**ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Санкт-Петербургский государственный университет»

Кафедра ортопедической стоматологии

Допускается к защите

Заведующий кафедрой

*Д.м.н. Соколович Н.А.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)*

*«\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.*

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**на тему:
**Профилактика негативного отношения к лечению зубов у детей**

Выполнил студент

*Тарханова Мария Николаевна*

*523 группы*

Научный руководитель:

*к.м.н. Васянина Анна Анатольевна*

Санкт-Петербург

2019 год

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

**ВВЕДЕНИЕ**…………………………………………...…………………………..3

**ГЛАВА 1. Теоретическая часть. Специфика отношения детей к стоматологическому лечению**.……………................................................……7

1.1. Понятие и специфика стоматологического приема детей ……………...7

1.2. Стресс, как фактор развития кариесогенной ситации в полости рта у детей....................................................................................................................11

1.3. Современный взгляд на причины нарушения психологического состояния ребенка на стоматологическом приеме.........................................14

1.4. Современный взгляд на подготовку детей к санации полости рта.......22

**ГЛАВА 2. Практическая часть.** Причины негативного отношения к стоматологическому лечению у детей и его профилактика …………….…30

2.1 Проведение анкетирования родителей детей дошкольного возраста

2.1.1 Материалы и методика исследования………………………......30

2.1.2 Результаты анкетирования родителей детей дошкольного возраста ………………………………………………………………...35

2.2 Проведение исследования среди детских стоматологов……………….41

2.2.1 Материалы и методика исследования…………………………..41

2.2 2 Результаты анкетирования детских стоматологов…………......42

2.3 Создание памятки для родителей пациентов дошкольного возраста ...45

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**………………………………………………………………...47

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**…..……………………49

**ВЕДЕНИЕ**

Согласно исследованиям Т.А. Арефьевой и Н.И. Галкина[3], каждый второй ребёнок в возрасте от 2 до 9 лет испытывает страх. В связи с этим на сегодняшний день особую значимость приобрела проблема коррекции тревожности у детей. Ученый Е.А . Сосульникова [52] с опорой на ряд отечественных и зарубежных исследований утверждает, что 86% детей в возрасте от 3 до 7 лет при лечении зубов испытывают психоэмоциональный стресс, который сопровождается негативными поведенческими реакциями. В связи с чем мы можем сделать вывод, что проблема коррекции тревожности у детей крайне остро стоит в вопросе эффективной практической деятельности детского врача-стоматолога. Также, по мнению Е.А. Сосульниковой [52], такое психоэмоциональное отношение к посещению кабинета врача-стоматолога может привести к отказу от лечения на продолжительный промежуток времени. Таким образом, можно отметить высокий уровень **актуальности** темы, связанной с психологическими аспектами посещения детьми врача-стоматолога.

XXI век характерен широтой достижений современной стоматологии в области профилактики и лечения стоматологических заболеваний у детей. И, несмотря на текущей уровень развития данной области медицины, зачастую выполнить необходимые манипуляции в полости рта ребенка практически не представляется возможным. Причиной тому является, в первую очередь, негативное отношение детей к осуществлению любых действий в ротовой полости. Впоследствии это может привести к повсеместному распространению использованию общего обезболивания (наркоза) для осуществления лечебных манипуляций у детей. Так, **проблемой** данного исследования выступают последствия негативного отношения ребенка к посещению кабинета детского врача-стоматолога.

**Объектом** исследования является негативное отношение к стоматологическому лечению у детей в возрасте от 2 до 7 лет (дошкольного возраста).

**Предметом** исследования является профилактика негативного отношения к стоматологическому лечению у детей в возрасте от 2 до 7 лет (дошкольного и младшего школьного возраста).

Стоит отметить, что многие родители понимают необходимость профилактики и лечения кариеса и других стоматологических заболеваний у своих детей. Однако их неготовность к выполнению рекомендаций врача может являться причиной психоэмоциональной неготовности ребенка идти на прием к стоматологу. Причиной тому могут быть собственные нерешённые проблемы в части отношения со стоматологическим лечением. Исходя из этого, **гипотезой** настоящего исследования является предположение, что родители, испытывающие в детстве или в настоящее время тревожное состояние, связанное с походом к стоматологу, не могут оказать своему ребенку должную психологическую поддержку при наличии страха посещения стоматолога, также как и не могут спрофилактировать этот страх.

В связи с этим **целью** данного исследования является разработка практического руководства (памятки), которая решит вопрос подготовки родителей к беседе с ребенком, который испытывает психоэмоциональное напряжение перед походом к стоматологу.

Настоящее исследование ставит перед собой следующие **задачи**:

1. Обозначить существующие подходы к трактовке понятия и специфики стоматологического приема детей;
2. Выявить ключевые аспекты психологического состояния ребенка на стоматологическом приеме;
3. Описать современный взгляд на причины нарушения психологического состояния ребенка на стоматологическом приеме;
4. Исследовать современный взгляд на подготовку детей к санации полости рта;
5. Составить опросник для выявления отношения детей и родителей к стоматологическому вмешательству, а также опросник для детских врачей-стоматологов;
6. Определить респондентов, провести анкетирование и проанализировать полученные результаты;
7. Сформировать памятку для родителей на основе данных, полученных в ходе исследования.

**Теоретическая значимость** исследования представлена в виде детальной проработки междисциплинарной темы негативного отношения к стоматологическому лечению у детей, находящейся на стыке деонтологического и терапевтического аспектов.

**Практическая значимость** работы заключается в составленных рекомендациях, представленных в виде памятки для родителей, цель которой – решить проблемы с тревожностью или спрофилактировать ее появление у детей при походе к врачу стоматологу.

**Структура работы** обусловлена поставленными целью и задачами. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, приложений и списка литературы.

Во введении определяются актуальность, цели и задачи предпринятого исследования, обосновывается научная проблема, выделяются научная новизна и практическая значимость.

Первая глава «Специфика отношения детей к стоматологическому лечению» представляет собой литературный обзор существующих научных источников, посвящённых исследованию и анализу деталей стоматологического приема детей: специфика, психологические аспекты, современное обоснование тревожных состояний перед приемом стоматолога и во время этого приема.

Вторая глава «Причины негативного отношения к стоматологическому лечению у детей и его профилактика» представляет собой практическую часть научной работы, в рамках которой в ходе анкетирования определённой группы респондентов (родителей и докторов) определены основные аспекты, влияющие на отношение этих групп к стоматологическому приему. На основе полученных данных составлены практические рекомендации для родителей – памятка, помогающая нормализовать психоэмоциональное состояние ребенка до стоматологического лечения и во время лечения.

**ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ. СПЕЦИФИКА ОТНОШЕНИЯ ДЕТЕЙ К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ**

**1.1 Понятие и специфика стоматологического приема детей**

Стоматология занимает важное место в жизни людей. Стоматологические воздействия чаще чем любые другие медицинские процедуры ассоциируются с болью и негативными чувствами. В особенности ярко это проявляется на примере детей. Врач, который начинает работу с маленькими пациентами, сразу сталкивается с рядом определенных трудностей. Решить эту стоматологическую дилемму без знаний, которыми располагают современные психология и деонтология, практически невозможно. Психологическая и деонтологическая трудность формирования доверительных отношений между доктором и пациентом на стоматологическом приёме является чрезвычайно важной, её решение необходимо для повышения качества проводимого лечения и индивидуальной профилактики [1].

Существует ряд препятствий, связанных с посещением стоматолога как взрослыми, так и пациентами младшего возраста. Первой преградой является страх боли, связанная с процедурой лечения зубов и иными манипуляциями в полости рта. Вторым препятствием является убеждение, в соответствии с которым процедура лечения зубов – это определенные неприятные чувства, связанные со страхом звуков в стоматологическом кабинете: например, шум, производимый стоматологической установкой.

Увлечь внимание ребенка и положительно настроить его по отношению к доктору – целое искусство. В детских поликлиниках в большинстве случаев обстановка подобрана таким образом, чтобы ребёнок чувствовал себя комфортно и расслаблено: много игрушек, настенных картин. Но доктора, к сожалению, редко употребляют эти приспособления в процессе лечения, в итоге ребёнок, будучи изначально настроенным негативно, отказывается открывать рот, тем самым препятствуя проведению стоматологических манипуляций.

Поэтому подготовку крайне важно начать заблаговременно. Доверительные отношения должны установиться с первой встречи ребёнка и доктора. Если с начала взаимодействия не возникло доверие, то исход лечения вряд ли будет идеальным. Доверие детей к доктору завоёвывается целым поведенческим комплексом: внешний вид, манера ведения опроса, способы исследования и так далее.

Ребёнок не может выступать в качестве объекта, с которым врач производит определённые манипуляции. Эмоциональное и физическое насилие над детьми, возникающее при ином подходе, приводит к серьёзным психическим трудностям в дальнейшем, не говоря об отношении таких пациентов к стоматологическому лечению в будущем.

Большое значение имеет слово как для здорового, так и в особенности, для больного человека. Слово – один из важнейших способов воздействия на психику человека, поэтому чрезвычайно важно начинать подготавливать ребёнка к визиту к врачу уже дома путём разговора и объяснения со стороны родителей, при этом следует исключить негативные воспоминания из своего опыта посещения стоматологического кабинета [2].

Врачу необходимо своим поведением показать пациенту уверенность в собственных действиях, искусно подготовить его к необходимым манипуляциям, произвести положительное впечатление и ликвидировать отрицательный эмоциональный настрой к предстоящему лечению. Очень важно учитывать состояние больного, в котором он пришел к доктору, и обстановку, которую он встречает в медицинском учреждении.

По наблюдениям Ю.А. Федорова, стандартный процесс лечения кариозного поражения зубов у детей на практике часто осложнен их поведением, негативным отношением к использованию стоматологического инструментария и физиологическими качествами: быстрой утомляемостью, небольшим размером полости рта, обильным выделением слюны, нередко повышенным рвотным рефлексом. Потому в текущее время в Российской Федерации крайне распространённым способом лечения кариеса детей является процедура серебрения. Однако этот метод имеет ряд значимых недочетов и не употребляется в большинстве развитых стран [61, с. 66].

Характеристики интенсивности кариеса по мере взросления ребёнка быстро растут. В Российской Федерации в возрасте 1 года интенсивность поражения зубов кариесом составляет 0,3, к 3 годам возрастает до 2,8, к 6 годам – до 5,4 [68].

По данным М.П. Харитоновой, если в 1982 году в городе Екатеринбурге распространенность кариеса у дошкольников до 3-х лет в числе, обратившихся за анестезиологической помощью, составляла 2 %, то в 2010 году – 24 % [63].

В Свердловской области, по данным И.В. Русаковой, интенсивность кариеса молочных зубов у дошкольников шести лет составила 4,7 [42].

Для сравнения интересны данные А.И. Кондратова по городу Екатеринбургу за 1999 год, где распространенность кариеса зубов у 6-летних дошкольников составляла восемьдесят шесть процентов, а интенсивность – 5,78 [27].

В г. Минске (Беларусь) уже к 3-летнему возрасту в 2003 году распространенность кариеса составила 62,16 ± 7,97%, а у дошкольников этой же группы в возрасте шести лет – 75,68 ± 7,05%. Интенсивность кариеса зубов у 3-летних дошкольников приравнивается 4,22 ± 0,50, а по истечению трёх лет – 5,11 ± 0, 47. Уровень интенсивности кариеса в 3-летнем возрасте составляет 1,35 ± 0,14 [48].

Автор И.Ю. Гринькова приводит характеристики индекса кпу(з) в числе детей, не способных к взаимодействию – 11,45 ± 4,64, которые проходили процедуру лечения под общим обезболиванием. По ее данным, уровень оказания стоматологической поддержки недостающий, УСП – 43,7 ± 7,2% [11].

В исследовательских работах Л.П. Кисельниковой с соавторами отмечается, что интенсивность кариеса зубов у дошкольников, которые имеют трудности коммуникации с доктором, довольно высокая и составила от 3,6 – в возрасте 1-го года до 6,4 – в возрасте 6 лет, а у дошкольников с осложнённой кооперацией показатель интенсивности кариеса чрезвычайно высок: от 3,6 – у 3-х летних дошкольников, до 9,2 – у шестилетних дошкольников [24].

В г. Тернополе (Украина) определена связь уровня тревожности дошкольника с кариесом зубов и гигиеной полости рта, и выявлено прямое воздействие психического фактора на стоматологические кариесогенные характеристики [28].

Таким образом, проанализированные русскими и зарубежными авторами данные прогрессирования кариеса зубов у дошкольников по показателям распространенности, интенсивности и степени активности кариеса, наглядно демонстрируют рост кариозного процесса, особенно у детей с негативным отношением к стоматологическому лечению, поэтому поиск новых подходов в решении этих вопросов является важной задачей современной детской стоматологии.

**1.2. Стресс, как фактор развития кариесогенной ситуации
в полости рта у детей**

Такой кариесогенный фактор как стресс в литературе изучен недостаточно. В стоматологическом кабинете стресс может проявляться в различных формах: страх перед стоматологическим лечением, повышенная тревожность дошкольников перед неизвестностью, негативный настрой на процедуру лечения, которые в большинстве случаев рассматриваются только как препятствие для проведения санации полости рта, но не как причины, влияющие на развитие кариозного процесса [28].

После изучения кариесогенной ситуации у детей и оценки тенденции к росту кариеса с годами некоторые авторы советуют проводить первичную и вторичную профилактику в полном объеме в дошкольном возрасте [11].

По мнению большинства исследователей в данной области, для повышения уровня гигиенической культуры родителей, воспитателей детских дошкольных учреждений, преподавателей школ педиатры и стоматологи должны проводить активную санитарно-просветительную работу с применением активных и пассивных способов. Её эффективность выше, когда стоматологическое просвещение проводится не единичными специалистами, а командой в целом [11].

Однако, как подчеркивает Е.С. Шакурова с соавторами, на практике на стоматологическом приеме у докторов или совершенно нет времени, или его недостаточно для информирования пациентов с целью формирования у них привычки здорового образа жизни в последовательности: познание – осознание – убеждение – навык – привычка.

Недочеты в проведении стоматологического просвещения отмечают также многие зарубежные авторы, акцентируя эти проявления в области санации полости рта дошкольников под общим обезболиванием и в седации [66].

С.Д. Арутюнов с соавторами отметили трудности, с которыми сталкиваются доктор, родители и ребенок в процессе выполнения реминерализующей терапии и местной фтор-профилактики. Они предложили адаптировать методику применения диплен-пленки («Диплен Ф») для домашней профилактики кариеса и его лечения, используя при этом не содержащую фтор зубную пасту «R.O.C.S. Baby аромат липы» [4]. Результатом явилось уменьшение сроков реминерализации и полное исчезновение очагов деминерализации за 6 дней.

Невзирая на массовость внедрения фтористых смесей и лаков, были установлены и недостатки.

Л.П. Кисельникова с соавторами обосновала необходимость кабинетной обработки фторсодержащими препаратами наряду с реминерализующей терапией [24].

Касательно такого профилактического метода, как герметизация фиссур, по данным И.В. Русаковой, шестьдесят семь процентов дошкольников Свердловской области нуждались в этой профилактической мере[41, с. 52].

Таким образом, изучение литературы продемонстрировало, что местные кариесогенные причины многогранно исследованы и освещены. Применение кариеспрофилактических средств дает высокие показатели противокариозной продуктивности.

Выявлено, что стоматологические профилактические мероприятия нечасто и несвоевременно производятся как пациентами, так и докторами, в связи с чем положительные показатели неустойчивы.

А.А Казакова с соавторами предложили комплексную программу для дошкольников, которая состоит из образовательной части для родителей, преподавателей, дошкольников и комплекса профилактических мероприятий (ежедневная контролируемая чистка зубов после приёма пищи) на 180 дней.

И если для детей в возрасте 3–7 лет разработаны программы по самостоятельному уходу [44, 49], то неясно, как организовать взаимодействие с детьми до трех лет. В ситуациях, когда дома либо на стоматологическом приеме ребенок отказывается от профилактических процедур, если их выполняют не родители, эффект профилактики кариеса временных зубов может всецело отсутствовать, а причины риска развития кариеса продолжают действовать. Потому принципиальное направление в стоматологических программах профилактики – это психологическое сотрудничество доктора с детьми любого возраста, родителями и преподавателями в процессе проведения программы профилактики и исследование новых подходов в работе.

Очередной важный нюанс профилактики стоматологических заболеваний – это диспансеризация, который, в целом, отсутствует в этих программах.

Н.В. Ожгихина с соавторами подчеркнули, что диспансеризация детей обязана быть способом ежедневной практики детских стоматологов [36].

Некоторые публикации говорят о низком организационно-методическом уровне диспансеризации в государстве, в результате чего она не выполняет поставленных задач [5, 27].

**1.3. Современный взгляд на причины нарушения психологического состояния ребенка на стоматологическом приеме**

При исследовании психологического состояния детей на приеме у стоматолога было выявлено, что все дети вне зависимости от типа характера в свое первое посещение находились в состоянии стресса различной степени выраженности. Исследование пульса, АД, ЧД, содержания кислорода и глюкозы в крови свидетельствовали о возбужденном состоянии пациентов [23].

Основой этих реакций является чувство беспокойства, которое в зависимости от психологических особенностей личности ребенка, его опыта посещения больниц, отношений с родителями и ровесниками может повлиять на отношение в области стоматологического лечения.

Человек, находящийся в состоянии беспокойства, не имеющего чётко сформулированной причины, ощущает тревогу. Человек, который боится определенных объектов либо событий, испытывает страх. Боязнь и тревога, как относительно эпизодические реакции, имеют свои аналоги в форме более устойчивых психологических состояний: боязнь – в виде страха, тревога – в виде тревожности. Если боязнь и частично тревога – это быстрые ситуативно-обусловленные психологические феномены, то страх и тревожность, напротив, личностно мотивированы и при этом более устойчивы [9].

Как и любой регуляторный процесс – тревога, как состояние, может быть адекватна степени угрозы грядущего действия и в данном случае будет оказывать стимулирующее воздействие на общение, поведение и деятельность человека. Но при многократном повторении условий, которые провоцируют высокие значения волнения, создается постоянная готовность к переживанию этого состояния, что фиксируется и становится особенностью психологии личности – тревожностью. Проводимые в последнее время исследования отражают специфику развития тревожности у дошкольников, начиная с 3-х летнего возраста [61].

Страх может быть как внушенным, так и результатом травмирующего опыта, тревожность же чаще всего никак не мотивирована. Ситуативно-специфические аспекты тревожности более надежны в прогнозе появления и возрастания состояния волнения, чем аспекты общей личной тревожности [33].

Врачи-стоматологи чаще сталкиваются с ситуативной тревожностью, но она может трансформироваться в личностную, в этом случае может произойти усиление напряжения за счет наложения ситуативных причин на уже имеющуюся изначальную установку на стресс.

Личностные причины могут иметь более весомое значение, чем ситуационные, и в таком случае интенсивность волнения в основном будет отражать личные особенности субъекта, нежели настоящую значимость угрозы [11].

В настоящее время возросло число детей, регулярно испытывающих чувство тревожности и отличающихся повышенным беспокойством, неуверенностью, нерешительностью, эмоциональной неустойчивостью [16].

Одно из принципиальных последствий личной тревожности – это ее воздействие на мотивацию, в том числе и к стоматологическому лечению[8]. Потому крайне важно с первой встречи стоматолога с ребенком выявить наличие у него страха и беспокойства [16].

Несмотря на то, что негативное отношение ребенка – это чаще активно выражаемая эмоция, следует различать его обыденный (естественный, возрастной) и патологический уровни и определить, какое число страхов встречается у детей в разной возрастной группе в норме. Огромное число страхов (больше нормы) может указывать на развитие невроза либо тревожности в характере. Обычно боязнь кратковременна, обратима, исчезает с годами, значительно не оказывает влияние на характер человека, поведение и отношения с окружающими людьми.

При патологическом числе страхов ребенок теряет спонтанность в поведении и уверенность внутри себя [33]. На протяжении 2-го года жизни на первом месте – страх перед неожиданными звуками, ярким светом, прикосновением, на втором – боязнь одиночества, на третьем месте – страх перед уколами, болью, медперсоналом. С 2-х лет на первое место выходит страх перед уколами, болью, медперсоналом, на второе – боязнь одиночества и лишь потом – боязнь перед резкими звуками, ярким светом, неожиданным прикосновением.

С 3–5 лет выражена триада страхов: одиночества, темноты и замкнутого места. Боязнь 5-6-летнего возраста – это боязнь смерти, затем – страшных сновидений, затем – боязнь опоздать [23].

Когда страхов немного, но они чётко сфокусированы – это назойливые боязни, или фобии [33]. Клинические проявления стоматофобии часто являются суровой преградой для оказания высококачественной стоматологической помощи [16].

В. Н. Романовская с соавторами по результатам анкетирования сделали выводы, что страх перед стоматологическим лечением испытывают 68,5% детей. Из них 33,5% испытывают сильный страх, 35 % – умеренный и лишь 30 % детей, как считают родители, не боятся процедуры лечения зубов [38].

И.А. Рублева считает, что в группе дошкольников до шести лет восемьдесят пять процентов боялись стоматологических манипуляций, при этом незначительный страх составил 56%, умеренный – 27%, сильный – 13%, чрезвычайно сильный – 4%. [40].

Во время исследований было установлено, что боязнь перед стоматологическим вмешательством может быть детализирована и состоять из множества определенных страхов, в числе которых авторы выделяют следующие: боль, испытанная во время прошлых посещений доктора, уколы, тревога о наличии стоматологической патологии, страх звуков в стоматологическом кабинете.

Лидирующие позиции занимают: боль, анестезия (укол) и травматичное удаление молочных зубов с недостаточной анестезией.

Е. С. Бимбас подчеркивает, что ребенок в принципе не может выносить боль в связи с тем, что ему не хватает воли и понимания необходимости терпеть дискомфорт.

И. В. Кобиясова подчеркивает, что дети с неблагоприятным преморбидным фоном в первые пять лет жизни (обвитие пуповиной и гипотрофия в перинатальном периоде, недоношенность с нарушением мозгового кровообращения либо без такового, физическая или психологическая травма, тяжелые соматические заболевания, операции) отличаются повышенной чувствительностью к боли. Даже самая незначительная боль у них нуждается в рациональной аналгезии [25].

Наиболее травматичными стоматологическими манипуляциями для дошкольников являются: удаление зуба, процедура лечения пульпита, процедура лечения глубокого кариеса, пластика уздечки, процедура лечения среднего кариеса – в порядке убывания. Наименее травматичными являются: профилактический осмотр, герметизация фиссур, профессиональная гигиена полости рта. [10].

Не считая перечисленных стоматологических страхов на амбулаторном приеме, многие зарубежные авторы подчеркивают то обстоятельство, что и в стационаре более 70% дошкольников являются «стоматологически тревожными», и лидирующей причиной тревожности является боль при лечении зубов. У 37 % дошкольников наблюдалась предоперационная тревожность, у 52,5% – тревожность была повышена из-за пребывания в отделении поликлиники и у 65,4% – перед введением в наркоз [69].

Ряд авторов говорит о значимости в возникновении стоматофобий перенесенных стоматологических и медицинских вмешательств (например, общий наркоз) [24]. В итоге, получение дошкольниками травмирующего опыта определяет будущие ситуативные страхи [23].

Остальные авторы отмечают повышенную тревожность и страх перед стоматологическим вмешательством у дошкольников с сопутствующей соматической патологией, в том числе, с кардиологической [8].

В числе путей передачи страхов и волнения авторами отмечается путь передачи их от остальных людей – это беспокойство и стоматологические боязни, которые внушаются детям родителями и иными людьми [7, 9]. Ряд исследователей в данной области пришли к выводу, что одной из главных причин формирования стоматофобии у дошкольников является страх самих родителей перед стоматологическим вмешательством [47].

О.Е. Ткачук на основании тестирования родителей перед стоматологическим приемом дошкольников обнаружила, что 92,45% родителей, чьи дети положительно реагировали на следующее процедуры лечения, отмечали низкий либо средний уровень ситуативной тревожности, а родители дошкольников с негативным отношением к лечению в 81,01% имели высокий уровень ситуативной тревожности [55]. Похожие исследования были проведены и зарубежными авторами [10].

Помимо страхов, отрицательное поведение детей по отношению к стоматологическим вмешательствам связано с их возрастом, чаще подобное поведение наблюдается у дошкольников от 2 до 4 лет и все реже – с увеличением возраста [9].

Авторы также выделяют трудности воспитания дошкольников как причину, которая формирует отрицательное отношение к стоматологическому лечению [9].

А.В. Берлов отмечает как фактор, который влияет на поведение малыша на приеме у стоматолога, обиду на маму «за ее, будто бы, предательство», так ребенок желает досадить родителям, наказать их за что-либо (обман, упреки, поучения, крики), также отрицательное поведение может быть связано с досадой на несправедливость взрослых из-за их согласия на причинение «стоматологического насилия» при ранее перенесенном негативном стоматологическом опыте [9].

Проявление и исследование психологических состояний дошкольников ведется в 3-х направлениях: чувственном, поведенческом, физиологическом. При всем этом на каждом из направлений для описания состояния человека может быть применено 6 видов информации: словесные самоотчеты и самооценки, констатация интуитивного опыта, данные клинических наблюдений, «молярные» составляющие поведения – позы, жестикулярно-мимические и речевые свойства, реакции на действие различных стрессоров, изменение в деятельности, чаще всего ухудшение, изменение вегетативных и физиологических функций [62].

А.К. Кулаков характеризует чувственные и поведенческие реакции дошкольников младшего школьного возраста при лечении зубов по 5-балльной системе: положительное 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 [29].

По шкале Frankl выделяется 4 типа дошкольников относительно особенностей поведения на приеме у стоматолога: 1 тип – определённо отрицательное поведение, 2 тип – отрицательное поведение, 3 тип – положительное поведение, 4 тип – определённо положительное поведение [16].

Н.В. Ожгихина, отталкиваясь от представлений у родителей о процессе лечения заболеваний зубов у детей, выделила 4 типа поведенческих установок в стоматологическом кабинете и их проявлений:

1) мать с ребенком, придя к доктору, поставила перед стоматологом задачу, которую решает доктор;

2) мать, приведя малыша к доктору, предложила себя в ассистенты;

3) предъявленная родителями и ребенком проблема решается вместе доктором и ребенком, родители устранены;

4) предъявленная проблема пациента решается вместе с доктором, ребенком и родителями [7].

В.Н. Романовская выделяет два типа пациентов исходя из убеждений возможности полного стоматологического обследования:

– 1 тип – дети с частично негативным отношением к лечению;

– 2 тип – дети с полностью негативным отношением к лечению;

Помимо этого выделяют 3 группы пациентов на основе их отношения к стоматологическим манипуляциям и с целью снижения длительности времени наркоза при санации полости рта:

1 группа – дети, которые боятся лечения зубов, болезненных манипуляций и т.д., но провести лечение у них возможно и без наркоза, 2 группа – дети, которые страшатся любой манипуляции, но размер полной санации полости рта укладывается в приемлемую длительность (1 час) 1-го сеанса лечения под наркозом, 3 группа – дети, у каких размер стоматологических вмешательств настолько велик, что процедура превосходит наркозное время [17].

В числе физиологических характеристик тревожности и страха большая часть исследователей в данной области относят вегетативные показатели (частота сердечных сокращений, артериальное давление, пульс) [16].

А.М. Соловьев выделяет 5 вариантов поведения по степени выраженности негативизма, сформулированных на анализе вегетативных и поведенческих реакций: положительное, нейтральное, изначальное отрицательное, отрицательное преодолимое и отрицательное непреодолимое [52].

Т.Н. Терехова с соавторами выделила соматические проявления тревожности (изменение цвета кожных покровов, слабость, головокружение, тремор конечностей, расширение зрачков, сухость во рту) и отметила возможность использования особых способов для определения тревожности – различные психологические испытания, адаптированные для стоматологического приема.

Как видно из данных литературы, боязнь и тревожность обширно распространены среди дошкольников, и сохраняется тенденция их роста в жизни вообще и на стоматологическом приеме, в частности.

Авторами тщательно описываются их предпосылки, проявления и прогнозы, но крайне мало публикаций, которые касаются зависимости степени негативного отношения к лечению и тревожности с кариесогенной ситуацией в полости рта пациентов младшего возраста [54].

Приведенные исследователями классификация и систематизация групп детей в зависимости от чувственных, поведенческих, физиологических черт проявления страха и тревожности на стоматологическом приеме почти всегда являются значимыми для практики. Но, к сожалению, лишь в единичных публикациях они коррелируют с клиническим следствием – четкими показаниями к выбору способа корректировки страха и тревожности на стоматологическом приеме.

**1.4. Современный взгляд на подготовку детей
к санации полости рта**

Изучение литературы показывает, что для коррекции поведения детей на амбулаторном стоматологическом приеме применяют психические, психотерапевтические и фармакологические способы. Если они показывают низкую эффективность, прибегают к общему обезболиванию [9].

Так, сегодня лечение под наркозом нередко применяется для санации полости рта у детей дошкольного возраста [59].

А.В. Берлов с соавторами подчеркивает, что санация полости рта под общим обезболиванием – это вынужденный вид лечения, который имеет свои показания, достоинства и недостатки как для доктора, так и для пациента [7].

Множественный осложненный кариес у детей раннего возраста при затрудненном взаимодействии с ребенком на стоматологическом приеме, наличие аллергических реакций на местные анестетики, болезни центральной нервной относят к прямым показаниям необходимости применения наркоза. Относительные показания – боязнь перед стоматологическим лечением [42, 50].

Исходя из этого, достоинства наркоза – это безболезненность вмешательств, возможность санации в одно посещение, что позволяет ребенку и его родителям избежать нескольких приемов доктора и исключает наличие страха при следующих визитах к стоматологу.

Со стороны работы врачей, преимуществами являются: работа в сухой полости рта, отсутствие сопротивления пациента и необходимости все время отвлекаться на его уговоры, также возможность необходимой диагностики, санации полости рта в одно посещение с наибольшим комфортом для доктора и пациента [42, 50].

Однако авторами отмечается и ряд недостатков: необходимость работать в условиях дефицита времени (средняя длительность наркоза – 50–90 минут), что влияет на качество проведенной процедуры; сложности в проведении дополнительных способов диагностики и контроле шагов проведения лечения, которые связаны с отсутствием реакции малыша на раздражители. В конечном итоге санация полости рта дошкольников, не способных к взаимодействию, проводится в недостаточном объеме [42].

О.В. Дудник отметил проблему постоперационного питания дошкольников после многочисленного удаления зубов под наркозом. Болезненность и кровотечения в области удаленных зубов оказывают отрицательное воздействие на маленьких пациентов [13]. Также отмечается необходимость специальной подготовки в виде дополнительного исследования – анализы крови и мочи, ЭКГ [42].

По данным различных исследователей в данной области, в анестезиологическом обеспечении при оказании амбулаторной стоматологической помощи нуждаются от 2 до 10 процентов дошкольников [42]. При организации проведения стоматологических манипуляций авторами предложена определенная последовательность их реализации – «терапия 1-го дня» [42]. Невзирая на востребованность этого вида помощи, исследователи выделяют ряд проблем после ее проведения: показатели лечения детского кариеса под наркозом остаются неудовлетворительными (23% пациентов, вылеченных под общей анестезией, нуждались в реконструкции и удалении зубов сразу после проведенного воздействия, до 57 % дошкольников спустя 4–6 месяцев имели новые кариозные поражения; 45 % дошкольников имели рецидивы спустя 12 месяцев) [59, С. 173].

И.Ю. Гринькова с соавторами описала отдаленные показатели после санации полости рта дошкольников под общим обезболиванием. Удовлетворительное состояние пломб отмечено в 52,9 ± 5,41% случаев через 5–6 месяцев после санации под наркозом и в 48,1 ± 3,46% случаев – через один год.

В других вариантах отмечались вторичный кариес, нарушение краевого прилегания и выпадение пломбы либо удаление зуба [11].

В другом исследовании выявлено, что лишь после 2-ой санации под наркозом 67% родителей получили профилактические советы, а после первой – лишь 33 % [27]. Недочетом является отсутствие у 27 % процентов родителей беспокойства по поводу повторного проведения наркоза, несмотря на сложность их проведения и большой риск осложнений.

Например, после первой санации под общим обезболиванием лишь 36% родителей чрезвычайно встревожены повторным наркозом, 38% ощущают необходимость постоянного посещения стоматолога [41]. В ряде случаев в ближайшие сроки приходится проводить повторную санацию под общим обезболиванием [27].

Кариес зубов и его осложнения у дошкольников оказались самыми частыми среди стоматологических заболеваний, процедура лечения которых проводится под общим обезболиванием [15]. В итоге, опубликованные в литературе показатели говорят об отсутствии общего программного подхода к решению проблем лечения кариеса зубов у детей с негативным отношением к процедуре лечения.

Почти все авторы отмечают, что процедура лечения кариеса и его осложнений должна включать проведение способов местной и системной этиопатогенетической терапии, но не прописывают график профилактических осмотров после санации полости рта под наркозом [50].

Наиболее полные данные представлены в исследовании М. П. Харитоновой с соавторами. Дети, прошедшие санацию полости рта под общим обезболиванием, находились на диспансерном наблюдении, включавшем осмотр 4 раза в год с оценкой состояния пломб, твёрдых тканей зубов, с проведением рентгенологического контроля осложненных форм кариеса и оценкой уровня гигиены. По мере необходимости были проведены: повторное обучение родителей уходу за полостью рта малыша, подбор личных средств гигиены, реминерализующая терапия, детское протезирование. Исследование через 6 месяцев после санации показало: выпадение пломбы наблюдалось в 1,5% случаев, рецидив кариеса – 5%, осложнений кариес – 2% [63].

Иной вариант «нестрашной» санации полости рта – это фармакологическое воздействие при помощи препаратов, оказывающих седативное и анксиолитическое действие. Их используют непосредственно перед стоматологическими манипуляциями, а также как шаг премедикации перед наркозом [11].

В большинстве случаев стоматологические воздействия могут быть осуществлены в первой стадии седации малыша – в таком случае риск развития осложнений мал. Будучи в данной стадии седации пациент сохраняет защитные рефлексы, способность к самостоятельному дыханию и может выполнять простые вербальные команды доктора (к примеру, «открой рот»). Но если показатель болезненности процедуры высок, либо эмоции и страх ярко выражены, для удачной работы может потребоваться глубокая седация. Введение в состояние глубокой седации без помощи специалистов невозможно, т.к. это состояние может сочетаться с потерей защитных рефлексов, в том числе, неспособностью самостоятельного дыхания и вербального контакта с доктором. Поэтому этот вид фармакологического действия может производиться лишь с врачами-анестезиологами и врачами-реаниматологами [59].

Применение психоактивных и седативных препаратов у детей ограничено, потому большое значение имеют немедикаментозные методы преодоления страха.

И.А. Рублева отмечает, что премедикация обязана применяться лишь после того, как применены все возможности психологического воздействия на малыша [40].

Л.П. Кисельникова с соавторами отмечает, что среди детей, которые были направлены для санации полости рта под наркозом, после проведения психической коррекции поведения лишь 11,3% дошкольников нуждались в седации. Зарубежные исследователи подчеркивают, что в ситуациях, когда пациенты испытывали положительные эмоции на всех этапах стоматологического приема, произошли перемены в планируемом обезболивании: у 25% пациентов была необходимость лишь в местной анестезии и лишь у 17% пациентов сохранялась необходимость в санации под наркозом [24].

В Англии были разработаны эталоны – показания к санации полости рта дошкольников под наркозом либо в седации. Доктор должен доказать весомость причин этого решения: повышенная тревожность маленького пациента, неэффективность методов кооперации, отрицательный медицинский опыт, аллергия на местные анестетики, трудность манипуляций, возраст до 4 лет.

Психическая коррекция ориентирована как на установку контакта и приготовление к стоматологическому лечению пациента, пришедшего на первый прием, так и на формирование положительного отношения к лечению у детей, пришедших на повторное лечение [35].

Авторы назвали игровую терапию ведущей методикой для преодоления страха дошкольниками. Игра – это естественный язык малыша, она является средой для его самовыражения. Дети, даже рыдающие, отвлекается, вовлекаются в игру, и если так продолжается несколько раз, они запоминают, что сюда, к этому врачу, приходят поиграть, и уже последующие целенаправленные предложения врача также воспринимаются как элемент игры, не трансформируясь во что-то негативное [9]. Авторы дают описание игр как с медицинской спецификой, так и на отвлеченные темы.

Игрушки и связанные с играми элементы обязательно должны находиться в детской поликлинике для профилактики волнения и тревоги [9]. По данным исследовательских работ, родители пациентов отмечают значимость детской игровой комнаты и необходимого количества игрушек, творческого уголка [16].

Помимо этого авторы отмечают необходимость вербальной связи доктора и пациента. Возможными поводами для первой беседы могут быть темы о близких людях, любимых игрушках, мультфильмах, домашних питомцах и т.д. Для профилактики испуга, боязни и тревожности психотерапевтическим мероприятием является предупреждение малыша о действиях доктора (опускание кресла, движения рук, яркий свет). Дети должны знать, что во время лечения они могут испытывать неприятные ощущения: покалывание, пощипывание, онемение, болевые чувства разной интенсивности, в противном случае доктор в глазах малыша может оказаться обманщиком и утратить доверие ребенка, лишившись его согласия к взаимодействию. Одной из действенных методик формирования длительных отношений является методика «рассказывай, демонстрируй, делай», когда доктор шаг за шагом рассказывает, показывает и объясняет пациенту проводимые процедуры [9]. Авторы советуют использовать психотерапевтические методы: «отражения эмоций», «активное слушание», «непрямые команды», построение фраз в позитивных конструкциях, эмпатия [9, 23].

Делая упор на склонность детей младшего возраста копировать поведение, реакции, эмоции окружающих, применяется техника положительного настроя на процедуру лечения – это призыв к копированию поведения других людей, положительно настроенных на процедуру лечения [9].

Ассистент так же выполняет свою функцию в формировании положительного отношения пациента к стоматологии [9, 23]. Весь персонал поликлиники на всех этапах лечения должен обеспечивать ребенку любого возраста психологическую безопасность обстановки в медицинском учреждении. Это необходимое условие как профилактики, так и преодоления тревожности и страха. [9].

Особое значение имеет личность доктора и наличие у него таких личных черт как: терпение, эмпатия, честность и оптимистичный настрой. Терпение позволяет доктору совладать с негативным поведением пациентов. Эмпатия и оптимистичный настрой могут выражаться без слов, что чрезвычайно принципиально при работе с детьми в связи с тем, что они положительно реагируют на естественное дружеское отношение [9, 23, 47].

Авторы отмечают значимость и авторитетность для пациентов младшего возраста присутствия важного взрослого человека – родителя, воспитателя, преподавателя. В особенности отмечена роль преподавателя как человека, который формирует отношение ребёнка к родителям, иным детям и окружающему миру [23, 47].

Все авторы пишут об особенностях тройственной коммуникации на стоматологическом: доктор – ребенок – родитель приеме [30]. Родителям отводится большая роль подготовке дошкольников к процедуре лечения, а также в поддержке во время приема, что дает ребенку ощущение собственной безопасности.

Родители могут играть и негативную роль, которая отрицательно сказывается на формировании положительного отношения дошкольников к стоматологическому лечению.

Огромное значение отводится детско-родительским отношениям, а также их коррекции на стоматологическом приеме [9, 11, 23,]. Психолого-педагогическое воздействие на родителей производится многочисленными методами. Одно из них – это демонстрация доктором на своем примере варианта иного стиля общения с детьми, отличного от того, к которому привыкли родители [57].

П.А. Леус описывает метод работы с психоэмоциональными реакциями пациентов по следующим этапам: распознать основной тип психоэмоциональной реакции, найти подход к пациенту, правильно повлиять на него [31]. Авторы подчеркивают, что длительный эффект после формирования положительного отношения детей к стоматологическому лечению достигается тогда, когда такая работа проводится еще в раннем детском возрасте [30].

Положительные отношения между пациентом и доктором повышают качество лечения, профилактики и диспансеризации дошкольников в стоматологии [47].

К сожалению, авторами не отмечается, насколько описанный эффект постоянен и имеется ли необходимость в его поддержании в течение какого-то времени.

Авторами также отмечены ошибки докторов при коммуникации с дошкольниками и их родителями: критика, поучения, упреки в адрес малыша при третьих лицах, что задевает его самолюбие, обсуждение стоматологических вопросов при ребенке, что может заставить задуматься и испугать его. При этом обман малыша воспринимается им как предательство со стороны взрослых. Неправильным является в качестве ответа на гнев, злость, крик ребёнка отвечать тем же. Положительная моральная поддержка со стороны взрослых чрезвычайно важна для маленького пациента на приеме стоматолога, и ее отсутствие – ошибка [9].

Таким образом, детскому стоматологу необходимо владеть коммуникативными навыками и иметь знания в области детской психологии для успешной коммуникации как с маленькими пациентами, так и с их родителями.

**ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ. ПРИЧИНЫ НЕГАТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ У ДЕТЕЙ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА**

**2.1 Проведение анкетирования родителей детей
дошкольного возраста**

**2.1.1 Материалы и методика исследования**

В рамках подготовки настоящей работы нами был обозначен ряд задач, часть из которых заключается в исследовании родителей и детей на предмет стоматофобии, выявлении её причин и сопутствующих факторы, а также анализе влияния отношения к стоматологическому лечению взрослых на формирование отношения к нему их детей. Для решения этих задач нами была разработала анкета из 11 вопросов.

В ходе реализации исследования были опрошены родители дошкольников городских и частных стоматологических поликлиник г. Ачинска и г. Санкт-Петербурга. В исследовании приняли участие 72 респондента.

**Анкета для родителей**

1. Испытываете ли вы негативные ощущения перед посещением стоматолога?

А) Да, всегда испытываю напряжение и страх

Б) Иногда испытываю лёгкую тревожность

В) Не испытываю

2. Присутствует ли негативное отношение к стоматологическому лечению у других членов семьи?

А) Да:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать у кого?)

Б) Нет

3. Испытываете ли вы негативные ощущения перед посещением стоматолога Вашего ребёнка?

А) Да, всегда испытываю напряжение и страх

Б) Иногда испытываю лёгкую тревожность

В) Не испытываю

4. Если у ребёнка есть страх перед стоматологическим лечением, укажите предполагаемую причину (ответов может быть несколько):

А) Память о боли во время и после лечения (нужное отметить):

– лечение без анестезии

– удаление зубов

– наложение девитализирующей пасты

– проведение анестезии

– осложнения стоматологического лечения

Б) Память о негативном общении с доктором

В) Негативное отношение к стоматологическому лечению в семье

Г) Ваш вариант:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Проводите ли Вы психологическую подготовку ребёнка перед посещением стоматолога?

А) Да, подготовка проводится следующим образом (нужное отметить):

– в процессе игры

– беседа о поведении на приёме

– просмотр обучающего мультфильма по данной теме

– Ваш вариант:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Б) Подготовка не проводится

6. Как часто ребёнок посещает стоматолога?

А) 3 и более раз в год

Б) 1–2 раза в год

В) Первое посещение

7. Важно ли Вам производить стоматологическое лечение ребёнка у одного доктора?

А) Да, по возможности ходим к одному доктору, потому что (нужное отметить):

– у ребёнка и доктора установлен психологический контакт

– доктор уже осведомлён о клинической ситуации в полости рта и наблюдает её в динамике

– Ваш вариант:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Б) Посещаем разных докторов

8. Укажите Ваше отношение к анестезии во время лечения?

А) Всегда предпочитаю лечиться с обезболиванием

Б) Предпочитаю анестезию только в случае крайней необходимости

В) Всегда лечусь без анестезии

9. Укажите Ваше отношение к анестезии во время лечения Вашего ребёнка?

А) Предпочитаю, чтобы ребёнка лечили под общей анестезией

Б) Предпочитаю, чтобы при лечении всегда использовали местную анестезию

В) Предпочитаю, чтобы обезболивание производилось только в случае крайней необходимости по рекомендации доктора

Г) Ребёнок всегда лечится без анестезии

10. Есть ли у ребёнка аллергии на пищевые продукты/препараты?

А) Да, имеются аллергические реакции на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Б) Аллергии нет

11. Есть ли в анамнезе (процессе жизни) заболевания и патологии, влияющие на психологический статус ребёнка?

А) Да, есть (нужное отметить):

– послеродовые травмы

– энцефалопатия

– психиатрические заболевания

– гиперактивность

– ДЦП

– проблемы со стороны органов чувств

– патологии беременности

– другие варианты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Б) Не имеется

**2.1.2 Результаты анкетирования родителей детей дошкольного возраста**

После проведения исследования среди родителей дошкольников нами были обработаны 72 анкеты и получены следующие результаты, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты исследования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопрос анкеты** | **Ответ** | **Число, %** |
| 1.Испытываете ли вы негативные ощущения перед посещением стоматолога? | А) Да, всегда испытываю напряжение и страх | 31 (43%) |
| Б) Иногда испытываю лёгкую тревожность | 32 (44,5%) |
| В) Не испытываю | 9 (12,5%) |
| 2. Присутствует ли негативное отношение к стоматологическому лечению у других членов семьи? | А) Да (указать у кого)Второй родитель | 38 (52,8%) |
| Бабушки/Дедушки | 28 (38,9%) |
| Братья/сёстры | 31 (43%) |
| Б) Нет | 30 (41,7%) |
| 3. Испытываете ли вы негативные ощущения перед посещением стоматолога Вашего ребёнка? | А) Да, всегда испытываю напряжение и страх | 48 (66,7%) |
| Б) Иногда испытываю лёгкую тревожность | 14 (19,5%) |
| В) Не испытываю | 10 (13,8%) |
| 4. Если у ребёнка есть страх перед стоматологическим лечением, укажите предполагаемую причину (ответов может быть несколько) | А) Память о боли во время и после лечения (нужное отметить): | 46 (64%) |
| – лечение без анестезии | 7 (9,7%) |
| – удаление зубов  | 25 (34,7%) |
| – наложение девитализирующей пасты | 4(5,5%) |
| – проведение анестезии | 42(58,3%) |
| – осложнения стоматологического лечения | 0(0%) |
| Б) Память о негативном общении с доктором | 25(34,7%) |
| В) Негативное отношение к стоматологическому лечению в семье | 30 (41,7%) |
| Г) Ваш вариант:– Влияние отношения сверстников – | 6 (8,3%) |
| – Влияние фильмов, в которых присутствуют дети со стоматофобией  | 1 (1,4%) |
| – Пугали формулировкой «если не будешь что-то делать, пойдём к стоматологу» | 1 (1,4%) |
| 5. Проводите ли Вы психологическую подготовку ребёнка перед посещением стоматолога? | А) Да, подготовка проводится следующим образом (нужное отметить): | 58 (80,6%) |
| – в процессе игры | 12 (16,7%) |
| – беседа о поведении на приёме | 58 (80,6%) |
| – просмотр обучающего мультфильма по данной теме | 4 (5,6%) |
| – Ваш вариант | 0 (0%) |
| Б) Подготовка не проводится | 14 (19,4%) |
| 6. Как часто ребёнок посещает стоматолога? | А) 3 и более раз в год | 1 (1,4%) |
| Б) 1–2 раза в год | 71 (98,7%) |
| В) Первое посещение | 0 (0%) |
| 7. Важно ли Вам производить стоматологическое лечение ребёнка у одного доктора? | А) Да, по возможности ходим к одному доктору, потому что (нужное отметить): | 46 (63,9%) |
| – у ребёнка и доктора установлен психологический контакт | 40 (55,6%) |
| – доктор уже осведомлён о клинической ситуации в полости рта и наблюдает её в динамике | 26 (36,1%) |
| – Ваш вариантЗнакомая обстановка в кабинете, налажен контакт с прочим медицинским персоналом, работающим с доктором | 1 (1,4%) |
| Б) Посещаем разных докторов | 26 (36%) |
| 8. Укажите Ваше отношение к анестезии во время лечения? | А) Всегда предпочитаю лечиться с обезболиванием | 45 (62,5%) |
| Б) Предпочитаю анестезию только в случае крайней необходимости | 17 (23,6%) |
| В) Всегда лечусь без анестезии | 10 (13,9%) |
| 9. Укажите Ваше отношение к анестезии во время лечения Вашего ребёнка? | А) Предпочитаю, чтобы ребёнка лечили под общей анестезией | 0 (0%) |
| Б) Предпочитаю, чтобы при лечении всегда использовали местную анестезию | 58 (80,6%) |
| В) Предпочитаю, чтобы обезболивание производилось только в случае крайней необходимости по рекомендации доктора | 13 (18%) |
| Г) Ребёнок всегда лечится без анестезии | 1 (1,4%) |
| 10. Есть ли у ребёнка аллергии на пищевые продукты/препараты? | Да, имеются аллергические реакции  | 31 (43%) |
| Цитрусовые  | 15 (20,8%) |
| Пищевые красители | 10 (13,9%) |
| Пыльца  | 8 (11%) |
| Шерсть домашних животные | 7(9,7%) |
| Местный анестетик без указания конкретного препарата  | 1 (1,4%) |
| Б) Аллергии нет | 41 (57%) |
| 10. Есть ли в анамнезе (процессе жизни) заболевания и патологии, влияющие на психологический статус ребёнка? | А) Да, есть (нужное отметить):– послеродовые травмы | 6 (8,3%) |
| 2 (2,8%) |
| – энцефалопатия | 0 (%) |
| – психиатрические заболевания | 1 (1,4%) |
| – гиперактивность | 1 (1,4%) |
| – ДЦП | 0 (%) |
| – проблемы со стороны органов чувств | 0 (%) |
| – патологии беременности | 2 (2,8%) |
| – другие варианты | 0 (%) |
| Б) Не имеется | 66 (91,7%) |

Согласно результатам анкетирования, подавляющее большинство взрослых (87,5%) испытывают негативное отношение к стоматологическому лечению (половина из которых ощущает лёгкую тревожность, половина – выраженные напряжение и страх) и лишь 9 человек из опрошенных не имеют никаких признаков стоматофобии (12,5%).

Также исследование показало, что в большинстве семей присутствуют как минимум два человека, испытывающих отрицательные эмоции при посещении стоматологического кабинета. Чаще всего, по данным анкетирования, это проявляется у другого родителя – 38 (52,8%), бабушек/дедушек – 28 (38,9%), братьев/сестёр – 31 (43%).

Большинство детей, как показало исследование, испытывают те или иные признаки стоматофобии. Напряжение и страх – 66,7% детей, лёгкую тревожность – 19,5% и лишь 13,8% не испытывают негативных эмоций.

При попытке выявить причины негативного отношения детей к лечению, большинство родителей отметили воспоминания ребёнка о боли, перенесённой на приёме и/или возникшей после него – 64%. Чаще всего анкетируемые связывали боль с проведением анестезии – 58,3% и удалением зубов (34,7%), реже – с лечением без анестезии и наложением девитализирующей пасты – 9,7% и 5,5%, соответственно. Помимо этого родители отмечают взаимосвязь стоматофобии детей с опытом негативного общения с доктором – 25 (34,7%), а также с негативным отношением к лечению в семье – 30 (41,7%). Также исследуемыми было отмечено влияние негативного отношения сверстников – 6 (8,3%), влияние фильмов и запугивание стоматологом – по 1,4%.

Итоги исследования показали, что подавляющее большинство родителей проводит психологическую подготовку ребёнка перед посещением стоматолога – 58 (80,6%). Все из них делают это в форме беседы о поведении на приёме. Часть родителей, помимо этого, подготавливают детей к походу к доктору в форме игры – 12 (16,7%), просмотра обучающего мультфильма по данной теме – 4 (5,6%). 14 родителей из опрошенных (19,4%) не проводят никакой подготовки со своими детьми.

Дети всех опрошенных родителей, исходя из их ответов, посещают стоматолога регулярно: 71 ребёнок (98,7%) – 1–2 раза в год, 1 ребёнок (1,3%) – 3 и более раз в год.

Как показало исследование, большинству родителей важно, чтобы лечение их ребёнка произодилось у одного и того же врача (63,9%). Это связано с тем, что у ребёнка уже установлен психологических контакт с доктором (55,6%); доктор осведомлён о клинической ситуации в полости рта и наблюдает её в динамике (36,1%); ребёнок комфортно ощущает себя в уже знакомой обстановке (1,4%). 36% опрошенных родителей указали, что им непринципиально производить лечение их детей у одного и того же специалиста.

В процессе исследования отношения самих анкетируемых к проведению анестезии было выявлено следующее: 62,5% опрошенных предпочитают применять обезболивание в процессе лечения всегда, 23,6% – только в случае крайней необходимости, 13,9% не применяют вообще.

По отношению же к применению анестезии при любой стоматологической манипуляции в полости рта детей 80,5% родителей высказались положительно, за применение при крайней необходимости – 18% и лишь 1,4% опрошенных отметили пункт «лечение без анестезии всегда». Ни один из опрошенных родителей не предпочёл лечение его ребёнка под общим обезболиванием.

В процессе анкетирования было выяснено, что лишь дети 8,3% опрошенных родителей имеют в анамнезе заболевания и патологии, влияющие на психологический статус: у 2,8% маленьких пациентов это связано с послеродовой травмой, у 1,4% – с психиатрическими заболеваниями и у 1,4% – с гиперактивностью.

**2.2 Проведение исследования среди детских стоматологов**

**2.2.1 Материалы и методика исследования**

Помимо анкетирования родителей, нами было проведено анкетирование среди детских стоматологов. Докторам было предложено ответить на три открытых вопроса, представленных ниже.

**Анкета для докторов**

1. Каких пациентов любят врачи?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Как влияет присутствие родителей на:

А) поведение врача:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Б) поведение ребёнка:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. В чём заключается профилактика негативного отношения ребёнка к стоматологическому лечению с точки зрения:

А) родителей:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Б) врачей:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.2 2 Результаты анкетирования детских стоматологов**

В исследовании приняли участие 65 детских стоматологов, ведущих свою деятельность в частных клиниках и городских поликлиниках г. Ачинска и г. Санкт Петербурга. Проанализировав их ответы, мы пришли к следующим выводам:

1. Врачам комфортнее всего работать с детьми, не испытывающими страха перед стоматологическим лечением, готовыми идти на контакт и подготовленными родителями путём объяснения того, как нужно себя вести на приеме у доктора. Большинство докторов в своих ответах отметили, что доля таких пациентов невелика.

2. Отвечая на вопрос о влиянии присутствия родителей на непосредственных участников лечения – доктора и ребёнка, врачи отмечают следующее: родитель всё чаще становится важным помощником в процессе проведения стоматологических манипуляций. На приёме они часто работают слюноотсосом полости рта ребёнку (особенно в городских поликлиниках ввиду отсутствия ассистентов), чем облегчают работу доктора и оказывают психологическую поддержку маленьким пациентам. При этом родители часто могут выступать в роли раздражителей и провокаторов. Они могут передавать свою тревожность детям, а также мешать доктору проводить лечение в спокойной психологической обстановке.

3. Также, по мнению докторов, основная роль в профилактике негативного отношения к стоматологическому лечению принадлежит родителям. Они, по их мнению, должны проводить регулярные беседы с детьми по поду важности стоматологического здоровья и необходимости посещения доктора, объяснения ребёнку особенностей поведения на приёме. Родителями должен формироваться дружественный образ доктора. Со стороны же докторов важно проявлять положительные эмоции на стоматологическом приёме по отношению к пациентам. Важно уделить время на объяснение ребёнку того, что ему предстоит, чтобы избежать «эффекта неожиданности» и не сформировать у ребёнка образ доктора-обманщика.

**2.3 Создание памятки для родителей пациентов
дошкольного возраста**

Исходя из двух представленных выше исследований, можно сделать выводы, что, несмотря на практически безболезненность и высокий уровень развития современной стоматологии, стоматофобия остаётся крайне актуальной проблемой в процессе лечения пациентов дошкольного возраста. Это затрудняет проведение стоматологических манипуляций, что иногда приводит к необходимости применения общего обезболивания, а также является звеном в «порочном круге» передачи страха перед посещением врача-стоматолога между сверстниками, от родителей к детям и проч.

Часто родители не догадываются, насколько важна их роль в формировании у детей положительного отношения к посещению врача-стоматолога и просто не знают, каким образом они могут на это повлиять. Доктору важно объяснить родителю, каким образом он должен подготовить ребёнка к посещению врача, на какие темы провести беседу и какие методы использовать для достижения максимального результата в различные возрастные периоды. Ввиду нехватки времени на приёме в государственных поликлиниках, нацеленности исключительно на качественное проведение стоматологических манипуляций врачи упускают этот важный этап, что, в свою очередь, не способствует формированию позитивного восприятия детьми стоматологического лечения.

Именно поэтому очень важно массово в простой и доступной форме донести до родителей, каким образом и с применением каких средств они могут подготовить своих детей к посещению кабинета врача-стоматолога. Наиболее простым, доступным и эффективным методом является создание «Памяток для родителей».

**ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ**

Подготовка детей перед посещением стоматолога необходима!

Вот несколько пунктов, выполнение которых очень важно для Вашего ребёнка.

1. Перед посещением стоматолога побеседуйте с ребёнком. Расскажите, куда Вы его ведёте и для чего. Это не должно стать неожиданностью.
2. Объясните ребёнку, как следует вести себя на приёме у доктора. Старайтесь избегать выражений «ты должен», «обязан».
3. Будьте открыты к вопросам. Постарайтесь ответить на них в дружелюбной форме.
4. Не рассказывайте о своих страхах перед стоматологом, не говорите ему о боли, которую Вам, возможно, довелось испытать у него в кресле. Постарайтесь в процессе разговора сформировать образ доктора как человека, который хочет помочь и не хочет обидеть.
5. Предупредите ребёнка, что ему может быть больно и лечение не всегда будет приятным и абсолютно безболезненным. Донесите до него, что это нестрашно.
6. Ни в коем случае не обманывайте ребёнка по поводу предстоящего лечения! Иначе он перестанет Вам верить, и это только усилит его страх.
7. Поощрите ребёнка за хорошее поведение в стоматологическом кабинете. Это может быть как похвала, так и небольшой подарок.
8. Помните, что в этом возрасте дети познают этот мир через игру. Проявите фантазию: используйте подручные средства, игровые стоматологические наборы или просто разыграйте сценку, в которой будете участвовать вместе.
9. На приёме сотрудничайте с доктором, постарайтесь прислушиваться к его советам и рекомендациям. Сделать ребёнка здоровым – ваша общая цель!
10. Улыбайтесь. ☺

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Основной целью данного исследования являлось комплексное изучение вопроса детской стоматофобии и предложение одного из путей решения данной проблемы. В ходе работы было разработано практическое руководство (памятка) для родителей, которая поможет правильно подготовить ребёнка к походу к стоматологу, а также скорректировать его психоэмоциональный статус и снять имеющееся напряжение перед этим событием.

Для достижения этой цели были выполнены следующие задачи:

1. Обозначены существующие подходы к трактовке понятия и специфики стоматологического приема детей;
2. Выявлены ключевые аспекты психологического состояния ребенка на стоматологическом приеме;
3. Описан современный взгляд на причины нарушения психологического состояния ребенка на стоматологическом приеме;
4. Исследован современный взгляд на подготовку детей к санации полости рта;
5. Составлен опросник для выявления отношения детей и родителей к стоматологическому вмешательству, а также опросник для детских врачей-стоматологов;
6. Определены респонденты, проведено анкетирование и проанализированы полученные результаты;
7. Сформирована памятка для родителей на основе данных, полученных в ходе исследования.

В ходе работы были изучены существующие научные источники, посвящённые исследованию и анализу деталей стоматологического приема детей: специфика, психологические аспекты, современное обоснование тревожных состояний перед приемом стоматолога и во время этого приема. Данная проблематика широко освещена в литературе, но, к сожалению, наряду с подробным описанием существующих трудностей и подробной классификацией их проявлений, пути решения освещены в недостаточном объёме.

В ходе анализа данных, полученных при анкетировании родителей дошкольников и детских врачей-стоматологов, было выявлено, что, несмотря на практически безболезненность и высокий уровень развития современной стоматологии, стоматофобия остаётся крайне актуальной проблемой в процессе лечения пациентов дошкольного возраста. Чаще всего это связано с наличием страха перед стоматологом у ближайшего окружения ребёнка: родителей, бабушек, дедушек, сестёр, братьев и сверстников.

Также в ходе анкетирования докторов было выявлено, что многие дети просто не подготовлены к визиту к врачу. Их пугает не только страх боли, но и неизвестность. Потому крайне важно со стороны родителя, прежде чем посетить кабинет стоматолога со своим ребёнком, подготовить его к этому. Для того чтобы напомнить взрослым о важности этого этапа нами была разработана памятка для родителей. В ней даны рекомендации, а также описаны методы подготовки ребёнка к посещению доктора.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. 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
2. Алимский, А. В. Мониторинг эпидемиологии стоматологических заболеваний у детей / А. В. Алимский // Материалы XVI Всероссийской научно-практической конференци. – Москва, 2006. – С. 10–12.
3. Арефьева, Т. А. Преодоление страхов у детей / Т. А. Арефьева, Н.И. Галкин. – М., Психотерапия, 2009. – 250 с.
4. Арутюнов, С. Д. Новые возможности профилактики и лечения начальных форм кариеса у детей младшего возраста / С. Д. Арутюнов, М. Г. Свердлова, 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. Стратегия ведения амбулаторного приема детского врача-стоматолога и факторы, влияющие на поведение ребенка в стоматологическом кабинете // Фундаментальные исследования. – 2012. – №12. – С. 27–30.
7. Берлов, А. В. Управление поведением ребенка на приеме у врача-стоматолога / А. В. Берлов // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2010. – С. 67–69.
8. 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.
9. Брусницына, Е. В. Клиническое обоснование прифилактики кариеса преждевременно прорезавшихся премоляров : дис. … канд. мед. наук / Е. В. Брусницына; УГМА. – Екатеринбург, 2010. – 127 с.
10. Васянина, А. А. Лечение зубов у детей с негативным отношением к стоматологическим манипуляциям: автореф. дис. ...канд. мед.наук / А. А. Васянина .– СПб., 2008. – 17 с.
11. Гринькова, И. Ю. Оценка соматического статуса пациента и снижение риска осложнений в стоматологической практике: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. Ю. Гринькова. – Екатеринбург, 2002. – 26 с.
12. Дорошина, В. Ю. Стоматологическая диспансеризация студентов московских вузов и пути повышения ее эффективности / В. Ю. Дорошина, И. М. Макеев // Стоматология (Т. 89). – 2010. – № 1. – С. 7–9.
13. 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.
14. Елесеева // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2013. – Т. 12, № 4. – С. 67–69.
15. 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.
16. 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.
17. Еникеев, Д. А. Вегетативное обеспечение деятельности пациентов в обстановке стоматологического кабинета в эмоциональнонейтральной ситуации / Д. А. Еникеев, П. И. Петров, А. Р. Шафиков, Л. В. Шафикова //Российский стоматологический журнал. – 2006 – №4. – С.20 –24.
18. Жардецкий, Л. Ф. Медицинская эффективность зубных паст R.O.C.S. в улучшении стоматологического статуса младших школьников / Л. Ф. Жардецкий, Л. Ф. Жугина, В. В. Новикова, А. С. Русак, Н. И. Щур // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2011. – № 1. – С. 43–47.
19. Захаров А.И. Психопрофилактические аспекты возрастной динамики страхов у детей и подростков // Сб. науч. тр. / Ленин, н.-и. психон. ин-т. – 1983. – Т. 103. – С. 17–21.
20. Золотусский, А. Г. Особенности санации полости рта детей младшего возраста в условиях седации с сохраненным сознанием / А. Г. Золотусский, Р.В. Фадеева, Р. В. Карасева // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2012. – Т. 11, № 2. – С. 34–37.
21. Золотусский, А. Г. Применение седации с сохраненным сознанием для санации полости рта у детей младших возрастов / А. Г. Золотусский, Р.В. Фадеева, Р. В. Карасева // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2011. – Т. 10, № 3. – С. 3–6.
22. Казакова, А. А // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2004. – Т. 3, № 3. – С. 28–30.
23. Каменнова, Т. Н. Мотивация родителей к стоматологической профилактике и лечению ребенка раннего возраста /Т. Н. Каменева, Е. Е. Маслак, Н. В. Рождественская и др. //Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН и Администрации Волгоградской обл. – 2005. – № 3–4. – С. 61–62.
24. 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. – №3. – С. 7–11.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. Кулаков, А. К. Современные возможности реализации профилактического направления стоматологии в России / А. К. Кулаков, О. Г. Авраамова, А. Г. Колесник // Казанский медицнский журнал. – 2011. – Т. 92, № 5. – С. 735–737.
30. Леус, П. А. Европейские индикаторы стоматологического здоровья детей школьного возраста / П.А. Леус, Н. А. Юдина // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2005. – С. 64–67.
31. 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.
32. Литвак, М. Е. Если хочешь быть счастливым: руководство по психотерапии и психологии общения / М. Е. Литвак. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2013. – 603 с.
33. Лукиных, Л. М. Иммунологические аспекты применения препарата «Ммудон» в комплексной терапии кариеса зубов у детей и подростков / Л М. Лукиных, Е. В. Китаева, М. И Заславская // Стоматология. – 2010. – № 2. – С. 60–62.
34. 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.
35. Новикова, В. П. Модель прогноза течения кариеса у детей / В. П. Новикова, Н. В. Шабашова, Б. Т. Мороз, М. М. Костик // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2011. – Т. 10, № 3. – С. 26–33.
36. 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.
37. Парукова, Л. В. Специфика психологической природы тревожности у детей дошкольного возраста / Л. В. Парукова // Фундаментальные исследования. – 2005. – № 1. – С. 88–89.
38. 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. – М., 2013. – С. 243–244.
39. Романчук, Е. В. Стоматологический статус и эффективность санации полости рта у учащихся первого класса / Е. В. Романчук // Вестник ВолГМУ. – 2010. – № 3. – С. 80–83.
40. 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.
41. Русакова, Е. Ю. Эффективность проведения лечебнопрофилактических 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.
42. 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.
43. 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 И. В.; УГМА. – Екатеринбург, 2008. – 21 с.
44. Сакадынец, А. О. Нарушение прикуса и особенности его коррекции при сколиозе / А. О. Сакадынец // Современная стоматология. – 2007. – № 2. – С. 78–79.
45. 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. – СПб., 2017. – С. 65–68.
46. Севбитов, А. В. Практические аспекты коррекции стоматофобии / А. В. Севбитов, И. М. Макеева, А. С. Брызгалов // Проблемы стоматологии. – М., 2014.– С. 5–9.
47. 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. Л. П. Кисельниковой, Л. Н. Дроботько. – М.: МГМСУ; Ремдер, 2014. –
С. 80–83.
48. Селиванова, Е. В. Оказание терапевтической и ортодонтической помощи детям в условиях частной практики в США // Современная стоматология. – №2. – 2007. – С. 24–27.
49. 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.
50. Скрипкина, Ю. В. Взаимосвязь физико-химических параметров ротовой жидкости кариесрезистентных детей / Г. И. Скрипкина // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2011. – Т. 10, № 3. – С. 22–25.
51. Соловьев, А. М Исследование стоматологических заболеваний «Цепростом» – VOCO с участием гигиениста стоматологического / О. Г.Авраамова, Соловьев А. М // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2007. – № 4. – С. 63–67.
52. Сосульникова, Е. А. Особенности синдрома эмоционального выгорания детских врачей-стоматологов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. А. Сосульникова. – М., 2011. – 200 с.
53. 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. – М., 2012. – 193 с.
54. 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.
55. Ткачук, О. Е. Особенности оперативного лечения кариеса молочных зубов / О. Е. Ткачук, Н. В. Ходоровская // Дентал Юг. – 2008. – Т. 58, № 9. – С.30–32.
56. Токарева, А. В. Повышение эффективности санации детей с кариесом раннего возраста в условиях общего обезболивания : автореф. дис. … канд. мед. наук : 14.01.14 / Токарева А. В. – М., 2012. – 24 с.
57. Улитовский, С. Б. 3D Excel новое слово в электрических зубных щетках / С. Б. Улитовский // Маэстро. – 2003. – № 2. – С. 54–58.
58. 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. –С. 70–73.
59. 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.
60. 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.
61. Федоров, Ю. А. Профилактика кариеса зубов: очередной миф или реальность? / Ю. А. Федоров, Т. Ю. Соболева // Клиническая стоматология. – С. 66–68.
62. Фурсик, Н. В. Куюмджиди, Н. Н. Климова, А. А. Лавров // Институт стоматологии. – 2005. – № 3. – С. 82–85.
63. Харитоновой М.П Значение гигиенического состояния зубов и возраста детей для профилактики кариеса жевательной поверхности молочных моляров / А. Ф. Хамзина // Стоматология сегодня. – 2005. – № 9. – С. 3.
64. 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.
65. Чупров, Л. Ф. Дидактические аспекты санитарногигиенического и психологического просвещения / Л. Ф. Чупров, О. Г. Бухаркина // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. – 2012.– № 11. – С. 92–97.
66. Шакурова, Е. С. Коммуникативные приемы управления поведением пациентов в повседневной практике врача (на примере врача – стоматолога) / Е. С. Шакурова. – Процессы стоматологии. – 2012. – №2. – С. 14–17.
67. Шевченко, О. В. Стоматология детского возраста и профилактика / О. В. Шевченко. – 2011. – Т. X, № 3. – С. 7–11.
68. Янушевич, О. О. Стоматологическая заболеваемость населения России / О. О. Янушевич, Э. М. Кузьмина, И. Н. Кузьмина. – Москва, 2017. – 10 с.
69. Berlov, A. V. Psychology and deontology in dentist’s work with children / A. V. Berlov, L. F. Chuprov, A. A. Kostrigin // International Journal Of Applied And Fundamental Research. – 2016. – № 2. – URL: [www.science-sd.com/464-25137](http://www.science-sd.com/464-25137).