощь

Виды стоматологических мероприятий	Исследуемые группы		
	1 группа	2 группа	3 группа
Только консультация	$9,17 \pm 2,78$ $p(1-2) > 0,05$	$12,17 \pm 3,06$ $p(2-3) \leq 0,05$	$41,94 \pm 5,14$ $p(1-3) \leq 0,05$
Профилактические мероприятия	$18,35 \pm 3,72$ $p(1-2) > 0,05$	$24,35 \pm 4,02$ $p(2-3) > 0,05$	$30,11 \pm 4,78$ $p(1-3) \leq 0,05$
Лечебные мероприятия	$72,73 \pm 4,27$ $p(1-2) > 0,05$	$63,48 \pm 4,51$ $p(2-3) \leq 0,05$	$27,96 \pm 4,68$ $p(1-3) \leq 0,05$

Из таблицы 13 следует, что в 3-й группе преобладают консультации ($41,94 \pm 5,14\%$) и профилактические мероприятия ($30,11 \pm 4,78\%$), а лечебных мероприятий проведено меньше всего — $27,96 \pm 4,68\%$ по сравнению с 1 и 2 исследуемыми группами. Это свидетельствует, что дети 3-й группы легче воспринимают безболезненные консультативные и профилактические мероприятия, чем инвазивные лечебные мероприятия. Дети 1-й группы все вмешательства — консультации, профилактику и лечение зубов — воспринимали легко и успешно и $72,73 \pm 4,27$ после консультации и профилактики прошли процедуру лечения зубов. Во 2-й группе все параметры занимают среднее положение между 1-й и 3-й группами. Наибольшие и достоверные отличия в объеме помощи получены в результатах между 1-й и 3-й группами.

В рамках исследования результатов санации получены данные, которые представлены в таблице 14.

Таблица 14

Результаты санации

Критерии исследования	Исследуемые группы		
	1 группа	2 группа	3 группа
Полная санация	$69,66 \pm 4,90\%$ $p(1-2) > 0,05$	$61,80 \pm 5,18\%$ $p(2-3) \leq 0,05$	$22,22 \pm 5,28\%$ $p(1-3) \leq 0,05$
Продолжает санацию	$8,99 \pm 3,05\%$ $p(1-2) > 0,05$	$11,24 \pm 3,37\%$ $p(2-3) > 0,05$	$7,94 \pm 3,43\%$ $p(1-3) > 0,05$
Санация не продолжена	$21,35 \pm 4,37\%$ $p(1-2) > 0,05$	$24,72 \pm 4,60\%$ $p(2-3) > 0,05$	$14,29 \pm 4,44\%$ $p(1-3) > 0,05$
Направлен на санацию под наркозом	$0,00 \pm 0,00\%$ $p(1-2) > 0,05$	$2,25 \pm 1,58\%$ $p(2-3) \leq 0,05$	$55,56 \pm 6,31\%$ $p(1-3) \leq 0,05$

Из таблицы 14 видно, что в 1 группе показатели санации более успешные по сравнению со 2 и 3 группами. Так, у $69,66 \pm 4,90\%$ детей 1 группы санация

полости рта полностью завершена, а $8,99 \pm 3,05\%$ детей продолжают санацию. Во 2 и 3 группах соответственно у $61,80 \pm 5,18\%$ и $22,22 \pm 5,28\%$ детей санация завершена, а продолжают санацию $11,24 \pm 3,37\%$ и $7,94 \pm 3,43\%$ детей соответственно. Таким образом, самые низкие показатели санации в 3 группе $55,56 \pm 6,31\%$ детей направлены на санацию под наркозом. Из таблицы 14 видно, что дети 1-й группы не нуждались в санации под общим обезболиванием.

Следует отметить, что выявлено большое число детей с показателем «не продолженная санация» в $21,35 \pm 4,37\%$, $24,72 \pm 4,60\%$, $14,29 \pm 4,44\%$ случаев в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно.

Анализируя результаты санации полости рта только среди приступивших к лечению, установили, что в 1-й и 2-й группах показатели санации более успешные по сравнению с 3-й группой (табл. 15).

Таблица 15

Результаты санации среди пациентов, приступивших к лечению

Критерии исследования	Исследуемые группы		
	1 группа	2 группа	3 группа
Полная санация	$71,25 \pm 5,09\%$ $p(1-2) > 0,05$	$73,97 \pm 5,17\%$ $p(2-3) \leq 0,05$	$48,00 \pm 10,20\%$ $p(1-3) \leq 0,05$
Продолжает санацию	$10,00 \pm 3,38\%$ $p(1-2) > 0,05$	$10,96 \pm 3,68\%$ $p(2-3) > 0,05$	$16,00 \pm 7,48\%$ $p(1-3) > 0,05$
Санация не продолжена	$18,75 \pm 4,39\%$ $p(1-2) > 0,05$	$13,70 \pm 4,05\%$ $p(2-3) > 0,05$	$16,00 \pm 7,48\%$ $p(1-3) > 0,05$
Направлен на санацию под наркозом	$0,00 \pm 0,00\%$ $p(1-2) > 0,05$	$1,37 \pm 0,37\%$ $p(2-3) \leq 0,05$	$20,00 \pm 8,16\%$ $p(1-3) \leq 0,05$

В 1-й и во 2-й группах санировано более 70% детей. Во все группах примерно одинаковое число детей продолжают и не продолжают санацию. В 1-й группе не было детей, направленных на санацию под наркозом, а во 2-й группе — всего 1 человек. Из 3-й группы 1/5 часть всех пациентов, начавших

лечение, направлена на санацию под наркозом, что является достаточно высоким показателем.

Результаты санации, подсчитанные только среди детей, начавших лечение, демонстрируют более качественные показатели, особенно среди детей 3 группы, не готовых к лечению. По критерию «полностью санирован» показатель возрос с 22% до 48%, а по критерию «направлены на наркоз» снизился с 55% до 20%.

Таким образом, выявлена высокая (71-100%) нуждаемость детей дошкольного возраста в разных группах по степени готовности к стоматологическому лечению в подготовке к санации полости рта с помощью программы лечебно-профилактической помощи с использованием психолого-педагогических методов, которая позволяет выполнить в амбулаторных условиях санацию полости рта у детей дошкольного возраста с различной степенью готовности и к лечению.

4.4. Графики диспансерного наблюдения в зависимости от степени готовности детей к лечению

При определении графика диспансерного наблюдения учитывали перемену психоэмоционального состояния детей (кратковременную и постоянную) на этапах санации и диспансеризации.

Так, у детей 1 группы, готовых к лечению, происходило кратковременное ухудшение психоэмоционального состояния, но эти изменения незначительные. В $15,00 \pm 3,59\%$ случаев они соответствовали психологическим состояниям детей 2 группы (табл. 15). Это говорит о том, что даже у детей с хорошим отношением к лечению происходит перемена настроения в сторону ухудшения, эмоции становятся негативными, а поведение ребенка не позволяет врачу провести лечение в полном объеме и в оптимальные сроки. Однако эти изменения, при соблюдении психолого-профилактического подхода в работе с детьми на стоматологическом приеме, носят временный характер. Никто из

детей 1 группы окончательно не перешел ни во 2-ю, ни в 3-ю группу. Перемена эмоциональных и поведенческих реакций у детей 1-й группы происходила в среднем на $6,62 \pm 1,63$ прием от начала лечения, что случилось в промежуток 3-6,9 месяца от предыдущего приема.

Таким образом, длительный перерыв между приемами (более 92 дней) может привести к необходимости начинать работу по установлению контакта с нуля, чтобы сохранить положительное отношение ребенка к стоматологическому лечению. Динамика изменений психоэмоционального статуса детей представлена в таблице 16.

Таблица 16

Динамика изменений психо-эмоционального статуса детей (%)

Динамика изменений	Дети с кратковременными изменениями	Время для кратковременных изменений (мес.)	Дети с окончательными изменениями	Время для окончательных изменений (мес.)
Перемена 1-й гр. на 2-ю	$15,00 \pm 3,59$	3-6,9	0,00	нет
Перемена 2-й гр. на 1-ю	$41,74 \pm 4,62$	2-3	$19,30 \pm 3,71$	$19,98 \pm 3,83$
Перемена 2-й гр. на 3-ю	$35,65 \pm 4,49$	1,2-2,3	$2,61 \pm 1,49$	$4,33 \pm 2,96$
Перемена 3-й гр. на 2-ю	$38,55 \pm 5,37$	2,5-3,9	$17,86 \pm 4,20$	$14,13 \pm 2,81$
Перемена 3-й гр. на 1-ю	$7,23 \pm 2,86$	2,6-5,6	$2,41 \pm 1,69$	$35,50 \pm 15,50$

У детей 2-й группы может происходить кратковременная и окончательная перемена психоэмоционального состояния как в сторону ухудшения, так и улучшения. Психоэмоциональное состояние детей 2-й группы кратковременно улучшалось в $41,74 \pm 4,62\%$ случаев и соответствовало эмоционально-поведенческим характеристикам детей 1 группы. В итоге $19,30 \pm 3,71\%$ пациентов перешли в 1-ю группу, изменив свое отношение к стоматологическим процедурам на постоянно положительное (рис. 4). Это свидетельствует о возможности добиться как кратковременного, так и

постоянного положительного отношения ребенка к стоматологическим процедурам при соблюдении психолого-профилактического подхода в работе с детьми, условно готовыми к лечению.

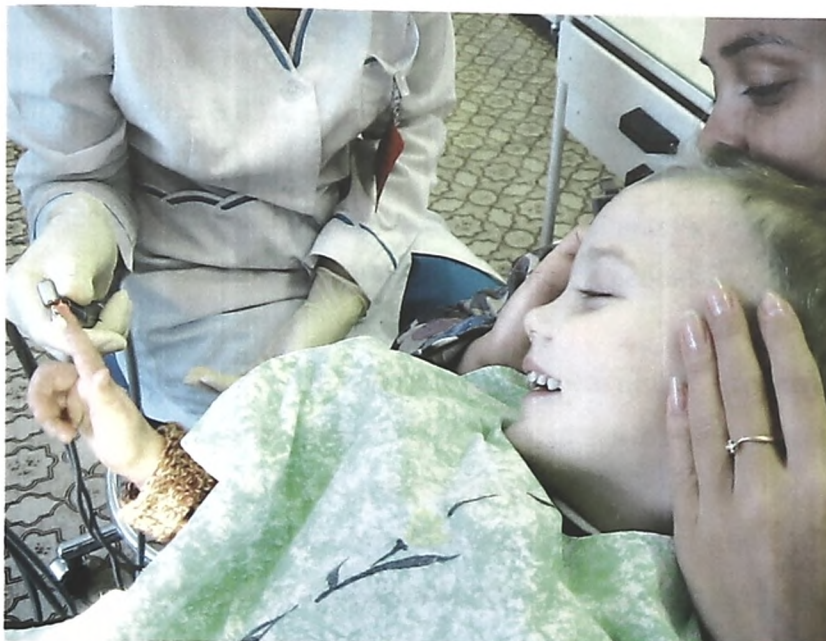


Рис. 4. Ребенок 2-й группы после психолого-педагогической подготовки демонстрирует положительное отношение к лечению

В $35,65 \pm 4,49\%$ случаев психоэмоциональное состояние детей 2-й группы ухудшалось и соответствовало эмоционально-поведенческим характеристикам детей 3-й группы. В большинстве случаев такое состояние носило временный характер, и лишь в $2,61 \pm 1,49\%$ случаев произошел окончательный переход детей из 2-й в 3-ю группу (табл. 15). Это говорит о том, что при психолого-профилактическом подходе на стоматологическом приеме врач в силах управлять эмоциями и поведением ребенка и предотвратить формирование постоянного негативного отношения к стоматологическому лечению на фоне имеющегося временного состояния.

Таким образом, 2-я группа детей является очень мобильной по изменению своего психоэмоционального состояния, причем улучшение

преобладает. При соблюдении психолого-профилактического подхода 1/5 часть детей этой группы можно перевести в 1 группу, готовую к лечению, и более успешно проводить стоматологическое лечение.

Из таблицы 15 видно, что кратковременное улучшение психоэмоционального статуса детей 2-й группы случалось через 2-3 месяца от начала лечения. Для окончательного перехода в 1-ю группу в среднем потребовалось $19,98 \pm 3,83$ месяцев. Это свидетельствует о том, что диапазон времени от 2-х до 3-х месяцев является оптимальным для повторного стоматологического приема детей, условно готовых к лечению, с целью улучшить психоэмоциональное состояние ребенка в отношении стоматологических процедур.

Смена эмоциональных и поведенческих реакций в сторону ухудшения происходила в промежуток между 1,2-2,3 месяцами от предыдущего приема. Окончательный переход детей из 2-й в 3-ю группу произошел через $4,33 \pm 2,96$ месяца. Т.е. слишком частые стоматологические визиты и манипуляции у детей 2-й группы, могут приводить к ухудшению их психоэмоционального состояния (рис. 5).

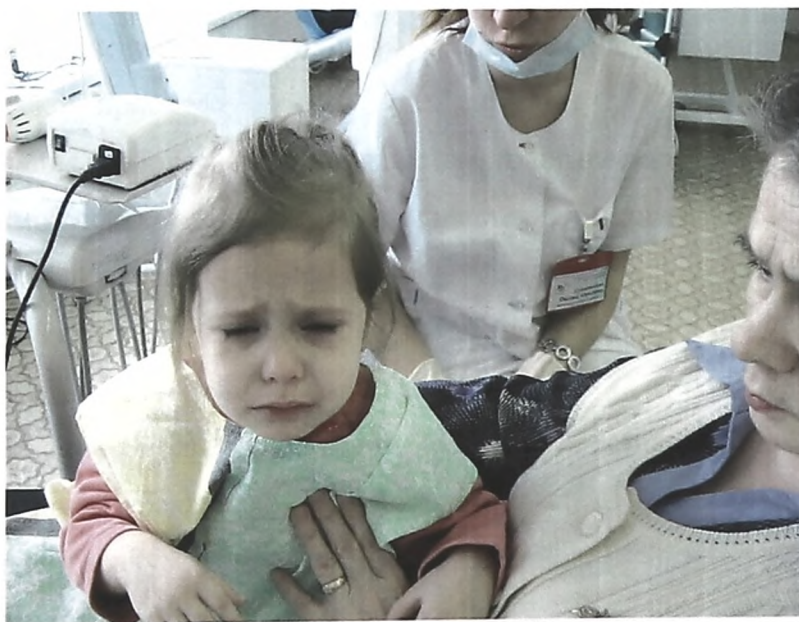


Рис. 5. Ребенок из 2-й группы после нескольких посещений демонстрирует отказ от лечения

У детей 3-й группы психоэмоциональное состояние на этапах лечения улучшилось и соответствовало эмоционально-поведенческим характеристикам детей 1-й группы — в $7,23 \pm 2,86\%$, 2-й группы — в $38,55 \pm 5,37\%$ случаев. Такие изменения носили и кратковременный, и постоянный характер (табл. 15).

Из 3 группы $2,41 \pm 1,69\%$ пациентов окончательно перешли в 1 группу, а $17,86 \pm 4,20\%$ пациентов — во 2-ю, изменив свое отношение к стоматологическим процедурам на постоянное положительное.

Кратковременная смена психоэмоционального состояния до уровня 1-й группы случалась в промежутки 2,6-5,6 месяца от начала лечения, а до уровня 2-й — 2,5-3,9 месяца от начала лечения, для окончательного перехода во 2-ю группу потребовалось $14,13 \pm 2,81$ месяцев, а в 1-ю — $35,50 \pm 15,50$ месяцев. Это говорит о том, что при соблюдении психолого-профилактического подхода в работе с детьми, не готовыми к лечению, врач может добиться положительного отношения ребенка к стоматологическим процедурам, но для достижения результата требуется значительное количество времени.

Среди причин, улучшающих психоэмоциональное состояние детей на стоматологическом приеме:

- осознание безболезненности ряда стоматологических процедур;
- возможность лечиться без анестезии (когда она является травмирующим фактором);
- возможность лечиться с анестезией (когда боль является травмирующим фактором);
- привыкание к процедурам, врачу, персоналу, обстановке;
- постоянное переключение внимания ребенка;
- доверие к врачу;
- позитивный настрой ребенка на лечение;
- доброжелательное отношение к ребенку врача и персонала;
- взросление маленького пациента;

- малая по времени длительность приема;
- наличие позитивного опыта лечения; выработка постоянного режима дня.

Среди причин ухудшения психоэмоционального состояния детей на стоматологическом приеме были выявлены следующие:

- боль в зубе (в том числе острая);
- укол;
- препарирование зубов;
- страх стоматологических манипуляций;
- неприятный вкус стоматологических препаратов;
- отсутствие настроения на лечение;
- длительность лечения (усталость);
- рвотный рефлекс;
- незнакомая обстановка;
- негативный опыт;
- малый возраст;
- длительный перерыв между посещениями.

Для профилактики ухудшения психоэмоционального состояния детей 1-й группы на прием надо назначать через каждые 3 месяца, оптимальным графиком диспансерных посещений для детей 2-й группы является период 2,3-3 месяца, а диапазон времени от 2,5 до 5,6 месяцев является оптимальным для повторного стоматологического приема детей 3-й группы.

За весь период наблюдения нами было исследовано среднее количество визитов к стоматологу у пациентов из разных исследуемых групп. Среднее количество визитов за весь период профилактики, лечения и диспансеризации одинаковое в 1-й и 2-й группах и составило $8,29 \pm 0,64$ и $8,29 \pm 0,68$ соответственно. В 3-й группе среднее количество визитов за весь период профилактики, лечения и диспансеризации составило $5,41 \pm 0,65$ посещений.

Такие результаты объясняются значительным преобладанием консультативных единичных визитов среди детей 3 группы, не готовых к лечению.

Из числа пациентов, проходивших лечение, получены близкие по значению результаты. Так, в 1-й группе — $10,31 \pm 0,74$ посещений, во 2-й — $11,80 \pm 0,81$ и в 3-й — $11,46 \pm 1,34$.

Таким образом, количество лечебных визитов не зависит от исходной готовности ребенка к стоматологическому лечению, так как дети из 3 и 2 групп на этапах лечения были готовы к стоматологическим манипуляциям.

Анализ расчетов длительности диспансеризации показал, что наибольшие по продолжительности сроки диспансеризации выявлены в 1-й группе и составили $30,14 \pm 2,62$ месяцев. Сроки диспансеризации во 2-й и 3-й группах меньше — $19,61 \pm 2,30$ и $14,73 \pm 2,11$ месяцев соответственно. Отличия достоверны между 1 и 2, 1 и 3 группами по критерию хи-квадрат, где $p \leq 0,05$. Между 2 и 3 группами отличия не достоверны.

Таким образом, дети 1 группы более ориентированы на длительное врачебное наблюдение. Часть исследуемых детей прекратили диспансерные визиты, а некоторые продолжают диспансеризацию, что представлено на рисунке 6. Как видно из рисунка 6, $65,66 \pm 4,80\%$ детей 1-й группы продолжают посещать стоматолога после санации, во 2-й и 3-й группах эти показатели составляют $57,78 \pm 5,24\%$ и $56,25 \pm 7,24\%$ соответственно. Достоверных отличий по критерию хи-квадрат между группами не выявлено. Таким образом, все пациенты могут быть мотивированы и активны в диспансерном наблюдении.

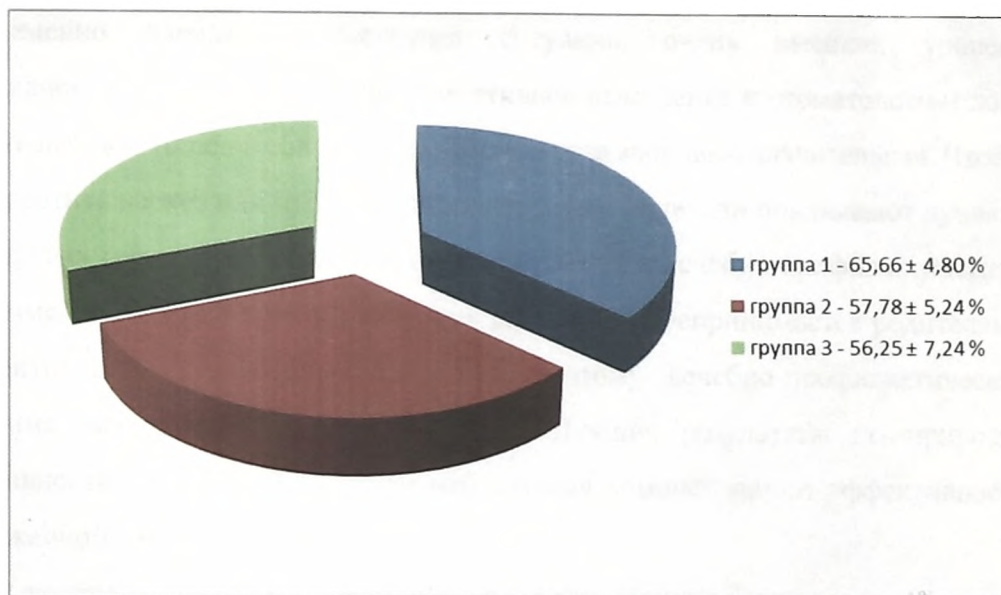


Рис. 6. Диаграмма продолженной диспансеризации

4.5. Динамика стоматологических показателей на этапах диспансеризации

Оценка эффективности программы лечебно-профилактической помощи детям дошкольного возраста с кариесом зубов с использованием психолого-педагогических методов проведена по динамике изменений показателей: прирост интенсивности кариеса временных зубов, краевое прилегание пломб к твердым тканям временных зубов, состояния гигиены полости рта и степени общей тревожности. Полученные данные сравнили с показателями прироста интенсивности кариеса временных зубов и состояния гигиены полости рта у детей контрольной группы, состоящей из пациентов 6 лет, которые не вошли в группы диспансерного наблюдения (14 чел.).

Анализ показал, что во всех группах за 5 лет наблюдений произошел прирост кариеса. Прирост интенсивности кариеса за период наблюдений в среднем в 1-й группе составил $1,07 \pm 0,13$, во 2-й — $1,13 \pm 0,15$, в 3-й — $0,71 \pm 0,22$. Достоверные отличия по критерию хи-квадрат, где $p \leq 0,05$ установлен между 1-й – 3-й и 2-й – 3-й группами. Лучшие показатели в 3-й группе объясняются тем, что в ней эффективнее устранены кариесогенные факторы. Когда у ребенка

одновременно плохая кариесогенная ситуация, очень высокий уровень интенсивности кариеса и устойчивое негативное отношение к стоматологическим вмешательствам, то родители понимают, что угроза здоровью значительная. Чтобы предотвратить наркоз или провести его однократно, родители показывают лучшее, чем в других группах, отношение и ответственность к лечебно-профилактической программе. В 1-й и 2-й группах ситуация ребенка не воспринимается родителями как критическая, угрожающая здоровью, поэтому лечебно-профилактическая программа выполняется с погрешностями. Лучшие результаты по приросту интенсивности кариеса в 3-й группе наблюдения демонстрируют эффективность предложенной нами программы.

В контрольной группе прирост кариеса был значительно выше и составил $2,17 \pm 0,64$. Различия достоверны со всеми группами, $p \leq 0,05$.

Оценка состояния гигиены полости рта показала достоверное ($p \leq 0,05$) улучшение индекса гигиены во всех исследуемых группах (табл. 17). Данные свидетельствуют об улучшении и поддержании уровня гигиены при диспансерном наблюдении детей. Сравнение индекса гигиены у детей диспансерных групп через 5 лет наблюдения с индексом в контрольной группе выявило достоверно ($p \leq 0,05$) лучшие показатели в исследуемых группах, причем дети 3-й группы значительно улучшили гигиеническое состояние полости рта.

Таблица 17

Динамика показателей индекса гигиены полости рта

Периоды наблюдений	Исследуемые группы			
	1 группа	2 группа	3 группа	Контрольная группа
Первичное обследование	$2,73 \pm 0,10$	$2,78 \pm 0,10$	$3,10 \pm 0,17$	Нет показателей
Через 5 лет	$1,90 \pm 0,16\%$	$2,00 \pm 0,12$	$1,90 \pm 0,17$	$2,75 \pm 0,25$

Лучшие показатели по приросту кариеса и гигиене полости рта в 3-й группе демонстрируют эффективность предложенной нами программы, объясняются

эффективным устранением кариесогенных факторов. Если у ребенка плохая гигиена, высокий уровень интенсивности кариеса и устойчивое негативное отношение к стоматологическим вмешательствам, имеется значительная угроза здоровью (рис. 7).



Рис. 7. Обучение гигиене полости рта. Ответственное отношение родителей

В этих случаях отмечается ответственное отношение родителей для предотвращения наркоза. В 1-й и 2-й группах ситуация не воспринимается как критическая и программа выполняется с погрешностями.

Для сравнения краевого прилегания пломб к твердым тканям временных зубов методом электрометрии по группам анализ провели только у детей с очень высокой интенсивностью кариеса, поскольку 3-я группа состояла из таких детей. Данные представлены в таблице 18.

Динамика показателей (мка) электрометрии временных зубов

Периоды наблюдений	Исследуемые группы		
	1 группа	2 группа	3 группа
6 месяцев	4,05 ± 1,13	3,09 ± 0,64	3,10 ± 0,56
1 год	3,87 ± 0,84	5,24 ± 1,43	5,48 ± 0,85
2 года	4,61 ± 1,01	4,86 ± 0,97	3,84 ± 1,56
3 года	5,33 ± 6,47	5,84 ± 3,06	4,78 ± 1,54

Анализ результатов электрометрии показал рост показателей; диапазон составил от $3,09 \pm 0,64$ до $5,33 \pm 6,47$ мка. Такие изменения объясняются износом пломб, кариесогенными факторами и изменением степени минерализации твердых тканей зубов в течение исследуемого промежутка времени. В то же время такие показатели можно назвать умеренными (в норме электропроводность эмали сформированных зубов равна 0). При сравнении показателей между группами более выраженное увеличение наблюдается в 1-й группе, а менее выраженное — в 3-й. Это можно объяснить более ответственным выполнением программы для лучшей адаптации ребенка, выполнение которой снижает кариесогенную ситуацию в полости рта. Никто из детей не достиг максимального показателя (100). Таким образом, готовность к стоматологическому лечению не влияет на прилегание пломб временных зубов.

Для оценки изменений степени общей тревожности на этапах реализации психолого-профилактической программы проведен сравнительный анализ по тесту Р. Тэмбла, В. Амена, М. Дорки «Выбери нужное лицо» в динамике. Результаты динамики степени общей тревожности по критериям «увеличение», «снижение», «без изменений» представлены в таблице 19.

Динамика степени общей тревожности за 5-летний период

	Исследуемые группы		
	1 группа	2 группа	3 группа
Увеличение	57,14 ± 13,73	68,75 ± 11,97	42,86 ± 20,20
Снижение	21,43 ± 11,38	12,50 ± 8,54	28,57 ± 18,44
Без изменений	21,43 ± 11,38	18,75 ± 10,08	28,57 ± 18,44

Как видно из таблицы 19, преобладает увеличение общей тревожности. Снижение общей тревожности в 3-й группе наблюдается чаще, чем в 1-й и 2-й группах. Состояние общей тревожности «осталось без изменений» в 3-й группе также наблюдалось чаще.

Таким образом, выявлена тенденция увеличения степени общей тревожности по мере взросления ребенка. Так как готовность к лечению взаимосвязана со степенью общей тревожности, с тенденцией преобладания высоко тревожных детей в группе неготовых к лечению, то с возрастом можно ожидать пополнение группы детей, не готовых к лечению. Поэтому чем раньше будет начата психолого-профилактическая подготовка дошкольника, тем быстрее и более успешно будет проходить лечение у стоматолога.

Таким образом, несмотря на сохранение кариесогенных и психогенных факторов, на этапах реализации программы произошло выравнивание показателей стоматологического статуса детей в группах с разной степенью готовности к лечению и окончательная перемена психоэмоционального состояния у большей части детей в сторону улучшения.

Глава 5.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Многочисленные отечественные и зарубежные исследования за последние годы показали рост распространенности и интенсивности кариеса у детей. Значительно выросли также показатели степени активности кариеса в структуре заболеваемости. Особенно эти показатели выросли и продолжают расти у детей раннего возраста, что является большой проблемой, так как оказание стоматологической помощи в дошкольном возрасте на амбулаторном приеме вызывает большие сложности [3, 4, 15, 20, 25, 27, 43, 61, 63, 64, 67, 68, 74, 76, 82, 89, 90, 96, 105, 106, 118, 124, 127, 131, 145, 153, 165, 168, 169, 201, 238]. Растет число детей с негативным отношением к стоматологическому лечению, что связано с возрастными психосоматическими особенностями.

В результате углубленного изучения общего кариесогенного фактора — стресса [8, 22, 28, 32, 40, 46, 57, 59, 60, 71, 91, 92, 122, 102, 106, 217], нами было выявлено влияние такой его составляющей, как психоэмоциональное состояние и поведение детей на стоматологическом приеме на утяжеление кариесогенной ситуации. В литературе этот важный фактор рассматривается лишь как препятствие для проведения санации полости рта на амбулаторном приеме [15, 67, 76, 82, 90, 106, 169].

На основании эмоционально-поведенческой характеристики [46] нами была предложена собственная классификация — распределение детей в три группы по степени готовности ребенка к стоматологическому лечению: 1-я — дети, готовые к лечению; 2 — дети, условно готовые к лечению; 3-я — дети, не готовые к лечению.

В исследуемых группах изучено влияние эмоционально-поведенческой составляющей на степень интенсивности кариеса по показателям кпу, КПУ+кпу и УИК и на индивидуальную гигиену полости рта. Установлена тенденция в

усложнении ситуации от 1-й группы детей, готовых к лечению (субкомпенсированная форма кариеса), к 3-й группе детей, не готовых к лечению (декомпенсированная форма кариеса). Так, в 1-й группе средняя интенсивность кариеса составила $5,23 \pm 0,38$, во 2-й — $7,11 \pm 0,43$, в 3-й — $7,57 \pm 0,52$. Полученные данные интенсивности кариеса у обследованных детей дошкольного возраста согласуются с показателями, полученными другими исследователями [89, 96].

Полученные данные по УИК также показывают тенденцию роста от 1-й ко 2-й и 3-й группе: $1,26 \pm 0,11$, $2,14 \pm 0,17$, $2,68 \pm 0,23$ соответственно. Высокий уровень интенсивности кариеса у половины и более детей во всех группах является фактом социального неблагополучия.

Оценка гигиенического состояния полости рта показала у обследованных детей плохой уровень гигиены. Средний показатель ГИ по Федорову-Володкиной составил $2,73 \pm 0,10$, $2,78 \pm 0,10$, $3,10 \pm 0,17$ в 1-й, 2-й, 3-й группах соответственно. В группах наблюдалась тенденция постепенного увеличения числа детей от хорошего уровня гигиены до плохого. Данные результаты являются полными, уникальными и фундаментальными. В аналогичных исследованиях авторы выявили влияние психологического фактора на состояние полости рта, но исследовался другой фактор — уровень тревожности ребенка-дошкольника, причем учитывались только единичные показатели, например, только индекс кп, что является малоинформативным [27].

Таким образом, психоэмоциональное состояние и поведение ребенка на стоматологическом приеме, отраженное нами в группах по степени готовности детей к стоматологическому лечению, влияет на стоматологическую заболеваемость детей дошкольного возраста и приводит к значительному ухудшению ее показателей. Эти выводы позволяют обозначить степень готовности детей дошкольного возраста к стоматологическому лечению, как кариесогенный фактор, и рассматривать его в структуре кариесогенной

ситуации. По нашему мнению, именно этот фактор имеет важное значение в заболеваемости и снижении кариеса временных зубов у детей.

Достоверные различия показателей возраста детей в исследуемых группах позволяют говорить о прямом влиянии возраста ребенка на его психоэмоциональное состояние и поведение на стоматологическом приеме, на степень готовности к стоматологическому лечению. Чем младше ребенок, тем меньше его готовность к лечению, тем более чувствителен он даже к самым безболезненным манипуляциям, тем более высокая у него степень общей тревоги. Число детей с высокой степенью тревожности возрастало от 1-й ко 2-й и 3-й группе — $14,81 \pm 4,88\%$, $22,00 \pm 5,92\%$, $34,29 \pm 8,14\%$ соответственно, статистически значимые отличия, где $p \leq 0,05$, выявлены между 1-й и 3-й исследуемыми группами. По данным А. В. Севбитова с соавт. эскалация напряжения на стоматологическом приеме может усилиться за счет наложения ситуативных факторов на уже имеющуюся изначальную установку на стресс [106]. Это согласуется с нашими результатами у детей 3-й группы, не готовых к лечению, при высокой степени общей тревожности. Полученные результаты согласуются с данными других авторов [8, 9, 10, 22, 46, 62, 76, 102, 147, 152, 228]. В то же время остается явным факт, что 15% детей раннего детского возраста (до трех лет) сразу были готовы к лечению, 27% — условно готовы.

Определено, что дети на стоматологическом приеме испытывают преимущественно негативные психоэмоциональные состояния. Улучшение или ухудшение психоэмоционального состояния может произойти на любом этапе санации полости рта. Нами доказано, что из всех визитов, оказавших влияние на восприятие ребенком стоматологических манипуляций, наиболее важным оказался первичный прием, что согласуется с данными литературы [22, 32, 46, 57, 179, 222]. В процессе реализации предложенной нами программы удалось перевести детей по степени готовности к лечению в более высокую группу.

Нами обосновано, что авторская программа, объединяющая методы этиопатогенетического лечения кариеса зубов у детей дошкольного возраста и психолого-педагогические методы, позволила повысить степень готовности ребенка к стоматологическому лечению и сохранить результат на достигнутом уровне. Даже детям, готовым к лечению, нужна подготовка и адаптация. Мы впервые определили количество визитов для подготовки к лечению. Эти значения — важный ориентир для практикующих врачей при планировании лечения детей дошкольного возраста. Реализация авторской программы позволила достичь полной санации даже в 3-й группе не готовых к лечению в 22% случаев, а в 1-й и 2-й группах — 69% и 61% соответственно. Удалось добиться снижения прироста кариеса. Прирост кариеса составил в 1-й группе — $1,07 \pm 0,13$, во 2-й — $1,13 \pm 0,15$, в 3-й — $0,71 \pm 0,22$. В контрольной группе прирост кариеса был значительно выше и составил $2,17 \pm 0,64$. В исследуемых группах произошло значительное улучшение состояния гигиены полости рта. Значения ГИ по Федорову-Володкиной достоверно улучшились и составили в 1-й группе $1,90 \pm 0,16\%$, во 2-й — $2,00 \pm 0,12$, в 3-й — $1,90 \pm 0,17$. В контрольной группе ГИ оставался на высоких значениях — $2,75 \pm 0,25$.

Таким образом, программа лечебно-профилактической помощи детям дошкольного возраста с кариесом зубов с использованием психолого-педагогических методов позволила эффективно устранить кариесогенные факторы, добиться улучшения результатов стоматологического здоровья, что в конечном счете положительно отразится и на соматическом здоровье детей.

Важным результатом работы является рассчитанный нами график диспансерного наблюдения с учетом перемены психоэмоционального состояния детей на этапах санации и диспансеризации. Детей, готовых к лечению, необходимо назначать на прием через каждые 3 месяца, условно-готовых — через 2,3-3 месяца, для детей, не готовых к лечению, оптимальным

для повторного стоматологического приема является диапазон времени от 2,5 до 5,6 месяцев.

О повышении эффективности амбулаторного стоматологического лечения у детей дошкольного возраста путем реализации предложенной нами лечебно-профилактической программы помощи детям дошкольного возраста с кариесом зубов с использованием психолого-педагогических методов свидетельствуют высокие результаты продолженной диспансеризации в исследуемых группах: $65,66 \pm 4,80\%$, $57,78 \pm 5,24\%$ и $56,25 \pm 7,24\%$ детей 1-й, 2-й и 3-й группы соответственно. Т.е. больше половины детей всех групп одинаково активно, постоянно и длительно посещали стоматолога. Невысокие показатели прироста интенсивности кариеса временных зубов у обследованных детей ($1,07 \pm 0,13$, $1,13 \pm 0,15$, $0,71 \pm 0,22$ в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно) и умеренный уровень показателей электрометрии пломб во временных зубах ($5,33 \pm 6,47$, $5,84 \pm 3,06$, $4,78 \pm 1,54$ в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно) за период наблюдения также свидетельствуют об эффективности программы. В контрольной группе прирост кариеса был значительно выше и составил $2,17 \pm 0,64$. Различия со всеми группами достоверны, $p \leq 0,05$.

Таким образом, программа лечебно-профилактической помощи детям дошкольного возраста с кариесом зубов с использованием психолого-педагогических методов позволила добиться результатов как в улучшении психоэмоционального состояния, так и стоматологического здоровья. На этапах ее реализации произошло выравнивание стоматологического статуса детей в группах с разной степенью готовности к лечению и окончательная перемена психоэмоционального состояния части детей 2 и 3 групп в сторону улучшения.

ВЫВОДЫ

1. Обосновано распределение детей дошкольного возраста на 3 группы по степени готовности к стоматологическому лечению: 1 группа — дети, готовые к лечению (34,59%), 2 группа — дети, условно готовые к лечению (36,16%), 3 группа — дети, не готовые к лечению (29,24%).

2. Определен стоматологический статус детей дошкольного возраста: во всех группах преобладает высокий и очень высокий уровень интенсивности кариеса (в 1 группе — в 60% случаев, во 2 группе — в 78,25%, в 3 группе — в 83,87 %) и его высокая распространенность (в 1 группе — 87, 27%, во 2 — 93,04%, в 3 — 90,32%). Выявлена взаимосвязь между стоматологическим статусом детей дошкольного возраста и степенью готовности детей к лечению: чем ниже степень готовности, тем выше уровень интенсивности кариеса, что позволило рассматривать низкую степень готовности детей к лечению как кариесогенный фактор.

3. Реализация программы лечебно-профилактической помощи детям дошкольного возраста с кариесом зубов с использованием психолого-педагогических методов позволила успешно подготовить детей и успешно провести санацию полости рта у дошкольников в условиях амбулаторного приема. Показатель «полностью санированы» увеличился в 1-й группе с 69, 7 до 71, 25 %, во 2-й группе – с 61, 8 до 74 %, в 3-й группе – с 22, 2 до 48 %.

4. Диспансерное наблюдение в соответствии с программой лечебно-профилактической помощи детям дошкольного возраста в индивидуальные сроки позволило сохранить и улучшить готовность детей к лечению (кратковременно улучшили свое психоэмоциональное состояние и повысили степень готовности к лечению 86% детей, постоянно - 38% детей). На этапах диспансеризации не выявлено различий в динамике прироста интенсивности кариеса в группах с различной психологической готовностью детей к

стоматологическому лечению, что свидетельствует об эффективности предложенной программы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для повышения эффективности санации детей дошкольного возраста в амбулаторных условиях рекомендуется применение программы лечебно-профилактической стоматологической помощи с использованием психолого-педагогических методов.

2. Для улучшения психоэмоционального состояния и поведения детей дошкольного возраста с кариесом зубов на стоматологическом приеме, повышения и сохранения степени готовности детей к стоматологическому лечению в амбулаторных условиях рекомендуется диспансеризация в течение длительного периода времени. Оптимальный график диспансерных приемов: для детей, готовых к лечению, — визиты с промежутком в 3 месяца, детей, условно готовых к лечению, — через 2,3-3 месяца, детей, не готовых к лечению, — через 2,5-5,6 месяцев между посещениями.

3. Для адаптации детей к стоматологическому лечению рекомендовано в домашних условиях для гигиены полости рта использовать электрическую зубную щетку, положение ребенка — полулежа и лежа (как на приеме у стоматолога), что позволяет улучшить индивидуальную гигиену и адаптировать ребенка в психологически безопасной домашней обстановке к применению бормашины в стоматологическом кабинете. Выполнение врачебных рекомендаций целесообразно контролировать с помощью предложенного нами «Стоматологического дневника» (прил. 3).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авраимова, О. Г. Комплексная школьная программа профилактики стоматологических заболеваний «Цепростом» - VOСO с участием гигиениста стоматологического / О. Г. Авраимова, С. С. Шевченко // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2007. - № 4. - С. 63-67.
2. Адмакин, О. И. Эффективность внедрения программы профилактики стоматологических заболеваний в группах детей и подростков с аллергической патологией / О. И. Адмакин, Н. А. Геппе, Ад. А. Мамедов // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2006. - Т. 5, № 1-2. - С. 11-15.
3. Алимский, А. В. Мониторинг эпидемиологии стоматологических заболеваний у детей / А. В. Алимский // Материалы XVI Всероссийской научно-практической конференции. - Москва, 2006. - С. 10-12.
4. Арутюнов, С. Д. Новые возможности профилактики и лечения начальных форм кариеса у детей младшего возраста / С. Д. Арутюнов, М. Г. Свердлов, М. В. Кузьмичевская // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2007. - № 3. - С. 9-12.
5. Ахметзянова, Г. Р. Противокариозное действие кальцемина у детей с высокой активностью кариеса зубов / Г. Р. Ахметзянова, Р. З. Уразова, В. М. Смирнов // Казанский медицинский журнал. - 2007. - Т. 88, № 3. - С. 266-268.
6. Берлов, А. В. Управление поведением ребенка на приеме у врача-стоматолога / А. В. Берлов // Стоматология детского возраста и профилактика - 2010. - № 4. - С. 67-69.
7. Бимбас, Е. С. Влияние степени тревожности у детей дошкольного возраста на состояние гигиены полости рта / Е. С. Бимбас, О. Ю. Сокольская, Е. А. Ималетдинова // Проблемы стоматологии - 2010. - № 1. - С. 54-56.

8. Бойко, В. В. Аксиомы поведения ребенка у стоматолога / В. В. Бойко // Маэстро стоматологии. - 2014. - № 1. - С. 18-24.
9. Бойко, В. В. «Трудные» дети и родители в практике стоматолога. Часть I / В. В. Бойко, Д. Л. Сапегина // Стоматология детского возраста и профилактика - 2010. - № 4. - С. 50-55.
10. Бойко, В. В. «Трудные» дети и родители в практике стоматолога. Часть II / В. В. Бойко, Д. Л. Сапегина // Стоматология детского возраста и профилактика - 2011. - Т. 10, № 3. - С. 67-71.
11. Бойко, В. В. Физический дискомфорт и психоэмоциональные реакции пациентов стоматолога / В. В. Бойко // Стоматология для всех - 2003. - № 4. - С. 42-46.
12. Брусницына, Е. В. Клиническое обоснование профилактики кариеса преждевременно прорезавшихся премоляров : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Брусницына Елена Викторовна ; УГМА. - Екатеринбург, 2010. - 127 с.
13. Васянина, А. А. Лечение зубов у детей с негативным отношением к стоматологическим манипуляциям : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Васянина Анна Анатольевна ; Санкт-Петербургская мед. акад. - Санкт-Петербург, 2008. - 18 с.
14. Виноградова, Т. Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Т. Ф. Виноградова. - Москва : Медицина, 1988. - 256 с.
15. Власова, Д. С. Методы определения тревожности и страха у детей при посещении врача-стоматолога / Д. С. Власова, М. Ф. Лестева // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии : сборник научных трудов Волгоградского государственного медицинского университета. Том 66. - Волгоград : Бланк, 2009. - 432 с.
16. Власова, М. И. Клиническая оценка применения озонотерапии при лечении кариеса зубов пришеечной локализации / М. И. Власова // Уральский медицинский журнал. - 2012. - № 8. - С. 21-24.

17. Власова, М. И. Структура гибридной зоны при пломбировании кариозных полостей пришеечной локализации в зависимости от реставрационного материала / М. И. Власова, Ю. В. Мандра // Проблемы Стоматологии. - 2011. - № 3. - С. 14-16.
18. Гиппенрейтер, Ю. Б. Общаться с ребенком. Как? / Ю. Б. Гиппенрейтер. - Москва : АСТ: Астрель, 2012. - 238 с.
19. Гиппенрейтер, Ю. Б. Продолжаем общаться с ребенком. Так? / Ю. Б. Гиппенрейтер. - Москва : Астрель, 2013. - 256 с.
20. Гнетова, И. В. Стоматологическая заболеваемость и обоснование комплексной профилактики у детей г. Новосибирска : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Гнетова Ирина Владимировна ; НовГМА. - Новосибирск, 1999. - 23 с.
21. Данилова, М. А. Особенности гистологического строения молочных зубов у детей / М. А. Данилова, Ю. В. Шевцова, Н. А. Мачулина // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2013. - Т. 12, № 4. - С. 27-30.
22. Детская терапевтическая стоматология : национальное руководство / под ред. В. К. Леонтьева, Л. П. Кисельниковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 896 с.
23. Диагностика и коррекция негативного поведения детей на амбулаторном стоматологическом приеме / Л. И. Ларенцова, Е. А. Рвачева, Д. В. Любимова, Д. В. Сосульников, Л. М. Барденштейн // Российский стоматологический журнал. - 2007. - № 5. - С. 34-36.
24. Динамика индексов GI и ОНI-S у младших школьников при контролируемой чистке зубов / Л. И. Леус, Л. Н. Полянская, А. А. Плавская, К. Г. Азимова // Стоматологический журнал. - 2008. - № 4. - С. 318-320.
25. Дифференцированный подход к профилактике кариеса зубов у детей дошкольного возраста / Е. Е. Маслак, Н. В. Рождественская, Д. И. Фурсик, Н. В. Куюмджиди, Н. Н. Климова, А. А. Лавров // Институт стоматологии. - 2005. - № 3. - С. 82-85.

26. Дорошина, В. Ю. Стоматологическая диспансеризация студентов московских вузов и пути повышения ее эффективности / В. Ю. Дорошина, И. М. Макеева, А. С. Проценко // Стоматология. - 2010. - № 1. - С. 7-9.

27. Дуда, К. М. Состояние твердых тканей зубов у детей дошкольного возраста с различными уровнями тревожности / К. М. Дуда // Свет медицины и биологии. - 2013. - № 2. - С. 120-121.

28. Дудник, О. В. Повышение мотивации детей дошкольного возраста к лечению и профилактике твердых тканей зубов / О. В. Дудник, А. А. Скакодуб, Ад. А. Мамедов // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний материалы V научно-практической конференции с международным участием / под ред. Л. Н. Дроботько. - Москва, Санкт-Петербург : МГМСУ, СПБИНСТОМ, 2009. - 186 с.

29. Елизарова, В. М. Эффективность витаминно-минеральных комплексов в профилактике и лечении кариеса зубов у детей дошкольного возраста / В. М. Елизарова, Э. А. Юрьева, Е. Е. Яцкевич // Институт стоматологии. - 2001. - № 4. - С. 14-16.

30. Еловикова, Т. М. Влияние системных и индивидуальных факторов на качество жизни подростков, связанное со здоровьем зубов и пародонта / Т. М. Еловикова, И. А. Бутюгин, Л. В. Уварова // Проблемы Стоматологии. - 2008. - № 1. - С. 4-6.

31. Жугина, Л. Ф. Медицинская эффективность детских зубных паст R.O.C.S. в снижении интенсивности кариеса зубов у младших школьников / Л. Ф. Жугина, Е. С. Мушук, В. В. Каврига // Стоматологический журнал. - 2010. - № 3. - С. 223-224.

32. Захаров, А. И. Дневные и ночные страхи у детей / А. И. Захаров. - Санкт-Петербург : Речь, 2010. - 313 с.

33. Зейналова, Г. К. Опыт проведения программы профилактики стоматологических заболеваний у детей школьного возраста в Азербайджане /

Г. К. Зейналова, Р. К. Алиева // Вестник проблем биологии и медицины. - 2012. - Т. 2, № 2. - С. 244-246.

34. Зорян, Е. В. Значение учета клинико-фармакологических особенностей местных анестетиков в стоматологии детского возраста / Е. В. Зорян, С. А. Рабинович, Е. Г. Матвеева // Институт стоматологии. - 2009. - № 1. - С. 70-71.

35. Иванова, Г. Г. Диагностическая и прогностическая оценка электрометрии твердых тканей при кариесе : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Иванова Галина Григорьевна ; ОмГМИ. - Омск, 1984. - 19 с.

36. Иванова, Г. Г. Медико-технологическое решение проблем диагностики, прогнозирования и повышения резистентности твердых тканей зубов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Иванова Галина Григорьевна ; ОмГМА. - Омск, 1997. - 64 с.

37. Исаева, Н. С. Перспективы использования пробиотиков в профилактике кариеса у детей / Н. С. Исаева, И. И. Якубова, В. И. Острянко // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2011. - Т. 10, № 3. - С. 37-40.

38. Использование зубной пасты «AquafreshKids» для обучения детей дошкольного возраста чистке зубов / М. И. Кленовская, О. В. Минченя, О. М. Леонович, Т. В. Прудникова // Современная стоматология. - 2007. - № 3. - С. 48-51.

39. Использование эмаль-герметизирующего ликвида для профилактики и лечения кариеса и гиперестезии зубов / Н. В. Еремина, Л. Д. Романовская, Т. В. Посметная, Н. А. Вирясова, В. Д. Ноздрина // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011. - Т. 7, № 1. - С. 290-291.

40. Исследование изменений гемодинамических показателей в процессе стоматологического лечения у детей в зависимости от психо-эмоционального состояния / Е. А. Магид, В. Ф. Михальченко, Н. М. Морозова, А. А. Чесноков. - ВМА, 1996. - 6 с.

41. К вопросу оказания стоматологической помощи детям раннего детского возраста в условиях амбулаторного общего обезболивания / М. П. Харитонова, О. А. Мосейчук, И. В. Русакова, Е. А. Конторщикова, С. Л. Кривцов // Проблемы стоматологии. - 2011. - № 3. - С. 54-58.

42. Каменнова, Т. Н. Обоснование профилактики заболеваний твердых тканей зубов у детей с учетом индивидуальной восприимчивости к фторидам : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Каменнова Татьяна Николаевна ; ВолгГМУ. - Волгоград, 2003. - 22 с.

43. Кариес временных зубов у детей раннего возраста: обоснование этиопатогенетических подходов к профилактическому лечению / Л. П. Кисельникова, Т. Е. Зуева, О. А. Кружалова, Е. В. Кириллова, Н. В. Ожгихина, И. А. Хощевская // Стоматологи детского возраста и профилактика. - 2007. - № 2. - С. 19-22.

44. Киселев, Г. Ф. Особенности течения кариеса временных зубов при различных уровнях их резистентности : автореф. дис. ... канд. мед. Наук : 14.00.21 / Киселев Геннадий Федорович ; ОмГМИ. - Омск, 1990. - 24 с.

45. Киселева, Е. Г. Взаимоотношения врачей и пациентов на детском стоматологическом приеме и пути их улучшения / Е. Г. Киселева, Д. А. Кузьмина // Институт стоматологии. - 2006. - № 8. - С. 36-37.

46. Киселева, Е. Г. Профилактика страха лечения зубов у детей / Е. Г. Киселева, Д. А. Кузьмина, А. А. Васянина // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2006. - № 1-2. - С. 54-61.

47. Кисельникова, Л. П. Кариесогенная ситуация у детей школьного возраста и принципы ее устранения / Л. П. Кисельникова // Институт стоматологии. - 2005. - № 1. - С. 82-84.

48. Кисельникова, Л. П. Опыт применения метода лазерной флюоресценции для определения степени реминерализации эмали и дентина при кариесе зубов у детей / Л. П. Кисельникова, Е. В. Кириллова, М. А.

Шевченко // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2011. – Т. X, № 3. - С. 7-11.

49. Кисельникова, Л. П. Стоматологическая помощь детям раннего возраста в условиях общего обезболивания / Л. П. Кисельникова, А. В. Токарева // Российская стоматология. - 2008. - № 1. - С. 33-38.

50. Кисельникова, Л. П. Фиссурный кариес (диагностика, клиника, прогнозирование, профилактика, лечение) : дис. ... д-ра мед. наук / Кисельникова Лариса Петровна. - Екатеринбург, 1996. - 436 с.

51. Клиническая эффективность применения препарата «глуфторэд» для лечения кариеса временных зубов у детей / Л. Ф. Каськова, Л. И. Амосова, Е. Э. Бережная, Ю. И. Солошенко // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний : сборник трудов II Российского регионального конгресса Международной ассоциации детской стоматологии / под общей ред. Л. П. Кисельниковой, Л. Н. Дроботько. - Москва : МГМСУ ; Ремдер, 2014. - С. 80-83.

52. Кобиясова, И. В. Современные методы диагностики, профилактики и лечения очаговой деминерализации эмали у детей подросткового возраста / И. В. Кобиясова // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2013. - Т. 12, № 4. - С. 41-44.

53. Колесников, С. А. К проблеме профилактики кариеса у детей с повышенным риском кариеса, страдающих гемофилией / С. А. Колесников, К. П. Федоров, Л. Р. Сарап // Институт стоматологии. - 2008. - № 1. - С. 71-73.

54. Кондратов, А. И. Медико-социальная эффективность образовательной программы в комплексной профилактике стоматологических заболеваний : автореф. дис. ... докт. мед. наук / Кондратов Аркадий Иванович ; УГМА. - Екатеринбург, 2000. - 17 с.

55. Корчагина, В. В. Детская стоматология цвета индиго / В. В. Корчагина // Клиническая стоматология. - 2007. - Т. 41, № 1. - С. 12-17.

56. Корчагина, В. В. Достижение максимального стоматологического здоровья детей раннего возраста внедрением современных технологий : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.21 / Корчагина Виктория Васильевна ; Московский гос. медико-стоматологический университет. - Москва, 2008. – 35 с.
57. Корчагина, В. В. Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста / В. В. Корчагина. - Москва : МЕДпресс-информ, 2008. - 168 с.
58. Коско, А. В. Анализ состояния временных моляров, вылеченных по поводу хронического пульпита при использовании различных способов восстановления коронковой части зуба / А. В. Коско // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2013. - Т. 12, № 4. - С. 45-49.
59. Костина, Л. М. Игровая терапия с тревожными детьми / Л. М. Костина. - Санкт-Петербург : Речь, 2001. - 160 с.
60. Костина, Л. М. Методы диагностики тревожности / Л. М. Костина. - Санкт-Петербург : Речь, 2006. - 198 с.
61. Косюга, С. Ю. Стоматологическая заболеваемость детского населения крупного промышленного города / С. Ю. Косюга, О. С. Киселева, Е. С. Богомолова // Материалы межрегиональной научно-практической конференции. - Тверь : РИЦ ТГМА, 2007. - 66 с.
62. Котович, Т. Т. Экспериментальное исследование по изучению взаимосвязи стиля семейного воспитания и страхов у детей дошкольного возраста / Т. Т. Котович // Современная медицинская наука. - 2012. - № 3. - С. 100-115.
63. Кузьмина, Э. М. Профилактика кариеса зубов как важнейший аспект сохранения стоматологического здоровья детей / Э. М. Кузьмина, И. И. Лысенкова // Российский педиатрический журнал. - 2006. - № 6. - С. 58-60.
64. Кузьминская, О. Ю. Современные аспекты патогенетической профилактики кариеса зубов у детей / О. Ю. Кузьминская, Л. В. Рутковская, Е.

А. Малышева // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2012. - № 1. - С. 48-51.

65. Кулаков, А. К. Современные возможности реализации профилактического направления стоматологии в России / А. К. Кулаков, О. Г. Авраимова, А. Г. Колесник // Казанский медицинский журнал. - 2011. - Т. 92, № 5. - С. 735-737.

66. Ларенцова, Л. И. Надежная и безопасная премедикация в практике врача – стоматолога на детском амбулаторном приеме / Л. И. Ларенцова, Е. А. Сосульникова // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2010. - № 1. - С. 26-29.

67. Ларенцова, Л. И. Психологические подходы к стоматологической практике / Л. И. Ларенцова. - Москва : Медицинская книга, 2007. - 80 с.

68. Леонтьев, В. К. Профилактика кариеса зубов с учетом углеводного фактора / В. К. Леонтьев, Т. Л. Рединова // Методические рекомендации. - Москва, 1990. - 10 с.

69. Леонтьев, В. К. Электрометрическая диагностика краевой проницаемости пломб и вторичного кариеса / В. К. Леонтьев, Р. Г. Буянкина, Г. Г. Иванова // Стоматология. - 1987. - № 3. - С. 4-7.

70. Леонтьев, В. К. Электрометрическая диагностика поражений твердых тканей зубов / В. К. Леонтьев, Г. Г. Иванова, Т. Н. Жорова // Стоматология. - 1990. - № 5. - С. 19-24.

71. Лепилин, А. В. Психоэмоциональное напряжение как основа дентофобии и причина развития стресса / А. В. Лепилин, Д. Е. Суетенков, Л. Н. Казакова // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2004. - Т. 3, № 3-4. - С. 28-30.

72. Леус, П. А. Опыт практической реализации массовых программ профилактики стоматологических заболеваний на основе доказательной медицины / П. А. Леус // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011. - Т.7, № 1. - С. 196-199.

73. Литвак, М. Е. Если хочешь быть счастливым: руководство по психотерапии и психологии общения / М. Е. Литвак. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2013. - 603 с.

74. Лукиных, Л. М. Опыт использования иммуномодулирующих препаратов в комплексной профилактике кариеса зубов у детей / Л. М. Лукиных, Е. В. Китаева, М. И. Заславская // Стоматология. - 2010. - № 2. - С. 9-11.

75. Лунева, Н. А. Отдаленные результаты проведения образовательной стоматологической программы для школьников младших классов / Н. А. Лунева, Е. Е. Маслак // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2007. - Т. 6, № 4. - С. 59-62.

76. Малофеева, В. А. Дентофобия: почему дети боятся стоматолога? / В. А. Малофеева // Проблемы стоматологии. - 2013. - № 3. - С. 63-66.

77. Медицинская эффективность детских зубных паст R.O.C.S. в улучшении стоматологического статуса младших школьников, принявших участие в двухлетней программе контролируемой чистки зубов / А. И. Жардецкий, Л. Ф. Жугина, В. В. Новикова, А. С. Русак, Н. И. Щур // Стоматологический журнал. - 2011. - № 1. - С. 107-112.

78. Медицинская эффективность зубных паст R.O.C.S. в улучшении стоматологического статуса младших школьников / П. А. Леус, А. И. Жардецкий, Л. Ф. Жугина, В. В. Новикова, А. С. Русак, Н. И. Щур // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2011. - № 1. - С. 43-47.

79. Микробиологический мониторинг состояния биопленки зуба и оценка уровня секреторного иммуноглобулина А при применении адаптированных молочных смесей с пробиотиками среди детей раннего возраста / Л. П. Кисельникова, О. В. Зайцева, К. Б. Милосердова, В. Н. Царев, Е. А. Ягодина // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2013. - Т. 12, № 4. - С. 21-25.

80. Мирошкина, К. А. Врач-стоматолог, врач-психолог или стоматолог-психолог: нужно ли стоматологу психологическое образование? / К. А. Мирошкина // Дентал Юг. - 2010. - № 11. - С. 62-63.
81. Модель прогноза течения кариеса у детей / Д. А. Кузьмина, В. П. Новикова, Н. В. Шабашова, Б. Т. Мороз, М. М. Костик // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2011. - Т. 10, № 3. - С. 26-33.
82. Немедикаментозное преодоление страха стоматологического лечения у дошкольников / Е. Е. Маслак, А. С. Родионова, Е. В. Алаторцева, Е. В. Романчук, Д. С. Власова // Дентал Юг. - 2008. - № 9. - С. 58-59.
83. Обезболивание при лечении и удалении зубов у детей / М. М. Соловьев, Ю. Д. Игнатов, О. Ф. Конобеццев, Г. А. Хацкевич. - Ленинград : Медицина, 1985. - 184 с.
84. Ожгихина, Н. В. Молярно-резцовая гипоминерализация эмали постоянных зубов у детей: комплекс лечебно-профилактических мероприятий / Н. В. Ожгихина, Л. П. Кисельникова // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2013. - Т. 12, № 4. - С. 37-40.
85. Ожгихина, Н. В. Проблема острого кариеса временных зубов в раннем детском возрасте / Н. В. Ожгихина // Проблемы стоматологии. - 2007. - № 3. - С. 35-37.
86. Окушко, А. В. Психологические аспекты работы детского стоматолога / А. В. Окушко // Новое в стоматологии. - 1999. - № 1. - С. 33-37.
87. Особенности проведения общего обезболивания для стоматологической санации детей в амбулаторных условиях / Г. М. Солонько, В. А. Пайкуш, А. В. Заболоцкий, М. М. Угрин // Клиническая стоматология. - 2010. - № 3. - С. 52-55.
88. Отдаленные результаты контролируемой чистки зубов младших школьников фторсодержащей зубной пастой / П. А. Леус, Л. А. Казеко, Л. И. Леус, Н. А. Юдина // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2005. - № 1-2. - С. 64-67.

89. Отдаленные результаты санации полости рта под общим обезболиванием у детей, не способных к сотрудничеству / К. А. Горбачева, Н. И. Петрович, И. Ю. Петренко, Л. М. Ганчарик // Медицинский журнал. - 2012. - № 4. - С. 37-38.

90. Оценка качества жизни детей младшего возраста с негативным отношением к стоматологическому лечению / Л. П. Кисельникова, А. Г. Золотусский, Е. Н. Фадеева, Р. В. Карасева // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2012. - Т. 11, № 2. - С. 34-37.

91. Парукова, Л. В. Специфика психологической природы тревожности у детей дошкольного возраста / Л. В. Парукова // Фундаментальные исследования. - 2005. - № 1. - С. 88-89.

92. Пасечник, Л. Тревожный ребенок / Л. Пасечник // Дошкольное воспитание. - 2007. - № 9. - С. 89-95.

93. Петрикас, А. Ж. Обезболивание зубов / А. Ж. Петрикас. - Тверь : Фамилия, 1997. - 112 с.

94. Подойникова, М. Н. Препарат «Тенотен» для премедикации на амбулаторном стоматологическом приеме / М. Н. Подойникова, Л. И. Ларенцова // Российский стоматологический журнал. - 2007. - № 5. - С. 32-34.

95. Попова, О. М. Нивелирование отрицательных эмоциональных состояний у детей дошкольного возраста средствами комического / О. М. Попова // Образование и наука. - 2006. - № 5. - С. 34-44.

96. Потребность в оказании стоматологической помощи детям в условиях седации с сохраненным сознанием / Л. П. Кисельникова, А. Г. Золотусский, Е. Н. Фадеева, Р. В. Карасева // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2011. - Т. 10, № 3. - С. 3-6.

97. Профилактические мероприятия для контингента детей дошкольного возраста с нарушениями речи / О. А. Изгарева, Д. Е. Суетенкова, А. А. Гребенников, Т. П. Харитоновна // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011. - Т. 7, № 1. - С. 245-249.

98. Райт, Д. З. Управление поведением детей на стоматологическом приеме / Д. З. Райт, П. Э. Старки, Д. Э. Гарднер : пер. с англ. / под общ. ред. Т. В. Попруженко, Т. Н. Тереховой. - Москва : МЕДпресс-информ, 2008. - 304 с.

99. Распространенность и интенсивность кариеса зубов 7-летних детей Нижнего Новгорода / И. Н. Чупрунова, С. Ю. Косюга, Е. Д. Пятова, Г. В. Кривулина // Стоматология. - 2010. - Т. 89, № 2. - С. 4-6.

100. Романовская, В. Н. Оценка знаний врачей стоматологов об особенностях применения электрических зубных щеток / В. Н. Романовская // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний : сборник трудов III Российско-Европейского конгресса по детской стоматологии / под общ. ред. Л. П. Кисельниковой, Л. Н. Дроботько. - 2013. - С. 243-244.

101. Романчук, Е. В. Стоматологический статус и эффективность санации полости рта у учащихся первого класса / Е. В. Романчук // Вестник ВолГМУ. - 2010. - № 3. - С. 80-83.

102. Рублева, И. А. Изменение психоневрологического статуса у детей с зубочелюстными аномалиями / И. А. Рублева, А. Б. Слабковская, Л. С. Персин // Российская стоматология. - 2008. - № 1. - С. 52-55.

103. Русакова, Е. Ю. Эффективность проведения лечебно-профилактических мероприятий у детей с гастродуоденальной патологией в Приморском крае / Е. Ю. Русакова, С. И. Бессонова // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2007. - № 4. - С. 68-71.

104. Русакова, И. В. Нуждаемость населения Свердловской области в различных видах стоматологической помощи / И. В. Русакова, Г. И. Ронь // Проблемы стоматологии. - 2008. - № 2. - С. 25-27.

105. Русакова, И. В. Оценка состояния стоматологического здоровья населения Свердловской области и факторов, влияющих на развитие основных стоматологических заболеваний : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Русакова Ирина Владимировна ; УГМА. - Екатеринбург, 2008. - 21 с.

106. Севбитов, А. В. Практические аспекты коррекции стоматофобии / А. В. Севбитов, И. М. Макеева, А. С. Брызгалов // Проблемы стоматологии. - 2008. - № 2. - С. 5-9.
107. Севбитов, А. В. Выявление факторов формирования стоматофобии у детей / А. В. Севбитов, А. С. Брызгалов // Актуальные вопросы стоматологии детского возраста и профилактики стоматологических заболеваний : материалы III научно-практической конференции с международным участием / под ред. Л. П. Кисельниковой, Р. А. Фадеева, Г. Г. Ивановой. - Санкт-Петербург, 2007. - С. 88.
108. Седойкин, А. В. Оценка силы сцепления современных адгезивных систем с эмалью и дентином временных зубов / А. Г. Седойкин // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний : сборник трудов II Российского регионального конгресса Международной ассоциации детской стоматологии / под общ. ред. Кисельниковой Л. П., Дроботько Л. Н. - Москва : МГМСУ; Ремдер, 2014. - С. 80-83.
109. Селиванова, Е. В. Оказание терапевтической и ортодонтической помощи детям в условиях частной практики в США / Е. В. Селиванова, А. О. Сакадынец // Современная стоматология. - 2007. - № 2. - С. 78-79.
110. Сирак, С. В. Динамика биохимических показателей ротовой жидкости у детей и подростков при использовании разработанного эликсира / С. В. Сирак, А. Г. Сирак, И. М. Быков // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2013. - Т. 10, № 4. - С. 61-65.
111. Скрипкина, Г. И. Взаимосвязь физико-химических параметров ротовой жидкости кариесрезистентных детей / Г. И. Скрипкина // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2011. - Т. 10, № 3. - С. 22-25.
112. Скрипкина, Г. И. Инновационный подход к определению кариесогенности зубного налета у детей в условиях клиники стоматологии детского возраста / Г. И. Скрипкина, А. Н. Питаева // Институт стоматологии. - 2010. - Т. 46, № 1. - С. 88-89.

113. Скрипкина, Г. И. Осадок жидкости и процессы минерализации эмали зубов у детей / Г. И. Скрипкина, А. Н. Питаева, В. Г. Сунцов // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2012. - № 1. - С. 8-12.
114. Скрипник, Ю. В. Оценка эффективности программы гигиенического воспитания и обучения у стоматолога детей с задержкой психического развития / Ю. В. Скрипник, И. И. Якубова // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2013. - Т. 12, № 4. - С. 70-72.
115. Собчик, Л. Н. МЦВ — метод цветowych выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера / Л. Н. Собчик. - Санкт-Петербург : Речь, 2001. - 112 с.
116. Стош, В. И. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии / В. И. Стош, С. А. Рабинович. - Москва : ГЭОТАР - Медиа, 2007. - 184 с.
117. Тарасова, Н. В. Опыт санитарно-просветительной работы и гигиенического воспитания в профилактике стоматологических заболеваний у детей с сенсорной депривацией слуха / Н. В. Тарасова, В. Г. Галонский, О. А. Елесева // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2013. - Т. 12, № 4. - С. 67-69.
118. Терехова, Т. Н. Эффективность программы обучения детей раннего возраста навыкам гигиены рта в условиях дошкольного образовательного учреждения / Т. Н. Терехова, Л. В. Козловская, К. С. Подобед // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2009. - Т. 8, № 4. - С. 67-71.
119. Ткачук, О. Е. Особенности оперативного лечения кариеса молочных зубов / О. Е. Ткачук, Н. В. Ходоровская // Дентал Юг. - 2008. - Т. 58, № 9. - С. 30-32.
120. Токарева, А. В. Повышение эффективности санации детей с кариесом раннего возраста в условиях общего обезболивания : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Токарева Анна Владимировна ; Московский гос. мед-стом. университет. - Москва, 2012. - 24 с.

121. Улитовский, С. Б. 3D Excel новое слово в электрических зубных щетках / С. Б. Улитовский // Маэстро. - 2003. - № 2. - С. 54-58.
122. Фадеева, Е. Н. Психоэмоциональная коррекция в детской стоматологической практике / Е. Н. Фадеева, Е. В. Васманова, В. Ф. Выгорко, Т. В. Воробьева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2006. - № 2. - С. 70-73.
123. Фалько, Е. Н. Психологическая подготовка ребенка к стоматологическому приему / Е. Н. Фалько, В. М. Елизарова, Н. А. Сирота // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2013. - Т. 12, № 1. - С. 66-69.
124. Федоров, К. П. Оценка эффективности профилактических мероприятий у больных гемофилией с компенсированной и декомпенсированной формами кариеса зубов / К. П. Федоров, Л. Р. Сарап // Современная стоматология. - 2011. - № 5. - С. 26-28.
125. Федоров, Ю. А. Профилактика кариеса зубов: очередной миф или реальность? / Ю. А. Федоров, Т. Ю. Соболева // Клиническая стоматология. - 2007. - № 3. - С. 66-68.
126. Хамадеева, А. М. Анализ ситуации по оказанию стоматологической помощи детскому населению г. Чапаевска / А. М. Хамадеева, Н. В. Ногина // Dental Forum. - 2011. - № 5. - С. 91-92.
127. Хмызова, Т. Т. Мониторинг здоровья детей Волгограда / Т. Т. Хмызова, Е. Е. Маслак // Стоматологическое здоровье ребенка : тезисы к III Общероссийской научно-практической конференции детских стоматологов. - Москва ; Волгоград, 2000. - С. 21.
128. Хоменко, Л. А. Стоматологический и иммунный статус детей с хроническими соматическими заболеваниями / Л. А. Хоменко, О. В. Дуда // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2013. - Т. 12, № 4. - С. 57-60.
129. Шакурова, Е. С. Коммуникативные приемы управления поведением пациентов в повседневной практике врача (на примере врача – стоматолога) / Е.

С. Шакурова, В. В. Шакуров // Проблемы стоматологии. - 2013. - № 3. - С. 14-17.

130. Шевченко, С. Г. Мы вместе. Странички для занятий с детьми. Учите детей ориентироваться во времени / С. Г. Шевченко // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2006. - № 2. - С. 40.

131. Янушевич, О. О. Стоматологическая заболеваемость населения России / О. О. Янушевич, Э. М. Кузьмина, И. Н. Кузьмина. - Москва, 2009. - 10 с.

132. «I can't relate it to teeth»: a qualitative approach to evaluate oral health education materials for preschool children in New South Wales, Australia / A. Arora, M. A. McNab, M. W. Lewis, G. Hilton, A.S. Blinkhorn & E. Schwarz // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2012. - Vol. 22, № 4. - P. 302-309.

133. «I was starving». Children`s accounts of eating-related impacts of dental general anaesthetic / F. Gilchrist, Z. Marshman, M. J. Hall, C. Deery, H. D. Rodd // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 16.

134. A combination of clinical and microbiological management of generalized aggressive periodontitis in primary teeth. A case report / R. F. Cunha, A. C. Machado, S. Watanabe, I. R. Freire, M. C. Goiato, E. J. Júnior // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2012. - Vol. 22, № 4. - P. 310-316.

135. A controlled, longitudinal study of home visits compared to telephone contacts to prevent early childhood caries / K. A. Plonka, M. L. Pukallus, A. Barnett, T. F. Holcomb, L. J. Walsh, W. K. Seow // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2013. - Vol. 23, № 1. - P. 23-31.

136. A multicenter audit assessing the standard of completion of dental general anaesthetic consent forms / U. Chaudhry, C. Stevens, S. North, S. Albadri // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 31-33.

137. A placebo-controlled, double-blind, crossover trial on analgesic effect of nitrous oxide-oxygen inhalation / A. B. Grønбæk, P. Svensson, M. Væth, I. Hansen,

S. Poulsen // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2014. - Vol. 24, № 1. - P. 69-75.

138. A practice of anesthesia for infants and children / C. J. Cote, J. F. Ryan, I. D. Todres, N. G. Goudsouzian // W B Saunders, Philadelphia. - 1993. - P. 17-18.

139. A randomized study of sodium hypochlorite versus formocresolpulpotomy in primary molar teeth / J. D. Ruby, C. F. Cox, S. C. Mitchell, S. Makhija, P. Chompu-Inwai, J. Jackson // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 2. - P. 145-152.

140. A randomized, controlled clinical trial comparing chlorhexidine gel and low-dose fluoride toothpaste to prevent early childhood caries / M. L. Pukallus, K. A. Plonka, A. G. Barnett, L. J. Walsh, T. F. Holcombe, W. K. Seow // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 3. - P. 216-224.

141. A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries / P. M. Leong, M. G. Gussy, S.-Y. L. Barrow, A. de Silva-Sanigorski, E. Waters // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 4. - P. 235-250.

142. Aburashed, R. M. Providing augmentative and alternative communication training to paediatric dental team / R. M. Aburashed, C. Williams, M. T. Hosey // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, № 5. - P. 2.

143. Aljafari, A. K. Referring dentists' views on preventive care for GA extraction children – qualitative investigation / A. K. Aljafari, J. E. Gallagher, M. T. Hosey // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 2-3.

144. An audit of caries preventive care in undergraduate outreach clinics / F. Hogg, N. Harrison, A. Cairns, A. Keightley, G. Irving, C. Campbell // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 36-38.

145. An audit of missed dental hospital appointments in relation to child maltreatment / S. Gray, S. North, H. Zaitoun, J. C. Harris // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 16.
146. An audit to assess the effectiveness of pre-operative inhalation sedation information leaflet / S. Dashti, J. K. Hook, S. Lee, S. Albadri // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 11-12.
147. An evaluation of repeat general anaesthetics for dental extractions in children / K. Bebb, L. Coyle, S. Albadri, C. Ledingham, J. Bailey, L. Gough, R. Harris // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 11-12.
148. An in vivo investigation of salivary properties, enamel hypomineralisation, and carious lesion severity in group of Iraqi schoolchildren / A. Ghanim, R. Mariño, M. Morgan, D. Bailey, D. Manton // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 1. - P. 2-12.
149. A practice-based study on the effect of a short sucrose/xylitol exposure on survival of primary teeth caries free / V. Anttonen, I. Halunen, J. Pääkkilä, M. Larmas & L. Tjäderhane // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, № 5. - P. 356-362.
150. Assessment of patient satisfaction for paediatric and orthodontic consultant clinics / A. Puri, I. Mahdi, M. Moffat, R. Mattick // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 19.
151. Atwal, A. K. An audit to evaluate paediatric referrals by General Dental Practitioners to the Salaride Dental Services / A. K. Atwal, R. Bannister, R. Balmer // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 6.
152. Atwal, A. K. Reasons for dental extractions in 100 paediatric patients in a district OMFS unit / A. K. Atwal // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 10.

153. Audit of caries prevention in primary care for paediatric patients / K. Waldon, A. Kandiah, S. Ross, R. Balmer // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 45-47.

154. Bagheri, M. Patients' satisfaction with an outpatient paediatric dental service: a prospective audit / M. Bagheri, H. Kalsi, E. C. Sheehy // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 6.

155. Bailey, J. R. Acceptability, decision making, and outcomes: a presedation clinic evaluation / J. R. Bailey, S. Albadri // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 11.

156. Bekiaroudi, A. Acidic dissolution and ph of four glass ionomer cements in lactic acid / A. Bekiaroudi, R. Hill, S. Parker // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 2.

157. Bellis, W. Facilitating children's attendance with GDPs – an innovative post created. An Islington story / W. Bellis, S. Majeed, P. M. Shah // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 19.

158. Bhatia, S. Parental satisfaction with care provided on the paediatric dental unit, Cardiff / S. Bhatia, E. Hingston, B. Chadwick // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 24-25.

159. Bhujel, N. An audit of restoration type of primary molars following pulp therapy / N. Bhujel, H. Dawson, H. Clark // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 25-26.

160. BMI percentiles, dental caries and pathways of care / A. Bradley, N. Byrne, W. Keys, R. Welbury, M. Watt, C. Campbell // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 11.

161. Bussell, R. M. The quality of general anaesthetic dental records within Doncaster Community Dental Service / R. M. Bussell, R. E. Nichol // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 12-13.

162. Can the individual calibration be modified when laser fluorescence method is used for caries detection? / A. Reyes, G. E. Ferreira, J. Santos, F. M.

Mendes, J. C. P. Imparato, M. M. Braga // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 2. - P. 138-144.

163. Caries prevalence associated with *Streptococcus mutans* and *Streptococcus sobrinus* in Japanese schoolchildren / M. Okada, M. Kawamura, Y. Oda, R. Yasuda, T. Kojima, H. Kurihara // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, № 5. - P. 342-348.

164. Caries prevention documentation with focus on prescribed long-term medicins containing sugar / A. Wallace, S. Mcvicar, R. Lardner, A. Keightley, C. Campbell // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 34-36.

165. Carrilo-Diaz, M. The influence of gender on the relationship between dental anxiety and oral health-related emotional well-being / M. Carrilo-Diaz, A. Crego, M. Romero-Maroto // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, № 5. - P. 180-187.

166. Carvalho, J. C. The relationship between oral health education and quality of life in adolescents / J. C. Carvalho, M. A. B. Rebelo, M. V. Vettore // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 4. - P. 286-296.

167. Child recovery behavior following exodontia under general anaesthesia / R. Alharatani, C. Hantington, C. Liossi, M. T. Hosey // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 10.

168. Children and parent views of the paediatric prevention clinic at Liverpool University Dental School / K. Bell, R. T. Parry, S. Albadri, S. Walley // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 12.

169. Children treated under conscious sedation – their parent`s views on oral-health promotion / D. Y. Abualsaoud, M. S. Ogretme, R. C. Olley, M. T. Hosey // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 2.

170. Clinical and radiographic outcomes of the use of four dressing materials in pulpotomized primary molars: a randomized clinical trial with 2-year follow-up /

C. C. Fernández, S. S. Martínez, F. G. Jimeno, A. I. Lorente Rodríguez, M. Mercadé // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 6. - P. 400-407.

171. Cole, E. A re-audit of consent forms for treatment being carried out under general anaesthesia / E. Cole, C. Anderson, A. Johnson // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 6.

172. Community Dental Service contribution to the dental care of looked after children / A. Viles, M. Collard, A. Rushworth, R. Leck // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 20.

173. Compliance with pre-operative radiographs for children receiving dental care under general anaesthesia / L. Williams, J. Kelly, E. Aliakbari, S. Dewhurst // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 36-37.

174. Crighton, A. Paediatric gastrointestinal conditions and their oral implications / A. Crighton // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 5. - P. 338-345.

175. Davies, E. B. An exploratory study investigating children's perceptions of dental behavioural management techniques / E. B. Davies, H. Buchanan // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 4. - P. 297-309.

176. Degree of dental anxiety in children with and without toothache: prospective assessment / J. Ramos-Jorge, L. S. Marques, M. A. Homem, S. M. Paiva, M. C. Ferreira, F. O. Ferreira, M. L. Ramos-Jorge // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 2. - P. 125-130.

177. Delgado-Angulo, E. K. Childhood stunting and caries increment in permanent teeth: a three and a half year longitudinal study in Peru / E. K. Delgado-Angulo, M. H. Hobdell, E. Bernabe // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 2. - P. 101-109.

178. Dental anxiety among Kuwait adolescents measured by MDAS and MCDASf / S. Honkala, H. Al-Yahya, E. Honkala, G. Humphris, R. Freeman // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 14.

179. Dental anxiety amongst paediatric cardiology patients / A. L. Hollis, A. Smith, M. Blackburn, R. C. Balmer // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 3.

180. Dental attendance in preschool children – a prospective study / R. Leroy, K. Bogaerts, K. Hoppenbrouwers, L. C. Martens, D. Declerck // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 2. - P. 84-93.

181. Developmental defects of enamel in primary teeth: prevalence and associated factors / P. Corrêa-Faria, P. A. Martins-Junior, R. G. Vieira-Andrade, F. Oliveira-Ferreira, L. S. Marques, M. L. Ramos-Jorge // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 3. - P. 173-179.

182. Differences in patient and clinical factors for Hall vs conventionally-placed preformed metal crowns / F. Gilchrist, A. G. Morgan, J. Cowlam, H. D. Rodd // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 13.

183. Differences in perceptions of early childhood oral health-related quality of life between fathers and mothers in Saudi Arabia / S. C. Pani, L. Badea, S. Mirza, N. Elbaage // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, № 4. - P. 244-249.

184. Differences in loosely bound fluoride formation and anticaries effect of resin-based fluoride varnishes / J. R. S. Maas, I. M. F. Junior, C. S. Lodi, A. C. B. Delbem // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 3. - P. 166-172.

185. Effect of the widespread use of fluorides on the occurrence of hidden caries in children / L. N. Hashizume, T. C. Mathias, D. M. Cibils, M. Maltz // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 1. - P. 72 - 76.

186. Elcock, C. Children`s dietary advice: what, by whom and how effective? A systematic review / C. Elcock, L. P. Gallardo Lazo // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 14.

187. Fluoride and silver concentrations of silver diammine fluoride solutions for dental use / M. L. Mei, C. H. Chu, E. C. M. Lo, L. P. Samaranayake // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 4. - P. 279-285.

188. Fluoride content in toothpastes commercialized for children in Chili and discussion on professional recommendations of use / R. A. Giacaman, C. A. Carrera, C. Munoz-Sandoval, C. Fernandez, J. A. Cury // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 2. - P. 77-83.

189. Gardner, L. J. Caries prevention: adherence to SDCEP guidelines in paediatric salaried services across Glasgow / L. J. Gardner // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 13.

190. Gaynor, W. N. Changes in young children`s OHRQoL after dental treatment under general anaesthesia / W. N. Gaynor, W. M. Thomson // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, № 4. - S. 258-264.

191. Halai, T. Audit of HIS non-attendance and comparison of text message and telephone reminders / T. Halai, C. Stevens // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 35-36.

192. Hingston, E. J. Audit of dental general anaesthesia for healthy and medically compromised children / E. J. Hingston, M. Sabharwal, D. Eltahlah // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 17.

193. Hollis, A. Parental knowledge of infective endocarditis risk status at a cardiac clinic / A. Hollis, F. Willcoxson, R. Balmer // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 27-28.

194. Influence of anti-asthmatic medications of dental caries in children in Slovenia / T. Samec, B. T. Amaechi, T. Battelino, U. Krivec, J. Jan // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 3. - P. 188-196.

195. Influence of rubber dam on objective and subjective parameters of stress during dental treatment of children and adolescents – a randomized controlled clinical pilot study / P. Ammann, A. Kolb, A. Lussi, R. Seemann // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 2. - P. 110-115.

196. Is there a positive relationship between molar incisor hypomineralisations and the presens of dental caries? / D. Heitmüller, E. Thiering, U. Hoffmann, J. Heinrich, D. Manton, J. Kühnisch, C. Neumann, C. P. Bauer, R. Heinrich-Weltzien, R. Hickel, GINIplus Study Group // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 2. - P. 116-124.

197. Johnson, A. R. Audit of GA activity in Consultant lead services in the UK / A. R. Johnson, P. S. Anand // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 15.

198. Joyner, H. C. Recording caries risk and selecting appropriate recall intervals in general dental practice / H. C. Joyner // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 17.

199. Kandiah, P. Audit of treatment planning by General Dental Practitioner`s for children undergoing exodontia under General Anaesthesia in Doncaster / P. Kandiah, R.E. Nichol // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 7.

200. Keene, E. J. Radiographic assessment for children receiving dental care under general anaesthesia / E. J. Keene, H. Clark, P. Day // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 28-29.

201. Keene, E. J. The oral health of children subject to a child protection plan / E. J. Keene, R. Balmer // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 3.

202. Knowledge of paediatricians regarding child oral health / R. Balaban, C. M. Aguiar, A. C. da Silva Araújo, E. B. R. D. Filho // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, № 4. - P. 286-291.

203. Koo Min Chee, C. A. Do discharge summaries reach community dental service referrers following general anaesthesia? / C. A. Koo Min Chee, J. C. Harris, C. Deery // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 18.

204. Lacerda, J. T. Dental pain in Brazilian schoolchildren: a cross-sectional study / J. T. de Lacerda, M. de Bem Pereira, J. Traebert // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2013. - Vol. 23, № 2. - P. 131-137.

205. Lara, A. Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear / A. Lara, A. Crego, M. Romero-Maroto // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2012. - Vol. 22, № 5. - P. 324-330.

206. Leroy, R. Impact of caries onset on number and distribution of new lesions in preschool children / R. Leroy, D. Declerck // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2013. - Vol. 23, № 1. - P. 39-47.

207. Lourenço-Matharu, L. An audit of children attending for extractions of one or more anterior teeth under oral sedation with the Wand / L. Lourenço-Matharu // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 16.

208. Mcdonnell, S. Patien / parent satiafaction when attending a paediatric dentistry new patient clinic / S. Mcdonnell, S. Fayle, S. Kindelan // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 31-32.

209. Mckay, A. The use of stickers in a paediatric dentistry department / A. Mckay, V. Nahabedian, H. D. Rodd // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 8-9.

210. Measuring dental fear using the CFSS-DS. Do children and parents agree? / J. B. Krikken, A. J. vanWijk, M. ten Cate, J. S. J. Veercamp // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2013. - Vol. 23, № 2. - P. 94-100.

211. Microleakage and penetration of a hydrophilic sealant and a conventional resin-based sealant as a function of preparation techniques: alaboratory study / A. E. Knogli, R. Cauwels, C. Vercruysse, R. Verbeeck, L. Martens // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2013. - Vol. 23, № 1. - P. 13-22.

212. Mooney, P. Audit of GA referrals to Glasgo Dental Hospital / P. Mooney, W. Keys, P. Mclaughlin // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 17.

213. Morgan, A. Audit of written consent for nitrous oxide inhalation sedation / A. Morgan, S. Prajapati, C. Deery // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 33-34.
214. Multi-disciplinary audit of dental neglect and child safeguarding / R. Adamji, M. Kabban, M. Ahluwalia, R. James // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 6.
215. Novel and conventional assays in determining abundance of *Streptococcus mutans* in saliva / X.-L.Gao, C. J. Seneviratne, E. C. M. Lo, C. H. Chu, L. P. Samaranayake // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, № 5. - P. 363-368.
216. Nugent, T. Fluoride prescribing in 10-16 years olds: a retrospective audit / T. Nugent // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 18.
217. Objective assessment of internal stress in children during dental treatment by analysis of autonomic nervous activity / N. Uehara, Y. Takagi, Z. Miwa, K. Sugimoto // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, № 5. - P. 331-341.
218. Optimising the dose of oral midazolam sedation for dental procedures in children: a prospective, randomized and controlled study / M. Somri, C. A. Parisinos, J. Krarouba, N. Cherni, A. Smidt, Z. A. Ras, G. Darawshi, L. A. Gaitini // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, № 4. - P. 271-279.
219. Parental stress as a predictor of early childhood caries among preschool children in India / I. Menon, R. Nagarajappa, G. Ramesh, M. Tak // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 3. - P. 160-165.
220. Paterson, S. A. Pediatric dentistry in the new millennium: Use of inhalation sedation in pediatric dentistry / S. A. Paterson, J. F. Tahmassebi // *Dent. Update*. - 2003. - Vol. 30, № 7. - P. 356-358.
221. Penetration depths of an infiltrant into proximal caries lesions in primary molars after different application times in

vitro / S. Paris, V. M. Soviero, S. Seddig, H. Meyer-Lueckel // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2012. - Vol. 22, № 5. - P. 349-355.

221. Penetration depths of an infiltrant into proximal caries lesions in primary molars after different application times in vitro / S. Paris, V. M. Soviero, S. Seddig, H. Meyer-Lueckel // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2012. - Vol. 22, № 5. - P. 349-355.

222. Peretz, B. Dental anxiety among young adolescent patients in Israel / B. Peretz, J. Efrat // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2000. - № 10. - P. 126-132.

223. Prevalence of demarcated hypomineralisation defects in second primary molars in Iraqi children / A. Ghanim, D. Manton, R. Mariño, M. Morgan, D. Bailey // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2013. - Vol. 23, № 1. - P. 48-55.

224. Radiograph quality audit in the Dental Health Unit, Royal Manchester Children`s Hospital / A. Mahdmina, G. Kennedy, K. Hood, K. Coyle, S. Gandhi // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 30-31.

225. Ratson, T. Ranking of dental and somatic pain sensations among paediatric dental patients / T. Ratson, B. Peretz // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2013. - Vol. 23, № 4. - P. 259-265.

226. Salivary levels of Bifidobacteria in caries-free and caries-active children / R. Kaur, S.C. Gilbert, E.C. Sheehy, D. Beighton // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2013. - Vol. 23, № 1. - P. 32-38.

227. Salivary peptide profile and its association with early childhood caries / T. R. Ribeiro, K. J. Dria, C. B. M. de Carvalho, A. J. Monteiro, M. C. Fonteles, K. de MoraesCarvalho, C. S. R. Fonteles // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2013. - Vol. 23, № 3. - P. 225-234.

228. Serrant, P. The recording of the justification for children receiving dental extractions under general anaesthesia / P. Serrant, S. Ferguson, S. Clark // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 42-43.

229. Souza, M. D. Repeat general anaesthetic rate for paediatric exodontia at Kingston Hospital / M. D. Souza, K. Holdgate // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 12.

230. Souza, M. D. Service evaluation of paediatric exodontia within a District General Hospital / M. D. Souza, K. Holdgate, A. Jones // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 33-34.

231. Stephens, A. J. Effectiveness of proformas to improve record keeping for treatment under inhalation sedation / A. J. Stephens, C. J. Brown // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, Suppl. 2. - P. 24.

232. The effect of GIC-brand on the survival rate of proximal-art restorations / C. C. Bonifácio, D. Hesse, D. P. Raggio, M. Bönecker, C. van Loveren, W. E. van Amerongen // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 4. - P. 251-258.

233. The effects of natural compounds-containing mouthrinses on patients with fixed orthodontic appliance treatment: clinical and microbiological outcomes / Y. Chen, R. W. K. Wong, C. J. Hagg, C. McGrath, L. P. Samaranayake // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2013. - Vol. 23, № 6. - P. 452-459.

234. The influence of smear layer removal on primary tooth pulpectomy outcome: a 24-month, double-blind, randomized, and controlled clinical trial evaluation / R. Barcelos, P. N. Tannure, R. Gleiser, R. R. Luiz, L. G. Primo // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, № 5. - P. 369-381.

235. The influence of TPO on the degree of conversion of resin-based composites / S. M. Lucey, A. Santini, N. H. Anderson, E. M. Roebuck, V. Miletic // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 3.

236. The prevalence of molar incisor hypomineralisation in Northern England and its relationship to socioeconomic status and water fluoridation / R. Balmer, J. Toumba, J. Godson, M. Duggal // *International Journal of Paediatric Dentistry*. - 2012. - Vol. 22, № 4. - P. 250-257.

237. Trairatvorakul, C. Calcium hydroxide partial pulpotomy is an alternative to formocresolpulpotomy based on a 3-year randomized trial / C. Trairatvorakul, A. Koothiratrakarn // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2012. - Vol. 22, № 5. - P. 382-389.

238. Variant Carvajalsyndrome with additional dental anomalies / S. Barber, P. Day, M. Judge, E. O. Toole, S. Fayle // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2012. - Vol. 22, № 5. - P. 390-396.

239. Walley, S. Are we giving our high risk children prevention advice? / S. Walley, M. Franklin, S. Albadri // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2012. - Vol. 22, Suppl. 2. - P. 20.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Анкета для выявления причин развития кариесогенной ситуации

1. Какие соматические заболевания (эндокринные, острые респираторные, инфекционные, вирусные) вы перенесли во время беременности?
2. Были ли токсикозы 1, 2 половины беременности, как проявлялись?
3. Были ли вредные привычки (курение, и т. д.) во время беременности?
4. Был ли прием лекарственных препаратов во время беременности, и каких?
5. Были ли травмы во время беременности, какие?
6. Как прошли роды? (в срок или преждевременно, самостоятельно или кесарево сечение)
7. Была ли травма ребенка во время родов?
8. Была ли желтуха новорожденных?
9. Был ли резус-конфликт?
10. Какие соматические заболевания перенес ребенок, находится ли на диспансерном учете у специалистов (эндокринные, лор-органов, ЖКТ и др.)?
11. Какие инфекционные заболевания перенес ребенок?
12. Как часто болеет респираторными (инфекционными и вирусными заболеваниями)?
13. Был ли рахит?
14. Были ли операции, травмы, переливания крови?
15. Какие лекарственные препараты принимал или принимает ребенок?
16. Отмечается ли аллергическая реакция на что-либо?
17. Какой вид вскармливания в грудном периоде, чем?

18. Отмечается ли факт употребления грудного молока, коровьего молока, кефира, соков, компотов и т.п. в ночное время после 1 года?
19. Употребляет ли сладкое в чистом виде (конфеты, шоколад, печенье, хлопья, кукурузные палочки, торты и т.д.), сколько раз в день?
20. Когда прорезались зубы?
21. Есть ли у ребенка наследственная патология со стороны зубов, какая?
22. Когда начали чистить зубы ребенку?
23. Кто чистит зубы ребенку?
24. Сколько раз в день чистит?
25. Какие средства гигиены применяете для ребенка?
26. Когда впервые и последний раз были на профилактическом осмотре у стоматолога?
27. Были ли травмы молочных зубов?
28. Была ли санация молочных зубов под наркозом, сколько зубов пролечено, удалено?
29. Отмечалось ли выпадение пломб, через какой период после санации?
30. Проводили ли курсы профилактического лечения зубов перед наркозом или после?
31. Находились ли на учете у стоматолога до или после наркоза?

Образцы для общения с детьми на стоматологическом приеме

1. Алгоритм профессиональной гигиены:

1. Для того чтобы, зубы были белыми и красивыми, а улыбка, как у принцессы (супермена, робота, бэтмена), их надо почистить. В этом нам поможет электрическая щетка и ее помощница – вкусная зубная паста (вишневая, яблочная).
2. Для этого нужно открыть рот шире и дышать носом, как будто нюхаешь цветы.
3. Давай посчитаем до пяти, а в это время почистим зубы.

2. Алгоритм лечения кариеса:

1. Во рту много микробов. Они бывают добрые и злые. Добрые не обижают, а злые могут кусаться. Чтобы они не кусались, их нужно усыпить, для этого мы используем лекарственную воду (инъекционная анестезия).
2. А теперь нужно успеть помыть зуб от злых микробов, пока они спят. Для этого мы будем использовать специальный душ (препарирование турбинным наконечником).
3. А теперь отдыхаем вместе с зубами (препарирование проводилось на счет до пяти, отдыхаем также, считая до пяти).
4. Так как зубы и рот устали, им нужно отдохнуть, поэтому мы кладем рядом с ними подушечки. Теперь зубам удобно (внесение ватных валиков в полость рта).
5. Чтобы зубам было тепло, мы их укроем одеялом (постановка пломбы). Или давай сделаем пломбу из цветного пластилина.
6. Чтобы пломба была ровная и гладкая, потрем ее стирательной резинкой (полировочная резиновая головка).
7. Чтобы зуб заблестел покроем его зубным лаком (фтористый лак).

Стоматологический дневник

Оформляется красочной обложкой и цветным шрифтом хранится у родителей.

СОСТОЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

1) Чистка зубов 2 раза в день после каждого приема пищи

2) Зубная щетка грудничковая детская подростковые электрическая

LACALUT baby (от 0 до 4 лет) LACALUT kids 4+ Oral-B Stages(8+) R.O.C.S. Baby(0-3) Oral-B Stages(5-7) R.O.C.S. Teens R.O.C.S. PRO Baby (0-3) Curaprox "Sensitive" Элмекс Юниор First teeth Young"(4-8) Curakid Curaprox АТА

другое _____

3) Зубная паста Грудничковая Детская

Подростковая

LACALUT baby до 4-х лет LACALUT kids 4-8 LACALUT teens 8+

R.O.C.S. Baby 0-3 R.O.C.S. Kids +F 3-7 R.O.C.S. Teens 8-18

R.O.C.S. PRO Baby 0-3 R.O.C.S. Kids -F 3-7 SILCA Putzi Банан 0-3

SILCA Putzi плюс кальций, апельсин, клубника Splat JUNIOR 0-4 Splat JUNIOR 3-8 Oral-B Stages

Другая _____

4) Зубная нить Oral-B Essential Oral-B Super Floss Colgate Total

SPLAT Dentalfloss Sensodyne Total Care

Другая _____

5) Средства для индикации зубного налета _____

6) Дополнительные средства гигиены _____

Межзубные ершики Скребок для языка

Ирригатор Жевательная резинка Ополаскиватели: Splat Junior пенка с кальцием, пенка с фтором R.O.C.S Альбадент детский

Другой _____

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Генетическая предрасположенность рахит хронический тонзиллит аллергические заболевания, заболевания опорно-двигательного аппарата



ВЕРоятность развития кариеса повышается в 1,5 – 2 раза!

ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ

Употребление продуктов с высоким содержанием простых сахаров

газированные напитки фаст фуд печенье, конфеты, шоколад
 сахар сладкие йогурты, творожки, мороженое бананы, виноград
 мед, изюм, финики тыква, репа, пастернаки, вареная морковь
 белый хлеб, кускус, хлебцы из ржи и зерна

Употребление продуктов, со сложными сахарами в основной прием пищи

крупы, каши (кроме манной) фрукты (грейпфрут, груша, апельсин, яблоко, персик) ягоды (вишня, слива) зелень (шпинат, салат листовой)
 овощи (все виды капусты, томаты, кабачок, перец болгарский, лук репчатый, порей, фасоль стручковая) макароны из цельных зерен

пшеницы, ячменя хлеб (из муки грубого помола) бобовые (фасоль, горох, чечевица, бобы и т.д.)

Употребление кариесстатических продуктов

сыр орехи бобовые мясо чай без сахара рыба
 яйца.

Фторирование и профессиональная гигиена

У стоматолога:

Курс профилактических мероприятий каждые _____ месяцев, с использованием _____, покрытие зубов _____.

Дома:

Таблетки Натрия фторида _____
 Фторированная вода _____
 Фторированная соль _____

Реминерализующая терапия

R.O.C.S. Medical Minerals:

1 раз в день утром вечером
 2 раза в день утром и вечером после чистки зубов

Курс 2 недели 1 месяц 2 месяца

Повторный курс каждые 3 мес 4 мес 5 мес 6 мес

1 год

Другое _____

КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИКИ

Месяц	Проф. осмотр	Профессиональная гигиена полости рта	Реминерализующая терапия
Январь			
Февраль			
Март			
Апрель			
Май			
Июнь			
Июль			
Август			
Сентябрь			
Октябрь			
Ноябрь			
Декабрь			