

© В. В. МИЛЕНИН, 2012

УДК 616.89-02:616.314-053.2]-07

В. В. Миленин

ПРЕДФАКТОРЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У ДЕТЕЙ

Детская стоматологическая поликлиника № 41 СЗАО (г. Москва, ул. Сходненская, д. 50, корп. 1)

*Получены объективные данные о встречаемости постгоспитализационных нарушений у пациентов стоматологического профиля в зависимости от различных факторов.**Ключевые слова: дети, стоматологическая помощь, психосоматические нарушения, послегоспитализационные нарушения, фобический синдром, PHBQ*

FACTOR PREVIOUS OF PSYCHOLOGICAL DISTURBANCES IN DENTAL PRACTICE IN CHILDREN

V.V. Milenin

*Obtain objective data on the occurrence after hospitalization disorders in patients of dental profile depending on various factors.**Key words: children, dental care, psychosomatic disorders, after hospitalization violations, the phobic syndrome, PHBQ*

В литературе имеются многочисленные публикации, посвященные проблеме фобического синдрома и нарушениям в психосоматической сфере ребенка, сопутствующим этому состоянию, в различных разделах педиатрии. В то же время работ, связанных с фобическим синдромом в стоматологической практике и нарушениями в психосоматической сфере детей от 3 до 7 лет, практически нет. В работе представлены обобщенные данные того, что может стать предфакторами в развитии фобических расстройств у детей в стоматологической практике. Это и многократные успешные и неуспешные посещения стоматологов, и ранее проводимые различные болезненные манипуляции, включая забор крови. Немаловажными являются и факторы, основанные на теориях развития личности: с кем воспитывается ребенок, полная или неполная семья; посещение дошкольного учреждения (детский сад), наличие братьев и сестер, возраст самого пациента. Возможными факторами являются и конституциональные, заложенные изначально в ребенке, включая фактор различного рода заболеваний (неврологическая симптоматика первого–второго годов жизни). Каждый из факторов или совокупное влияние ряда предфакторов формируют у ребенка стоматофобию вместе с психосоматическими нарушениями, отмеченными нами при тестировании PHBQ. Характерным для стоматологии является то, что с увеличением степени различной сенсорной нагрузки, характерной для многократных и неуспешных стоматологических манипуляций, переносимость стоматологических методов лечения становится абсолютной в возрастной категории детей от 3 до 7 лет.

Первая целенаправленная работа по влиянию медицинского стационара на психику детей была опубликована в 1945 г. Levi, который обратил внимание на то, что у детей после плановой тонзиллэктомии развилась «паническая» реакция на все медицинские процедуры вместе с проблемами засыпания и сна [1, 2, 8, 9].

Миленин Вадим Викторович – гл. врач ГБУЗ Детская стоматологическая поликлиника № 41 ДЗМ г. Москвы, тел. 8(499)497-33-25, факс 8(499)497-98-55; e-mail: dokmivad@mail.ru, dokmivad@yandex.ru, dokmivad@rambler.ru

Обобщением и систематизацией возникающей симптоматики после госпитализации и хирургических вмешательств занимался Vernon, классифицировавший нарушения в группы. В результате многолетней работы нарушения в психосоматической сфере детей были включены в МКБ-7 и в дальнейшем были расширены и дополнены [7, 11].

Следуя определению, взятому из медицинского классификатора болезней МКБ-10 (F40 и F40.2) тревожно-фобические расстройства или фобический синдром – группа расстройств, в которой тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными ситуациями или внешними раздражителями (внешними по отношению к объекту) [2]. Диагностическим критерием при постановке диагноза должен быть один из признаков (психологических, психосоматических, поведенческих и/или вегетативных симптомов), который должен быть первичным признаком выражения тревоги [3, 4]. Симптоматика психосоматических нарушений, начинающаяся в детском и подростковом возрасте, указана в соответствующих пунктах классификации F90–F99 [2].

Термин «дентофобия» – достаточно распространенное понятие в детской стоматологической практике, синонимом которого может быть понятие «неконтактные» дети [5]. Не углубляясь в вопросы психологии, отметим, что в общемедицинской практике, не связанной со стоматологией, имеется синоним фобические состояния, названный авторами как постгоспитальный синдром или постгоспитализационные нарушения (ПГН), определяемые на основании соответствующих опросников (PHBQ) [4, 6].

Отсутствие указаний на возможное развитие ПГН у детей стоматологического профиля и выяснение причин, способствующих развитию таких состояний послужили началом целенаправленного изучения этой системы.

Цель настоящего исследования – получение объективных данных о встречаемости ПГН у пациентов стоматологического профиля в зависимости от различных факторов.

Материал и методы

Исследование было выполнено у 499 детей, обратившихся в анестезиологическое отделение с физическим статусом

по ASA I–II и составивших основную группу. В контрольную группу были включены дети сходного возраста (3–7 лет), которые тестировались непосредственно в период ожидания стоматологической помощи (плановой или экстренной) и лежащие в кресле стоматолога самостоятельно ($n = 103$).

Наше исследование проводилось в течение 5 лет и было разбито на ряд этапов. На первом этапе была проведена валидизация тестов и шкалово-балльных психологических тестов. Во втором – была создана общая информационная таблица, где нами фиксировались общие данные о пациентах, стоматологический анамнез, а также анамнестические данные, которые в той или иной мере могут способствовать развитию высокого уровня страха и ПГН. На третьем – проводилась обработка данных вместе с дополнительным набором пациентов, которых не доставало нам по какому-либо признаку (числу посещений или болезненным манипуляциям в анамнезе). Первые два этапа были предварительными для проведения в последующем всего научного исследования.

PHBQ (Posthospitalization Behavior Questionnaire) – тест заполняется родственниками пациентов, в него включены наиболее частые нарушения в психосоматической сфере ребенка по 27 пунктам [4, 6, 7].

Шкала MAS (Manifest Anxiety Scale) – наиболее часто используемая система тестирования пациентов от 3 до 10 лет в стоматологической практике. При анкетировании задается пять вопросов, на которые родители пациентов могут ответить в четырех градациях [1, 10, 12]. Максимальный балл при тестировании составляет 20. Нормой считается оценка в баллах не более 13. Помимо названных тестов, нами использовались и другие опросники и шкалово-балльные системы, не рассматриваемые в данной научной работе.

При первичном обращении в отделение мы задавали следующий вопрос: «Изменилось ли поведение Вашего ребенка после визита к стоматологу?» и родители пациентов заполняли ряд анкет. В случае положительного результата, тестирование и анкетирование проводили более углубленно. До заполнения соответствующего протокола давали общие рекомендации по заполнению всей документации и письменное добровольное согласие на проведение тестирования. Предлагаемая родителям информационная таблица обладала некоторой «громоздкостью» и требовала определенного времени для корректного заполнения. Заполнение проводилось на этапе первичного посещения анестезиолога, в определенные временные интервалы, в которых нами проводились психологическая подготовка и обучающие программы, и непосредственно перед проведением анестезиологического пособия. В общую информационную таблицу вошли следующие 23 вопроса, условно разделенные на 4 категории-фактора.

1. Стоматологический анамнез: «Общее количество успешных посещений?», «Общее количество неуспешных посещений стоматолога?», «Что удалось сделать Вашему ребенку в первый раз?», «Что удалось сделать Вашему ребенку в последний раз?», «Способы обезболивания или суггестии, применявшиеся для обезболивания и профилактики страха?». Задавая такие вопросы родственникам пациентов, мы интересовались следующим: посетив стоматологический кабинет, был ли ребенок изначально негативен к медицинским процедурам или же стоматологическая реакция развилась вследствие проводимых манипуляций, какие методики применялись с целью снижения болевой ноцицепции и их процентное соотношение.

2. Факторы формирования личности: «С кем воспитывается Ваш ребенок?», «Ходит или нет Ваш ребенок в детский сад?», «С кем большую часть времени находится ребенок?», «В полной семье проходит воспитание или нет (наличие обоих родителей)?», «С кем большую часть времени проводит Ваш ребенок (с родителями или родственниками, бабушками или дедушками)?», «Были ли потрясения в семье или насилие над ребенком?». Задавая все эти вопросы, мы интересовались следующим: насколько факторы формирова-

ния личности ребенка могут быть предфакторами развития тревожно-фобических нарушений.

В случае отсутствия причинно-следственных связей с этими вопросами и развитием ПГН можно было бы с уверенностью говорить о том, что причины кроются только во внешних (стоматологический анамнез, болезненные манипуляции в анамнезе) или внутренних, заложенных изначально характерологических чертах характера ребенка.

3. Фактор, анамнез в отношении соматических заболеваний и болезненных манипуляций: Внешние факторы. «Проводились ли Вашему ребенку оперативные вмешательства?» и «Проводились ли Вашему ребенку болезненные манипуляции?», «Какие?». Задаваемый родителям вопрос о предшествующих оперативных вмешательствах или невыполненных ранее болезненных манипуляциях был нам необходим по следующим причинам. Проведенные ранее хирургические манипуляции и общее обезболивание, а также ряд других болезненных манипуляций сами по себе формируют у ребенка непереносимость медицинской агрессии и нередко сочетаются с фобическим синдромом. «Поведение Вашего ребенка в первые годы жизни?», «Наблюдался ли Ваш ребенок у невропатолога до 2 лет?». Избыточная эмоциональная реакция у ребенка может быть связана с рядом неврологических заболеваний. Ребенок вместе с родителями мог и не обращаться к невропатологам, но избыточная капризность могла быть связана именно с этой причиной. «Как часто болеет Ваш ребенок ОРВИ или детскими заболеваниями?», «Как часто проводится забор крови из пальца или вены?», «Отношение ребенка к такой манипуляции?» и «Размер детской карты?». Считается, что непереносимость медицинских процедур и ряд лечебных мероприятий связаны не столько с самими врачами, сколько с методиками обследования и диагностики. Для исключения или подтверждения того, что различные медицинские процедуры (исследование крови), медицинские осмотры вместе с частотой заболеваемости ОРВИ взаимосвязаны и могут в ряде случаев также выступать предикторами в развитии фобии, и дентофобии в частности, в исследование были включены перечисленные вопросы. Размер детской карты, по нашему мнению, является более точным анамнестическим документом в сравнении с опросом родственников. В детскую карту, помимо записей врачей разных специальностей, вклеиваются записи анализов и других методик обследования. Учитывая одинаковый «стандарт» медицинской документации (установленного образца), размер детской карты должен быть объективной мерой перечисленных факторов.

4. Домашний быт: «Домашние условия проживания (отдельно спит ребенок в комнате или с родителями и старшими?)» и «Наличие брата или сестры старшего возраста?», «Были ли у Вашего ребенка какие-либо эмоциональные переживания, такие как...?». На объективность данных о встречаемости психосоматических нарушений, таких как влияние на засыпание и ночной сон, немаловажным является тот факт, с кем засыпает и спит ребенок. Крик во сне, частое пробуждение, двигательное возбуждение можно отметить только при совместном проживании или нахождении в ночное время ребенка с родителями и старшими детьми. Брат или сестра, старшие по возрасту, могут быть также пассивными свидетелями определенных нарушений, их могут вызывать и определенные факторы, влияющие на развитие ребенка. Также на развитие психосоматических нарушений влияют разнообразные «стрессогенные» ситуации, происходящие в семье. Это развод и ссоры родителей, переход или переезд на другое место жительства или место обучения, насилие в семье или частые наказания ребенка за незначительные проступки, нападение домашних животных, бытовые травмы и многое другое.

Все полученные данные были сгруппированы по таблицам в программе Microsoft Excel («Graphpad Software», San Diego, California, США). Для дальнейшей статистической обработки нами использована программа SPSS-19 («SPSS Inc.», «IBM Company», США). Оценка распределения данных про-

водилась с помощью гистограмм и критерия Колмогорова–Смирнова. Для параметрических данных использовался *t*-тест, для непараметрических применялись следующие методики. Для определения наличия взаимосвязи между группами нами использовался критерий χ^2 , для сравнения характеристик по группам использовалась формула Манна–Уитни. С целью выявления и оценки силы взаимосвязи для признаков переменных расчет производится по критерию корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение

Как видно из табл. 1, средний возраст детей в основной и контрольной группах был практически одинаковым ($46 \pm 14,6$ и $39 \pm 16,1$ мес).

Превалирование мальчиков над девочками в возрастной группе от 3 до 6 лет является определенной нормой по обращаемости в стоматологические поликлиники и достоверной разницы между группами по этому признаку нами не выявлено.

Среднее количество пораженных кариесом зубов при разной степени выраженности самого кариозного процесса в двух группах было достоверно различно, как и среднее количество посещений стоматолога, в том числе неуспешных попыток. Практически у всех пациентов в основной группе

местное обезболивание проводилось эпизодически по сравнению с таковым в контрольной группе, в анамнезе у этих пациентов был высокий процент «болезненных» манипуляций, что отражено в соответствующих графах табл. 1. В 67,6% от общего числа исследуемых детей родители отметили, что на фоне проводимых неуспешных стоматологических манипуляций поведение их ребенка изменилось.

Выраженность страха в основной группе у детей была достоверно выше и превышала нормальные показатели практически в 2 раза при тестировании их различными методиками. Уровень тревожного напряжения в контрольной группе у ребенка и родителя не превышал нормальных величин, хотя в ряде случаев его величина была достаточно значительной, что подтверждалось клиническим поведением в кресле стоматолога. Ребенок сильно капризничал, но давал выполнить все необходимые манипуляции. Полученные данные при проведении РНВQ в двух группах показали, что психосоматические нарушения в контрольной группе отмечены нами только у 2,6% от общего числа всех пациентов, в то время как в основной группе процент различных нарушений был значительно выше и составил 68,2 от общего числа исследуемых пациентов. Категории «Общие страхи» и «разделение/расставания» составили больше половины всех наблюдений (54,3%). Категории нарушений «депрессия/агрессия» составила 19,5%, «проблемы с засыпанием и сном» – 14,7%, нарушения «аппетита и питания» и «интерес ребенка к новому» – соответственно 2,7 и 8,4%.

Внутрикорреляционный анализ, проведенный нами с целью выявления наиболее значимых факторов, показал следующее (табл. 2).

Из всех учитываемых факторов наиболее достоверно значимыми нами отмечены следующие (к РНВQ). Это «возраст ребенка»: $r < -0,205$; $p = 0,001$; «посещения общие»: $r < 0,509$, $p = 0,001$ (криволинейная зависимость при этом была: $r < 0,706$, $p = 0,001$); «неуспешные посещения»: $r < 0,090$, $p = 0,044$; «манипуляции»: $r < 0,152$, $p = 0,001$; «воспитание»: $r < 0,543$, $p = 0,001$; «детский сад»: $r < -0,235$, $p = 0,001$; «брат»: $r < -0,128$, $p = 0,004$; «размер карты»: $r < 0,362$, $p = 0,001$; «забор крови»: $r < 0,554$, $p = 0,001$; «отношение»: $r < 0,643$, $p = 0,001$; «невропатолог»: $r < 0,280$, $p = 0,001$.

Интерпретируя полученные данные, можно отметить следующее. На развитие непереносимости стоматологических методов лечения влияет возраст ребенка. Чем меньше по возрасту пациент, тем степень развития психосоматических нарушений у него выше, чему соответствует отрицательная величина корреляции «возраста». Следующим показателем по значимости является «общее количество посещений стоматологов», как удачных, так и неудачных. Избыточная сенсорная нагрузка, как и фактор болезненности самих процедур, – вероятная причина развития непереносимости стоматологических способов лечения. Фактор воспитания имел высокую корреляционную зависимость в развитии психосоматической симптоматики.

Отсутствие или наличие зрелости морфофункциональных систем организма и социальной адаптации вместе с низкой степенью когнитивности в случаях воспитания ребенка в неполных семьях имеют определенное влияние на развитие фобий.

Фактор «забор крови» и отношение к такой процедуре с клинической точки зрения носили второстепенный характер. Отрицательная величина корреляции может быть интерпретирована следующим образом в контексте всей корреляционной матрицы. В случае отсутствия опыта в отношении болезненных и многократных процедур указываемый фактор имел существенное влияние, как и в случаях, когда такие манипуляции были эпизодическими. К значимым предфакторам также можно отнести болезненные манипуляции в анамнезе, наличие брата в неполных семьях и размер детской карты, хотя перечисленные категории и не имели высокого корреляционного взаимодействия.

Таблица 1. Общая характеристика пациентов

Характеристика	Основная группа (n = 499)	Контрольная группа (n = 103)	Достоверность по <i>t</i> -критерию Стьюдента ($p > 0,05$)
Средний возраст детей, мес	$46 \pm 14,6$	$39 \pm 16,1$	–
Пол (мальчики/девочки), %	62/38	54/46	–
Кем заполнялась анкета (матери/отцы), %	82/18	64/36	–
Среднее количество пораженных кариесом зубов	6,33 (2–16)	1,23 (1–3)	+
Среднее количество посещений стоматолога	5,86 (1–10)	2,1 (1–3)	+
Среднее количество неуспешных посещений, процент пациентов, которым проводилось местное обезболивание	3,06 (1,8–8,9)	Нет	+
Наличие болезненных манипуляций в анамнезе со слов родителей (оперативные вмешательства и эндоскопические процедуры)	23,1	0,6	+
Норма по шкале MAS (до 13 баллов), %	67,6	2,3	
Оценка по шкале MYPAS,	84,9 (56,2–96,1)	34,4 (22,5–46,7)	+

Таблица 2. Корреляционная матрица исследуемых категорий-факторов

	Коэффициент Спирмена	Возраст	Посещения	Неуспешные	Манипуляции	Воспитание	Детский сад	Брат	Размер карты	Забор крови	Отношение	Невропатолог	RHBQ
Возраст	<i>r</i>	1,000	-0,094*	0,003	-0,161**	-0,145**	0,099*	0,019	-0,093*	-0,076	-0,153**	-0,130**	-0,205**
	Значимость (2-сторонняя)		0,035	0,95	0,001	0,001	0,026	0,67	0,036	0,08	0,001	0,003	0,001
Посещения	<i>r</i>	-0,094*	1,000	0,107*	0,105*	0,261**	-0,160**	-0,086	0,199**	0,270**	0,294**	0,204**	0,509**
	Значимость (2-сторонняя)	0,036		0,017	0,019	0,001	0,001	0,055	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Неуспешные	<i>r</i>	0,003	0,107*	1,000	0,088*	0,035	-0,075	-0,065	0,046	0,145**	0,121**	0,054	0,09*
	Значимость (2-сторонняя)	0,946	0,017		0,049	0,43	0,09	0,145	0,308	0,001	0,007	0,23	0,044
Манипуляции	<i>r</i>	-0,161**	0,105*	0,088*	1,000	0,065	-0,069	-0,013	-0,001	0,101*	0,112*	-0,020	0,152**
	Значимость (2-сторонняя)	0,001	0,019	0,049		0,144	0,125	0,766	0,973	0,024	0,012	0,65	0,001
Воспитание	<i>r</i>	-0,145**	0,261**	0,035	0,065	1,000	-0,190**	-0,030	0,224**	0,301**	0,388**	0,202**	0,543**
	Значимость (2-сторонняя)	0,001	0,001	0,432	0,144		0,001	0,501	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Детский сад	<i>r</i>	0,099*	-0,160**	-0,075	-0,069	-0,190**	1,000	0,043	-0,040	-0,117**	-0,155**	0,038	-0,235**
	Значимость (2-сторонняя)	0,027	0,001	0,093	0,125	0,001		0,333	0,367	0,009	0,001	0,391	0,001
Брат	<i>r</i>	0,019	-0,086	-0,065	-0,013	-0,030	0,043	1,000	-0,078	-0,039	-0,107*	-0,006	-0,128**
	Значимость (2-сторонняя)	0,676	0,055	0,145	0,766	0,50	0,333		0,084	0,382	0,016	0,890	0,004
Размер карты	<i>r</i>	-0,093*	0,199**	0,046	-0,001	0,224**	-0,040	-0,078	1,000	0,223**	0,299**	0,106*	0,362**
	Значимость (2-сторонняя)	0,037	0,001	0,309	0,974	0,001	0,367	0,084		0,001	0,001	0,018	0,001
Забор крови	<i>r</i>	-0,076	0,270**	0,145**	0,101*	0,301**	-0,117**	-0,039	0,223**	1,000	0,475**	0,278**	0,554**
	Значимость (2-сторонняя)	0,090	0,001	0,001	0,024	0,001	0,009	0,382	0,001		0,001	0,001	0,001
Отношение	<i>r</i>	-0,153**	0,294**	0,121**	0,112**	0,388**	-0,155**	-0,107*	0,299**	0,475**	1,000	0,264**	0,643**
	Значимость (2-сторонняя)	0,001	0,001	0,007	0,012	0,001	0,001	0,016	0,001	0,001		0,001	0,001
Невропатолог	<i>r</i>	-0,130**	0,204**	0,054	-0,020	0,202**	0,038	-0,006	0,106*	0,278**	0,264**	1,000	0,280**
	Значимость (2-сторонняя)	0,004	0,001	0,225	0,652	0,001	0,390	0,890	0,018	0,001	0,001		0,001
RHBQ	<i>r</i>	-0,205**	0,509**	0,090*	0,152**	0,543**	-0,235**	-0,128**	0,362**	0,554**	0,643**	0,280**	1,000
	Значимость (2-сторонняя)	0,001	0,001	0,044	0,001	0,001	0,001	0,004	0,001	0,001	0,001	0,001	
		Возраст	Посещения	Неуспешные	Манипуляции	Воспитание	Детский сад	Брат	Размер карты	Забор крови	Отношение	Невропатолог	RHBQ

Примечание. Пересечение горизонталей и вертикалей в таблице показывает корреляцию каждого из исследованных показателей по влиянию на RHBQ и между собой; *r* – коэффициент корреляции Спирмена, значимость $p < 0,05$ – результат значим; * – показатель имеет слабую корреляцию или связь; ** – показатели связаны сильной степенью корреляции.

Из 23 вопросов-факторов, задаваемых родителям пациентов, значимыми с математической точки зрения нами отмечены только 12, рассмотренных выше и представленных в табл. 2. Несмотря на значительное развитие стоматологии как науки, стоматологические методики лечения пациентов остаются достаточно стрессогенными. Уровень страха у всех детей в основной группе был выше, чем в контрольной ($p > 0,005$). Высокой была и степень тревожности у родителей.

Выводы

1. Различного рода психосоматические нарушения были отмечены нами у пациентов детского возраста, неоднократно обращавшихся за стоматологической помощью из-за невозможности провести лечебные мероприятия без общего обезболивания. В 23,1% случаев у детей отмечено в анамнезе наличие болезненных манипуляций и операций.

2. Высокий уровень эмоции страха, количество неуспешных попыток санировать ребенка, возраст и конституциональные особенности, присущие каждому индивиду, вместе или каждый из факторов в отдельности могут привести к различным нарушениям, характерным для ПГН, даже при отсутствии в анамнезе у пациентов общего обезболивания и операции.

3. Неполные семьи и семьи, где воспитанием ребенка занимаются бабушки или дедушки, является определенным фактором к развитию ПГН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возрастные аспекты адаптации к операционной травме и анестезии / Под ред. Л. В. Усиенко. – Киев, 1992.
2. Милевский М. М. Классификация болезней в психиатрии и наркологии. – М., 2003. – С. 76–79, 122–127.
3. Corah N. // J. Dent. Res. – 1969. – Vol. 48. – P. 596–597.
4. Johnson R., Dewitt C. // J. Dent. Res. – 1968. – Vol. 47. – P. 801–805.
5. Kain Z., Mayes L., Cicchetti D. et al. // Anesth. Analg. – 1997. – Vol. 85. – P. 783–788.
6. Melamed R. Sedation. A Guide to Patient Management. – 3rd Ed. – St. Louis, 1995. – P. 231–238.
7. Mehlich D. // J. Am. Dent. Assoc. – 2002. – Vol. 133. – P. 861–871.
8. Raymond D., John Y., Charles J. et al. // J. Am. Dent. Assoc. – 2006. – Vol. 137. – P. 502–513.
9. Sohn W., Ismail A. // J. Am. Dent. Assoc. – 2005. – Vol. 136. – P. 58–66.
10. Sohn W., Ismail A. // J. Am. Dent. Assoc. – 2005. – Vol. 136. – P. 58–66.
11. Spielberger C. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI: Form Y). – Palo Alto, CA, 1983. – P. 4–26.
12. Vernon D., Schulman J., Foley J. // Am. J. Dis. Child. – 1966. – Vol. 111. – P. 581–593.
13. Weisenberg M., Kreindler M., Schachat R. // J. Dent. Res. – 1974. – Vol. 53. – P. 946–952.

Поступила 16.03.12

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© Н. В. ТАРАСОВА, В. Г. ГАЛОНСКИЙ, 2012
УДК 614.2:616.31-082-056.37-053.2

Н. В. Тарасова, В. Г. Галонский

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕТСКИХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития РФ (660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1); ГФБУ НИИ медицинских проблем Севера РАМН (660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3г)

Статья посвящена анализу проблемы организации стоматологической помощи умственно отсталым детям, стационарно проживающим в психоневрологических учреждениях Красноярска и Красноярского края, в современных условиях. Изучены и проанализированы законодательные акты и нормативные документы, обосновывающие характер, порядок и объем оказания квалифицированной стоматологической помощи данной категории детского населения. Проанализирована обеспеченность стоматологическими кадрами психоневрологических детских учреждений и доступность квалифицированной стоматологической помощи для контингента детских домов-интернатов социального типа исследуемого территориального региона. Выявлены слабые моменты и намечены пути их устранения.

Ключевые слова: умственно отсталые дети, психоневрологические дома-интернаты, стоматологическая помощь детям с интеллектуальным дефицитом

THE PROBLEMS ENCOUNTERED IN THE ORGANIZATION OF DENTAL CARE IN CHILDREN'S PSYCHONEUROLOGICAL INSTITUTIONS UNDER THE CURRENT CONDITIONS

N.V. Tarasova, V.G. Galonsky

This article concerns the problem currently encountered when providing dental health care for mentally challenged children permanently residing in psychoneurological institutions of Krasnoyarsk and the Krasnoyarsk Krai. The authors analyzed the legal base and normative documents that define the type, order and procedures of this kind of assistance provided for the given population group. The availability of dental health personnel at the children's neuropsychiatric facilities has been estimated in conjunction with the access to professional dental health care in orphanages and boarding schools for the mentally retarded children in the region. Weak points are identified and the plans for the improvement of the situation are drawn up.

Key words: mentally challenged children, psychoneurological boarding schools, dental health service for the intellectually disabled children