

УДК 616.31 – 07 : 616.89 – 008.454 – 053.2

© Н.В. Тарасова, В.Г. Галонский

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»*

г. Красноярск, Россия

ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ ЖАЛОБ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Аннотация. Статья посвящена анализу достоверности жалоб на стоматологическую патологию детей-инвалидов с различной степенью умственной отсталости. На основании проведенного исследования выявлено, что с увеличением тяжести недоразвития интеллектуальной сферы достоверность жалоб снижалась с 73,38 % до 0,7 %. Доказано, что обоснованность жалоб у умственно отсталых детей прямо пропорционально зависит от степени интеллектуального дефицита и психиатрического статуса на момент приема у врача-стоматолога. Наглядно показано и теоретически обосновано, что главенствующую роль в диагностике стоматологических заболеваний у умственно отсталых детей следует отводить объективным данным (осмотру, пальпации, рентгенологическому исследованию зубов, лабораторным методам исследования: общеклинический и биохимический анализы крови и др.), а субъективный метод обследования (сбор жалоб) у данной категории больных носит второстепенный характер в диагностическом процессе.

Ключевые слова: умственно отсталые дети, дети-инвалиды, субъективные методы диагностики.

© N.V. Tarasova, V.G. Galonsky

Krasnoyarsk State Medical University named after V.F. Voino-Yasenetsky

Krasnoyarsk, Russia

ASSESSMENT OF COMPLAINTS CREDIBILITY FOR DENTAL PATHOLOGY IN DISABLED CHILDREN WITH VARYING DEGREES OF MENTAL DEFICIENCY

Abstract. This article analyzes the validity complaints about dental pathology of disabled children with varying degrees of mental retardation. Based on this study found that with increasing severity of hypoplasia of the intellectual sphere reliability complaints decreased from 73.38% to 0.7%. It is proved that the validity of the complaints of mentally retarded children is directly proportional to the degree of intellectual deficits and psychiatric status at the time of the visit to the dentist. It is shown and theorized that the major role in the diagnosis of dental disease in mentally retarded children should be given to the objective data (inspection, palpation, X-ray study of teeth, laboratory methods: physical and biochemical blood tests, etc.), and the subjective survey method (collecting complaints) in these patients is secondary to the diagnostic process.

Key words: mentally retarded children, children with disabilities, subjective methods of diagnosis.

Правильная диагностика стоматологической патологии является основой для назначения адекватного лечения заболевания. Основным принципом диагностики – оценка состояния стоматологического здоровья пациента в целом, а не отдельно взятой болезни (кариес, болезнь пародонта, заболевание слизистой оболочки полости рта) [5, 7]. Важным этапом диагностических мероприятий является опрос больного, в ходе которого проводят сбор жалоб, побудивших обратиться за стоматологической помощью. Особенности практики стоматологии детского возраста заключаются в том, что врач должен осуществлять критическую оценку представленных ребенком жалоб и, в случае необходимости, корректировать и дополнять эти данные путем опроса родителей пациента. При этом в ходе работы с детьми и их родителями необходимо использовать гибкий и деликатный подход в общении вместо абсолютного давления [1, 4]. Л.С. Персин с соавт. (2006) утверждали, что обследование ребенка с целью диагностики заболеваний полости рта нередко представляет большие трудности, в этой связи важно учитывать его психолого-эмоциональные особенности. Авторы считают, что детский врач-стоматолог должен владеть аспектами детской психологии, и обязан найти коммуникативный контакт с пациентом, заручиться его доверием и сделать его своим «союзником». Только при выполнении данного условия диагностические мероприятия будут достоверными и назначенное лечение эффективным [6].

По мнению американских ученых, в управлении поведением маленьких пациентов должен участвовать весь персонал стоматологической клиники, но не менее важен интерьер и оборудование комнаты ожидания и лечебного кабинета (яркие цвета, детская мебель, игрушки т.д.). Понимание того, что и как сказать – это основа устного общения с детьми. Р.Е. Мак-Дональд с соавт. (2003) предлагают начать общение с комплементов, за которыми последуют вопросы о самочувствии пациента. Доброжелательный подход,

терпеливость и лабильность в общении медицинского персонала с маленьким пациентом позволяют установить позитивный контакт с ребенком, что обеспечивает достоверность сбора жалоб и положительное отношение к лечебным мероприятиям [3].

Таким образом, организационно-технологические и психолого-педагогические приемы, обеспечивающие достоверность и полноту сбора жалоб у детей и подростков на стоматологическом приеме разработаны в достаточной мере [1, 2, 8, 9, 10 и др.]. Вместе с тем в отечественной и зарубежной научно-методической литературе отсутствуют сведения об особенностях проведения и эффективности данной диагностической манипуляции у детей-инвалидов, имеющих врожденную умственную отсталость различной степени тяжести.

Цель работы – оценить достоверность жалоб на стоматологическую патологию детей-инвалидов с различной степенью умственной отсталости.

Материалы и методы. Работа основана на опыте оказания стоматологической помощи умственно отсталым индивидуумам, в возрасте от 4 до 18 лет, стационарно проживающим в специализированных психоневрологических домах-интернатах №3, №4 г.Красноярска. Обследованный контингент составил 450 человек. Воспитанники детских специализированных учреждений согласно возрастной периодизации, принятой Международным симпозиумом по возрастной периодизации (1965), были разделены на возрастные группы, представленные в табл. 1.

Таблица 1

Возрастно-половой состав обследуемого контингента

| Возрастные группы (лет) | Мальчики | | Девочки | | Оба пола | |
|-------------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| | абсолютное число | удельный вес, % | абсолютное число | удельный вес, % | абсолютное число | удельный вес, % |
| 4–7 | 51 | 23,83 | 56 | 23,73 | 107 | 23,78 |
| 8–11 | 60 | 28,04 | 64 | 27,12 | 124 | 27,58 |
| 12–15 | 56 | 26,17 | 61 | 25,85 | 117 | 26,01 |
| 16–18 | 47 | 21,96 | 55 | 23,30 | 102 | 22,63 |

| | | | | | | |
|--------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| Всего: | 214 | 47,56 | 236 | 52,44 | 450 | 100,0 |
|--------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|

Данные психиатрического диагноза выкопированы из историй болезни (развития) детей, в зависимости от которого все дети были разделены на четыре группы. Структура психиатрического статуса обследованного контингента представлена в табл. 2. Количественная характеристика первичной обращаемости исследуемого контингента больных к врачу-стоматологу представлена в табл. 3.

Таблица 2

Структура обследуемого контингента по психиатрическому статусу

| Диагноз | Группа | Количество обследованных | |
|--|--------|--------------------------|-----------------|
| | | абсолютное число | удельный вес, % |
| Умственная отсталость легкая (F-70) | 1 | 30 | 6,67 |
| Умственная отсталость умеренная (F-71) | 2 | 150 | 33,33 |
| Умственная отсталость тяжелая (F-72) | 3 | 70 | 15,56 |
| Умственная отсталость глубокая (F-73) | 4 | 200 | 44,44 |
| Всего: | | 450 | 100 |

Таблица 3

Количественная характеристика первичных посещений у детей с различной степенью умственной отсталости

| Диагноз | Количество первичных посещений | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|------|-------|-------|--------|
| | Возрастные группы (лет) | | | | Всего: |
| | 4–7 | 8–11 | 12–15 | 16–18 | |
| Умственная отсталость легкая | 453 | 519 | 635 | 562 | 2169 |
| Умственная отсталость умеренная | 1887 | 1902 | 2140 | 1956 | 7885 |
| Умственная отсталость тяжелая | 837 | 1089 | 1201 | 1116 | 4243 |
| Умственная отсталость глубокая | 2151 | 3581 | 4456 | 4480 | 14779 |
| Итого: | 5328 | 7091 | 8543 | 8114 | 29076 |

Стоматологическое обследование пациентов проводили с соблюдением этапов и принципов схемы, рекомендованной ВОЗ (1995). Опрос пациентов для выявления жалоб выполняли в виде интервьюирования, с соблюдением разработанных нижеперечисленных рекомендаций.

Особенности проведения опроса при сборе жалоб и анамнеза у детей с умственной отсталостью следующие.

1. Речь врача-стоматолога должна быть спокойной, говорить следует медленно.
2. Необходимо выделение голосом тех фраз, на которых ребенок должен сосредоточить внимание.
3. Построение вопросов должно соответствовать умственным способностям пациента.
4. В беседе следует употреблять простые, понятные ребенку термины.
5. Необходимо многократное повторение вопроса для лучшего понимания и концентрации внимания ребенка на вопросе.
6. Задав первый вопрос пациенту, необходимо предоставить ему возможность свободно говорить в течение нескольких минут. В это время осуществляется наблюдение за тем, как говорит больной, и тем, что он при этом пытается выразить, наблюдение помогает решить, как строить последующий опрос.
7. Необходимо обращать внимание на жесты и мимику больного.
8. При отказе беседовать с врачом-стоматологом, общение следует проводить через доверенное лицо (воспитателя или социального работника), которое выступает в роли посредника (передатчика информации), при этом вопросы врача сопровождающий передает ребенку.
9. Следует подбадривать пациента и хвалить за ответы на поставленный вопрос.
10. Полезна наглядная демонстрация больного зуба рукой пациента. Для подтверждения достоверности пациент берет палец врача и им показывает на патологический очаг.
11. Необходимо объяснение всех манипуляций врача и демонстрация безопасности инструментария для пациента. Если имеется возможность,

следует дать потрогать либо поддержать больному ребенку инструмент (только зеркало).

Достоверность жалоб определяли на основании их соответствия объективным данным клинической картины соответствующей нозологической формы стоматологической патологии. Информация, полученная от больного ребенка в ходе опроса, дополнялась информацией от сопровождающего. Обслуживающий персонал (воспитатель, социальный работник, младшая медицинская сестра по уходу за больными детьми) находятся с детьми в течение 12–24 часов и отмечают малейшие изменения в поведении (нарушения сна, аппетита), психическом состоянии (агрессивность, апатия и т.д.) воспитанников.

Результаты клинических исследований фиксировались в карте обследования ребенка, в которой кроме стоматологического статуса отмечали паспортные данные, особенности течения антенатального и постнатального периода, физическое и психическое развитие ребенка, перенесенные заболевания. Данные сведения были получены путем выкопировки из истории болезни (развития), в которой были ранее зафиксированы все изменения психики и состояния внутренних органов и систем не менее 2-х раз в год в соответствие со стандартной схемой наблюдения детей с психическими заболеваниями. Полученную информацию регистрировали в компьютерной базе, после чего производили ее статистическую обработку. На основании полученных абсолютных величин рассчитывали относительные (интенсивные и экстенсивные коэффициенты) и средние величины. Вычисления выполняли с использованием электронных таблиц Excel, а также пакета статистических программ IBM Statistics 19,0 для среды Windows.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что для успешного проведения диагностических и лечебных мероприятий у умственно отсталых пациентов предварительно надлежит обеспечить соблюдение необходимых нижеперечисленных организационных требований.

1. Стоматологический кабинет для приема детей с психическими расстройствами должен был рассчитан на одно рабочее место.

2. Помещение, где проводят лечебные манипуляции, должно быть в достаточной степени звуконепроницаемым, так как беседа с больным не должна прерываться посторонними звуковыми эффектами.

3. Необходимо исключить фактор ожидания приема, определить четкое время стоматологического лечения, оптимальное для каждого пациента.

4. Стоматологическую помощь умственно отсталым детям необходимо оказывать только в присутствии младшей медицинской сестры по уходу за больными детьми (воспитателя группы), при необходимости на приеме должны присутствовать медицинская сестра отделения, врач-психиатр, врач-педиатр.

5. Перед стоматологическим приемом необходимо определить состояние психического статуса пациента в данное время, уточнить принимаемые лекарственные препараты, влияющие на поведение и восприятие окружающей действительности.

6. Прежде чем приступить к опросу, необходимо объяснить ребенку, зачем он находится в стоматологическом кабинете, как будет проходить беседа.

7. Необходимо дать четкие инструкции по правилам поведения в стоматологическом кресле, но не списком, а в соответствии с очередностью их выполнения.

8. Необходимо сформировать позитивное, доверительное отношение к лечащему врачу-стоматологу.

В течение всего опроса одна из важных задач заключается в том, чтобы удерживать умственно отсталого пациента в рамках соответствующей темы, возвращая разговор к ней, когда он от нее уклоняется. При этом рекомендуется, как можно меньше прибегать к наводящим или общим вопросам (наводящий вопрос уже заключает в себе намек на ответ; общий вопрос предполагает односложный ответ – лишь «да» или «нет», – такая информация будет неполной). В ходе беседы необходимо выяснить, как ребенок ориентируется в месте, времени, пространстве, чтобы при сборе жалоб заболевания объективно оценивать получаемые ответы.

Пациенты с диагнозом «Умственная отсталость легкая» предъявляли жалобы на стоматологическую патологию, четко указывая на пораженный зуб. Их жалобы в 73,38 % случаев соответствовали клинической картине заболевания. С увеличением возраста пациентов достоверность жалоб увеличивалась и достигала максимального значения в 16–18 лет, составляя 83,45 %. Данные результаты обусловлены тем, что у детей и подростков с легкой степенью умственной отсталости сохранно конкретное мышление. Они способны ориентироваться в практических ситуациях, у большинства эмоционально-волевая сфера более сохранна, чем познавательная, в связи с этим достоверность жалоб у данной категории пациентов незначительно отличалась от достоверности жалоб детей и подростков с нормальным развитием интеллекта. Отсутствие в 14,62 % случаев жалоб у детей данной группы было обусловлено наличием различных фобий: ксенофобии, панфобии, антропофобии, гаптофобии, дентофобии (табл. 4).

Анализ достоверности жалоб у детей и подростков с легкой степенью интеллектуального дефицита

| Возрастные группы, лет | Характеристика жалоб | | | | | |
|------------------------|----------------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|
| | объективны | | необъективны | | отсутствовали | |
| | абсолютное число | % | абсолютное число | % | абсолютное число | % |
| 4–7 (n*=453) | 278 | 61,37 | 50 | 11,04 | 125 | 27,59 |
| 8–11 (n=519) | 364 | 70,13 | 77 | 14,84 | 78 | 15,03 |
| 12–15 (n=635) | 499 | 78,58 | 76 | 11,97 | 60 | 9,45 |
| 16–18 (n=562) | 469 | 83,45 | 57 | 10,14 | 36 | 6,41 |

* – количество первичных посещений за исследуемый период времени

У детей с диагнозом «Умственная отсталость умеренная» познавательные возможности резко снижены: грубо нарушены моторика, сенсорика, память, внимание, мышление, коммуникативная функция речи, неспособность к самостоятельному понятийному мышлению. Имеющиеся понятия носят преимущественно бытовой характер, диапазон которых очень узок, речевое развитие примитивно. Данные особенности развития интеллектуальной сферы влияют на достоверность жалоб предъявляемых на стоматологическую патологию, которая составила 56,51 %. Жалобы были необъективны в 28,20 % случаев, причем возраст пациентов не оказывал значительного влияния на данный показатель, в возрасте 4–7 лет недостоверность жалоб на патологию зубочелюстного аппарата составила 27,03 %, а в 16–18 лет – 28,27 % (табл. 5).

Анализ достоверности жалоб у детей и подростков с умеренной степенью умственной отсталости

| Возрастные группы, лет | Характеристика жалоб | | | | | |
|------------------------|----------------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|
| | объективны | | необъективны | | отсутствовали | |
| | абсолютное число | % | абсолютное число | % | абсолютное число | % |
| 4–7 (n*=1887) | 873 | 46,26 | 510 | 27,03 | 504 | 26,71 |
| 8–11 (n=1902) | 1065 | 55,99 | 571 | 30,02 | 266 | 13,99 |
| 12–15 (n=2140) | 1322 | 61,78 | 578 | 27,47 | 204 | 9,7 |
| 16–18 (n=1956) | 1213 | 62,01 | 553 | 28,27 | 190 | 9,73 |

* – количество первичных посещений за исследуемый период времени

Проведя анализ причин влияющих на достоверность жалоб данной категории пациентов, выявили следующие особенности.

1. Под словом «боль» ребенок выражал свои субъективные ощущения на наличие кариозной полости (зуб с кариозной полостью отличается от других зубов, и, следовательно, по его мнению, он болит).

2. 9,5 % пациентов предъявляли жалобы на боли и указывали на зуб, удаленный какое-то время назад, что свидетельствовало о сохранении в памяти ребенка негативных воспоминаний (иллюзия больного зуба).

3. Для индивидуумов с умеренным недоразвитием интеллекта в 40,08 % случаев был характерен «Синдром патологического фантазирования», т.е. наличие патологических фантазий, в содержании которых четко прослеживались мотивы самоутверждения за счет наличия несуществующих заболеваний и необходимости их лечения. При отказе врача-стоматолога от проведения осмотра и лечебных манипуляций такие пациенты нередко входили в состояние агрессии (аффекта). В таких ситуациях было необходимо выслушать больного, провести осмотр и убедить пациента, что он здоров, но должен подойти через какое-то время (желательно как можно более длительное) для осмотра. Эта категория больных – так называемые «постоянные пациенты», которых не стоит отталкивать, а необходимо скорректировать совместно с психологом (педагогом) путем проведения воспитательной и психолого-педагогической работы, направленной на преодоление недостатков развития психики.

4. Для воспитанников детских домов-интернатов свойственен дефицит общения. Проявление данного состояния у детей с диагнозом «Умственная отсталость умеренная» на стоматологическом приеме наблюдали в 35,8 % случаев. Пациенты данной категории предъявляют несуществующие жалобы для восполнения данного дефицита, так как на приеме у врача-стоматолога

все внимание уделяется только пациенту, его слушают, с ним разговаривают и т.д. Такие дети, как правило, старались вызвать жалость и сочувствие, они настаивали на последующих приемах. Решение данной проблемы было наиболее эффективным путем применения индивидуальных уроков гигиены полости рта. Ребенку уделяли время и внимание, он получал новые знания и приобретал мануальные навыки.

При анализе достоверности предъявляемых жалоб на стоматологическую патологию детьми третьей группы («Умственная отсталость тяжелая») выявлено, что в 73,43 % случаев пациенты не предъявляли жалоб на болевые ощущения. При проведении опроса трудности общения заключались в наличии различных речевых расстройств: малый словарный запас, состоящий, как правило, из существительных и глаголов, дизартрия, афазии и др. У данной категории пациентов нарушены (не развиты) эмоциональные реакции, связанные с общим самочувствием, нарушена ориентировка в себе, времени, пространстве. Все эти особенности развития создают дополнительные трудности для диагностики стоматологической патологии (табл. 6).

Таблица 6

Анализ достоверности жалоб у индивидуумов с тяжелой степенью умственной отсталости

| Возрастные группы, лет | Характеристика жалоб | | | | | |
|------------------------|----------------------|------|------------------|-------|------------------|-------|
| | объективны | | необъективны | | отсутствовали | |
| | абсолютное число | % | абсолютное число | % | абсолютное число | % |
| 4–7 (n*=837) | 56 | 6,69 | 169 | 20,19 | 612 | 73,12 |
| 8–11 (n=1089) | 77 | 7,07 | 216 | 19,84 | 796 | 73,09 |
| 12–15 (n=1201) | 89 | 7,41 | 227 | 18,90 | 885 | 73,69 |
| 16–18 (n=1116) | 81 | 7,26 | 211 | 18,91 | 824 | 73,83 |

* – количество первичных посещений за исследуемый период времени

У индивидуумов с диагнозом «Умственная отсталость глубокая» значительно ограничены познавательные возможности. Больные практически

не способны понимать обращенную к ним речь, не узнают людей, ухаживающих за ними, не отличают съедобного от несъедобного (могут поедать несъедобные предметы), не имеют представлений о пространственных отношениях. Их речь не сформирована (больные издают лишь нечленораздельные звуки) или состоит из нескольких простейших слов. Значительно недоразвиты моторные функции, в связи с чем, многие из пациентов не могут самостоятельно стоять и ходить. Дети этой группы не могут предъявлять жалобы. О болевом симптоме свидетельствует изменение поведения ребенка (отказ от приема пищи, возбуждение, плаксивость, нарушение сна, агрессия и т.д.). Эти изменения в поведении фиксируются обслуживающим персоналом (воспитателем, социальным работником), воспитанника консультируют врачи медицинской части детского дома (педиатр, психиатр, стоматолог, отоларинголог), на основании данных осмотра выставляют диагноз и проводят соответствующее лечение.

Выводы. На основании проведенного исследования установлено, что достоверность предъявляемых жалоб на стоматологическую патологию у умственно отсталых детей прямо пропорционально зависит от степени интеллектуального дефицита и психиатрического статуса на момент приема у врача-стоматолога. С увеличением тяжести недоразвития интеллектуальной сферы достоверность жалоб снижается с 73,38 % до 0,7 %.

Главенствующую роль в диагностике стоматологических заболеваний у умственно отсталых детей следует отводить объективным данным (осмотру, пальпации, рентгенологическому исследованию зубов, лабораторным методам исследования: общеклинический и биохимический анализы крови и др.), а субъективный метод обследования (сбор жалоб) у данной категории больных носит второстепенный характер в диагностическом процессе.

Список литературы:

1. *Камерон А., Уидмера Р.* Справочник по детской стоматологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 288 с.
2. *Курякина Н.В.* Стоматология детского возраста: учебник. – М.: ООО Мед. информ. агентство, 2006. – 632 с.
3. *Мак-Дональд Р.Е., Эйвери Д.Р.* Стоматология детей и подростков. – М.: МИА, 2003. – 766 с.
4. *Райт Д., Старки П.Э., Гарднер Д.Э.* Управление поведением детей на стоматологическом приеме. – М. МЕДпресс-информ, 2008. – 304 с.
5. *Семенова Н.Д., Кудрявая Н.В., Журули Н.Б.* Психологические исследования в стоматологии // Стоматология. – 1999. – № 6. – С. 57–64.
6. Стоматология детского возраста: учебник / под ред. *Л.С. Персина.* – М.: Медицина, 2006. – 640 с.
7. *Юдина Н.А., Азаренко В.И.* Основные и дополнительные методы обследования пациента на приеме врача-стоматолога: учеб.-метод. пособие. – Минск.: БелМАПО, 2006. – 25 с.
8. *Chambers D.W.* Behavior management techniques for pediatric dentists: an embarrassment of riches // *J. Dent. Child.* – 1977. – Vol. 44. – P. 30–34.
9. *Greenbaum P.E.* Dentist's voice control: effects on children's disruptive behaviors // *Health Psychol.* – 1990. – Vol. 9. – P. 546–558.
10. *Sanders B.J.* Managing patients who have seizure disorders: dental and medical issues / B.J. Sanders, J.A. Weddell, N.N. Dodge // *J. Am. Dent. Assoc.* – 1995. – Vol. 126. – P. 1641–1647.

REFERENCES

1. Kameron A., Uidmera R. *Spravochnik po detskoj stomatologii* [Child dentistry guide]. Moscow: MEDpress-inform, 2003, 288 p.
2. Kuryakina N.V. *Stomatologiya detskogo vozrasta: Uchebnik* [Child dentistry: Textbook]. Moscow: OOO Med. inform. agency, 2006, 632 p.
3. Mak-Donal'd R.E., Eyveri D.R. *Stomatologiya detey i podrostkov* [Child and teenager`s dentistry]. Moscow: MIA, 2003, 766 p.
4. Rayt D., Starki P.E., Gardner D.E. *Upravlenie povedeniem detey na stomatologicheskom prieme* [Regulation of children`s behavior at a dental visit]. Moscow: MEDpress-inform, 2008, 304 p.
5. Semenova N.D., Kudryavaya N.V., Zhuruli N.B. Psikhologicheskie issledovaniya v stomatologii. *Stomatologiya* [Dentistry]. 1999, no. 6, pp. 57–64.
6. *Stomatologiya detskogo vozrasta: Uchebnik.* Ed. *L.S. Persina* [Child dentistry: Textbook]. Moscow: Medicine, 2006, 640 p.
7. Yudina N.A., Azarenko V.I. *Osnovnye i dopolnitel'nye metody obsledovaniya patsienta na prieme vracha-stomatologa: Ucheb-metod posobie*

[Basic and additional methods of examination of a patient at a dental visit: Study guide]. Minsk: BelMAPO, 2006, 25 p.

8. Chambers D.W. Behavior management techniques for pediatric dentists: an embarrassment of riches. *J. Dent. Child.* 1977, Vol. 44, pp. 30–34.

9. Greenbaum P.E. Dentist's voice control: effects on children's disruptive behaviors. *Health Psychology.* 1990, Vol. 9, pp. 546–558.

10. Sanders B.J., Weddell J.A., Dodge N.N. Managing patients who have seizure disorders: dental and medical issues. *J. Am. Dent. Assoc.* 1995, Vol. 126, pp. 1641–1647.

Тарасова Наталья Валентиновна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры-клиники стоматологии детского возраста и ортодонтии ГБОУ ВПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: tarasovastom1@mail.ru;

Галонский Владислав Геннадьевич – доктор медицинских наук, доцент кафедры-клиники стоматологии детского возраста и ортодонтии ГБОУ ВПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации, ведущий научный сотрудник НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск. E-mail: gv73@bk.ru.

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации. 660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д.1.

Tarasova Natalya Valentinovna – Candidate of Medical Science, associate professor of the department - clinic of child dentistry and orthodontics, Krasnoyarsk State University of Medicine named after V.F. Voino-Yasenetsky. E-mail: tarasovastom1@mail.ru;

Galonsky Vladislav Gennadyevich –Doctor of Medical Science, associate professor of the department - clinic of child dentistry and orthodontics, Krasnoyarsk State University of Medicine named after V.F. Voino-Yasenetsky, leading researcher of the Research Institute of Medical Problems of the North (Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences), Krasnoyarsk. E-mail: gv73@bk.ru.

Krasnoyarsk State University of Medicine named after prof. V. Voino – Yasenetsky, 660022, Russia, Krasnoyarsk, Zheleznyak street, 1
