

Сон И.М.<sup>1</sup>, Люцко В.В.<sup>1</sup>, Лебедев М.В.<sup>1,2</sup>, Захарова И.Ю.<sup>1,2</sup>,  
Керимова К.И.<sup>1,2</sup>

УДК 614.2  
DOI 10.25694/URMJ.2020.04.21

## Организационная особенность оказания стоматологической и челюстно-лицевой помощи инвалидам за рубежом

<sup>1</sup> ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва; <sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Son I.M., Liutsko V.V., Lebedev M.V., Zakharova I.Yu., Kerimova K.I.

## Organizational feature of the provision of dental and maxillofacial care for people with disabilities abroad

### Резюме

В статье рассматриваются данные из последних отчетных документаций о количестве инвалидов во всем мире. У людей с ограниченными возможностями отмечается низкий уровень стоматологического здоровья. Инвалиды подвергаются большому риску разрушения зубов и развитию заболеваний пародонта, что влияет на их общее здоровье и благополучие. В обзоре обобщены материалы исследований о состоянии здоровья полости рта и факторах, способствующих ухудшению стоматологического и общего здоровья, о проблемах доступа к стоматологическим услугам для людей с ограниченными возможностями. Право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности является одним из основных прав, закрепленных в статье 25 Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов. Однако это далеко не является реальностью для миллионов инвалидов, которые, как правило, получают медицинскую помощь более низкого качества, не адаптированную под их потребности. Труднодоступность медицинских учреждений, отсутствие доступной информации о медицинских услугах и льготах, отсутствие надлежащей подготовки и гибкости врачей - стоматологов, неверное представление о потребностях инвалидов в медицинском обслуживании и дискриминационное отношение к инвалидам со стороны частных медицинских страховок были определены в качестве основных препятствий для доступа к медицинскому обслуживанию

**Ключевые слова:** инвалидность; ребенок-инвалид; стоматологическая помощь; челюстно-лицевая хирургия

**Для цитирования:** Сон И. М., Люцко В.В., Лебедев М. В., Захарова И. Ю., Керимова К. И. Организационная особенность оказания стоматологической и челюстно - лицевой помощи инвалидам за рубежом, Уральский медицинский журнал, №04 (187) 2020, с. 121—129, DOI 10.25694/URMJ.2020.04.21

### Summary

The data from the latest reporting documents on the number of persons with disabilities worldwide is discussed in the article. People with disabilities have a poor low level of dental health. People with disabilities are at greater risk of tooth decay and the development of periodontal disease, which affects their overall health and well-being. The research materials on the state of oral health and factors contributing to the deterioration of dental and general health, and problems of access to dental services for people with disabilities are summarized. The right to the highest attainable standard of health without discrimination on the basis of disability is one of the fundamental rights enshrined in article 25 of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. However, this is far from a reality for millions of people with disabilities who, as a rule, receive lower-quality medical care that is not adapted to their needs. The inaccessibility of medical facilities, the lack of accessible information about medical services and benefits, the lack of proper training and flexibility of dentists, misconceptions about the needs of people with disabilities in medical care and discriminatory treatment of people with disabilities by private health insurance were identified as the main obstacles to access to medical service

**Key words:** disability; disabled child; dental care; maxillofacial surgery

**For citation:** Son I.M., Liutsko V.V., Lebedev M.V., Zakharova I.Yu., Kerimova K.I., Organizational feature of the provision of dental and maxillofacial care for people with disabilities abroad, Ural Medical Journal, №04 (187) 2020, p. 121—129, DOI 10.25694/URMJ.2020.04.21

В мире отмечается стабильная тенденция роста численности инвалидов. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), за последние сорок лет она увеличилась на 5%. В развитых странах люди с ограниченными возможностями составляют 12% населения, в развивающихся - 15% [1]. В настоящий момент численность инвалидов в мире превысила 1 миллиард человек. В связи со старением населения в мире люди пожилого возраста составляют основной процент инвалидов. Особое опасение вызывает рост детской инвалидности. По данным ВОЗ численность детей - инвалидов превысила 100 миллионов человек [2].

Генеральной Ассамблеей ООН 13.12.2006 г. была принята Конвенция о правах инвалидов. Данный документ является международным договором в области прав человека. Конвенция вступила в силу 03.05.2008 г. после утверждения верховной властью (ратификации) 20 странами-участниками. На сегодняшний день договор подписали 181 страна. С 2008 года к Конвенции о правах инвалидов присоединилось 10 стран Содружества Независимых Государств: 04.09.2008 г. - Туркменистан; 28.06.2009 г. - Азербайджан; 21.09.2010 г. - Молдова; 22.09.2010 г. - Армения; 04.02.2010 г. - Украина; 25.09.2012 г. - Россия; 21.04.2015 г. - Казахстан; 29.11.2016 г. - Беларусь. Согласно Конвенции ООН инвалидом является лицо с устойчивыми физическими, интеллектуальными, сенсорными или психическими нарушениями, которые могут мешать их эффективному и полному участию в жизни общества. Право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности является одним из основных прав, закрепленных в статье Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов [3]. Однако это далеко не является реальностью для миллионов инвалидов, которые, как правило, получают медицинскую помощь более низкого качества, не адаптированную под их заболевания.

Труднодоступность медицинских учреждений, отсутствие доступной информации о медицинских услугах и льготах, отсутствие надлежащей подготовки и гибкости для медицинских работников, неверное представление о потребностях инвалидов в медицинском обслуживании и дискриминационное отношение к инвалидам со стороны частных медицинских страховок были определены в качестве основных препятствий для доступа к медицинскому обслуживанию [4].

Согласно ВОЗ, инвалидность — это термин, объединяющий:

- различные нарушения - это проблемы, возникающие в функциях или органах организма;
- ограничения активности в жизни общества — это проблемы, испытываемые человеком в выполнении каких-либо заданий или действий;
- ограничения возможного участия в жизни общества — это трудности, испытываемые человеком при вовлечении в жизненные ситуации [5].

Инвалидность является основным показателем заболеваемости и состояния здоровья во всех странах [6]. Во всем мире у людей с ограниченными возможностями

отмечаются ухудшения физического и психического здоровья, малоподвижный образ жизни, ожирение, курение, алкоголизм, более высокие показатели бедности и безработицы. Инвалиды испытывают больше трудностей в доступе к социальным, экономическим, транспортным и медицинским услугам, чем люди без инвалидности [7].

По данным Министерства здравоохранения, в Соединенных Штатах Америки (США) проживает более 58 млн человек с той или иной группой инвалидности, что составляет около 18% населения Америки. Американская ассоциация здравоохранения выделяет три группы людей с ограниченными возможностями: первая - дети — инвалиды в возрасте от пяти до пятнадцати лет (5,8%), в данной группе отмечается интенсивный прирост за последние годы; вторая - взрослые с инвалидностью в возрасте от шестнадцати до шестидесяти четырех лет (18,6%); третья - взрослые в возрасте шестидесяти пяти лет и старше (41,9%) [8].

Статистические данные показывают, что самый высокий процент людей с ограниченными возможностями проживает в южных районах, таких как Техас, Флорида, Миссисипи и других частях южного побережья. На территории государств западной стороны США отмечается наименьшее количество людей с ограниченными возможностями, включая Вайоминг, Колорадо и Юту [9]. Согласно переписи населения США афроамериканское сообщество имеет самый высокий уровень инвалидности в Соединенных Штатах - 20,8 % от общего числа людей с ограниченными возможностями [10].

Инвалиды США защищены тремя законами: закон об американцах -инвалидах (ADA), закон об обучении лиц с ограниченными возможностями (IDEA), закон о реабилитации [11]. Закон США о реабилитации 1973 года требует от всех организаций, получающих государственное финансирование, предоставлять программы и услуги доступности для инвалидов. Более свежий закон, Закон об американцах-инвалидах 1990 года (ADA), вступивший в силу в 1992 году, запрещает частным работодателям, органам власти штатов и местным органам власти, агентствам по трудоустройству и профсоюзам дискриминировать квалифицированных инвалидов. Они должны организовать доступное жилье, доступ к медицинскому обслуживанию для людей с ограниченными возможностями [12].

В Америке 4,6 миллиона американцев состоят на учете с умственной отсталостью - "интеллектуальная инвалидность" (ИД). ИД - широкая категория, представляющая различные тяжелые хронические состояния, связанные с физическими нарушениями, психическими нарушениями или обоими, относится к значительным ограничениям как в интеллектуальном функционировании, так и в адаптивном поведении, проявляющимся в возрасте до 18 лет [13]. Результаты исследований американских ученых показали, что люди с ограниченными возможностями, особенно с умственной отсталостью, имеют плохую гигиену полости рта, у них чаще наблюдаются заболевания пародонта и кариес зубов, чем у представителей общей популяции. Это связано с ограничени-

ями когнитивных, физических и поведенческих функций, затрудняющих ежедневный уход за полостью рта. У инвалидов пожилого возраста неудовлетворительное состояние полости рта связано с отсутствием доступа к стоматологической помощи в течение всей жизни, наличием выше перечисленных ограничений, невозможности приобретения необходимых лекарств из-за повышенного уровня бедности [14].

В США к основным барьерам в получении стоматологической помощи инвалидам относятся:

- нехватка врачей - стоматологов, обученных оказывать помощь пациентам с ограниченными возможностями;
- отсутствие доступной для каждого системы страхования, для оплаты лечения;
- расположение лечебных учреждений.

Пациентам с ограниченными возможностями необходимо больше времени для оказания стоматологической помощи. Многие врачи-стоматологи испытывают трудности при контакте с пациентом — инвалидом так, как часто не желают лечить этих людей из-за основного заболевания, дополнительного времени, необходимого для получения истории болезни или медицинских консультаций, недостаточной подготовки к лечению таких пациентов [15].

Финансирование и возмещение расходов на стоматологическую помощь были названы общими барьерами для медицинской помощи среди населения с ограниченными возможностями. Устранение или уменьшение влияния этого барьера может оказать длительное положительное влияние на стоматологическое здоровье пациентов с особыми потребностями [16,17].

В США люди с ограниченными возможностями часто застрахованы через систему Medicare, которую оформляют через 2 года после того, как начал получать пособие по инвалидности [18]. Данная федеральная программа страхования не всегда оплачивает стоматологическое лечение, и тогда инвалидам приходится самостоятельно его оплачивать.

Для пациентов с умственной отсталостью организована TDF система страхования, которая позволила пациентам преодолеть финансовые трудности в получении стоматологической помощи на регулярной основе. Участники программы TDF имеют право на стоматологические пособия через MassHealth private страхование или частные платежи, благодаря которой данная группа пациентов получила доступ к комплексной стоматологической помощи [19].

В США построены стоматологические центры Marshfield, которые специализируются на обслуживании людей с ограниченными возможностями. Они оказывают комплексную стоматологическую помощь более 1700 инвалидам. В таких центрах проводится осмотр, профессиональная гигиена полости рта. Специалистами центра стоматологические процедуры такие, как лечение и удаление зубов, проводятся в операционной в условиях многопрофильной больницы под наркозом. Ввиду ограниченного количества таких центров пациенты-инвали-

ды вынуждены находиться в дороге от 2 до 4 часов, с целью получения квалифицированного стоматологического лечения. Лечение продолжается от 1 до 2 часов, далее пациенты - инвалиды вынуждены возвращаться обратно домой, проходя такой же длинный путь [20].

Около 12,5 миллионов детей в США имеют инвалидность. Ребенок — инвалид — это лицо, имеющее любое физическое, психическое, сенсорное, поведенческое, когнитивное или эмоциональное нарушение или ограничение состояния развития, которое требует медицинского вмешательства и контроля. Такие дети часто сталкиваются с трудностями в соблюдении и поддержании гигиены полости рта из-за их системного заболевания, как следствие имеют плохое состояние полости рта по сравнению со здоровыми детьми [21]. У умственно отсталых детей отсутствие надлежащей концентрации внимания и наличие плохой моторики является причиной неправильной чистки зубов и накопления зубного налета [22]. У детей с аутизмом это может быть связано со снижением частоты, с отсутствием интереса к гигиене полости рта, с отсутствием необходимой ловкости рук, что приводит к неадекватной чистке зубов [23-25].

Во время национального обследования детей-инвалидов, установлено, что стоматологическая помощь является самой большой неудовлетворенной потребностью. Более восьми процентов не смогли получить эту услугу [26]. Дети — инвалиды сталкиваются с множеством барьеров в доступе к стоматологической помощи. Эти барьеры включают трудности с нахождением стоматологического кабинета рядом с домом, который будет принимать стоматологическую страховку пациента и сможет удовлетворить уникальные потребности пациента. Вокруг пациента сосредотачиваются факторы, не связанные с организацией и доступом к медицинской помощи: пациент боится стоматолога и не может с ним сотрудничать. Кроме того, состояние здоровья пациента может осложнить лечение зубов, если он нуждается в более неотложной медицинской помощи [27].

Детские стоматологи оказывают непропорциональный объем помощи этой группе населения, но детских стоматологов в США слишком мало, чтобы удовлетворить потребность [28]. Американская академия детской стоматологии (AAPD) признает, что таким пациентам требуется стоматологическая бригада со специальными знаниями и навыками, а также дополнительное время персонала, чтобы координировать уход и / или приспособиться к уникальности пациента. Часто требуется увеличение продолжительности приема для безопасного, эффективного и качественного лечения пациента. Такие индивидуальные услуги чаще не оплачиваются страховыми компаниями [29,30].

Несмотря на то, что в «Законое об инвалидах 1995 года» говорится об ответственности государства за защиту прав инвалидов; предоставление медицинской помощи, образования, обучения, трудоустройства и реабилитации, до настоящего времени не существует законодательства, которое бы предоставляло стоматологические услуги населению с ограниченными возможностями [31,32].

По данным ВОЗ в 2017 году в Европейских странах доля инвалидов составила: в Финляндии - 32,2 %, Великобритании — 27,2%, Нидерландах — 25,4 %, Франции — 24,6%, Эстонии — 23,7%, Чехии- 20,2 %, Португалии 20,1 %, Дании, Швеции по 19,9 %, России-9,3% [33].

По оценкам органов здравоохранения Финляндии, число умственно отсталых людей составляет 30 000 человек. Это самая распространенная группа людей с ограниченными возможностями. Ежегодно, около 60-70 финских детей рождаются с диагнозом синдром Дауна. 10 000 человек являются аутистами, только четверть из которых женщины, остальные мужчины. Самым распространенным диагнозом у детей, проводящему к инвалидности, является церебральный паралич, в общей сложности 6 500 человек. Инвалиды Финляндии получают необходимую им поддержку и услуги из разных источников. Семья и друзья предлагают эмоциональную поддержку. Частные организации формируют группы поддержки, помогают в домашних делах, а органы власти предлагают социальные услуги, медицинскую помощь, обучение [34].

Общие медицинские услуги предоставляются медицинскими центрами. К услугам относится: лечение основного заболевания, уход на дому, стоматологическая помощь и медицинская реабилитация. В таких центрах, кроме врачей, медицинские услуги оказывают универсальные медсестры, физиотерапевты, логопеды, психологи, социальные работники и диетологи. Государство разделено на 20 медицинских районов. Каждый район включает в себя центральную и местные больницы. Целью района является обеспечить и организовать все медицинские услуги необходимые инвалиду, проживающему в данном районе [35].

В Финляндии стоматологические услуги предоставляются государственным и частным секторами. Государственная стоматологическая служба (PDS) была создана в 1972 году, чтобы обеспечить предоставление стоматологических услуг в малонаселенных районах. В PDS оплата лечения фиксирована и субсидируется. Государственная стоматологическая помощь детям и подросткам бесплатная. В прошлом люди с ограниченными возможностями любой возрастной группы имели право на уход и лечение только в государственных стоматологических службах. Большая часть пожилого взрослого населения людей с ограниченными возможностями была практически исключена из государственной поддержки ухода за полостью рта, в то время как самое молодое и здоровое население получало регулярную комплексную помощь. Существовало явное неравенство в пользу состоятельных людей, особенно в использовании частных стоматологических услуг [36]. Крупная реформа в 2001 - 2002 годах открыла PDS и расширила субсидии на частные стоматологические услуги для всех взрослых – инвалидов [37].

В 2016 году более 13,9 миллионов британцев имели инвалидность. Заболеваемость увеличивается с возрастом: около 8% детей, 19% взрослых трудоспособного возраста и 45% пенсионеров имеют инвалидность [38]. В Англии стоматологические услуги делятся на 3 основ-

ные категории: общие стоматологические услуги (GDS) - для всего трудоспособного общества (профессиональная гигиена полости рта, терапевтическое, хирургическое и ортопедическое лечение, рентген-диагностика); общественные стоматологические услуги (CDS)- оказываются людям с ограниченными возможностями; больничные стоматологические услуги (HDS)- оказываются всем группам населения по профилям челюстно — лицевая хирургия, ортодонтия [39].

В Великобритании инвалидам для получения доступа к стоматологическим услугам необходимо обратиться к стоматологу, который оформляет документы для получения специализированного лечения в другой медицинской организации. К таким относятся медицинские центры, мобильные клиники. Так же специализированные стоматологические услуги оказываются на дому или дома — интернатах. В медицинских центрах специализированная помощь оказывается под общим наркозом [40].

В 2012 году в Нидерландах число инвалидов составляло 3,4 млн. (22,5%) населения. В этой группе населения 1,7 млн. человек имеют инвалидность от средней до тяжелой степени. Количество людей с ограниченными интеллектуальными возможностями оценивается приблизительно 110 000 человек. В данной стране большинство учреждений и услуг по уходу за инвалидами финансируются за счет государственного медицинского страхования, в соответствии с Законом об исключительных медицинских расходах (AWBZ), который предоставляет право на дорогостоящее долгосрочное медицинское обслуживание [41]. С 2006 года в Нидерландах не проводится различий между частным и государственным здравоохранением. Все практикующие медицинские организации являются частью государственной системы, включая стоматологические клиники. За каждым из органов власти закреплены свои обязанности в помощи для инвалидов: ратуша — финансирует доступную среду в доме инвалида, муниципалитет – покрывают немедицинские расходы, такие как помощь в виде жилья, защищенная жизнь и профессиональная деятельность, страховая компания — финансирует лечение. Стоматологические услуги до 18 лет относятся к базовой страховке. Весь спектр стоматологических услуг для инвалидов, оказывается в специализированных стоматологических клиниках [42].

Во Франции проживает 12 млн. инвалидов. Франция — единственная страна, где существует специальное министерство, занимающееся проблемами людей с ограниченными возможностями. Созданы специальные рабочие места для людей с физическими и умственными недостатками, 5 % всего нового жилья в стране должны составлять квартиры, специально оборудованные для инвалидов. В обязательном порядке должны быть приспособлены для людей с ограниченными возможностями все общественные здания. Оборудованы пандусы на тротуарах, автостоянках, у входов в дома, а также специальные лифты для колясок. С 2010 г. существует ассоциация Rhapsod'if., которая стремится улучшить стоматологическое здоровье и качество помощи пациентам с ограниченными возможностями:

- организует ежедневный уход за полостью рта специалистами в домах для инвалидов;
- создает схемы ухода, адаптированные для пациентов с ограниченными возможностями;
- обучает гигиене полости рта детей и взрослых с ограниченными возможностями или их опекунов;
- обучает врачей-стоматологов, как правильно оказывать помощь пациентам с инвалидностью.

Членство в данной ассоциации бесплатное. Стоматологическая помощь оказывается в амбулаторных, стационарных условиях, в зависимости от вида основного заболевания. При первом обращении, врачом — стоматологом проводится консультация, включающая в себя сбор анамнеза и жалоб, клинический осмотр, составление плана лечения. В условиях клиники под контролем ассоциации люди с ограниченными возможностями могут получить весь спектр услуг: профилактическое лечение (гигиена полости рта), терапевтическое (восстановление тканей зуба пломбировочным материалом, лечение кариеса), хирургическое лечение (удаление одного или нескольких зубов), ортопедическое лечение, рентгенологическое обследование [43]. Чаще всего проводятся консервативное и профилактическое лечение, потому что сохранение зубов и профилактика являются предпочтительными для инвалидов. По статическим данным французских ученых, благодаря организованной системе, инвалидам с каждым годом все меньше требуется проведение хирургических процедур и ортопедическое лечение [44].

Согласно данным, опубликованных Центральным статистическим органом Венгрии в 2011 году зарегистрировано около 1 472 000 человек с ограниченными возможностями, из них в возрасте 15-64 лет 767 000 человек, 354 000 мужчин и 413 000 женщин. Из этого числа примерно 43 000 человек - это люди с ограниченными интеллектуальными возможностями, более 46 000 человек люди с проблемами психического здоровья и 5 000 с аутизмом [45].

Одной из важнейших проблем в Венгрии является обеспечение доступной и качественной стоматологической помощи для населения. где с 90-х годов XX века проводится реформирование медицинской службы. Воплощение в практику правительственных решений и создание фонда медицинского страхования в Венгрии способствовало улучшению показателей стоматологического здоровья как детского, так и взрослого населения. Основными результатами реформы стоматологической помощи являются:

- большинство стоматологических услуг предоставляется населению бесплатно службой первичной медицинской стоматологической помощи и финансируется фондом медицинского страхования на основе принципа участковости по месту жительства, однако существуют частично финансируемые услуги;
- медицинское страхование финансирует такие стоматологические услуги: неотложную стоматологическую помощь, профилактический стоматологический осмотр для взрослых 1 раз в год, хирургические проце-

дуры, лечение заболеваний десен, выявление источников инфекции в ротовой полости по направлению специалистов, профессиональная гигиена полости рта;

- фондом медицинского страхования финансируются услуги в зависимости от возраста пациентов: детям до 6 лет ортодонтическое лечение, от 6 до 18 лет ортодонтическое лечение и периодические стоматологические осмотры, взрослым (18 и более лет) профилактический стоматологический осмотр 1 раз в год;

- беременным со дня обнаружения беременности до 90 дней после родов и людям пожилого возраста (за 62 года) бесплатно предоставляется как первичная, так и специализированная стоматологическая помощь. Протезирование для населения в возрасте от 18 до 62 лет является платной услугой, до 18 лет и после 62 лет и беременным - частично платной;

- стоматологическая помощь оказывается в территориальных стоматологических учреждениях (стоматологических поликлиниках и специализированных стоматологических отделениях больниц) или в частных стоматологических кабинетах, в университетских клиниках.;

- стоматологическая помощь в частных заведениях платная, однако частный стоматолог имеет право оказывать бесплатную (финансируемую фондом медицинской помощи) помощь при наличии соответствующего договора с территориальным самоуправлением;

- стоматологическая помощь детям и взрослым инвалидам с нарушением психики предоставляется под наркозом в шести специальных центрах Венгрии [46].

В странах Содружества на начало 2018 года на учете состояло порядка 17 миллионов инвалидов или 6% от общей численности населения. На 10 000 человек населения зарегистрировано в Азербайджане - 640 000 человек; Армении - 645 000 человек; Беларуси — 595 000 человек; Казахстане — 286 000 человек; Кыргызстане — 298 000 человек; Молдове -506 000 человек; Таджикистане — 166 000 человек; Узбекитане — 208 000 человек; Украине — 620 000 человек. Из них I группу инвалидности имели 12%, II группу — 47% и III группу инвалидности — 41%. Численность мужчин с инвалидностью составила 45% [47].

В Республике Беларусь плановая стоматологическая помощь инвалидам, гражданам с ограниченными возможностями предоставляется по предварительной записи в многопрофильной больнице по телефону, которая фиксируется в специальном журнале. На парковке медицинской организации выделены места для инвалидов, имеется кнопка вызова сотрудника, который сопровождает пациента, в течение всего нахождения в больнице. Стоматологические услуги оказываются в максимально возможном объеме в одно посещение с привлечением при необходимости врачей-стоматологов всех специальностей. Инвалидам I и II группы стоматологическое лечение осуществляется вне очереди. В настоящее время в Республике Беларусь в соответствии с приказом Минздрава Республики Беларусь от 29 ноября 1996 г. N 254 "О введении в действие Порядка обеспечения инвалидов техническими средствами социальной реабилитации,

выделяемыми бесплатно или на льготных условиях в соответствии с Государственным реестром, утвержденным постановлением Кабинета Министров Республики Беларусь от 10 марта 1996 г. № 190", инвалидам предоставлено право на бесплатное зубопротезирование один раз в два года [48].

По информации Государственной службы статистики Украины по состоянию на 01.01.2017 количество лиц с инвалидностью составляет 2 603 319 человек, из них I группы - 240 591 человек, II группы - 900 478 человек, III группы — 1306151 человек, кроме этого дети с инвалидностью до 18 лет составляют 156099 человек [49].

В течение последних десятилетий в стране выявлено существенное ухудшение стоматологического статуса населения. Удельный вес стоматологических заболеваний составляет 20-25% в структуре общей заболеваемости взрослого населения (третье место), а удельный вес обращений к врачу-стоматологу занимает второе место, уступая лишь обращением к участковым терапевтам [50,51], свидетельствует о высокой потребности населения в стоматологической помощи.

Существенное уменьшение количества стоматологических кабинетов в медицинских заведениях коммунальной собственности и их устаревшее оборудование, стремительное развитие частных стоматологических кабинетов с современной техникой, привело к снижению доступности стоматологической помощи населению Украины, особенно в сельской местности, вплоть до отсутствия стоматологической помощи и профилактической работы среди социально незащищенных слоев населения.

Государственные стоматологические учреждения людям с ограниченными возможностями и детям могут оказывать только плановую профилактическую помощь. Объем стоматологической помощи льготным категориям населения в государственных медицинских учреждениях составляет около 60% от общего объема помощи. Льготное зубное протезирование предоставляется исключительно в государственных учреждениях. Отдельно стоит вопрос оказания стоматологической помощи детям до 18 лет, которая, согласно действующему законодательству, должна быть бесплатной [52].

Анализ современного состояния стоматологической службы в Украине и перспектив развития в Украине свидетельствует о необходимости реорганизации стоматологической службы.

Проанализированные научные источники позволяют обобщить общие проблемы в оказании и получении стоматологической помощи инвалидам за рубежом. Плохое состояние полости рта влияет на общее здоровье и качество жизни. Это может привести к боли и дискомфорту, о которых может быть трудно сообщить людям с ограниченными возможностями, а так же является источником функциональных расстройств дыхания, глотания, жевания. Плохое состояние полости рта связано с основными хроническими заболеваниями, такими как сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, респираторные заболевания и нарушение мозгового кровообращения.

При анализе зарубежных исследований отмечено проблемы со здоровьем зубов могут отрицательно сказаться на самооценке, приеме пищи, общении [53].

В частности, отсутствие зубов может привести к нарушению жевания и ограниченному выбору пищи, что может увеличить риск дефицита питательных веществ и ожирению, а это увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний [54].

Люди с ограниченными возможностями ожидают помощи в чистке зубов от опекунов, родственников, медицинского персонала, которые в свою очередь часто недостаточно подготовлены для этого и могут не рассматривать уход за полостью рта, как приоритет [55].

Отмечено, что инвалиды более предрасположены к стоматологическим заболеваниям, чем здоровые люди, так как:

- часто потребляют сахар;
- принимают лекарства, угнетающие саливацию, приводящие к воспалению десен;
- имеют низкий уровень дохода, не все стоматологические услуги могут получить по страховому полису;
- сложность доступа к стоматологическим услугам;
- нарушена координация рук, приводящая к неэффективной чистке зубов;
- повышена сенсорная чувствительность, затрудняющая уход за полостью рта;
- отсутствует понимание в важности и необходимости ежедневного ухода за полостью рта ;
- не используют дополнительные средства для гигиены полости рта (исследования показали, что только 2% людей с ограниченными возможностями используют зубную нить и чистящие средства для межзубных промежутков) [56-58].

Существует множество барьеров в доступе к стоматологическим услугам для людей с ограниченными возможностями. Некоторые из них относятся к индивидуальным характеристикам пациентов, а другие к возможностям и желанию специалистов (ограниченное общение - проблемы в общении между пациентом и стоматологом являются основным препятствием для успешного лечения) [59].

Факторы, влияющие на доступ к стоматологическим услугам, включают в себя:

- отсутствие постоянного стоматолога, к которому привык инвалид;
- ограниченный доступ к стоматологическим услугам в зависимости от имеющегося страхового полиса;
- стоимость стоматологического лечения;
- наличие врача стоматолога общей практики, способного за один раз предоставить полный комплекс стоматологических услуг, так как необходимые повторные визиты не компенсируются действующей системой оплаты;
- наличие сложных справочных систем и длительные задержки в предоставлении специализированных услуг людям с ограниченными возможностями;
- отсутствие общего наркоза в стоматологических клиниках. Для оказания помощи под наркозом необ-

ходимо транспортировать инвалида в многопрофильную больницу;

- трудности с транспортировкой инвалидов в медицинское учреждение;
- отсутствие в стоматологических клиниках мест для парковки и туалета для инвалидов;
- многие стоматологи чувствуют себя неуверенно при общении с человеком с ограниченными способностями, а некоторые вовсе отказываются их лечить.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что плохое отношение стоматологического персонала может быть препятствием для людей с ограниченными возможностями в получении стоматологических услуг и обучении правильной гигиене полости рта. Лица, осуществляющие уход, и инвалиды подчеркивают необходимость уважительного отношения и признания их прав [60-63].

Проанализированные источники доказывают, что высокий уровень стоматологических заболеваний в сочетании с трудностями в доступе к услугам показывают, что существует необходимость в разумных корректировках для обеспечения качественных результатов стоматологических услуг для людей с ограниченными возможностями. ■

**Сон Ирина Михайловна** – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, **Люцко Василий Васильевич** – кандидат медицинских наук, доцент, в.н.с ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, **Лебедев Марат Владимирович** – кандидат медицинских наук, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии, ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»; доцент, старший преподаватель кафедры челюстно-лицевой хирургии, ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», **Захарова Ирина Юрьевна** – врач челюстно-лицевой хирург, ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»; ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии, ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», **Керимова Карина Исаковна** – клинический ординатор кафедры челюстно-лицевой хирургии, ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Россия, г. Пенза, ул. Красная, 40. Автор, ответственный за переписку: Сон И.М. 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, 11

## Литература:

1. World Health Organization (WHO). World report on disability. Translation: Lexicus Language Services. São Paulo; 2012. (in English).
2. World Health Organization. Disability and Health Report. Geneva; 2018. (in Russian).
3. UN General Assembly. Convention on the Rights of Persons with Disabilities; 2006. (in Russian). Available at: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
4. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights on "Youth and human Rights". Paragraph 62; 2018. Available at: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/193/07/PDF/G1819307.pdf?OpenElement>.
5. World Health Organization. Disability and Health Report. Geneva; 2018. (in Russian).
6. National Center for Health Statistics, Health, United States, 2011 with Special Feature on Socioeconomic Status and Health, US Department of Health and Human Services, Hyattsville, Md, USA; 2012.
7. Gopal K. S., Sue C. Marked Ethnic, Nativity, and Socioeconomic Disparities in Disability and Health Insurance among US Children and Adults: The 2008–2010 American Community Survey. *BioMed Research International*. 2013; 1-17. Available at: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2013/627412/#B21>. (in English).
8. Siordia C., Young R. Methodological note: Allocation of disability items in the American Community Survey. *Disability and Health Journal*. 2013; 6 (2): 149-153. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1936657412001537?via%3Dihub>. (in English).
9. Siordia C. Proxy-reports in the Ascertainment of Disability Prevalence with American Community Survey Data. *Journal Frailty & Aging*. 2014, 3 (4): 238–246 (in English).
10. U.S. Census Bureau. Dynamic Version (Report). Population Profile of the United States: Americans with Disabilities in 2002. 19.06.2013. Available at: <https://www.census.gov/population/pop-profile/dynamic/Disability.pdf>. (in English).
11. United States Department of Justice Civil Rights Division document: "A Guide to Disability Rights Laws". Information and Technical Assistance on the Americans with Disabilities Act. 2009. Available at: <https://www.ada.gov/cguide.htm>. (in English).
12. Albino JE., Inglehart MR., Tedesco LA. Journal of Dental Education. Dental Education and Changing Oral Health Care Needs: Disparities and Demands. 2012; 76 (1): 75-88. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22262552#>. (in English).
13. Office of the Surgeon General; Office on Disability. The Surgeon General's Call to Action to Improve the Health and Wellness of Persons With Disabilities. Md.: Office of the Surgeon General. 23.07.2012; 54 pages. (in English).
14. Ettinger RL. Meeting oral health needs to promote the wellbeing of the geriatric population: educational research issues. *Journal of Dental Education*. 2010; 74 (1): 29-35. (in English).

15. Edelstein BL. Conceptual frameworks for understanding system capacity in the care of people with special health care needs. *Pediatr Dent*. 2007; 29 (2): 108-116. (in English).
16. Nelson LP, Getzin A, Graham D. Unmet dental needs and barriers to care for children with significant special health care needs. *Pediatr Dent*. 2011; 33 (1): 29-36. (in English).
17. Rouleau T, Harrington A, Brennan M. Receipt of dental care and barriers encountered by persons with disabilities. *Spec Care Dentist*. 2011; 31 (2): 63-67. (in English).
18. Social Security Administration. Medicare & You. Publication № 05-10043. 2019; Available at: <https://www.ssa.gov/pubs/EN-05-10043.pdf>. (in English).
19. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dent*. 2010; 30 (3): 110-117. (in English).
20. John PM., Minihan PM., Stark PC., Finkelman MD., Yantsides KE., Park A., et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *American Dental Association*. 2012; 143 (8): 838-846. Available at: [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)61796-7/pdf](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)61796-7/pdf). (in English).
21. Sandeep V., Vinay C., Madhuri V., Rao VV., Uloopi KS., et al. Impact of visual instruction on oral hygiene status of children with hearing impairment. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2014; 32: 39-43. (in English).
22. Altun C., Guven G., Akgun OM., Akkurt MD., Basak F., et al. Oral health status of disabled individuals attending special schools. *European Journal of Dentistry*. 2010; 4: 361-366. (in English).
23. Subramaniam P, Gupta M. Oral health status of autistic children in India. *Journal of Clinical Pediatrics Dentistry*. 2011; (36): 43-47. (in English).
24. Rai K., Hegde AM., Jose N. Salivary antioxidants and oral health in children with autism. *Archives of Oral Biology*. 2012; 57: 1116-1120. (in English).
25. Jaber MA. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. *Journal of Applied Oral Science*. 2011; 19: 212-217. (in English).
26. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of special health care needs. *Pediatr Dent*, 2017; 39 (6): 16. (in English).
27. America's pediatric dentists. Policy on Third-party Reimbursement for Management of Patients with Special Health Care Needs. 2017; 126-128. Available at: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies—recommendations/third-party-reimbursement-for-management-of-patients-with-special-health-care-needs/>. (in English).
28. American Dental Association. CDT 2017: Dental Procedure Codes. American Dental Association, Chicago, 2016. (in English).
29. Dowling R. How physicians can get paid for time spent with patients: Billing E/M codes based on time. *Medical Economics*. 2014. Available at: "<http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/content/tags/billing/how-physicians-can-get-paid-timespent-patients?page=full>". (in English).
30. Van CJ., Boudreau AA., McAllister J., Cooley WC., Maxwell A., Kuhlthau K. Care coordination over time in medical homes for children with special health care needs. *Pediatr*. 2015; 35 (6): 1018-1026. (in English).
31. Kumar S., Sharma J., Duraiswamy P., Kulkarni S. Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2009; (27): 151-157. (in English).
32. Ambati SN., Sownetha T., Ramdasally S., Ankush B., Muppa R., Srinivas NCH. Evaluation of Oral Health Status, Practices and Treatment Needs of Children Attending Special Schools in the Twin Cities of Telangana State. *OHDM*. 2018; 17 (1): 1-8. Available at: <https://www.longdom.org/open-access/evaluation-of-oral-health-status-practices-and-treatment-needs-of-children-attending-special-schools-in-the-twin-cities-of-telangana.pdf>. (in English).
33. WHO Regional Office. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva; 2018
34. Suvikas A., Laurell L., Nordman P. WSOY, Disability Work Basics. Rehabilitative community care. Helsinki. 2006.
35. Helsinki City College of Social and Health Care. Care Work with People with Disabilities . Finland. Handbook. 2012; 1-84. Available at: [https://www.ttk.ee/public/FI\\_Disabilities\\_08.pdf](https://www.ttk.ee/public/FI_Disabilities_08.pdf). (in English).
36. Mikkola H., Vesivalo A., Jauhiainen S., Widström E. An outlook of dental practices, -drivers, barriers and scenarios. *The Finnish Journal of Business Economics*. 2007; 56 (2): 167-192. (in English).
37. Niiranen T., Widstrom E., Niskanen T. Oral Health Care Reform in Finland – aiming to reduce inequity in care provision. *BMC Oral Health*. 2008; 8 (3): 1-9. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2268684/pdf/1472-6831-8-3.pdf>. (in English).
38. Department for Work and Pensions - Office for Disability Issues. Disability facts and figures. 2014. Available at: <https://www.gov.uk/government/publications/disability-facts-and-figures/disability-facts-and-figures>. (in English).
39. Chadwick D., Chapman M., Davies G. Factors affecting access to daily oral and dental care among adults with intellectual disabilities. *Jarid*. 2018; 31 (3): 379-394. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jar.12415>. (in English).
40. Naseem M., Shah AH., Khiyani MF., Khurshid Z., Zafar MS., Gulzar S. et al. Access to oral health care services among adults with learning disabilities: a scoping review. *Ann Stomatol (Roma)*. 2016; 7 (3): 52-59. Available at: <https://www.annalidistomatologia.com/common/php/portiere.php?ID=f5cc082bcff473cde4197>

- 6с6bababcab. (in English).
41. Kroneman M. *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, Netherlands: Health System Review, Health Systems in Transition. OECD/EU. 2016; 18 (2): 1-240. Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>. (in English).
  42. Marks L., Adler N., Elhorst J., Annelies KO., Jacques V. *Ethics on the Dental treatment of patients with mental disability: results of a Netherlands - Belgium Survey. The Journal of forensic odonto-stomatology.* 2012; (1): 21-28. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/233879389\\_Ethics\\_on\\_the\\_Dental\\_treatment\\_of\\_patients\\_with\\_mental\\_disability\\_results\\_of\\_a\\_Netherlands\\_-\\_Belgium\\_Survey](https://www.researchgate.net/publication/233879389_Ethics_on_the_Dental_treatment_of_patients_with_mental_disability_results_of_a_Netherlands_-_Belgium_Survey). (in English).
  43. Bracconi M., Kheng R., Pujade C., Bdeoui F., Pirnay P. *Apport de l'anesthésie générale ambulatoire pour les soins bucco-dentaires chez les adultes. Odontostomatologie tropicale. Santé Publique.* 2017; 29 (5): 677-684. (in English).
  44. Pujade C., Kheng R., Bracconi M., *Dental care for disabled people. Sante Publique Vandoeuvre-les-Nancy, France.* 2017; 29 (5): 677-684. (in English).
  45. Hungarian Central Statistical Office. *Disabled people in the labour market.* 2012; 1-18. Available at: <http://www.ksh.hu/docs/eng/xftp/idoszaki/emegvaltmunkakep.pdf>. (in English).
  46. Rohach I.M., Palko A.I., Remez AM., Kacher E.I. *Features of dental assistance in Ukraine and Hungary. Uzhgorod University Scientific Bulletin, series «Medicine».* 2017; 2 (56): 129-131. (in Ukraine).
  47. *Statistics about life of people with disabilities in the countries of the Commonwealth of independent states: Statistical abstract /Interstate Statistical Committee of the Commonwealth of Independent States/. - M.2018; 52. (in English).*
  48. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.06.1997 N 157 "О порядке зубопротезирования льготных категорий населения". Available at: <http://pravo.levonevsky.org/bazaby11/republic54/text008.htm>
  49. Ministry of Social Policy of Ukraine 2018. Available at: [https://dostup.pravda.com.ua/request/invalidnist\\_2017\\_2018\\_rr](https://dostup.pravda.com.ua/request/invalidnist_2017_2018_rr).
  50. Бугорков И.В. *Удовлетворенность населения качеством и ассортиментом стоматологических услуг. Україна. Здоров'я нації.* 2012; (1): 70-74. (на Украинском.)
  51. Біда О.В., Струк В.І., Забуга Ю.І. *Аналіз стану стоматологічного здоров'я та рівня зубного протезування населення в Україні. Стоматологія.* 2013; 22(1): 15. (на Украинском.)
  52. Бугорков И.В., Наводей М.Г., Бугоркова И.А., Твердохлебова И.А. *Модернизация системы управления в стоматологической практике. Питання експериментальної та клінічної медицини: зб. Статей.* 2011; (15): 163-169. (на Украинском.)
  53. Nathan JW., Lin Z., Villarosa A., George A. *Oral health status and reported oral health problems in people with intellectual disability: A literature review. Journal of Intellectual & Developmental Disability.* 2019; 44 (3): 292-304. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13668250.2017.1409596>. (in English).
  54. Mac Giolla Phadraig C., McCallion P., Cleary E., McGlinchey E., Burke E., McCarron M., et al. *Total tooth loss and complete denture use in older adults with intellectual disabilities in Ireland. Public Health Dent.* 2015; (75): 101-108. (in English).
  55. Mac Giolla Phadraig C., Guerin S., Nunn J. *Train the trainer? A randomized controlled trial of a multi-tiered oral health education programme in community-based residential services for adults with intellectual disability. Community Dentistry and Oral Epidemiology.* 2013; (41): 182-192. (in English).
  56. Mccallion P., Mac Giolla Phadraig C., O'Neill K., Caoimhe H., Farag M., Nunn J. *What type of toothbrushes are used by adults with ID to clean their teeth? Results from Wave 3 of IDS TILDA.* 2018. (in English).
  57. Chadwick D., Chapman M., Davies G. *Factors affecting access to daily oral and dental care among adults with intellectual disabilities. J Appl Res Intellect Disabil.* 2018; 31(3): 379-394. (in English).
  58. Davies G., Chadwick D., Cunningham DJ., Starling S., Duxbury J., Burton M. *The dental health of adults with learning disabilities – results of a pilot study. Journal of Disability and Oral Health.* 2008; 9(3): 121-132. (in English).
  59. Lees C., Poole H., Brennan M., Irvine F. *Adults with learning disabilities experiences of using community dental services: Service user and carer perspectives. British Journal Learning Disabilities.* 2017; 45 (1): 14-120. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bld.12181>. (in English).
  60. Faulks D., Dougall A., Ting G. *Development of a battery of tests to measure attitudes and intended behaviours of dental students towards people with disability or those in marginalised groups. Europe Journal Dental Education.* 2018; (22): 278-290. (in English).
  61. Witton R., Potterton R., Smith W. *Communities in action: developing a dental ambassador training programme for adults with learning disability. Community Dental Health.* 2017; (34): 77-79. (in English).
  62. Faulks D., Freedman L., Thompson S., Sagheri D., Dougall A. *The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. Eur Journal Dental Education.* 2012; (16): 195-201. (in English).
  63. Mac Giolla Phadraig C., Burke E., McCallion P., McGlinchey E., Nunn J., McCarron M. *Dental attendance among older adults with intellectual disabilities in Ireland Special Care in Dentistry.* 2014; 34 (6): 265-272. (in English).