

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна праця на правах рукопису

ДАЦ ВАЛЕРІЯ ВАЛЕРІЇВНА

УДК: 616.89-008:616.31-02-053.2]:159.922.73

ДИСЕРТАЦІЯ

**СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ТА ОДОНТОФОБІЧНІ РЕАКЦІЇ
У ДІТЕЙ З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я**

22 «Охорона здоров'я»

221 «Стоматологія»

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ В.В. Дац

Наукові керівники:

Міщенко Олег Миколайович, доктор медичних наук, доцент,

Чугунов Вадим Віталійович, доктор медичних наук, професор

Запоріжжя – 2021

АНОТАЦІЯ

Дац В. В. Стоматологічний статус та одонтофобічні реакції у дітей з різним рівнем психічного здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 221 – «Стоматологія». – Запорізький державний медичний університет МОЗ України, Запоріжжя, 2021.

Запорізький державний медичний університет, МОЗ України, Запоріжжя, 2021.

Мета дослідження: підвищення якості стоматологічного лікування дітей з різним рівнем психічного здоров'я шляхом визначення зв'язку їх стоматологічного статусу із медико-психологічними особливостями.

У дисертаційній роботі наведені механізми підвищення якості стоматологічного лікування дітей з різним рівнем психічного здоров'я (РРПЗ) шляхом визначення зв'язку стоматологічного статусу з їх медико-психологічним станом та корекції одонтофобічних реакцій (ОФР).

ОФР є однією з провідних проблем стоматології, оскільки вони є широко розповсюдженими та значно ускладнюють, а часто навіть унеможливають адекватне проведення огляду ротової порожнини та стоматологічних процедур.

Діти внаслідок анатомо-фізіологічних особливостей нервової системи (переважання процесів збудження над процесами гальмування не дозволяє проводити адекватне конативне регулювання біхевіоральних актів, а превалювання конкретно-образного мислення над абстрактно-логічним поряд із браком фактичних знань не дозволяє у повній мірі осмислити ситуацію та підібрати конгруентний модус реагування) більш схильні до

фобічного реагування у ситуації стоматологічного огляду, що є стресовим для них.

Наявність психічного захворювання у дитини створює психопатологічний базис для тривожного реагування на нову, незвичну для неї ситуацію, і таким чином підвищує ризик розвитку у такої дитини ОФР, а також значно ускладнює проведення стоматологічного огляду через складнощі в досягненні комплаєнсу із такою дитиною.

Дослідження базується на результатах комплексного лабораторного, клініко-психологічного обстеження 100 дітей з різноманітною стоматологічною патологією; в тому числі 30 з них хворих на аутизм – група 1 (Г1), 30 хворих на олігофренію – група 2 (Г2), 20 хворих з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) – група 3 (Г3) та 20 психічно здорових дітей – група 4 (Г4).

Всім досліджуваним були визначені такі показники стоматологічного здоров'я, як індекс кп + КПВ для оцінки рівню інтенсивності карієсу, гігієнічного індексу Green-Vermillion як індикатора стану порожнини рота та індексу РМА як показника стану здоров'я ясен. У пацієнтів Г1 середній рівень інтенсивності карієсу тимчасових та постійних зубів становив $4,89 \pm 0,09$, у пацієнтів Г2 – $3,01 \pm 0,17$, у пацієнтів Г3 – $5,23 \pm 0,06$, у пацієнтів Г4 – $2,95 \pm 0,19$. У першій групі середній рівень гігієнічного індексу тимчасових та постійних зубів становив $1,86 \pm 0,09$, у Г2 – $2,60 \pm 0,05$, у Г3 – $2,11 \pm 0,11$, у Г4 – $1,40 \pm 0,07$. Середній рівень інтенсивності запального процесу ясен становив: у Г1 – $46,0 \pm 0,15\%$, у Г2 – $43,0 \pm 1,0\%$, у Г3 – $62,0 \pm 1,0\%$, у Г4 – $16,0 \pm 0,09\%$.

Вивчення показників ротової рідини у дітей з різними рівнями психічного здоров'я стало необхідним для оцінювання патогномонічності патологічних змін у слині для певних психічних розладів дитячого віку, а

також встановлення кореляції параметрів слини та стоматологічного статусу. Ротову рідину у дітей з різними рівнями психічного здоров'я було досліджено лабораторними методами за такими показниками: рН ротової рідини, прозорість, колір, щільність та в'язкість.

У хворих Г1 середній рівень концентрації іонів водню в ротовій рідині дорівнював $6,23 \pm 0,09$; середній показник щільності ротової рідини – $1,07 \pm 0,16$; середній показник в'язкості ротової рідини – $1,43 \pm 0,06$. Слина у абсолютної більшості (96,67%) хворих Г1 була прозорою, безколірною.

У пацієнтів Г2 середній рівень концентрації іонів водню в ротовій рідині становив $5,82 \pm 0,09$; середній показник щільності ротової рідини – $1,10 \pm 0,02$; середній її показник в'язкості ротової рідини – $1,69 \pm 0,09$; слина була переважно (90,0%) прозорою та безколірною.

У Г3 середній рівень концентрації іонів водню в ротовій рідині становив $6,01 \pm 0,04$; середній показник щільності ротової рідини – $1,08 \pm 0,03$; середній показник в'язкості ротової рідини – $1,63 \pm 0,11$; слина була прозорою і безколірна у 100% спостережень.

У Г4 середній рівень концентрації іонів водню в ротовій рідині становив $7,01 \pm 0,19$; середній показник щільності ротової рідини – $1,03 \pm 0,01$; середній показник в'язкості ротової рідини – $1,48 \pm 0,12$; слина – прозора, безколірна у 100%.

Аналіз структури ОФРі реєстрація частоти їх ідентифікації у дітей досліджуваних груп дозволили встановити, що для стоматологічних пацієнтів дитячого віку з аутизмом характерними є такі стани реакції: ізоляційна, трансфективна, стенічно-негативістична. Для дітей із затримкою психічного розвитку найбільш характерними є такі реакції: конфронтаційна, ажитована, вокалізаційна. У дітей зі СДУГ частіше зустрічаються такі реакції: моторна, мозаїчно-конформна, експлозивна. Для

психічно здорових дітей найбільш характерними є такі реакції: алгофобічна, транскомплаєнтна, ескапаційна.

На підставі компаративного аналізу семіотичного наповнення ОФРу дітей із РРПЗ та з урахуванням клініко-психопатологічних характеристик досліджуваних контингентів встановлено механізми їх патогенезу. У хворих на аутизм ОФР ізоляційного типу розвиваються за статобіхевіоральним патогенетичним механізмом, ОФР трансактивного – за диспозиційно-реактивним механізмом, ОФР стенічно-негативістичного – за гіпердефензивним механізмом. У дітей з олігофреніями ОФР конфронтаційного типу розвиваються за гіпоаналітичним патогенетичним механізмом, ОФР вокалізаційного – за ситуативно-детермінованим механізмом, ОФР ажитованого – за патоцеребротонічним механізмом. У дітей зі СДУГ ОФР моторного типу розвиваються за кінетодеприваційним патогенетичним механізмом, ОФР мозаїчно-конформного – за ізомотиваційним механізмом, ОФР експлозивного – за трансферно-алгічним механізмом. У психічно здорових дітей ОФР алгофобічного типу розвиваються за алгопревентивним патогенетичним механізмом, ОФР транскомплаєнтного – за гіпомотиваційним механізмом, ОФР ескапаційного – за дистанціювальним механізмом.

Встановлена чітка залежність між рівнем тривожності і типом одонтофобічного реагування у хворих усіх груп. Високі цифри тривожності у Г1 відповідали розвиткові трансактивного типу одонтофобічного реагування, середні – стенічно-негативістичному типу, і низькі – ізоляційному. Аналогічна кореляційна залежність відмічалася у Г2. Високі цифри тривожності відповідали розвиткові ажитованого типу одонтофобічного реагування, середні – конфронтаційному типу, і низькі – вокалізаційному. У Г3 тривожність середнього рівня відповідала розвитку

моторної та експлозивної ОФР, в той час як наявність низьких показників тривожності мали пряму кореляцію із мозаїчно-конформним типом ОФР. У хворих Г4 високі цифри тривожності відповідали розвиткові алгофобічного типу одонтофобічного реагування, середні – ескапаційному типу, і низькі – транскомплаєнтному.

Наукова новизна полягає в тому, що проведено комплексне клініко-психопатологічне та психометричне дослідження дітей із РРПЗ, що дало можливість встановити психопатологічний базис формування у них одонофобічного реагування. Встановлено наявність кореляційних взаємозв'язків між показниками ротової рідини та стоматологічною патологією у дітей із РРПЗ, що дозволяє завчасно виявити групу ризику. Виявлено особливості стоматологічного статусу у дітей із РРПЗ, що дало можливість розробити високоспецифічні підходи до комбінації стоматологічних та психокорекційних впливів на ОФР у цієї категорії пацієнтів. На основі аналізу стоматологічного статусу розроблені рекомендації щодо превенції типової стоматологічної патології для дітей із РРПЗ.

Ключові слова: дитяча стоматологія, стоматологічний статус, індекси гігієни, ротова рідина, сіалогічні показники.

ANNOTATION

Dats V. V. Dental status and OFR in children with different levels of mental health. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Thesis for a doctor of philosophy in specialty 221 – «dentistry». – Zaporizhzhya State Medical University, Zaporizhzhya, 2021.

Zaporizhzhia State Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, 2021.

The dissertation identifies the relationship between dental status and medical-psychological characteristics in children with different levels of mental health (DLMH) and describes congruent measures for the prevention and correction of odontophobic reactions (OFR) by increasing compliance in the child-parent-dentist chain.

OFR is one of the leading problems in dentistry, as they are widespread and significantly complicate, and often even make it impossible to adequately conduct an examination of the oral cavity and dental procedures.

Children due to the anatomical and physiological features of the nervous system (the predominance of excitation processes over inhibition processes does not allow for adequate conative regulation of behavioral acts, and the prevalence of concrete-figurative thinking over abstract-logical along with lack of factual knowledge does not allow to fully comprehend the situation response) are more prone to a phobic response in a dental examination situation, which is stressful for them.

The presence of mental illness in a child creates a psychopathological basis for an anxious response to a new, unusual situation, and thus increases the risk of developing OFR in such a child, as well as significantly complicates the dental examination due to difficulties in achieving compliance with a child. The

study is based on the results of a comprehensive examination (anamnestic, dental, clinical and psychopathological, psychoexperimental, catamnestic, ethological, clinical and statistical methods), 100 patients were examined, including 30 patients with autism, from group 1 (G1), 30 patients with oligophrenia from group 2 (G2), 20 patients with ADHD from group 3 (G3) and 20 mentally healthy children from group 4 (G4) with various dental pathologies.

A study of the dental status of children with DLMH in the conditions of dental examination and with the definition of such indicators as CFE/cf index to assess the level of caries intensity, calculation of the Green-Vermillion hygiene index as an indicator of oral health, and PMA index as an indicator of gum health. In patients from G1 the average level of caries intensity of temporary and permanent teeth was 4.89 ± 0.09 , in patients from G2 – 3.01 ± 0.17 , in patients from G3 – 5.23 ± 0.06 , in patients from G4 – $2, 95 \pm 0.19$. In patients from G1 the average level of hygienic index of temporary and permanent teeth was 1.86 ± 0.09 , in patients from G2 – 2.60 ± 0.05 , in patients from G3 – 2.11 ± 0.11 , in patients from G4 – $1,40 \pm 0.07$. In patients from G1 the average level of intensity of the inflammatory process of the gums was $46 \pm 0.15\%$, in patients from G2 – $43 \pm 1.00\%$, in patients from G3 – $62 \pm 1.00\%$, in patients from G4 – $16 \pm 0.09\%$.

The study of oral fluid in children with DLMH became necessary to assess the pathognomonic nature of pathological changes in saliva for certain mental disorders in childhood, as well as to establish a correlation between saliva parameters and dental status.

Oral fluid in children with DLMH was examined by laboratory methods for the following parameters: oral fluid pH, transparency, color, density and viscosity. In patients from G1, the average level of concentration of hydrogen ions in the oral cavity was 6.23 ± 0.09 . Saliva in the vast majority of patients

from G1 was transparent, colorless (29 people, 96.67%). The average density of oral fluid in patients from G1 was 1.07 ± 0.16 . According to the laboratory study of the viscosity of the oral fluid, its average value was 1.43 ± 0.06 . In patients from G2, the average concentration of hydrogen ions in the oral cavity was 5.82 ± 0.09 . Saliva in patients from G2 was mostly clear and colorless (27 patients, 90%). The average density of oral fluid in patients from G2 was 1.10 ± 0.02 . According to the laboratory study of the viscosity of the oral fluid, its average value was 1.69 ± 0.09 . In patients from G3, the average concentration of hydrogen ions in the oral cavity was 6.01 ± 0.04 . Saliva in patients from G3 was transparent, colorless (20 patients, 100%). The average density of the oral fluid in patients from G3 was 1.08 ± 0.03 . According to the laboratory study of the viscosity of the oral fluid, its average value was 1.63 ± 0.11 . In patients from G4, the average concentration of hydrogen ions in the oral cavity was 7.01 ± 0.19 . Saliva in patients from G4 was transparent, colorless (20 patients, 100%). The average density of the oral fluid in patients from G4 was 1.03 ± 0.01 . According to the laboratory study of the viscosity of the oral fluid, its average value was 1.48 ± 0.12 .

Analysis of the structure of OFR and registration of the frequency of their identification in the examined groups allowed to develop their typology and classification. 12 types of OFR were identified and described. It was found that children with autism are characterized by the following OFR: insulating, transaffective, stenic-negativistic. For children with mental retardation, the most typical are the following OFR: confrontational, agitational, vocalizational. In children with ADHD, the following OFR are more common: motor, mosaic-conformal, explosive. The following OFR are most typical for mentally healthy children: algophobic, transcompliant, escapational.

Based on a comparative analysis of the semiotic content of OFR in children with DLMH and taking into account the clinical and psychopathological characteristics of the studied contingents, the mechanisms of their pathogenesis were established. In patients with autism, an insulating type of OFR develops by statobehavioral pathogenetic mechanism, transaffective OFR develops by disposition-reactive mechanism, and stenic-negativistic OFR develops by hyperdefensive mechanism. In children with oligophrenia, confrontational OFR develops by hypoanalytical pathogenetic mechanism, vocalizational OFR develops by situationally-determined mechanism, and agitational OFR develops by pathocerebrotonic mechanism. In children with ADHD, motor OFR develops by kinetodeprivational pathogenetic mechanism, partly-adherent OFR develops by isomotivational mechanism, and explosive OFR develops by transalgetic mechanism. In mentally healthy children, algophobic OFR develops by algopreventative pathogenetic mechanism, transcompialant OFR develops by hypomotivational mechanism, and escapational OFR develops by distancing mechanism.

There is a clear relationship between the level of anxiety and the type of odontophobic response in patients of all groups. High anxiety levels in G1 corresponded to the development of a transaffective type of odontophobic response, medium – stenic-negativistic type, and low – insulating. A similar correlation was observed in G2. High anxiety figures corresponded to the development of agitational odontophobic response, medium – confrontational type, and low – vocalization. In G3, moderate anxiety corresponded to the development of motor and explosive OFR, while the presence of low levels of anxiety had a direct correlation with the mosaic-conformal type of OFR. In G4 patients, high anxiety figures in G1 corresponded to the development of the

algophobic type of odontophobic response, medium – escapational type, and low – transcompliant.

The scientific novelty is that a comprehensive clinical-psychopathological and psychometric study of children with DLMH was conducted, which made it possible to establish the psychopathological basis for the formation of their odontophobic response. A typology of OFR in children with DLMH has been developed, which allows to create differentiated approaches to their diagnosis. The correlation between oral fluid and dental pathology in children with DLMH has been established, which allows to identify the risk group in advance. Peculiarities of dental status in children with DLMH were identified, which made it possible to develop highly specific approaches to the combination of dental and psychocorrectional effects on OFR in this category of patients. Based on the analysis of dental status, recommendations are developed for the prevention of typical dental pathology for children with DLMH.

Key words: pediatric dentistry, dental status, CFE/cf index, index of Green-Vermillion, PMA index.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Чугунов В. В., Дац В. В. Таргетна модель психологической адаптации детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. *Медична психологія*. 2017. № 3. С. 37–40. *(Дисертанткою обстежено відповідні контингенти, здійснено статистичний аналіз отриманих даних, написано текст статті та підготовано її до друку)*.
2. Чугунов В. В., Дац В. В., Скрипник А. С. Одонтофобічні реакції у дітей з різним рівнем психічного здоров'я: класифікація, патогенез та клінічне наповнення. *Медична психологія*. 2019. № 1. С. 45–47. *(Дисертантка самостійно здійснила стоматологічне обстеження та лікування пацієнтів, збрала дані та проаналізувала їх, самостійно написала текст статті та підготувала її до друку)*.
3. Dats V. V., Chugunov V. V. Mechanisms and models of pathogenesis of odontophobic reactions in children with different level of mental health. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. Vol. 9 (10). P. 221–229. *(Дисертантка самостійно здійснила стоматологічне обстеження та лікування пацієнтів, збрала дані та проаналізувала їх, самостійно написала текст статті та підготувала її до друку)*.
4. Дац В. В., Міщенко О. М. Особливості стоматологічного статусу у дітей з різним рівнем психічного здоров'я. *Сучасна стоматологія*. 2019. № 2. С. 46–49. *(Дисертантка самостійно здійснила стоматологічне обстеження та лікування пацієнтів, збрала дані та проаналізувала їх, самостійно написала текст статті та підготувала її до друку)*.
5. Чугунов В. В., Дац В. В. Психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання одонтофобічних реакцій у дітей з аутизмом. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2019. № 2. С. 28–34.

(Дисертантка самостійно здійснила стоматологічне обстеження та лікування пацієнтів, збрала дані та проаналізувала їх, самостійно написала текст статті та підготувала її до друку).

6. Дац В. В., Міщенко О. М. Показники ротової рідини у дітей з різним рівнем психічного здоров'я. *Сучасна стоматологія*. 2020. № 1 (100). С. 74–77. *(Дисертантка самостійно здійснила стоматологічне обстеження та лікування пацієнтів, збрала дані та проаналізувала їх, самостійно написала текст статті та підготувала її до друку).*

7. Дац В. В. Типология реакций одонтофобического характера у детей с задержкой психического развития и расстройствами аутистического спектра. *Сучасні аспекти медицини і фармації - 2016* : зб. тез всеукр.-наук.-практ. конф. молодих вчених та студ. з міжнар. участю (м.Запоріжжя, 12-13 трав. 2016 р.). Запоріжжя, 2016. С. 90.

8. Дац В. В., Флора Д. Ю. Психологічні прийоми та техніки, що поліпшують якість стоматологічної допомоги особам із розладами аутистичного спектру. *Сучасні аспекти медицини і фармації - 2017* : тези Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів з міжнар. участю, присвяч. Дню науки (м. Запоріжжя, 11-12 трав. 2017 р.). Запоріжжя, 2017. С. 67. *(Дисертантка самостійно здійснила стоматологічне обстеження та лікування пацієнтів, збрала дані та проаналізувала їх, самостійно написала текст тез та підготувала їх до друку).*

9. Скрипник А. С., Дац В. В. Психотерапевтична корекція дезадаптуючих феноменів у дітей з різним рівнем психічного здоров'я. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації - 2018* : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. (до 50-річчя заснування ЗДМУ) (м. Запоріжжя, 18-25 квіт. 2018 р., 30 трав. 2018 р.). Запоріжжя, 2018. С. 118. *(Дисертанткою*

обстежено відповідні контингенти, здійснено статистичний аналіз отриманих даних, написано текст тез та підготовлено їх до друку).

10. Дац В. В. Патогенез одонтофобічних реакцій у дітей з різним рівнем психічного здоров'я. *Актуальні питання нейронаук - 2018* : зб. тез. Всеукр. конф. молодих вчених та студентів (м. Харків, 27 квіт. 2018 р.). Харків, 2018. С. 14.

11. Dats V. V. Patogenesis of pathological stomatological status formation in children with different levels of mental state. *Новітні досягнення психіатрії, неврології та медичної психології* : зб. тез міжвуз. конф. (м. Харків, 28.02.2019). Харків, 2019. С. 52.

12. Дац В. В. Вплив рівню психічного здоров'я дитини на лабораторні показники ротової рідини. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації - 2019* : зб. тез доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю молодих вчених та студентів (м. Запоріжжя, 13-17 трав. 2019 р.). Запоріжжя, 2019. С. 48.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	18
ВСТУП.....	19
Розділ 1 СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ФОРМУВАННЯ ОДОНТОФОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я (огляд літератури).....	24
1.1 Сучасні відомості щодо стоматологічного статусу та стану ротової порожнини у дітей з різним рівнем психічного здоров'я	24
1.2 Вплив рівню психічного здоров'я на стан здоров'я ротової порожнини у дітей.....	31
1.3 Особливості проведення стоматологічного огляду та лікування у дітей з різним рівнем психічного здоров'я.....	34
1.4 Методи корекції одонтофобічних реакцій у дітей з різним рівнем психічного здоров'я.....	37
Розділ 2 ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТІВ ОБСТЕЖЕННЯ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	42
2.1 Дизайн і загальна характеристика обстежених контингентів.....	42
2.2 Характеристика методів дослідження.....	47
Розділ 3 ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ З РІЗНИМИ РІВНЯМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я.....	53
3.1 Показники інтенсивності карієсу у дітей із різними рівнями психічного здоров'я	53

	3.2 Рівень гігієни ротової порожнини у дітей із різними рівнями психічного здоров'я.....	65
	3.3 Якісна оцінка здоров'я ясен у дітей із різними рівнями психічного здоров'я	68
	3.4 Зв'язок стоматологічного статусу із психопатологічними особливостями у дітей із РРПЗ різними рівнями психічного здоров'я.....	70
Розділ 4	ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯКІСНИХ ПОКАЗНИКІВ РОТОВОЇ РІДИНИ ВІД ТИПУ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИМИ РІВНЯМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я.....	74
	4.1 Лабораторні показники ротової рідини у дітей з різними рівнями психічного здоров'я.....	74
	4.2 Зв'язок між сіалогічними показниками та психопатологією у дітей з різними рівнями психічного здоров'я.....	79
Розділ 5	СТРУКТУРА ТА КЛІНІЧНЕ НАПОВНЕННЯ ОДОНТОФОБІЧНИХ РЕАКЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИМИ РІВНЯМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я.....	81
	5.1 Класифікація одонтофобічних реакції та їх семіотичне наповнення.....	81
	5.2 Патогенез одонтофобічних реакції у дітей із різними рівнями психічного здоров'я.....	84
	5.3 Рівні тривожності дітей із різними рівнями психічного здоров'я та їх зв'язок із формуванням одонтофобічного реагування.....	90
Розділ 6	СИСТЕМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТА ПСИХОПРЕВЕНЦІЇ ОФР У ДІТЕЙ ІЗ У ДІТЕЙ З РІЗНИМИ РІВНЯМИ ПСИХІЧНОГО	

	17
ЗДОРОВ'Я	94
6.1 Формування таргетної моделі нівелювання ОФР	94
6.2 Психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР у дітей з аутизмом	95
6.3 Психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР у дітей з олігофреніями	97
6.4 Психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР у дітей зі СДУГ	98
6.5 Психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання одонтофобічних реакцій у психічно здорових дітей	101
6.6 Ефективність психокорекційних заходів, спрямованих на нівелювання одонтофобічних у дітей з різними рівнями психічного здоров'я.....	102
Розділ 7 АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	107
ВИСНОВКИ.....	118
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	120
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	121
ДОДАТОК А.....	143
ДОДАТОК Б.....	148
ДОДАТОК В.....	151

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

РРПЗ –	різний рівень психічного здоров'я
ОФР –	одонтофобічні реакції
СДУГ	– синдром дефіциту уваги і гіперактивності
кп+КПВ	– індекс інтенсивності карієсу
РМА –	папілярно-маргінально-альвеолярний індекс
рН –	рівень концентрації іонів водню
ГК –	група контролю
ВООЗ–	Всесвітня організація охорони здоров'я
Г1 –	група 1
Г2 –	група 2
Г3 –	група 3
Г4 –	група 4
ОГ –	основна група
ЗДМУ–	Запорізький державний медичний університет
ЗОР –	Запорізька обласна рада
МКХ –	Міжнародна класифікація хвороб
МОЗ –	Міністерство охорони здоров'я
МОН –	Міністерство освіти і науки
НДР –	науково-дослідна робота

ВСТУП

Актуальність теми. Стоматологічні захворювання зустрічаються не тільки у психічно здорових дітей, але й у дітей із порушенням психічного здоров'я, оскільки сумарна кількість таких дітей у популяції останнім часом демонструє тенденцію до збільшення [128; 101;90; 58; 59].

Розлади аутистичного спектру, зниження інтелектуального рівня, дефіцит уваги та гіперактивність – так наразі виглядає список найтяжчих психічних патологій дитячого віку, з якими дитячому стоматологу доводиться мати справу під час стоматологічного прийому.

Діти із РРПЗ значно різняться за особливостями стоматологічної патології, а тому стоматологам доцільно звертати увагу на їх стоматологічний статус та лабораторні показники ротової рідини; однак систематизованих даних щодо різниці у таких показниках стоматологічного здоров'я наразі недостатньо [177; 4; 66].

Наявність психічного захворювання у дитини створює психопатологічний базис для тривожного реагування на нову, незвичну для неї ситуацію, і таким чином підвищує ризик розвитку у такої дитини ОФР, а також значно ускладнює проведення стоматологічного огляду через складнощі в досягненні комплаєнсу із такою дитиною [68; 85; 41; 64].

ОФР є однією з важких проблем стоматології, оскільки вони є широко розповсюдженими та значно ускладнюють, а часто навіть унеможливають адекватне проведення огляду ротової порожнини та стоматологічних процедур [7; 51].

Встановлення терапевтичного комплаєнсу із дитиною та її батьками потребує від стоматолога застосування конгруентних психологічних тактик і стратегій. Проте наразі ще не розроблено спеціальних рекомендацій для

стоматологів, що дозволяли б їм досягти терапевтичного комплаєнсу з дітьми із РРПЗ [88; 57].

Для проведення стоматологом адекватного огляду ротової порожнини та стоматологічних процедур у дітей із РРПЗ необхідний підбір різноманітних та висококонгруентних стратегій і тактик превенції та корекції екзацерацій ОФР.

Усе вищевикладене й обумовлює актуальність дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Роботу виконано відповідно до НДР кафедри стоматології післядипломної освіти ЗДМУ «Динамічні зміни морфологічних і біомеханічних властивостей тканин щелепно-лицевої області при реабілітації пацієнтів задентією»,

№ держреєстрації 0118U007136, та кафедр психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ «Коморбідність психічної та іншої патології», № держреєстрації 0117U006966.

Мета дослідження: підвищення якості стоматологічного лікування дітей з різним рівнем психічного здоров'я шляхом визначення зв'язку їх стоматологічного статусу із медико-психологічними особливостями.

Завдання дослідження:

1. Визначити стоматологічний статус дітей із РРПЗ, а також зв'язок стоматологічного статусу з психічними розладами.

2. Встановити зв'язки між особливостями ОФР та тривожним реагуванням у дітей із РРПЗ.

3. Описати структуру, клінічне наповнення та психопатогенетичні механізми ОФР у дітей із РРПЗ.

4. Дослідити наявність залежності рН, прозорості, кольору, щільності, в'язкості ротової рідини від рівня психічного здоров'я дітей.

5. Створити систему психопрофілактики та психокорекції ОФР у дітей із РРПЗ.

Об'єкт дослідження: стоматологічний статус та ОФРу дітей із РРПЗ.

Предмет дослідження: вплив медико-психологічних особливостей дітей із РРПЗ на стоматологічний статус.

Методи дослідження: клінічні, лабораторні, статистичні.

Наукова новизна: Виявлені особливості стоматологічного статусу та характеристики ротової рідини у дітей із РРПЗ. Визначені фактори та передуючі умови виникнення ОФРу дітей із РРПЗ.

Встановлено наявність кореляційних взаємозв'язків між показниками ротової рідини та стоматологічною патологією у дітей із РРПЗ, кореляційні зв'язки між базовим рівнем тривожності і схильністю до ОФР у дітей із РРПЗ.

Вперше встановлені мішені та вектори психотерапевтичної корекції елементів ОФР у дітей із РРПЗ.

Виявлено типологію ОФР з варіантами клініко-стоматологічних аранжувань останніх, що дозволяє розробити конгруентні підходи до їх корекції у дітей із РРПЗ.

Практична значущість результатів дослідження.

Розроблено високоспецифічну комбінацію для психокорекційних впливів стоматологами на ОФР у стоматологічних пацієнтів дитячого віку з РРПЗ.

Створені основи для прогнозування стану стоматологічного здоров'я у стоматологічних пацієнтів дитячого віку із РРПЗ, що дозволяє розробити

відповідні профілактичні заходи щодо виникнення типової для цих дітей стоматологічної патології.

Впроваджено поняття етостоматологічних корелятивів, що дозволяє лікарю проводити експрес-діагностику негативістичних, дефензивних, уникаючих реакцій та одонтофобічного фону в цілому у дітей із РРПЗ.

Надана можливість визначення групи ризику щодо розвитку ОФРв умовах стоматологічного прийому на основі кореляційних зв'язків між рівнем тривожності і схильністю до одонтофобічного реагування.

Результати досліджень впроваджено в практичну роботу та педагогічну діяльність низки лікувальних установ та профільних кафедр ВНЗ.

Особистий внесок здобувача. Авторкою самостійно проведено аналіз даних наукової літератури за темою дослідження, поставлено конгруентні меті задачі, підбрано адекватні методи дослідження. Самостійно проведено обстеження контингентів, проаналізовано та інтерпретовано отримані дані, написано наукові праці, написано текст дисертації та автореферат.

Апробація результатів дисертації. Основні положення роботи були викладені та обговорені на засіданнях кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ та Запорізького науково-медичного товариства психіатрів, психотерапевтів, психологів, наркологів та сексологів, а також науково-практичних конференціях: Всеукраїнській конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Сучасні аспекти медицини і фармації – 2017» (м. Запоріжжя, 11-12 травня 2017); Всеукраїнській конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Сучасні аспекти медицини і фармації – 2018» (м. Запоріжжя, 18.04.2018); науково-практичній

конференції «Українська психіатрія: практика, освіта, дослідження» (Харків, 17-18.05.2018); науково-практичній конференції «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (Київ, 01-02.10.2018).; науково-практичній конференції «Разом задля покращення неврологічного та психічного здоров'я» (Запоріжжя, 03-04.10.2018).

Публікації. Здобувач має 12 наукових публікацій за темою дисертації, з них 5 статей у наукових фахових виданнях України, 1 стаття у періодичному науковому виданні іншої держави, 6 тез доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг роботи. Дисертація складається зі вступу, шести розділів з висновками, загальних висновків, списку використаних джерел. Обсяг дисертації складає 151 сторінку друкованого тексту, її проілюстровано 10 кольоровими фотографіями, 4 рисунками, 11 таблицями.

Список використаної літератури містить 193 джерел, у тому числі 95 – іноземною мовою.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРОСТАН ЗДОРОВ'Я РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ФОРМУВАННЯ ОДОНТОФОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Сучасні відомості щодо стоматологічного статусу та стану ротової порожнини у дітей з РРПЗ

Для вірної оцінки стану здоров'я ротової порожнини дитини важливо дотримуватися правильної схеми стоматологічного обстеження [179, 187]. Для дітей з РРПЗ стоматологічна частина обстеження мало відрізняється від такої у психічно здорових дітей. Так, основними етапами обстеження дитини у практиці дитячого стоматолога являються:

1. Збір анамнезу – проводиться шляхом опитування дитини та/або її батьків. В ході збору анамнезу необхідно виявити скарги дитини, тривалість дискомфортного стану та його можливі причини, а також зібрати дані щодо попередніх стоматологічних маніпуляцій та лікування, що дитина отримувала раніше.

2. Об'єктивне обстеження, в ході якого стоматолог проводить візуальний огляд ротової порожнини дитини, а також перкусію і пальпацію.

3. Визначення стоматологічного статусу дитини шляхом обрахування стоматологічних індексів.

4. Застосування додаткових методів обстеження (функціональні, рентгенологічні, лабораторні методи дослідження) [170, 193].

Значну роль у стоматологічному обстеженні дитини відіграє визначення стоматологічних індексів. Основними параметрами та характеристиками, які оцінюються при стоматологічному огляді дитини, є такі:

1. *Наявність каріозного процесу та його інтенсивність* оцінюються за визначенням індексу кп+КПВ;

2. *Наявність та ступінь запалення ясен* визначаються за гінгівальними індексами:

- папілярно-маргінально-альвеолярний індекс РМА;
- проба Шиллера-Писарева;
- індекс гінгівіту GI;
- індекси кровоточивості ясен:

А. індекс кровоточивості ясен SBI;

Б. індекс кровоточивості ясен модифікований SBI;

В. індекс кровоточивості сосочків РВІ.

3. *Наявність та ступінь деструкції пародонта* виявляються шляхом визначення

- пародонтальний індекс ПІ;
- комунальний індекс потреби в лікуванні хвороб пародонта, СРІТН;
- комплексний пародонтальний індекс, КПІ.

4. *Наявність та кількість бляшок та зубного каменю* визначається шляхом визначення гігієнічних індексів:

- індекс гігієни порожнини рота за Федоровим-Володкіною;
- спрощений індекс гігієни порожнини рота за Грін-Вермільйоном (індекс ОНІ-S).

5. *Необхідність та обсяг лікувальних заходів* також оцінюють за спеціальними нозоспецифічними індексами.

Основою для формування задовільного стану здоров'я ротової порожнини у дітей з РРПЗ є вірне навчання дитини заходам гігієни, що проводиться батьками дитини. Тому значна кількість сучасних досліджень у дитячій стоматології сконцентрована саме на передачі досвіду з навичок адекватної санації ротової порожнини від батьків до дітей [166, 168].

Зокрема, досліджено формування санаційно-гігієнічних навиків по догляду за ротовою порожниною у дітей раннього віку шляхом опитування їх батьків. Результати показали, що діти раннього віку в недостатній мірі володіють вищезначеними навиками, причому ситуація у сільських районах достовірна гірша, ніж у містах. Серед причин малої обізнаності та низької мотивованості дітей раннього віку до адекватної санації ротової порожнини автором виділено такі основні:

- 1) відсутність усвідомлення батьками необхідності догляду за молочними зубами у такій же мірі, як і за постійними;
- 2) низька частота звернення за стоматологічною допомогою або звернення лише у тяжких випадках, коли перебіг каріозного процесу отримує ускладнення;
- 3) пізній початок привчання дітей до чищення зубів як до основної процедури по догляду за ротовою порожниною;
- 4) низький рівень контролю батьків за виконанням їх дітьми процедур, направлених на санацію порожнини рота;
- 5) використання невідповідних віку інструментів для чищення зубів (зубні пасти та щітки для дорослих) [102].

Вивчено уявлення дітей дошкільного віку та їх батьків щодо навиків гігієни ротової порожнини. Результати дослідження показали, на думку батьків, діти у достатній мірі володіють знаннями щодо правил чищення зубів; проте усі батьки практикували навчання дітей навичкам щодо

дотримання гігієни ротової порожнини самостійно, жоден з них не звернувся по консультацію до стоматолога щодо навчання чищення зубів та профілактики стоматологічних захворювань.

Детальне опитування дітей щодо принципів дотримання гігієни показало, що лише 84% опитаних володіють даними знаннями в достатній мірі. В той самий час, при опитуванні дітей, 100% з них підтвердили, що їм відомі основні принципи дотримання гігієни ротової порожнини; близько половини опитаних дітей чистили зуби двічі на день, чверть – лише зранку, найменший відсоток опитаних дітей чистили зуби лише увечері. Близько 90% дітей зазначили, що правилам чищення зубів їх навчили батьки, решта 10% розповіли, що ніхто їх цьому не навчав. Такі результати свідчать про переоцінку батьками рівню знань своїх дітей щодо основних навиків дотримання гігієни порожнини рота та недостатньо уважне ставлення щодо навчання дітей правильному очищенню зубів [175].

На стан гігієни ротової порожнини у дітей впливає значна кількість факторів. В ході дослідження стану гігієни ротової порожнини у дітей під час змінного прикусу встановили, що зменшення інтенсивності слиновиділення є одним з факторів, спричиняючих погіршення рівню гігієни порожнини рота та може провокувати або обтяжувати уже наявний перебіг катарального гінгівіту у даній віковій категорії, особливо у перший період змінного прикусу [134-137].

У дітей частіше, ніж у дорослих, може спостерігатися формування так званих патологічних «замкнутих кіл», коли нехтування регулярними заходами із гігієни порожнини рота спричиняє стоматологічне захворювання, у результаті чого виникають алгічні відчуття, і надалі гіперестезіяорофасіальної області та ротової порожнини в цілому та гіпералгія зокрема можуть виступати чинниками обмеження частоти та

інтенсивності чищення зубів та інших методів побутової санації ротової порожнини, що веде до посилення патологічного процесу, і, таким чином, наростання алгічних відчуттів.

Проведено дослідження впливу стану ротової порожнини у дітей та підлітків на їх суб'єктивну оцінку якості життя та рівень благополуччя, та виявлено значне зниження задоволенням стану зубів у підлітків хлопців від 60% у віці 12 років до 7% у віці 15 років, в той час, як у дівчат рівень задоволення стану зубів майже не зазнав змін (показник становив 10% для дванадцятирічних дівчат та 9% у п'ятнадцятирічних) [101].

Наголошується на необхідності дотримання правил здорового харчування як запоруки здоров'я зубів, оскільки порушення характеру та температури спожитої їжі є серйозним фактором ризику щодо розвитку карієсу та іншої стоматологічної патології у дітей. Розповсюдженість каріозного процесу у дітей дошкільного віку наразі зростає значними темпами [186].

Ряд сучасних досліджень присвячений вивченню стоматологічного статусу дітей у різних регіонах України. Так, проведено дослідження стану гігієни ротової порожнини у дітей та підлітків дошкільних та шкільних закладів м. Полтава, та виявлено суттєве зростання розповсюдженості каріозного процесу з 63% у дітей раннього шкільного віку до 81% у підлітків [162].

Проведено дослідження стану гігієни ротової порожнини у дітей Волинської області та, зокрема, проживаючих у місті Луцьк, та встановлено, що рівень розповсюдженості каріозної патології становить близько 80% [103].

Досліджено показники стоматологічного статусу у дітей дошкільного та раннього шкільного віку, проживаючих в м. Івано-Франківськ, та виявлено високий рівень поширення каріозних уражень – майже 90% [188].

Проведено дослідження поширеності карієсу у дітей, що мешкають у м. Полтава, виявивши лише чверть обстежених дітей стоматологічно здоровими, тоді як решта 75% мали каріозні ураження різного ступеню тяжкості [101]. Інші дослідження показників стоматологічного статусу у дітей дошкільного віку м. Полтава виявили розповсюдженість карієсу тимчасових зубів у дітей 2-3 років на рівні 14-15%, причому у хлопчиків каріозні ураження зустрічалися у півтора рази частіше, ніж у дівчаток, а захворюваність дітей з двох до трьох років підвищувалася майже у 3 рази [137].

Ряд сучасних досліджень зосереджено на особливостях сіалогічних показників у дітей з РРПЗ. Так, досліджено показники ротової рідини у дітей шкільного віку, зосередивши увагу на показниках рівню лізоциму. Низькі рівні вмісту лізоциму у ротовій рідині можуть бути асоційованими із ураженням ясен, особливо із катаральним гінгівітом, та інфекційними захворюваннями порожнини рота. Фітопрепарати місцевого застосування із протизапальним ефектом не тільки нівелювали прояви катарального гінгівіту, але й, за результатами дослідження, підвищили рівень лізоциму у ротовій рідині [129].

Досліджено особливості мікробіоценозу зубних бляшок у дітей молодшого та середнього шкільного віку з метою розробки високо конгруентних етіопатогенетичних моделей лікування катарального гінгівіту. Отримані дані показали, що, окрім стандартних засобів лікування хронічного катарального гінгівіту, таких як проведення професійного чищення порожнини рота та іригації розчином хлоргексидину, варто

застосовувати також препарати лактобацил, що є конкурентними антагоністами хвороботворних мікроорганізмів, спричиняючих розвиток та персистенцію хронічного катарального гінгівіту у дітей [181].

Проведено компаративне дослідження стану здоров'я ротової порожнини у дітей із цукровим діабетом та здорових дітей, оцінено індекс зубного нальоту та індекс гінгівіту, та одержано парадоксальні на перший погляд результати: рівень гігієни ротової порожнини у дітей з цукровим діабетом був значно вищий, ніж у дітей без супутніх хронічних соматичних захворювань. Очевидно, даний феномен пояснюється кращим усвідомленням необхідності ретельного догляду за зубами та порожниною рота серед дітей із цукровим діабетом, порівняно із дітьми без такої патології [159].

Продовжують з'являтися нові відомості щодо нормалізації стану ротової порожнини у дітей. Так, проведено дослідження хронічного запалення ясен мінералдефіцитного генезу у дітей, та встановлено необхідність комплексного застосування протизапальних засобів загальної (оральні розчини або таблетовані форми) і місцевої дії (у формі розчинів для полоскання ротової порожнини), а також пріоритет налагодження балансу рівнів йоду і фтору в крові пацієнтів шляхом модифікації їх харчового режиму [154, 155].

Оцінено динаміку терапевтичних ефектів хронічного катарального гінгівіту у дітей з вродженими вадами орофациальної зони (зокрема, з незарощеним піднебінням) та встановлено низькі показники видужування після оперативно-реконструктивного втручання, а також необхідність застосування додаткових лікарських засобів у доповнення до тих, що зазначені у протоколі лікування хронічного катарального гінгівіту [177, 178].

Досліджено варіанти лікування генералізованого парадонтиту у дітей, та запроваджено нову високоефективну чотирьохетапну терапію, в ході якої запропоновано:

- 1) механічне видалення області гіпомінералізації емалі уражених зубів шляхом шліфування;
- 2) застосування полірувальних матеріалів (абразивні гумки та порошки) в ході триетапної процедури;
- 3) місцева ремінералізація ушкодженої ділянки емалі шляхом застосування препаратів фтору та кальцію у аплікаційній формі;
- 4) загальна ремінералізація шляхом прийому препаратів кальцію peros впродовж щонайменше місяця.

Такий комплексний підхід до лікування генералізованого пародонтиту у дітей виявився достовірно більш ефективним, аніж стандартний варіант терапії даного захворювання [144].

1.2. Вплив рівню психічного здоров'я на стан здоров'я ротової порожнини у дітей

Чим вираженішою є психічна патологія дитини, тим більш вірогідним є розвиток патології стоматологічного спектру у такої дитини; частково такий взаємозв'язок пояснюється відсутністю у дітей із психічними захворюваннями здатності до адекватного навчання прийомам догляду за порожниною рота [7, 16, 25, 28].

До того ж, надання стоматологічної допомоги таким дітям зазвичай ускладнене відсутністю комплаєнсу або його вкрай низьким рівнем. Найчастіше у дітей із психічними захворюваннями зустрічаються каріозні ураження, на другому місці – ураження ясен [1, 3, 14, 76-81, 90, 92].

Серед дітей із психічними розладами найчастіше та найтяжче стоматологічними захворюваннями страждають діти із аутизмом. У таких дітей внаслідок їх психічного стану спостерігаються труднощі у соціальних взаємодіях та інтерперсональних комунікаціях, що призводить до неможливості або непродуктивності регулярних стоматологічних оглядів [11-14, 18, 39, 45-47, 50, 70, 72-74, 88, 91, 94-96, 98].

При стоматологічному огляді дітей з аутизмом середнього та старшого віку часто можна виявити цілий ряд стоматологічних захворювань, що залишалися нелікованими місяцями або роками через небажання таких дітей звертатися за стоматологічною допомогою або через незрозуміння суті проблеми (невірна інтерпретація алгічних відчуттів та дискомфорту орофасіальної області) [4, 10, 19, 79, 85]. Раннє звернення до стоматолога у дітей із порушеннями аутистичного спектру є доволі рідким явищем, якщо тільки дитина не знаходиться під прицільною увагою батьків, що ретельно стежать за загальним станом соматичного, та, зокрема, стоматологічного здоров'я дитини [9, 16, 66, 68, 93, 97].

Проведено мета-аналіз наукових праць із частоти зустрічаємості стоматологічної патології у дітей з розладами аутистичного спектру. За його результатами, каріозні ураження зустрічаються у 60.6% дітей із аутизмом, а ураження ясен – у 69.4% таких дітей [22].

Проведено дослідження, присвячене вивченню особливостей стоматологічного статусу у дітей з аутизмом, реалізоване на 96 пацієнтах із розладами аутистичного спектру віком від 2 до 16 років показало, що у таких дітей каріозні ураження зустрічаються із частотою 41.7%, причому тимчасові зуби уражаються достовірно частіше, ніж постійні. Рівень гігієни ротової порожнини за індексом ОНІ-S дорівнював 2.4, що відповідає незадовільному [57].

Досліджено стан здоров'я ротової порожнини у дітей з олігофреніями шляхом проведення компаративного аналізу даних цієї категорії дітей та дітей без супутньої психоневрологічної патології. Було встановлено, що у дітей зі зниженням рівню інтелекту майже на 20% частіше зустрічаються некаріозні ураження ротової порожнини, порівняно з контрольною групою; також для них характерна більш висока інтенсивність каріозних процесів та нижчий рівень гігієни ротової порожнини; поряд з цим було встановлено, що всі обстежені діти з олігофреніями мали ортодонтичну патологію різного ступеню вираженості [105, 106].

Дослідження стану зубів та ясен у дітей із розумовою відсталістю різного ступеню тяжкості показало наявність прямих кореляційних зв'язків між зниженням рівню інтелекту та погіршенням стану здоров'я ротової порожнини. Діти з олігофреніями тяжкого ступеню також більш схильні до розвитку деструктивних процесів пародонту, та мають більше схильність до швидкого прогресування стоматологічних захворювань, що іноді доходить до рівня фульмінантного перебігу патологічного процесу у ротовій порожнині [161].

Досліджено стан ротової рідини у дітей із захворюваннями психоневрологічного спектру, виявивши як зниження кількості ротової рідини, так і зниження швидкості секреції слини, а також зниження рівню хлоридів у ротовій рідині дітей даної групи, що може спричинювати окислювальний стрес та обтяжувати протікання патологічних процесів у ротовій порожнині. Отримані дані свідчать про необхідність корекції рівню слиновиділення у дітей із психоневрологічними захворюваннями поряд із лікуванням основної стоматологічної патології [114].

Інколи для дітей із аутизмом необхідні стоматологічні процедури або техніки лікування, що не використовуються для лікування психічно

здорових дітей або ж використовуються вкрай рідко. Зокрема, повідомлено про цікавий клінічний випадок, що відображає відмінності у лікуванні дітей із аутизмом. Так, для лікування одинадцятирічної дитини з аутизмом та затримкою психічного розвитку було використано петлю із гачком на кінці, яка була використана в ході видалення нижнього правого другого премоляра, який нахилився до кореня сусіднього постійного першого моляра. Хоча такий засіб рідко використовується у рутинній педіатричній стоматології, в даному випадку він показав свою ефективність [39].

1.3. Особливості проведення стоматологічного огляду та лікування у дітей з різним рівнем психічного здоров'я

Діти з різним станом психічного здоров'я можуть демонструвати вкрай низьку прихильність до стоматологічного лікування [5, 11, 34, 38, 57, 61, 88]. Незнайома обстановка стоматологічного кабінету, великі апарати, звуки, які дитина раніше не чула, можуть становити причину відмови від стоматологічних процедур у дітей незалежно від їх психопатологічних особливостей, проте наявність психічних захворювань погіршує ситуацію – кожна така хвороба зумовлює ряд особливостей поведінки дитини, які стоматологу варто враховувати для побудови комплаєнтних взаємовідносин [43-48, 51, 54, 63, 67-69, 79, 83-85].

Для дітей з розладами аутистичного спектру характерні такі особливості психіки, які можуть вплинути на побудову комплаєнтних взаємовідносин з лікарем-стоматологом:

- низька здатність до соціальних взаємодій;
- погано сформовані комунікативні навички;
- обмежено коло інтересів;

- стереотипії (повторювані рухи);
- безцільні рухи;
- потреба в одноманітності;
- нерозуміння власних відчуттів та емоцій, нездатність їх пояснити оточуючим;

- ритуальна поведінка;
- аутоагресія;
- підвищена чутливість до сенсорних стимулів;
- гетероагресія [41, 50, 53, 54].

Для дітей зі СДУГ та подібними розладами характерні такі особливості психіки, які можуть вплинути на побудову комплаєнтних взаємовідносин з лікарем-стоматологом:

- імпульсивність;
- гіперактивність;
- гіпопрозексія;
- непосидючість;
- зниження або відсутність відчуття небезпеки;
- підвищена іритативність;
- низька здатність до концентрації [37-38, 44, 65, 83].

Для дітей із затримками психічного розладу характерні такі особливості психіки, які можуть вплинути на побудову комплаєнтних взаємовідносин з лікарем-стоматологом:

- низький словарний запас;
- недоосмислення поточної ситуації;
- погано сформовані комунікативні навички;
- відсутність зацікавленості;
- агресія;

- знижена мотивація до взаємодій;
- нерозуміння звернених до дитини інструкцій [33, 76, 97].

Також варто зауважити, що діти із психічними захворюваннями (зокрема, такими, як аутизм, олігрофенії, СДУГ) часто приймають психофармакологічні засоби, які впливають на стан ротової порожнини. Нейролептики, анксиолітики, антидепресанти, антиконвульсанти, ноотропи та стимулятори – препарати, які найчастіше використовуються у дітей для лікування психічних розладів. Основними побічними ефектами, що мають вплив на стан ротової порожнини, є такі:

- ксеростомія;
- сіалорея;
- сіалоденіти;
- стоматити;
- розростання тканин ясен;
- набряк м'яких тканин ротової порожнини;
- депігментація язика.

Усі вищеперераховані особливості дітей із психічними захворюваннями потрібно враховувати під час стоматологічного огляду та маніпуляцій [30, 30, 59, 63, 72-74].

Обізнаність дитячого стоматолога щодо особливостей поведінки дітей із розладами психічного здоров'я та глибинне розуміння їх психічного стану є запорукою встановлення комплаєнтних взаємовідносин між такою дитиною і лікарем-стоматологом у ході прийому [37, 46, 50, 88, 107].

Одним із основних симптомів психічних розладів у дітей є неможливість довільного утримання уваги, що часто означає відсутність зацікавленості у взаємодії із навколишнім середовищем, навіть якщо така

взаємодія іде на користь дитині. Неможливість дитини підтримувати продуктивну комунікацію шляхом вербальної продукції, жестикуляцій та очного контакту негативно впливають на взаєморозуміння між нею та лікарем-стоматологом [21, 24, 48, 49, 56, 61, 66, 85].

Порушення вищих психічних функцій у дітей може спричиняти невірну інтерпретацію зовнішніх стимулів усіх модальностей: візуальної, аудіальної, тактильної, ольфакторної та інших. Тому стоматологічні процедури, навіть із застосування місцевих технік знеболення, можуть приносити дитині значні негативні відчуття, які іноді помилково сприймаються нею як больові [65, 77, 79, 83].

Діти із порушеннями психічного здоров'я більш схильні до фобічного реагування у кабінеті стоматолога, тому для корекції небажаної поведінки у таких дітей потрібно застосовувати спеціальні методики [79, 87, 91].

1.4. Методи корекції одонтофобічних реакцій у дітей з різним рівнем психічного здоров'я

Сучасний стан дитячої стоматології не дозволяє проводити адекватну корекцію стоматофобічних реакцій, що обмежувалася би психокорекційними заходами, тож при відсутності комплаєнсу з дітьми із порушеннями психоневрологічного спектру часто виникає необхідність застосування загальної анестезії. Дані процедури у дитячій стоматології проводяться із використанням таких лікарських засобів, як кетамін, фентаніл та пропафол, що можуть викликати числені серйозні негативні наслідки [9, 19, 28].

Лікарям-стоматологам, що приймають участь в обстеженні, лікуванні та проведенні стоматологічних маніпуляцій дітям із психоневрологічними порушеннями, бажано, окрім стандартної професійної підготовки, додаткову підготовку в області колекційної педагогіки, що допоможе у встановленні комплаєнтних взаємовідносин із пацієнтами даної категорії [17, 26-30, 54, 69].

Дослідження показали ефективність візуального навчання у збільшенні прихильності до терапії дітей з аутизмом. Після попередніх візитів до дитячого стоматолога із відповідним інструктажем комплаєнтність дітей з аутизмом достовірно зросла порівняно із контрольною групою, де діти не проходили подібного візуального навчання [62].

Проаналізовано стан здоров'я ротової порожнини у дітей із порушеннями психіки, та його вплив на формування комплаєнтних взаємовідносин таких дітей із лікарем-стоматологом. Результати дослідження показали, що комплаєнтність дітей із психоневрологічними захворюваннями була значно нижчою за комплаєнтність дітей без подібних захворювань, в той час як частота зустрічаємості та рівень інтенсивності каріозних процесів у таких дітей є вищою майже на 10% [114].

Досліджено фактори, що впливають на встановлення комплаєнсу між лікарем-стоматологом та дітьми з розладами аутистичного спектру. Були вивчені взаємозв'язки між такими параметрами, як когнітивне функціонування, розвиток соціальних навичок, розвиток комунікативних навичок, вміння читати, схильністю до провокативної поведінки, віком, статевою приналежністю та комплаєнтністю до лікування у стоматолога. Неможливість до продуктивної кооперації у дітей з аутистичними розладами зі стоматологом найбільше корелювала зі схильністю до

провокативної поведінки та зниженим рівнем когнітивного функціонування. Також було показано, що зі збільшенням віку прихильність до стоматологічного лікування достовірно збільшувалася [29].

Наразі запропоновано багато методик, що мають допомогти дитині подолати страх при відвідуванні стоматологічного кабінету. Найпоширенішими являються: залучення батьків до процесу огляду та лікування, надання їм можливості присутності в кабінеті під час провадження стоматологічних маніпуляцій; детальне описання стоматологічної процедури, з якою дитині доведеться зіткнутися, та демонстрація інструментів, які будуть використовуватися при цьому; надання коротких та чітких команд в ході провадження стоматологічних маніпуляцій [32, 37, 44, 52].

Існує декілька методів поведінкової корекції фобічних реакцій, які використовуються в стоматологічній практиці країн Європи та Північної Америки. Серед них виділяють:

- візуальне навчання – техніка полягає у демонстрації картинок, що ілюструють стоматологічний прийом та його етапи, показують дитині наявне у стоматологічному кабінеті обладнання та медикаменти, що використовуватимуться;

- сенсорна адаптація – надання дитині можливості для адаптації до незвичного положення тіла у стоматологічному кріслі, яскравого освітлення та значного шуму від апаратів, що знаходяться у стоматологічному кабінеті;

- прикладний біхевіоральних аналіз – заснований на аналізі взаємозв'язку між навколишнім середовищем та поведінковими ефектами,

коли лікар може змінювати вектор взаємодії з дитиною для досягнення бажаного ефекту.

- додаткові методи контролю поведінки – зазвичай застосовуються у дітей з супутніми психічними розладами та полягають у медикаментозній корекції небажаної поведінки, що проявляється в ході стоматологічного прийому. Препаратами, які використовуються можуть бути антипсихотики, типові чи атипіві, та анксиолітики (зазвичай з класу бензодіазепінів) [34, 35, 40, 57, 68].

Висновки до розділу 1

Чим вираженішою є психічна патологія дитини, тим більш вірогідним є розвиток патології стоматологічного спектру у такої дитини.

Надання стоматологічної допомоги таким дітям зазвичай ускладнене відсутністю комплаєнсу або його вкрай низьким рівнем.

Діти з різним станом психічного здоров'я можуть демонструвати вкрай низьку прихильність до стоматологічного лікування. Незнайома обстановка стоматологічного кабінету, великі апарати, звуки, які дитина раніше не чула, можуть становити причину відмови від стоматологічних процедур у дітей незалежно від їх психопатологічних особливостей, проте наявність психічних захворювань погіршує ситуацію – кожна така хвороба зумовлює ряд особливостей поведінки дитини, які стоматологу варто враховувати для побудови комплаєнтних взаємовідносин.

Діти із порушеннями психічного здоров'я більш схильні до фобічного реагування у кабінеті стоматолога, тому для корекції небажаної поведінки у таких дітей потрібно застосовувати спеціальні методики.

Сучасний стан дитячої стоматології не дозволяє проводити адекватну корекцію стоматофобічних реакцій, що обмежувалася би психокорекційними заходами, тож при відсутності комплаєнсу з дітьми із

порушеннями психоневрологічного спектру часто виникає необхідність застосування загальної анестезії. Дані процедури у дитячій стоматології проводяться із використанням таких лікарських засобів, як кетамін, фентаніл та пропафол, що можуть викликати численні серйозні негативні наслідки.

РОЗДІЛ 2

ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТІВ ОБСТЕЖЕННЯ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн і загальна характеристика обстежених контингентів

Дослідження мало проспективний дизайн та було реалізовано в 2 етапи з використанням стоматологічного, анамнестичного, клініко-психопатологічного, психоекспериментального, етологічного, катамнестичного, клініко-статистичного методів.

На базі КУ «Обласна клінічна дитяча лікарня» ЗОР проведено обстеження 125 дітей зі стоматологічною патологією, чий батьки надали інформовану згоду для участі їх дитини у даному дослідженні. Серед цих 125 дітей було відібрано тих, які відповідали критеріям включення за рівнем психічного здоров'я, та у яких були наявні ОФР, зареєстровані в ході стоматологічного прийому. Таких дітей було набрано 100.

Діти із РРПЗ, що прийняли участь у даному дослідженні, сформували чотири групи:

1) першу групу (Г1), до якої увійшли 30 дітей із розладами аутистичного спектру (хлопчиків – 20, середній вік $11,00 \pm 0,29$ років; дівчат – 10, середній вік $10,33 \pm 1,36$ рік).

2) другу групу (Г2), до якої увійшли 30 дітей із зниженням інтелекту легкого ступеню (хлопчиків – 18, середній вік $10,17 \pm 1,47$ років; дівчат – 12, середній вік $9,56 \pm 0,87$ рік).

3) третю групу (Г3), до якої увійшли 20 хворих на СДУГ (хлопчиків – 16, середній вік $9,83 \pm 0,72$ років; дівчат - 4, середній вік $10,25 \pm 1,04$ рік).

4) четверту групу (Г4), до якої увійшли діти без психічних порушень (хлопчиків - 10, середній вік $11,83 \pm 0,91$ років; дівчат - 10, середній вік $12,93 \pm 1,47$ рік).

На другому етапі обстежені контингенти було розділено за критерієм отриманого лікування. Основну групу (ОГ) склали 60 хворих, які отримували як стандартну стоматологічну терапію, так і високо конгруентні психокорекційні заходи за розробленими підходами до нівелювання ОФР. Контрольну групу (ГК) склали 40 хворих, яким було проведено лише стоматологічні маніпуляції згідно стандартних протоколів.

Перед початком дослідження усі хворі були обстежені не лише на предмет виявлення їх стоматологічного статусу та стану їх психіки, але також і на предмет їх соматичного стану.

У загальноклінічному плані серед усього контингенту було проведене детальне вивчення анамнестичних (взятих з медичної документації: історій хвороб, особистих карт, епікризів, та на основі врахування суб'єктивних даних – особистих розповідей батьків) і клінічних даних для вирішення питання щодо їх включення у дослідження. В узагальненому виді розподіл контингенту хворих поміж групами наведено у таблиці 2.1

Таблиця 2.1 - Розподіл контингенту хворих поміж групами

Код групи	Загальна кількість хворих (ос.)	Дівчат у групі (ос.)	Середній вік дівчат (років)	Хлопців у групі (ос.)	Середній вік хлопців (років)
Г1	30	10	10,33±1,36	20	11,00±0,29
Г2	30	12	9,56±0,87	18	10,17±1,47
Г3	20	4	10,25±1,04	16	9,83±0,72
Г4	20	10	12,93±1,47	10	11,83±0,91
ОГ	60	24	11,06±1,02	36	11,49±0,95
ГП	40	12	11,47±0,96	28	11,25±1,04
Всього	100	36	11,58±1,29	64	11,27±1,41

Вибірку було сформовано відповідно до критеріїв відбору контингентів дослідження.

Критерії включення:

- вік від 3 до 18 років;
- демонстрація ОФР в процесі проведення стоматологічних маніпуляцій;
- наявність аутизму (для Г1);
- наявність олігофренії (для Г2);
- наявність СДУГ (для Г3);
- відсутність встановленого психіатричного діагнозу (для Г4).

Критерії виключення (стани, що виключають можливість коректної оцінки та ідентифікації ОФР у дітей із РРПЗ):

- стани затьмарення свідомості;

- гострий і підгострий періоди ЧМТ;
- провадження стоматологічних втручань впродовж останніх 6 місяців;
- грубі порушення периферичної іннервації, паралічі і парезищелепно-лищевої ділянки;
- реконструктивні операції щелепно-лищевої ділянки в анамнезі;
- показання до проведення загальної анестезії під час стоматологічних маніпуляцій;
- активна нейролептична терапія, нейролептичний синдром, в тому числі злоякісний.

Дослідження складалося з двох етапів.

На першому етапі – *аналітичному* – були задіяні 4 групи дітей із РРПЗ, що демонстрували наявність ОФР у ситуації стоматологічного огляду.

Метою даного етапу роботи було встановлення та аналіз соматичного статусу (включаючи дослідження ротової рідини) у дітей із РРПЗ, виявлення його зв'язків із формуванням реакцій одонтофобічного спектру, формування класифікації ОФР та розроблення їх клінічного наповнення. Дослідження було реалізовано за допомогою анамнестичного, стоматологічного, психометричного та клініко-статистичного методів. Визначили зв'язок соматичного статусу у дітей із РРПЗ, виявлення його зв'язків із рівнями тривожності, встановлено основні патогенетичні механізми та розроблено типологію ОФР у дітей із РРПЗ.

На другому етапі дослідження – *психокорекційному* – дітей із РРПЗ було розділено на 2 групи за критерієм отриманого ними лікування. Метою було розроблення принципів та конгруентних підходів до корекції ОФР у

дітей із РРПЗ на підставі аналізу клініко-психопатологічної семіотики та структури клінічних проявів реакцій одонтофобічного спектру з урахуванням патогенезу їх розвитку. Було реалізовано за допомогою психометричного, клініко-статистичного та катамнестичного методів дослідження. За результатами даного етапу було розроблено підходи до корекції ОФР у дітей із РРПЗ.

У підсумованому вигляді етапи проведеного дисертаційного дослідження, їх основні характеристики, сенс ангажування та результати наведено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 - Етапи дисертаційного дослідження

Етапи	Сенс та характеристика	Результати
1	2	3
I етап – аналітичний	встановлення та аналіз соматичного статусу (включаючи дослідження ротової рідини) у дітей із РРПЗ, виявлення його зв'язків із формуванням реакцій одонтофобічного спектру, формування класифікації ОФР та розроблення їх клінічного наповнення	визначено зв'язок соматичного статусу у дітей із РРПЗ, виявлення його зв'язків із рівнями тривожності, встановлено основні патогенетичні механізми та розроблено типологію ОФР у дітей із РРПЗ
II етап – психокорекційний	розроблення принципів та конгруентних підходів до корекції ОФР у дітей із РРПЗ на підставі аналізу клініко-психопатологічної семіотики та структури клінічних проявів реакцій одонтофобічного спектру та патогенезу їх розвитку	розроблено підходи до корекції ОФР у дітей із РРПЗ

2.2. Характеристика методів дослідження

У даній дисертаційній роботі були застосовані такі методи дослідження.

Анамнестичний метод – реєстрація та порівняння інформації щодо наявних у хворих раніше патологічних змін ротової порожнини та психопатологічної симптоматики шляхом опитування батьків хворих та детального вивчення історій хвороби дітей із РРПЗ, та використовувався для виявлення різниці між стоматологічним статусом та психічною патологією дитини в минулому і на момент обстеження;

Клініко-психопатологічний метод – реєстрація особливостей патології дитячої психіки із застосуванням клінічного спостереження за дитиною на стоматологічному прийомі із залученням напівструктурованого клінічного інтерв'ю дитини, за результатами якого було встановлено характерні для дітей із РРПЗ етостоматологічні кореляти.

Психометричний (тесовий) метод був реалізований за допомогою таких методик:

- "Рівень тривожності дитини" (Уровень тревожности ребенка, Г. П. Лаврентьева, Т. М. Титаренко, 1992), - для виявлення рівня тривожності у дитини[148];

Катамнестичний метод був застосований з метою аналізу ефективності та універсальності розроблених психотерапевтичних стратегій для превенції та корекції одонтофобічного реагування у дітей із РРПЗ, а також для вивчення особливостей стоматологічного статусу у дітей із РРПЗ в динаміці;

Клініко-статистичний метод було застосовано для виявлення достовірних відмінностей між групами. В рамках клініко-статистичного

методу було розраховано такі показники, як індекс Краскелла-Уоліса та Манна-Уїтні). Статистична обробка була здійснена із залученням програми «Statistica 10», встановленої на персональному комп'ютері.

Особливості стоматологічного статусу визначалися із залученням таких методик:

- індекс кп + КПВ – застосований для визначення інтенсивності карієсу тимчасових та постійних зубів дітей із РРПЗ. Індекс кп + КПВ розраховувався шляхом розрахування суми каріозних та пломбованих тимчасових зубів без урахування видалених внаслідок карієсу тимчасових зубів, в той час як для постійного прикусу вираховувалася сума каріозних, пломбованих та видалених внаслідок карієсу постійних зубів. Інтерпретація оцінки інтенсивності каріозного процесу була проведена шляхом порівняння отриманого індексу з відповідними значеннями вікових таблиць [176];

- індекс РМА (папілярно-маргінально-альвеолярний) запропонований Masser і модифікований Parmay 1960 р. Застосований з метою визначення рівню запального процесу ясен у дітей із РРПЗ. Розрахування індексу РМА було проведено шляхом візуальної оцінки стану ясен, наявності та вираженості у них запального процесу із подальшим встановленням відсоткового співвідношення суми балів запалення ясен до загальної кількості зубів у ротовій порожнині [156];

– гігієнічний індекс Green-Vermillion – для оцінки гігієнічного стану ротової порожнини дітей із РРПЗ. Розрахування індексу Green-Vermillion було проведено шляхом забарвлення вестибулярних поверхонь 11, 16, 26, 31 та язикових поверхонь 36 та 46 зубів йодовмісними розчинами. На досліджуваних поверхнях визначаються зубний наліт та зубний камінь.

Значення індексу Green-Vermillion розраховується за спеціальною формулою[36];

– рН-метрія – для встановлення рівню вільних іонів водню у ротовій рідині дітей із РРПЗ. Рівень рН ротової рідини визначався із застосуванням аналізатору електролітів - E-LytePlus (USA). Шляхом автоматичної аспірації (забезпечує детекцію згустків та пузирів у дослідному зразку, виключаючи тим самим помилки на преаналітичному етапі) біологічного зразку кількістю 140 мкл, відбувалось визначення рН методом потенціометрії[131];

– капілярна віскозиметрія – для визначення в'язкості ротової рідини у дітей із РРПЗ. Для дослідження в'язкості ротову рідину відбирали з ротової порожнини після стимуляції пілокарпіном 1%, та порівнювали із в'язкістю води, прийнятою за одиницю[149].

Етологічний метод – для детекції та описання патернів кінетики орофасіальної області у дітей із РРПЗ під час проведення стоматологічних маніпуляцій. Етологічний метод було застосовано шляхом ретельного спостереження за дитиною та відмічання у бланках дослідження відповідних пунктів, що містили описання вербальної та паравербальної продукції, міміки та рухової активності дитини.

Висновки до розділу 2

Дослідження складалося з двох етапів. На першому етапі були відібрані 125 дітей зі стоматологічною патологією, чії батьки надали інформовану згоду для участі їх дитини у даному дослідженні. Серед цих 125 дітей було відібрано тих, які відповідали критеріям включення за рівнем психічного здоров'я, та у яких були наявні ОФР, зареєстровані в ході стоматологічного прийому. Таких дітей було набрано 100.

Діти із РРПЗ, що прийняли участь у даному дослідженні, сформували

чотири групи: Г1, до якої увійшли 30 дітей із розладами аутистичного спектру (хлопчиків – 20, середній вік $11,00 \pm 0,29$ років; дівчат – 10, середній вік $10,33 \pm 1,36$ рік); Г2, до якої увійшли 30 дітей із зниженням інтелекту легкого ступеню (хлопчиків – 18, середній вік $10,17 \pm 1,47$ років; дівчат – 12, середній вік $9,56 \pm 0,87$ рік); Г3, до якої увійшли 20 хворих на СДУГ (хлопчиків – 16, середній вік $9,83 \pm 0,72$ років; дівчат – 4, середній вік $10,25 \pm 1,04$ рік); Г4), до якої увійшли діти без психічних порушень (хлопчиків – 10, середній вік $11,83 \pm 0,91$ років; дівчат – 10, середній вік $12,93 \pm 1,47$ рік).

На другому етапі обстежені контингенти було розділено за критерієм отриманого лікування. Групу дослідження (ГД) склали 60 хворих, які отримували терапію за розробленими підходами до корекції ОФР. Контрольну групу (ГК) склали 40 хворих, яким було проведено стоматологічні маніпуляції згідно стандартних протоколів.

Задля досягнення мети використовувалися такі методи дослідження.

Анамнестичний - для вивчення особливостей психоонтогенезу, виявлення та аналізу проявів стоматологічного та психічного захворювань.

Катамнестичний - задля оцінки ефективності підібраних стратегій психотерапевтичної корекції.

Особливості стоматологічного статусу визначалися із залученням таких методик:

- індекс кп + КПВ – застосований для визначення інтенсивності карієсу тимчасових та постійних зубів дітей із РРПЗ. Індекс кп + КПВ розраховувався шляхом розрахування суми каріозних та пломбованих тимчасових зубів без урахування видалених внаслідок карієсу тимчасових зубів, в той час як для постійного прикусу вираховувалася сума каріозних, пломбованих та видалених внаслідок карієсу постійних зубів. Інтерпретація

оцінки інтенсивності каріозного процесу була проведена шляхом порівняння отриманого індексу з відповідними значеннями вікових таблиць;

- індекс РМА (папілярно-маргінально-альвеолярний) запропонований Masser і модифікований Parmay 1960 р. Застосований з метою визначення рівню запального процесу ясен у дітей із РРПЗ. Розрахування індексу РМА було проведено шляхом візуальної оцінки стану ясен, наявності та вираженості у них запального процесу із подальшим встановленням відсоткового співвідношення суми балів запалення ясен до загальної кількості зубів у ротовій порожнині;

- гігієнічний індекс Green-Vermillion - для оцінки гігієнічного стану ротової порожнини.

- рН-метрія - для виявлення кислотності ротової рідини;

- капілярна віскозиметрія - для виявлення в'язкості ротової рідини.

Клініко-психопатологічний метод – реєстрація особливостей патології дитячої психіки із застосуванням клінічного спостереження за дитиною на стоматологічному прийомі із залученням напівструктурованого клінічного інтерв'ю дитини, за результатами якого було встановлено характерні для дітей із РРПЗ етостоматологічні кореляти.

Етологічний - для детекції та описання патернів рухової активності орофациальної області.

Психометричний метод був реалізований за допомогою таких методик: "Рівень тривожності дитини" (Уровень тревожности ребенка, Г. П. Лаврентьева, Т. М. Титаренко, 1992), - для виявлення рівня тривожності у дитини;

Клініко-статистичний метод було застосовано для виявлення достовірних відмінностей між групами. В рамках клініко-статистичного

методу було розраховано такі показники, як індекс Краскелла-Уоліса та Манна-Уїтні). Статистична обробка була здійснена із залученням програми «Statistica 10», встановленої на персональному комп'ютері.

РОЗДІЛ 3

ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ З РІЗНИМИ РІВНЯМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

3.1 Показники інтенсивності карієсу у дітей із РРПЗ

У хворих Г1, результати стоматологічного вивчення індексу кп + КПВ продемонстрували усереднений рівень вираженості карієсу у змінному прикусі на рівні $4,89 \pm 0,09$. Таке значення індексу кп + КПВ свідчить про високий рівень карієсу у дітей даної групи.

У пацієнтів Г1 20 хворих (66,67%) за даними розрахування індексу кп + КПВ мали каріозний процес високої інтенсивності; решта хворих мали каріозний процес низької або середньої інтенсивності (по 5 хворих, або по 16,66%).

У хворих Г2, результати стоматологічного вивчення індексу кп + КПВ продемонстрували усереднений рівень вираженості карієсу у змінному прикусі на рівні $3,01 \pm 0,17$. Таке значення індексу кп + КПВ свідчить про помірний рівень карієсу у дітей даної групи.

У пацієнтів Г2 12 хворих (40%) продемонстрували середню інтенсивність каріозного процесу, в той час як 10 хворих, або 33,33% мали низьку інтенсивність каріозного процесу, і ще 8 хворих, або 26,67% мали високу інтенсивність карієсу.

У хворих Г3, результати стоматологічного вивчення індексу кп + КПВ продемонстрували усереднений рівень вираженості карієсу у змінному прикусі на рівні $4,23 \pm 0,06$. Таке значення індексу кп + КПВ свідчить про високий рівень карієсу у дітей даної групи.

У пацієнтів Г3 12 хворих (60%) продемонстрували середню інтенсивність каріозного процесу, в той час як 2 хворих, або 10% мали низьку інтенсивність каріозного процесу, і ще 6 хворих, або 30% мали високу інтенсивність карієсу.

У хворих Г4 результати стоматологічного вивчення індексу кп + КПВ продемонстрували усереднений рівень вираженості карієсу у змінному прикусі на рівні $2,95 \pm 0,19$. Таке значення індексу кп + КПВ свідчить про помірний рівень карієсу у дітей даної групи.

У пацієнтів Г4 4 хворих (20%) продемонстрували високу інтенсивність каріозного процесу, в той час як 4 хворих, або 20% мали низьку інтенсивність каріозного процесу і ще 12 хворих, або 60% мали середню інтенсивність карієсу. Сила вираженості каріозного процесу та наявність дітей із високою силою вираженості каріозного процесу домінувала у Г1 і Г3 (в порівнянні з Г2 та Г4). Таким чином, на основі детального стоматологічного обстеження, були встановлені основні характеристики та каріозного процесу у дітей із РРПЗ.

Інтенсивність карієсу за групами наведено для узагальненого ознайомлення на рисунках 3.1 - 3.3.



Рисунок 3.1. Синдром Стентона-Капдентона



Рисунок 3.2.Відновленняанатомічної форми тимчасових зубів
реставраційними матеріалами



Рисунок 3.3.Множинні каріозні ураження зубів верхньої та нижньої
щелепи, хронічний перебіг.

Клінічна ілюстрація:

Пацієнт Олег К., 5 років госпіталізований у відділення гнійної хірургії КНП ЗОКДЛ ЗОР зі скаргами на підвищення температури тіла до 37,8 та біль та припухлість в області нижньої щелепи зліва. Зі слів батьків, хворіє третю добу .

Об'єктивно: Обличчя асиметричне за рахунок Вираженого набряку м'яких тканин щічної області. Шкірні покриви в цій області гіперемійовані. Регіонарний лімфаденіт. Коронка 75 зуба зруйнована на 1/2, перехідна складка з вестибулярної сторони згладжена за рахунок запального інфільтрату, флюктууючого по всій поверхні.

В пришийкових ділянках 51,52,53,61,62, 63,71,81 зубів відмічаються каріозні порожнини, в межах плащового шару дентину, виконані щільним пігментованим дентином. Зондування безболісне, t проба слабо позитивна.

Діагноз: гострий гнійний періостит нижньої щелепи зліва, множинні каріозні ураження фронтальної групи зубів.

Супутній діагноз:F84 (аутизм)

Лікування: виконана періостотомія, видалення 75 зуба.

Запланована санація порожнини рота в умовах стаціонару.

У хворих Г2, за даними клінічного обстеження та розрахування індексу кп + КПВ, середній рівень інтенсивності карієсу тимчасових та постійних зубів становив $3,01 \pm 0,17$. Даний показник у Г2 відповідає помірній інтенсивності карієсу.

Серед дітей із Г2 12 хворих (40%) за даними розрахування індексу кп + КПВ мали каріозний процес середньої інтенсивності; решта хворих мали

каріозний процес низької (10 хворих, 33,33%) або високої інтенсивності (8 хворих, або 26,67%).

Приклади уражень ротової порожнини у дітей із Г2 наведено на рисунках 3.5- 3.7.

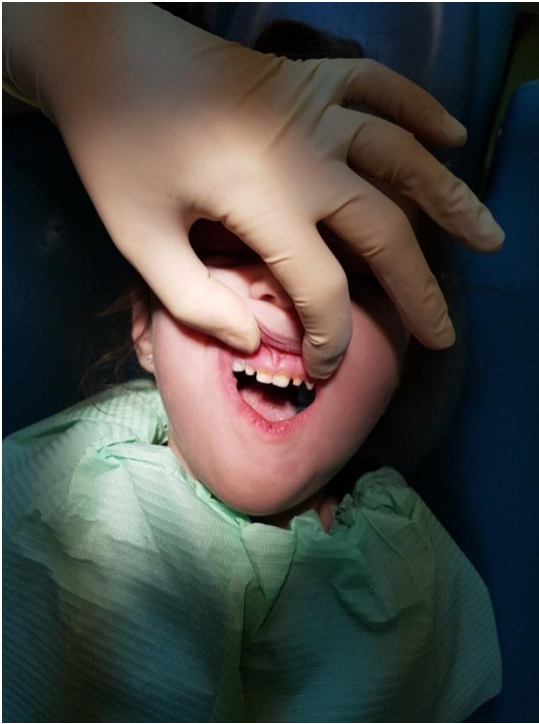


Рисунок. 3.5.

Множинні каріозні ураження твердих
зуба

тканин зубів V класу за Блекум.

Початковий карієс

Ексфоліативний хейліт.

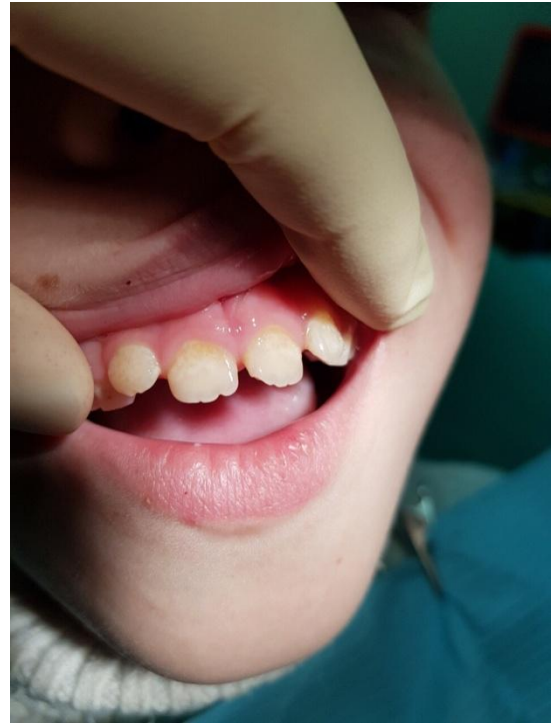


Рисунок. 3.6.

Порушення цілісності коронки 21

травматичного генезу.

11, 21, 22 зубів V класу за Блекум.



Рисунок 3.7.Множинні каріозні ураження тимчасових зубів верхньої та нижньої щелепи.

Клінічна ілюстрація:

Пацієнт Вова П. 9 років звернувся на прийом зі скаргами на короткочасні болі в зубах під час вживання їжі та напоїв.

Зі слів батьків,скарги з'явилися місяць тому.

Об'єктивно: Масивні відкладення м'якого зубного нальоту в пришийкових ділянках зубів верхньої та нижньої щелеп, наліт легко знімається інструментом оголюючи матоподібну, позбавлену блиску поверхню емалі, зондування чутливе, t проба на холод позитивна, реакція швидко проходить після дії подразника. Рентгенологічне дослідження не виявило патологічних змін щелепно-лицевої ділянки.

Діагноз: гострий початковий карієс нижніх та верхніх фронтальних зубів.

Супутній діагноз:F70.

*Лікування:*проведена професійна гігієна ротової порожнини, ремінералізуюча терапія, гігієнічне навчання індивідуальному догляду за порожниною рота.

У хворих ГЗ, за даними клінічного обстеження та розрахування індексу кп + КПВ, середній рівень інтенсивності карієсу тимчасових та постійних зубів становив $4,23 \pm 0,06$. Даний показник у ГЗ відповідає високій інтенсивності карієсу.

Серед дітей із ГЗ 12 хворих (60%) за даними розрахування індексу кп + КПВ мали каріозний процес високої інтенсивності; решта хворих мали каріозний процес низької (2 хворих, 10%) або середньої інтенсивності (6 хворих, або по 30%).

Приклади уражень ротової порожнини у дітей із ГЗ наведено у таблиці 3.1



Рисунок 3.8. Множинний карієс зубів верхньої щелепи, хронічний перебіг.



Рисунок 3.9. Множинні каріозні ураження зубів верхньої щелепи.

Клінічна ілюстрація:

Пацієнт Кирило Ш., 12 років звернувся по допомогу зі скаргами на кровотечу та болісність ясен під час чистки зубів, та неприємний запах з рота.

Зі слів матері, хворіє протягом п'яти місяців.

Об'єктивно: ціаноз, застійна гіперемія, набряк ясен, легка кровотеча та болісність при надавленні інструментом на сосочок. Рентгенологічне дослідження не виявило змін кісткової тканини міжзубних перетинок та інших відділів щелепних кісток.

Діагноз: хронічний катаральний гінгівіт.

Супутній діагноз: СДУГ.

Лікування: проведена професійна гігієна ротової порожнини, гігієнічне навчання індивідуальному догляду за порожниною рота. Призначено місцеве лікування.

У хворих Г4, за даними клінічного обстеження та розрахування індексу кп + КПВ, середній рівень інтенсивності карієсу тимчасових та постійних зубів становив $2,95 \pm 0,19$. Даний показник у хворих із Г4 відповідає помірній інтенсивності карієсу.

Серед дітей із Г4 4 хворих (20%) за даними розрахування індексу кп + КПВ мали каріозний процес високої інтенсивності; решта хворих мали каріозний процес низької (4 хворих, 20%) або середньої інтенсивності (12 хворих, або 60%).

Приклади уражень ротової порожнини у дітей із Г4 наведено на рисунках 3.10 - 3.11.



Рисунок 3.10. Множинний карієс зубів верхньої щелепи



Рисунок 3.11. Множинні каріозні ураження зубів верхньої щелепи.

Клінічна ілюстрація:

Батьки пацієнтки Каті Ш., 9 років, звернулися на консультативний прийом зі скаргами на відсутність зуба на нижній щелепі зліва. Зі слів батьків, інші перші постійні моляри прорізувались вчасно. У дівчинки будь-які скарги відсутні.

Об'єктивно: конфігурація обличчя не змінена, шкірні покриви чисті, регіонарні лімфовузли безболісні, рот відкриває в повному обсязі. СОПР без видимих патологічних змін. З6 зуб відсутній.

Після проведеного дівчинці рентгенологічного обстеження нижньої щелепи виявлено гомогенне розрідження кістки округлої форми з чіткими рівними межами, в якому знаходиться коронкова частина непрорізаного З6 зуба.

Діагноз: фолікулярна кіста нижньої щелепі від З6 зуба.

Супутні психіатричні діагнози відсутні.

Рекомендоване хірургічне лікування в умовах стаціонару.

У Г1 та Г3, порівняно із Г2 та Г4, достовірно переважали як інтенсивність карієсу, так і кількість хворих із сильно вираженою інтенсивністю карієсу.

Таким чином, на основі детального стоматологічного обстеження, були встановлені основні характеристики та каріозного процесу у дітей із РРПЗ.

В узагальненому вигляді розподіл сили вираженості каріозного процесу по групах представлено у табл. 3.1.

Таблиця 3.1 - Розподіл вираженості каріозного процесу по групах

Інтенсивність карієсу	Групи							
	Г1		Г2		Г3		Г4	
	ос.	%	ос.	%	ос.	%	ос.	%
Дуже висока	–	–	–	–	–	–	–	–
Висока	20	66,67	10	33,33	12	60	4	20
Середня	5	16,66	12	40	6	30	12	60
Низька	5	16,66	8	26,67	2	10	4	20
Дуже низька	–	–	–	–	–	–	–	–

В узагальненому вигляді особливості статистичної обробки сили вираженості каріозного процесу по групах представлено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 - Достовірність відмінностей (p) між групами за силою вираженості каріозного процесу

Інтенсивність карієсу	Достовірність відмінностей (p) між групами за критерієм <i>Мана-Уїтні</i>					
	Г1			Г2		Г3
	Г2	Г3	Г4	Г3	Г4	Г4
p	0,04	0,85	<0,01	0,20	1,00	0,04

Примітки: достовірні відмінності частот ознак в парах груп порівняння ($p < 0,05$) виділені заливкою сірого кольору.

3.2 Рівень гігієни ротової порожнини у дітей із РРПЗ

В ході дослідження було проведено аналіз рівню гігієни ротової порожнини у дітей із РРПЗ, що демонстрували реакції одонтофобічного спектру, шляхом розрахування у них гігієнічного індексу Green-Vermillion.

У хворих Г1по результатах стоматологічного оглядуусереднений індекс Green-Vermillion, що засвідчує гігієнічний стан змінного прикусу дитини показав $1,86 \pm 0,09$, а тому є підстави стверджувати про поганий рівень гігієни ротової порожнини.

В Г1 6 дітей, або 20% контингентів за індексом Green-Vermillion продемонстрували дуже поганий рівень гігієни ротової порожнини, ще 15 дітей - поганий (50%), 9 - середній (30%).У хворих Г2по результатах стоматологічного оглядуусереднений індекс Green-Vermillion, що засвідчує гігієнічний стан змінного прикусу дитини показав $2,60 \pm 0,05$, а тому є підстави стверджувати про дуже поганий рівень гігієни ротової порожнини. В Г2 16 дітей, або 53,33%контингентів за індексом Green-Vermillion продемонстрували дуже поганий рівень гігієни ротової порожнини, ще 6 дітей - поганий (20%), 8 - середній (26,67%).У хворих Г3по результатах стоматологічного оглядуусереднений індекс Green-Vermillion, що засвідчує гігієнічний стан змінного прикусу дитини показав $2,11 \pm 0,11$, а тому є підстави стверджувати про поганий рівень гігієни ротової порожнини. В Г3 не виявлено дітей, які за індексом Green-Vermillion продемонстрували дуже поганий рівень гігієни порожнинирота; у 14 дітей (70%) спостерігався поганий, у 6 хворих,- середній (30%) стан гігієни. У хворих Г4по результатах стоматологічного оглядуусереднений індекс Green-Vermillion, що засвідчує гігієнічний стан змінного прикусу дитини показав $1,40 \pm 0,07$,а тому є підстави стверджувати про середній

рівень гігієни ротової порожнини.

В Г4 2 дітей, або 10% контингентів за індексом Green-Vermillion продемонстрували дуже поганий рівень гігієни ротової порожнини, ще у 2 дітей було виявлено поганий рівень гігієни (10%), у 16 - середній та низький (по 8 хворих, або по 40%).

Таким чином, на основі детального стоматологічного обстеження, були встановлені основні характеристики рівню гігієни ротової порожнини у дітей із РРПЗ.

Одним із компонентів стоматологічного статусу є стан здоров'я ясен. У дітей Г1, по результатах стоматологічного огляду усереднений індекс РМА, що засвідчує стан здоров'я ясен дитини показав $46 \pm 0,15\%$, а тому є підстави стверджувати про помірний рівень гінгівіту. Серед дітей із Г1 3 хворих (10%) за даними розрахування індексу РМА мали високий ступінь тяжкості гінгівіту, 18 хворих - середній (60%) та ще 9 - низький (30%).

У дітей Г2, по результатах стоматологічного огляду усереднений індекс РМА, що засвідчує стан здоров'я ясен дитини показав $43 \pm 1,00\%$, а тому є підстави стверджувати про помірний рівень гінгівіту. Серед дітей із Г2 3 хворих (10%) за даними розрахування індексу РМА мали високий ступінь тяжкості гінгівіту, 21 хворих - середній (70%) та ще 6 - низький (20%). У дітей Г3, по результатах стоматологічного огляду усереднений індекс РМА, що засвідчує стан здоров'я ясен дитини показав $62 \pm 1,00\%$, а тому є підстави стверджувати про високий рівень гінгівіту. Серед дітей із Г3 14 хворих (70%) за даними розрахування індексу РМА мали високий ступінь тяжкості гінгівіту, 2 хворих - середній (10%) та ще 4 - низький (по 20%).

У дітей Г4, по результатах стоматологічного огляду усереднений індекс РМА, що засвідчує стан здоров'я ясен дитини показав $16 \pm 0,09\%$, а тому є

підстави стверджувати про низький рівень гінгівіту. Серед дітей із Г4 4 хворих (20%) за даними розрахування індексу РМА мали високий ступінь тяжкості гінгівіту, 6 хворих - середній (30%) та ще 10 - низький (50%).

Таким чином, на основі детального стоматологічного обстеження, були встановлені основні характеристики стану здоров'я ясен у дітей із РРПЗ.

В узагальненому вигляді розподіл рівню гігієни ротової порожнини по групах представлено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 - Розподіл рівню гігієни ротової порожнини по групах

Рівень індексу	Рівень гігієни	Групи							
		Г1		Г2		Г3		Г4	
		ос.	%	ос.	%	ос.	%	ос.	%
Дуже високий	дуже поганий	6	20	16	53,33	–	–	2	10
Високий	поганий	15	50	6	20	14	70	2	10
Середній	середній	9	30	8	26,67	6	30	8	40
Низький	добрий	–	–	–	–	–	–	8	40

В узагальненому вигляді особливості статистичної обробки рівню гігієни ротової порожнини по групах представлено у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 - Достовірність відмінностей (p) між групами зарівнем гігієни ротової порожнини

Рівень індексу	Достовірність відмінностей (p) між групами за критерієм <i>Мана-Уїтні</i>					
	Г1			Г2		Г3
	Г2	Г3	Г4	Г3	Г4	Г4
p	0,04	0,36	0,78	0,22	<0,01	0,16
Примітки: достовірні відмінності частот ознак в парах груп порівняння (p<0,05) виділені заливкою сірого кольору.						

3.3 Якісна оцінка здоров'я ясен у дітей із РРПЗ

Одним із компонентів стоматологічного статусу є стан здоров'я ясен. У хворих Г1, за даними клінічного обстеження та розрахування індексу РМА, середній рівень інтенсивності запального процесу ясен становив $46 \pm 0,15\%$, та помірний ступінь гінгівіту.

Серед дітей із Г1 3 хворих (10%) за даними розрахування індексу РМА мали високий ступінь тяжкості гінгівіту, 18 хворих – середній (60%) та ще 9 – низький (30%).

У хворих Г2, за даними клінічного обстеження та розрахування індексу РМА, середній рівень інтенсивності запального процесу ясен становив $43 \pm 1,00\%$, та помірний ступінь гінгівіту.

Серед дітей із Г2 3 хворих (10%) за даними розрахування індексу РМА мали високий ступінь тяжкості гінгівіту, 21 хворих – середній (70%) та ще 6 – низький (20%).

У хворих Г3, за даними клінічного обстеження та розрахування індексу РМА, середній рівень інтенсивності запального процесу ясен становив $62 \pm 1,00\%$, та високий ступінь гінгівіту.

Серед дітей із Г3 14 хворих (70%) за даними розрахування індексу РМА мали високий ступінь тяжкості гінгівіту, 2 хворих – середній (10%) та ще 4- низький (по 20%).

У хворих Г4, за даними клінічного обстеження та розрахування індексу РМА, середній рівень інтенсивності запального процесу ясен становив $16 \pm 0,09\%$, та низький ступінь гінгівіту.

Серед дітей із Г4 4 хворих (20%) за даними розрахування індексу РМА мали високий ступінь тяжкості гінгівіту, 6 хворих – середній (30%) та ще 10 – низький (50%).

Таким чином, на основі детального стоматологічного обстеження, були встановлені основні характеристики стану здоров'я ясен у дітей із РРПЗ.

В узагальненому вигляді розподіл ступеню тяжкості гінгівіту по групах представлено у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5 - Розподіл ступеню тяжкості гінгівіту по групах

Ступінь тяжкості гінгівіту	Групи							
	Г1		Г2		Г3		Г4	
	ос.	%	ос.	%	ос.	%	ос.	%
Висока	3	10	3	10	14	70	4	20
Середня	18	60	21	70	2	10	6	30
Низька	9	30	6	20	4	20	10	50

В узагальненому вигляді особливості статистичної обробки сили тяжкості гінгівіту по групах представлено у табл. 3.6.

Таблиця 3.6 - Достовірність відмінностей (p) між групами за силою тяжкості гінгівіту

Ступінь тяжкості гінгівіту	Достовірність відмінностей (p) між групами за критерієм <i>Мана-Уїтні</i>					
	Г1			Г2		Г3
	Г2	Г3	Г4	Г3	Г4	Г4
p	1,00	0,04	<0,01	0,04	<0,01	<0,01

Примітки: достовірні відмінності частот ознак в парах груп порівняння ($p < 0,05$) виділені заливкою сірого кольору.

3.4 Зв'язок стоматологічного статусу із психопатологічними особливостями у дітей із РРПЗ

У Г1, порівняно із рештою груп, достовірно переважала інтенсивність карієсу. Враховуючи помітну різницю між показниками інтенсивності карієсу у дітей із аутизмом та дітей без аутистичних проявів, можна констатувати, що однією із провідних етіофакторів даної патології є наявність бруксизму, що в найбільшій мірі характерний для дітей із аутизмом і значно рідше зустрічається у інших дітей, та призводить до значного пошкодження емалі.

Таким чином, специфічними заходами щодо покращення стоматологічного статусу у дітей із розладами аутистичного спектру (Г1) стануть заходи, спрямовані на попередження та корекцію бруксизму.

У дітей із Г2 високі показники індексу Green-Vermillion пояснюються частим потраплянням до рота сторонніх предметів, що є мікробіологічно контамінованими, та часте вживання їжі руками без попереднього їх миття. Поганий рівень гігієни порожнини рота часто зумовлюється також і неможливістю проведення адекватної санації ротової порожнини. Специфічними заходами, що варто застосовувати з метою покращення стоматологічного статусу у дітей із олігофренією (Г2) є впровадження ретельного батьківського контролю за споживанням їжі дитиною, навчання її правилам особистої гігієни, а також регулярне проведення полоскання ротової порожнини речовинами, що чинять антисептичну дію.

У дітей зі СДУГ (Г3), порівняно із рештою груп, достовірно переважала інтенсивність гінгівіту. Такий високий рівень інтенсивності запального процесу ясен у дітей даної групи зумовлений частим їх травмуванням в ході ігрової активності та занадто інтенсивного чищення зубів при намаганні зменшити час даної гігієнічної процедури. Специфічними заходами щодо покращення стоматологічного статусу у дітей зі СДУГ виступають батьківський контроль за якістю та часом чищення зубів, а також вибір якомога м'якшої зубної щітки. Для Г4, психічно здорових дітей, варто використовувати стереотипні заходи щодо підтримання здоров'я ротової порожнини, що узгоджуються із міжнародними протоколами.

В цілому, аналіз встановлених показників стоматологічних індексів визначає особливості протоколів обстеження, санації та подальшого формування високо конгруентних та персоніфікованих рекомендацій щодо догляду за зубами у кожної з груп дітей із різним рівнем психічного здоров'я.

Висновки до розділу 3

У хворих Г1, результати стоматологічного вивчення індексу кп + КПВ продемонстрували усереднений рівень вираженості карієсу у змінному прикусі на рівні $4,89 \pm 0,09$. Таке значення індексу кп + КПВ свідчить про високий рівень карієсу у дітей даної групи. У хворих Г2, результати стоматологічного вивчення індексу кп + КПВ продемонстрували усереднений рівень вираженості карієсу у змінному прикусі на рівні $3,01 \pm 0,17$. Таке значення індексу кп + КПВ свідчить про помірний рівень карієсу у дітей даної групи. У хворих Г3, результати стоматологічного вивчення індексу кп + КПВ продемонстрували усереднений рівень вираженості карієсу у змінному прикусі на рівні $4,23 \pm 0,06$. Таке значення індексу кп + КПВ свідчить про високий рівень карієсу у дітей даної групи. У хворих Г4 результати стоматологічного вивчення індексу кп + КПВ продемонстрували усереднений рівень вираженості карієсу у змінному прикусі на рівні $2,95 \pm 0,19$. Таке значення індексу кп + КПВ свідчить про помірний рівень карієсу у дітей даної групи. Сила вираженості каріозного процесу та наявність дітей із високою силою вираженості каріозного процесу домінувала у Г1 і Г3 (в порівнянні з Г2 та Г4).

У хворих Г1 по результатах стоматологічного огляду усереднений індекс Green-Vermillion, що засвідчує гігієнічний стан змінного прикусу дитини показав $1,86 \pm 0,09$, а тому є підстави стверджувати про поганий рівень гігієни ротової порожнини. У хворих Г2 по результатах стоматологічного огляду усереднений індекс Green-Vermillion, що засвідчує гігієнічний стан змінного прикусу дитини показав $2,60 \pm 0,05$, а тому є підстави стверджувати про дуже поганий рівень гігієни ротової порожнини. У хворих Г3 по результатах стоматологічного огляду усереднений індекс Green-Vermillion, що засвідчує гігієнічний стан

змінного прикусу дитини показав $2,11 \pm 0,11$, а тому є підстави стверджувати про поганий рівень гігієни ротової порожнини. У хворих Г4 по результатах стоматологічного огляду усереднений індекс Green-Vermillion, що засвідчує гігієнічний стан змінного прикусу дитини показав $1,40 \pm 0,07$, а тому є підстави стверджувати про середній рівень гігієни ротової порожнини.

У дітей Г1, по результатах стоматологічного огляду усереднений індекс РМА, що засвідчує стан здоров'я ясен дитини показав $46 \pm 0,15\%$, а тому є підстави стверджувати про помірний рівень гінгівіту. У дітей Г2, по результатах стоматологічного огляду усереднений індекс РМА, що засвідчує стан здоров'я ясен дитини показав $43 \pm 1,00\%$, а тому є підстави стверджувати про помірний рівень гінгівіту. У дітей Г3, по результатах стоматологічного огляду усереднений індекс РМА, що засвідчує стан здоров'я ясен дитини показав $62 \pm 1,00\%$, а тому є підстави стверджувати про високий рівень гінгівіту. У дітей Г4, по результатах стоматологічного огляду усереднений індекс РМА, що засвідчує стан здоров'я ясен дитини показав $16 \pm 0,09\%$, а тому є підстави стверджувати про низький рівень гінгівіту.

РОЗДІЛ 4

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯКІСНИХ ПОКАЗНИКІВ РОТОВІЙ РІДИНИ ВІД ТИПУ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ІЗ РРПЗ

Ротову рідину у дітей із РРПЗ було досліджено за такими показниками: рН ротової рідини, прозорість, колір, щільність, в'язкість. Усі лабораторні дослідження було проведено після чищення ротової порожнини, що дозволило виключити вплив спожитої перед обстеженням їжі на стан отриманих показників.

4.1 Лабораторні показники ротової рідини у дітей із РРПЗ

Вивчення показників ротової рідини у дітей із РРПЗ є необхідним для оцінювання патогномонічності патологічних змін у слині для певних психічних розладів дитячого віку, а також встановлення кореляції параметрів ротової рідини та стоматологічного статусу.

Ротову рідину у дітей із РРПЗ було досліджено лабораторними методами за такими показниками, як рН ротової рідини, прозорість, колір, щільність, в'язкість. Усі лабораторні дослідження було проведено після чищення ротової порожнини, що дозволило виключити вплив спожитої перед обстеженням їжі на стан отриманих показників. Дослідження показників ротової рідини було проведено у кожній з виділених груп, з подальшим обрахуванням та інтерпретацією отриманих результатів.

У хворих Г1, за даними лабораторного обстеження були визначені такі показники:

1) *pH*. Середній рівень концентрації іонів водню в ротовій рідині становив $6,23 \pm 0,09$, що відповідає підвищеній кислотності ротової рідини: 70,0 % досліджуваних групи мали ацидоз ротової рідини, і лише 30,0 % – нормальну кислотність.

2) ротова рідина у абсолютної більшості (29 осіб (96,67%)). пацієнтів Г1 *прозора*. Проте у 1 (3,33%) хворого відмічалось незначне помутніння ротової рідини;

3) *колір*: ротова рідина у хворих Г1 безколірна у 100%) випадків;

4) середній показник *щільності* ротової рідини становив $1,07 \pm 0,16$, що відповідає рівню нормальних значень; показники в межах норми відмічалися у 26 (86,67%) пацієнтів, у решти 4 (13,33%) відмічалось підвищення рівню щільності ротової рідини;

5) середній показник *в'язкості* ротової рідини склав $1,43 \pm 0,06$, що належить до нормативних значень. 23 (76,67%) пацієнта мали нормальні показники в'язкості ротової рідини, у 7 (23,33%) в'язкість була підвищена.

У хворих Г2, за даними лабораторного обстеження були визначені такі показники:

1) середній рівень концентрації іонів водню (*pH*) в ротовій рідині становив $5,82 \pm 0,09$, що відповідає підвищеній кислотності ротової рідини. В тому числі, 10 (33,3%) дітей мали помірний ацидоз ротової рідини, 10 (33,3%) – ацидоз ротової рідини, 10 (33,3%) – нормальну кислотність.

2) ротова рідина у дітей з олігофренією переважно (27 (90,0%)) була прозорою, лише у 3 (10,0%) випадках відмічалось незначне помутніння ротової рідини.

3) ротова рідина була безкольору у 30 (100%);

4) середній показник *щільності* ротової рідини становив $1,10 \pm 0,02$, що відповідає рівню нормальних значень; показники в межах норми відмічалися у 22 (73,33%) пацієнтів, у решти 8 (26,67%) відмічалось підвищення рівню щільності ротової рідини.

5) за даними лабораторного дослідження *в'язкості* ротової рідини середній її показник склав $1,69 \pm 0,09$, що належить до нормативних значень. Нормальні показники були виявлені у 22 (73,33%) осіб, підвищені – у 8 (26,67%).

У хворих ГЗ, за даними лабораторного обстеження були визначені такі показники:

1) середній рівень концентрації іонів водню (*pH*): в ротовій рідині становив $6,01 \pm 0,04$, що відповідає підвищеній кислотності ротової рідини. Ацидоз ротової рідини визначили у 14 (70,0%) досліджуваних, нормальну кислотність – у 6 (30,0%).

2) ротова рідина була прозорою у 20 (100%) випадках,

3) ротова рідина була *безкольору* також у 20 (100%) пацієнтів;

4) середній показник *щільності* ротової рідини становив $1,08 \pm 0,03$, що відповідає рівню нормальних значень; показники в межах норми визначили у 15 (75,0%), пацієнтів, підвищення – 5 (25,0%).

5) середній показник *в'язкості* ротової рідини склав $1,63 \pm 0,11$, що належить до нормативних значень. В тому числі нормальні показники були у 16 (80,0%), підвищені – 4 (20,0%).

В узагальненому вигляді розподіл рівню гігієни ротової рідини по групах представлено у таблиці 4.1.

Таблиця 4.1 - Показники лабораторних досліджень ротової рідини у дітей із РРПЗ по групах

Показник	Оцінка показника	Групи							
		Г1		Г2		Г3		Г4	
		ос.	%	ос.	%	ос.	%	ос.	%
рН	норма	9	30	10	33,33	6	30	16	80
	підвищення	21	70	10	33,33	14	70	4	20
	сильне підвищення	–	–	10	33,33	–	–	–	–
колір та прозорість	норма	29	96,67	27	90	20	100	20	100
	невелике помутніння	1	3,33	3	10	–	–	–	–
щільність	норма	26	86,67	22	73,33	15	75	14	70
	підвищення	4	13,33	8	26,67	5	25	6	30
в'язкість	норма	23	76,67	22	73,33	16	80	14	70
	підвищення	7	26,67	8	26,67	4	20	5	25
	зниження	–	–	–	–	–	–	1	5

В узагальненому вигляді особливості статистичної обробки сили вираженості каріозного процесу по групах представлено у табл. 4.2.

Таблиця 4.2 - Достовірність відмінностей (р) між групами за силою вираженості каріозного процесу

Інтенсивність карієсу	Достовірність відмінностей (р) між групами за критерієм <i>Мана-Уїтні</i>					
	Г1			Г2		Г3
	Г2	Г3	Г4	Г3	Г4	Г4
рН	0,03	0,64	<0,01	0,04	1,00	0,04
щільність	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
в'язкість	0,78	0,72	0,84	1,00	0,92	0,92

Примітки: достовірні відмінності частот ознак в парах груп порівняння (р<0,05) виділені заливкою сірого кольору.

У хворих Г4, за даними лабораторного обстеження були визначені такі показники:

1) середній рівень концентрації іонів водню (*pH*) в ротовій рідині був $7,01 \pm 0,19$ – нормальна кислотність. В тому числі, ацидоз ротової рідини виявили у 4 (20,0%) випадках, нормальну кислотність ротової рідини у 16 (80,0 %).

2) у всіх 20 (100%) дітей групи ротова рідина була *прозорою*;

3) у всіх 20 (100%) дітей групи ротова рідина була *безколірна*.

4) середній показник *щільності* ротової рідини становив $1,03 \pm 0,01$, що відповідає рівню нормальних значень; показники в межах норми були у 14 (70,0%) пацієнтів, у решти 6 (30,0%) пацієнтів було виявлено підвищення рівню щільності ротової рідини.

5) середній показник в'язкості ротової рідини склав $1,48 \pm 0,12$, що належить до нормативних значень. У Г4 хворих нормальні показники

в'язкості ротової рідини мали 14 (70,0%) дітей, підвищені – 5(25,0%), незначне зниження - 1 (5,0%).

4.2 Зв'язок між сіалологічними показниками та психопатологією у дітей із РРПЗ

Дослідження рН ротової рідини продемонструвало наявність значних відмінностей між групами. Так, у дітей з аутизмом (Г1) та СДУГ (Г3) превалювало підвищення кислотності ротової рідини (у 70% обстежених обох груп було виявлено рН в межах 6,0-6,7). Зважаючи на те, що для Г1 характерні масивні каріозні ураження, а для Г3 – хронічні гінгівіти, можна зробити висновок, що підвищена кислотність ротової рідини погіршує перебіг стоматологічних захворювань, долучаючись до їх комплексного патогенезу. Доцільним являється превентивне призначення полоскань, спрямованих на нормалізацію рН, усім хворим Г1 та Г3.

У дітей з олігофренією (Г2) помітними є значний розкид за значеннями рівню кислотності ротової рідини усередині групи. Для дітей із Г2 доцільним являтиметься запровадження визначення рівню рН у якості рутинної процедури для підбору адекватних терапевтичних впливів (за необхідності таких).

У дітей із відсутністю психопатологічних порушень рівень рН не показав відмінностей від такого у решти популяції України. Тому для дітей із Г4 не варто приймати додаткових заходів із нормалізації рівню кислотності ротової рідини.

Такі сіалогічні показники, як колір, прозорість, в'язкість та щільність ротової рідини не продемонстрували достовірних відмінностей між обстеженими групами.

Висновки до розділу 4

Дослідження рН ротової рідини продемонструвало наявність статистично значущих відмінностей між групами. Середній рівень концентрації іонів водню в ротовій рідині, у пацієнтів з аутизмом відповідає підвищеній кислотності ($6,23 \pm 0,09$), в'язкість ротової рідини – нормативних значень ($1,43 \pm 0,06$); у пацієнтів з олігофренією – підвищена кислотність ротової рідини ($5,82 \pm 0,09$) і нормальна її в'язкість ($1,69 \pm 0,09$); у пацієнтів з СДУГ підвищена кислотність ротової рідини (рН - $6,01 \pm 0,04$). Зважаючи на те, що для дітей з аутизмом характерні масивні каріозні ураження та у дітей з СДУГ – хронічні гінгівіти, можна зробити висновок, що підвищена кислотність ротової рідини погіршує перебіг стоматологічних захворювань, долучаючись до їх комплексного патогенезу.

Такі сіалогічні показники, як колір, прозорість, в'язкість та щільність ротової рідини не продемонстрували статистично значущих відмінностей між обстеженими групами, а тому не мають помітного зв'язку із психічними особливостями дітей.

РОЗДІЛ 5

СТРУКТУРА ТА КЛІНІЧНЕ НАПОВНЕННЯ ОФР У ДІТЕЙ ІЗ РРПЗ

5.1 Класифікація ОФР та їх семіотичне наповнення

Вивчення структури та клінічного наповнення ОФР є необхідним для розробки конгруентних стратегій превенції та корекції реагування одонтофобічного спектру у дітей із РРПЗ.

Аналіз структури ОФР і реєстрація частоти їх ідентифікації в досліджуваних групах дозволили розробити їх типологію і класифікацію. Виявлено та описано 12 типів реакцій одонтофобічного характеру у дітей з РРПЗ.

При цьому встановлено, що для дітей з аутизмом із *Г1* характерними є такі ОФР:

1) ізоляційна – базується на гіперактивації патернів відгородження, спричинених незнайомою обстановкою; *клінічне наповнення*: пасивний негативізм, застигання, відсутність реакцій на вербальні звернення та фізикальні маніпуляції; *частота зустрічаємості*: 8 осіб (26,66%);

2) трансфективна – гіперемоційне реагування на незвичні маніпулятивні втручання; *клінічне наповнення*: плач, паравербальна продукція (скиглення), затуляння обличчя руками; *частота зустрічаємості*: 10 осіб (33,3%);

3) стенічно-негативістична – ситуаційно інконгруентне гіпердефензивне реагування, обумовлене відсутністю розуміння сенсу

стоматологічних процедур; *клінічне наповнення*: активний негативізм, гетероагресивні дії, психомоторне збудження; *частота зустрічаємості*: 12 осіб (40,0%).

Для дітей із затримкою психічного розвитку із Г2 найбільш характерними є такі реакції:

1) конфронтаційна – активне демонстрування небажання участі у процесі стоматологічного огляду внаслідок недоосмислення його суті; *клінічне наповнення та етостоматологічні кореляти*: напруження м'язів орофасіальної області, стискання щелеп; *частота зустрічаємості*: 18 осіб (60,0%);

2) ажитована – ангажування моторного компоненту для реалізації дефензивної функції; *клінічне наповнення*: пручання, активний супротив фіксації у стоматологічному кріслі, спроби втекти; *частота зустрічаємості*: 7 осіб (23,33%);

3) вокалізаційна – реалізація фобічного реагування за допомогою переважно вокального компоненту; *клінічне наповнення*: активна вербальна продукція (вигуки), паравербальні компоненти, крик, тахілалія, при цьому фабула вербальної та паравербальної продукції ситуативно інконгруентна; *частота зустрічаємості*: 5 осіб (16,66%).

У дітей із гіперактивністю та дефіцитом уваги із Г3 частіше зустрічаються такі реакції:

1) моторна – реалізація фобічного реагування за типовим (звичним) для дитини механізмом гіперактивності із ангажуванням переважно рухового компоненту; *клінічне наповнення*: неможливість утримання статичної орофасіальної пози, активна жестикуляція, міміка і паравербальна продукція, а за можливості і вербальна; *частота зустрічаємості*: 10 осіб (50,0%);

2) мозаїчно-конформна – парціальна реалізація комплаєнтних форм поведінки в ситуації стоматологічного огляду; *клінічне наповнення*: дотримання адекватних стоматологічним маніпуляціям орофасціальних поз періодично переривається інконгруєнтними діями (етостоматологічні кореляти: закривання рота, активна міміка, рухи щелепами); *частота зустрічаємості*: 2 осіб (10,0%);

3) експлозивна – модифікація фобічного реагування, нашарована на предиспозиційну імпульсивність; *клінічне наповнення*: вербальна продукція образливого змісту, іноді з залученням інвективних та обсцінних пластів лексики, гетероагресивні дії деструктивного характеру; *частота зустрічаємості*: 8 осіб (40,0%).

Для психічно здорових дітей із Г4 найбільш характерними є такі типи реакцій:

1) алгофобічна – реакція очікування болю внаслідок наявного негативного досвіду алгічних відчуттів при проведенні аналогічних стоматологічних маніпуляцій; *клінічне наповнення*: елементи активного та пасивного негативізму, що маніфестують при найслабших відчуттях дискомфорту; *частота зустрічаємості*: 13 осіб (65,0%);

2) транскоплаєнтна – намагання дійти певного компромісу з лікарем для мінімізації стоматологічних втручань; *клінічне наповнення*: виконання одних вербальних директив у поєднанні з відмовою від виконання інших; *частота зустрічаємості*: 3 осіб (15,0%);

3) ескапаційна – реалізація дефензивних механізмів через відчуження ситуації стоматологічного огляду; *клінічне наповнення та етостоматологічні кореляти*: відведення погляду чи заплющення очей, відвертання, гримасування, стискання щелеп, затуляння обличчя руками; *частота зустрічаємості*: 4 осіб (20,0%).

5.2 Патогенез ОФР у дітей із РРПЗ

На підставі компаративного аналізу семіотичного наповнення одонтофобічних реакцій у дітей із РРПЗ з урахуванням клініко-психопатологічних характеристик досліджуваних контингентів встановлено механізми їх патогенезу.

У хворих на аутизм ОФР *ізоляційного* типу найчастіше розвиваються за **статобіхевіоральним** патогенетичним механізмом, коли типова для дитини поведінка переноситься на нову для неї ситуацію стоматологічного огляду та маніпуляцій. Базовим феноменом патогенезу ОФР ізоляційного типу виступають стереотипії.

ОФР *трансафективного типу* у дітей із Г1 зазвичай розвиваються за **диспозиційно-реактивним** механізмом, коли обумовлений візитом до стоматолога дискомфорт активно відреагується відповідно до предиспозиційних особистісних рис, що найбільш чітко відображається в афективній сфері. Базовим феноменом патогенезу ОФР трансафективного типу виступає ананкастність.

ОФР *стенічно-негативістичного* типу у дітей із Г1 зазвичай розвиваються за **гіпердефензивним** механізмом, коли стоматологічні втручання розцінюються дитиною як посягання на особистий простір, що зумовлює включення захисного реагування. Базовим феноменом патогенезу ОФР стенічно-негативістичного типу виступає відгородженість.

Типи ОФР, їх базові феномени та механізми психопатогенезу для Г1 відображені на рис. 5.1

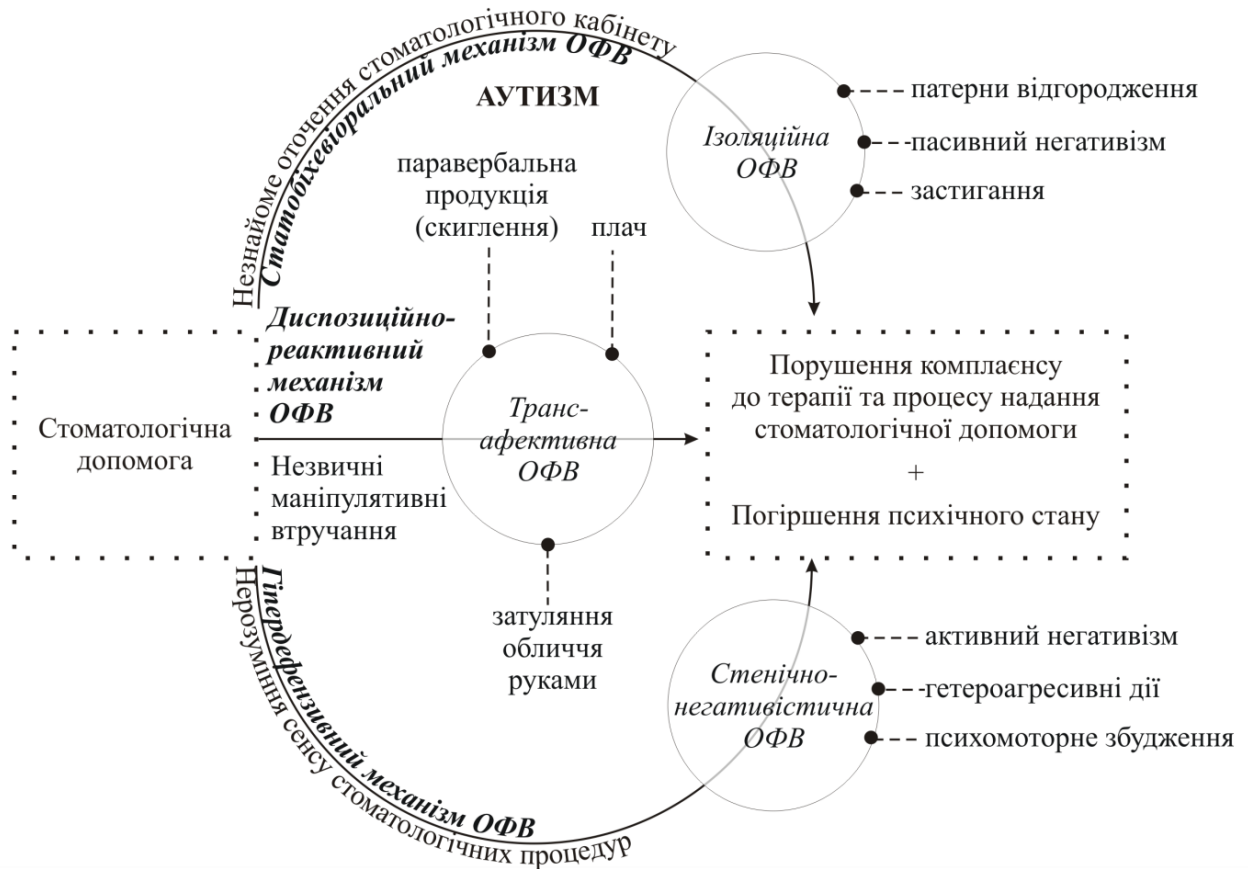


Рис 5.1 ОФР, типові для Г1

У дітей з олігофреніями ОФР *конфронтаційного* типу розвиваються за **гіпоаналітичним** патогенетичним механізмом, коли ураження інтелектуальної та асоціативної психічних сфер дитини не дозволяє їй усвідомити суть та мету стоматологічних маніпуляцій, а тому вони сприймаються як такі, яких треба уникнути. Базовим феноменом патогенезу ОФР *конфронтаційного* типу виступає інтелектуальне зниження.

ОФР *вокалізаційного* типу у дітей з олігофреніями зазвичай розвиваються за **ситуативно-детермінованим** механізмом, коли будь-яке стоматологічне втручання через гіперстимуляцію орофасіальної зони

зумовлює надмірне сенсорне навантаження, що у поєднанні зі слабкістю вольової сфери призводить до беззмістовного застосування мовного апарату. Базовим феноменом патогенезу ОФР вокалізаційного типу виступають парабулії.

ОФР *ажитованого* типу у дітей із Г2 найчастіше розвиваються за **патоцеребротонічним** механізмом, коли патологічно підвищений тонус центральної нервової системи зумовлює моторну активацію, а слабкість мнестичної сфери не дозволяє утримувати в пам'яті необхідність утримання сталої пози та відмови від рухової активності під час проведення стоматологічних процедур. Базовим феноменом патогенезу ОФР ажитованого типу виступають гіпомнезії.

Типи ОФР, їх базові феномени та механізми психопатогенезу для Г2 відображені на рисунку 5.2

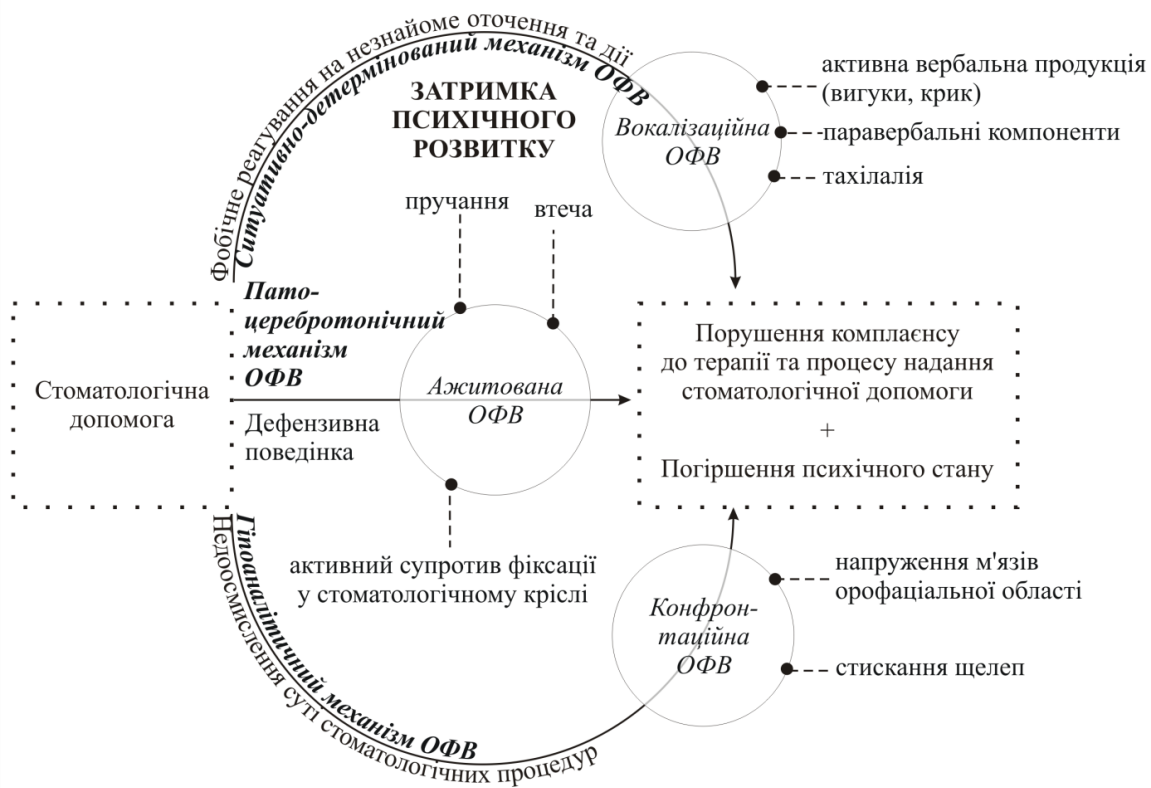


Рис 5.2 ОФР, типові для Г2.

У дітей зі СДУГ ОФР *моторного* типу розвиваються за **кінетодеприваційним** патогенетичним механізмом, коли неможливість досягнення референтного рівня рухової активності через позну деривацію у ситуації стоматологічного огляду знаходить розрядку у реалізації спонтанної рухової активності. Базовим феноменом патогенезу ОФР моторного типу виступає гіперактивність.

ОФР *мозаїчно-конформного* типу у дітей із ГЗ розвивається за **ізомотиваційним** механізмом, коли недостатність прозектичної сфери не дозволяє дотримуватися початково конгруентних ситуації стоматологічного втручання біхевіоральних патернів. Базовим феноменом патогенезу ОФР мозаїчно-конформного типу виступає диспрозексія.

ОФР *експлозивного* типу у дітей із ГЗ найчастіше розвивається за **трансферно-алгічним** механізмом, коли больові відчуття під час проведення стоматологічних маніпуляцій переносяться на суб'єкта дії – лікаря, а відсутність вольових затримок призводить до реалізації агресивних поведінкових патернів. Базовим феноменом патогенезу ОФР експлозивного типу виступає імпульсивність.

Типи ОФР, їх базові феномени та механізми психопатогенезу для ГЗ відображені на рис. 5.3.

У психічно здорових дітей ОФР *алгофобічного* типу розвиваються за **алгопревентивним** патогенетичним механізмом, коли тривожне очікування больових відчуттів зумовлює активацію біхевіоральних патернів, направлених на їх запобігання. Базовим феноменом патогенезу ОФР алгофобічного типу виступає алгічний компонент.

ОФР *транскомплаєнтного* типу у психічно здорових дітей розвивається за **гіпомотиваційним** механізмом, коли недостатня

зацікавленість у результатах стоматологічних маніпуляцій у довгостроковій перспективі у поєднанні з неприємними відчуттями, викликаними проведенням стоматологічних процедур призводять до порушення дотримання необхідного модусу поведінки. Базовим феноменом патогенезу ОФР транскомплаєнтного типу виступає гіпобулія.

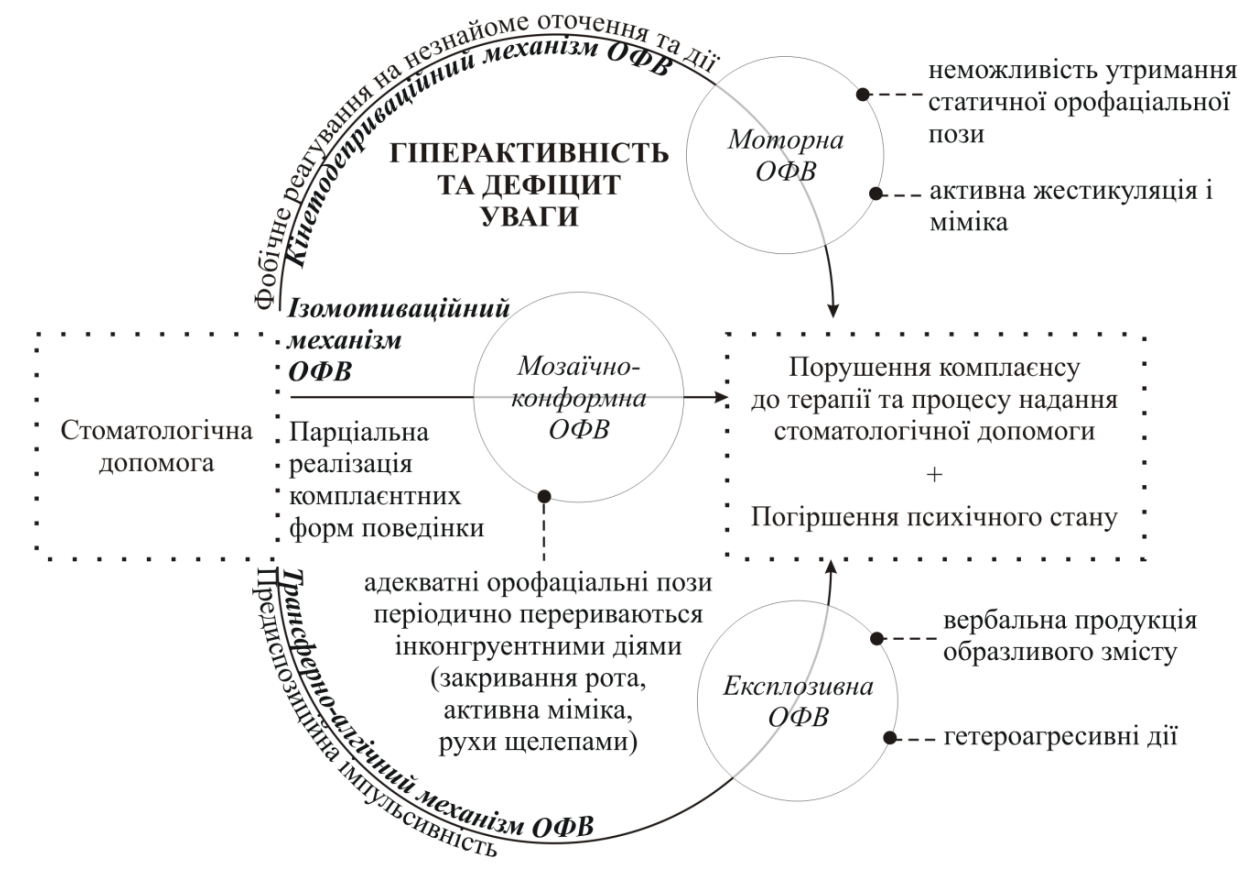


Рис 5.3 ОФР, типові для ГЗ.

ОФР ескапаційного типу у психічно здорових дітей найчастіше розвивається за **дистанціювальним** механізмом, коли страх невідомого (через низьку обізнаність із методикою проведення стоматологічних маніпуляцій) супроводжується появою реакцій завмирання та психічного

відгородження. Базовим феноменом патогенезу ОФР ескапаційного типу виступає уникання.

Типи ОФР, їх базові феномени та механізми психопатогенезу для Г4 відображені на рис. 5.4

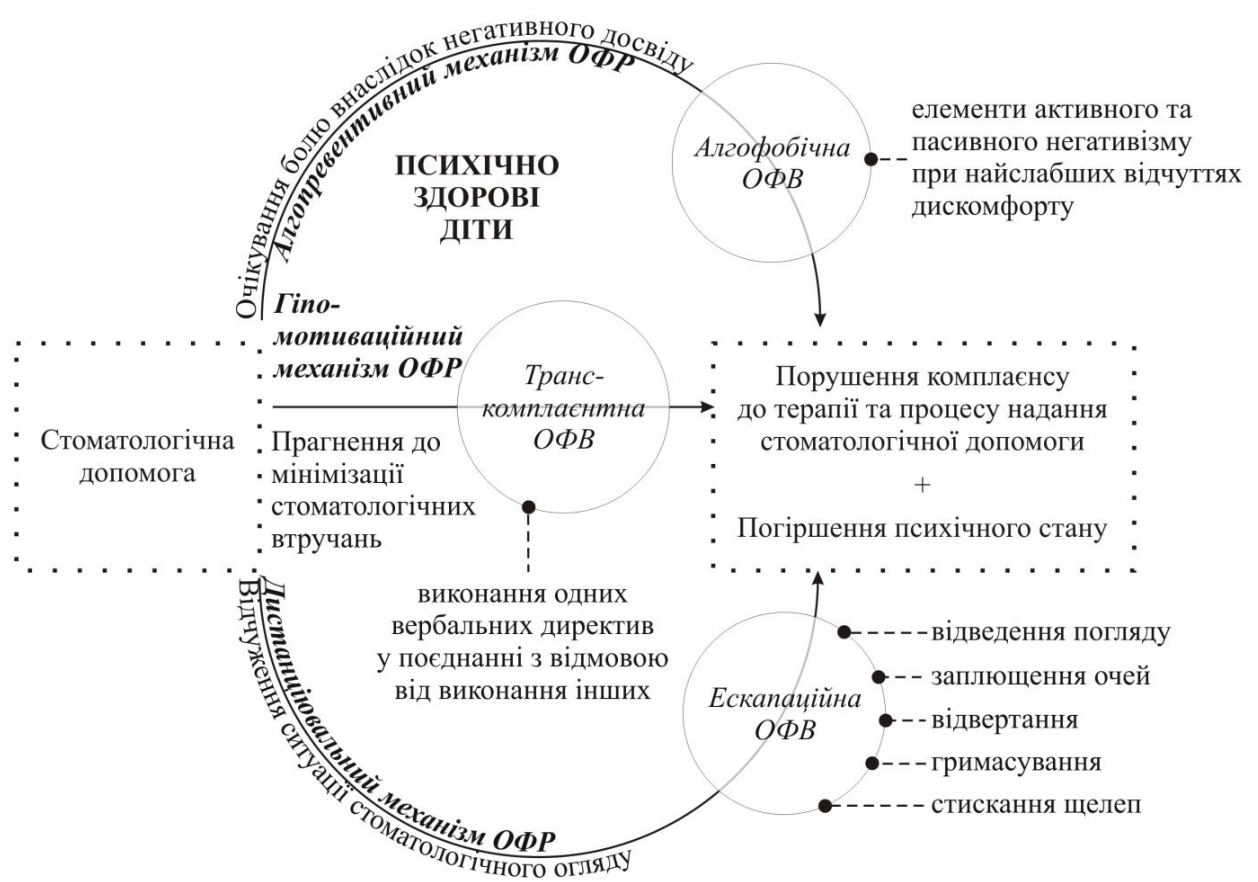


Рис. 5.4 ОФР, типові для Г4.

5.3 Рівні тривожності дітей із РРПЗ та їх зв'язок із формуванням одонтофобічного реагування

Для виявлення шляхів подолання ОФР методом підбору високонгруентних психотерапевтичних та психопревенційних стратегій для дітей із РРПЗ необхідним є встановлення взаємозалежностей між стоматологічним статусом, показниками ротової рідини, типами реакції одонтофобічного спектру, патогенезом їх розвитку та предиспозаційними рівнями тривожності у дітей. Були встановлені показники тривожності хворих в залежності від групи.

Так, середній рівень тривожності Г1 складав $16,50 \pm 0,50$ бали, що відповідає високому рівню тривоги. Кількість хворих із високими значеннями тривожності складала 15 осіб (50%), тобто половину контингенту цієї групи, із проміжними значеннями тривожності – 9 осіб (30%), із низькими – 6 осіб (20%).

Середній рівень тривожності Г2 складав $11,00 \pm 0,50$ бали, що відповідає середньому рівню тривоги. Кількість хворих із проміжними значеннями тривожності складала 20 осіб (66,67%), тобто майже дві третини даної групи, із високими значеннями тривожності – 6 осіб (20%), із низькими – 4 особи (13,33%).

Середній рівень тривожності Г3 складав $9,50 \pm 1,00$ бали, що відповідає середньому рівню тривоги. Кількість хворих із проміжними значеннями тривожності складала 17 осіб (85%), а з низькими значеннями тривожності – 3 (15%). Звертає на себе увагу відсутність дітей із високим рівнем тривожності у даній групі.

Середній рівень тривожності Г4 складав $12,50 \pm 1,00$ бали, що відповідає середньому рівню тривоги. Кількість хворих із проміжними

значеннями тривожності складала 12 осіб (60%), хворі із високими значеннями тривожності становили 6 осіб (30%), а низький рівень тривожності відмічався всього у 2 хворих (10%).

Встановлена чітка залежність між рівнем тривожності і типом одонтофобічного реагування у хворих усіх груп.

Високі цифри тривожності у Г1 відповідали розвиткові трансактивного типу одонтофобічного реагування, середні – розвиткові стенично-негативістичного типу ОФР, і низькі розвиткові ізоляційного типу ОФР у дітей, хворих на аутизм. Аналогічна кореляційна залежність відмічалася у Г2. Високі цифри тривожності відповідали розвиткові ажитованого типу одонтофобічного реагування, середні – розвиткові конфронтаційному типу ОФР, і низькі – вокалізаційному типу.

У Г3 тривожність середнього рівня відповідала розвитку моторної та експлозивної ОР, в той час як наявність низьких показників тривожності мали пряму кореляцію із мозаїчно-конформним типом ОР. У хворих Г4 високі цифри тривожності у Г1 відповідали розвиткові алгофобічного типу одонтофобічного реагування, середні – ескапаційному типу ОФР, і низькі – розвиткові транскомплаєнтному типу ОФР у психічно здорових дітей.

Показники тривожності обстежених контингентів в залежності від групи наведені у таблиці 5.1.

Таблиця 5.1 - Рівень тривожності дітей із РРПЗ

рівень тривожності	Групи							
	Г1		Г2		Г3		Г4	
	ос.	%	ос.	%	ос.	%	ос.	%
високий	15	50	6	20	–		6	30
середній	9	30	20	66,67	17	85	12	60
низький	6	20	4	13,33	3	15	2	10

Висновки до розділу 5

Аналіз структури одонтофобічних реакцій і реєстрація частоти їх ідентифікації в досліджуваних групах дозволили розробити їх типологію і класифікацію. Виявлено та описано 12 типів реакцій одонтофобічного характеру.

При цьому встановлено, що для дітей з аутизмом характерними є такі ОФР: ізоляційна, трансфективна, стенічно-негативістична. Для дітей із затримкою психічного розвитку найбільш характерними є такі реакції: конфронтаційна, ажитована, вокалізаційна. У дітей із гіперактивністю та дефіцитом уваги частіше зустрічаються такі реакції: моторна, мозаїчно-конформна, експлозивна. Для психічно здорових дітей найбільш характерними є такі реакції: алгофобічна, транскомплаєтна, ескапаційна.

На підставі компаративного аналізу семіотичного наповнення одонтофобічних реакцій у дітей з різним рівнем психічного здоров'я та з урахуванням клініко-психопатологічних характеристик досліджуваних контингентів встановлено механізми їх патогенезу.

У хворих на аутизм ОФР ізоляційного типу розвиваються за статобіхевіоральним патогенетичним механізмом; ОФР трансфективного – за диспозиційно-реактивним механізмом; ОФР стенічно-негативістичного – за гіпердефензивним механізмом.

У дітей з олігофреніями ОФР конфронтаційного типу розвиваються за гіпоаналітичним патогенетичним механізмом; ОФР вокалізаційного – за ситуативно-детермінованим механізмом; ОФР ажитованого – за патоцеребротонічним механізмом.

У дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності ОФР моторного типу розвиваються за кінетодеприваційним патогенетичним

механізмом; ОФР мозаїчно-конформного – за ізомотиваційним механізмом; ОФР експлозивного – за трансферно-алгічним механізмом.

У психічно здорових дітей ОФР алгофобічного типу розвиваються за алгопревентивним патогенетичним механізмом; ОФР транскомплаєнтного – за гіпомотиваційним механізмом; ОФР ескапаційного – за дистанціювальним механізмом,.

Високі цифри тривожності у Г1 відповідали розвиткові трансфективного типу одонтофобічного реагування, середні – стенічно-негативістичному типу, і низькі – ізоляційному.

Аналогічна кореляційна залежність відмічалася у Г2. Високі цифри тривожності відповідали розвиткові ажитованого типу одонтофобічного реагування, середні – конфронтаційному типу, і низькі – вокалізаційному.

У Г3 тривожність середнього рівня відповідала розвитку моторної та експлозивної ОФР, в той час як наявність низьких показників тривожності мали пряму кореляцію із мозаїчно-конформним типом ОФР.

У хворих Г4 високі цифри тривожності у Г1 відповідали розвиткові алгофобічного типу одонтофобічного реагування, середні – ескапаційному типу, і низькі – транскомплаєнтному.

РОЗДІЛ 6

СИСТЕМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТА ПСИХОПРЕВЕНЦІЇ ОФР У ДІТЕЙ ІЗ РРПЗ

6.1 Формування таргетної моделі нівелювання ОФР

Неможливість запобіганню розвитку реакцій одонтофобічного спектру стандартними методами, що використовуються у сучасній стоматологічній практиці, зумовлює пошук нових методів для корекції ОФР. В рамках розробки моделі психологічної адаптації дітей із РРПЗ до умов стоматологічного прийому був проведений аналіз сполучення основних психопатологічних симптомів, що лежать в основі ОФР, і патологічних поведінкових патернів.

Розроблена таргетна модель нівелювання ОФР у дітей із РРПЗ, що базується на розробці висококонгруентних стратегій корекції *базових феноменів патогенезу*, що визначають провідний механізм розвитку ОФР та її тип. На рівні концептуального аналізу патопсихологічних проявів ОФР у дітей із РРПЗ було встановлено наявність трьох рівнів презентації дезадаптуючих феноменів:

1) *біологічний* рівень – відображає функціональний та/або органічний базис існування патологічних феноменів і механізми їх екзогенного потенціювання;

2) *психологічний* рівень – відображає реакцію особистості на наявність патологічного феномена і притаманні даній особистості механізми його психогенного потенціювання;

3) *поведінковий* рівень – відображає реалізацію патологічного феномена в поведінці і механізми закріплення патологічних патернів поведінки;

Результати пошуку мішеней психокорекційних втручань на кожному рівні презентації кожного патологічного феномена, що зумовлює розвиток ОФР у дітей із РРПЗ дозволив сформулювати таргетну модель адаптації до умов стоматологічного прийому.

6.2 Психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР у дітей з аутизмом

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР стенічно-негативістичного типу у дітей з аутизмом. Оскільки базовим феноменом патогенезу ОФР стенічно-негативістичного типу виступає відгородженість, для даного феномену були встановлені особливості його презентації на трьох рівнях, та підібрано конгруентні механізми корекції.

Основними мішенями корекції ОФР *стенічно-негативістичного типу* у дітей з аутизмом виступили: внутрішній комунікативний бар'єр, що стає на заваді у побудові комплаєнтних взаємовідносин із лікарем-стоматологом, активне, агресивне протиставлення себе лікарю-стоматологу та іншим співробітникам стоматологічного кабінету, уникання комунікативних практик.

Основними механізмами корекції ОФР *стенічно-негативістичного типу* у дітей з аутизмом виступили: створення мотивації до спілкування та встановлення контакту із лікарем-стоматологом, формування уявлення про нормальність інтраверсивних проявів, що не стають на заваді у формуванні комплаєнсу з лікарем, навчання парціальній реалізації комунікативних практик, гранично достатніх для встановлення контакту з лікарем-стоматологом.

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР *ізоляційного типу* у дітей з аутизмом. Оскільки базовим феноменом патогенезу ОФР *ізоляційного типу* виступають стереотипії, для даного

феномену були встановлені особливості його презентації на трьох рівнях, та підібрано конгруентні механізми корекції.

Основними мішенями корекції ОФРізоляційного типу у дітей з аутизмом виступили: персистенцію мононаправленої стимуляції у нервовій системі, почуття провини потенціуючу внутрішнє напруження, негативна аутоперцепція даної особистісної властивості та відчуття неприязні до працівників стоматологічного кабінету, інконгруентність стереотипної діяльності умовам провадження діагностичних та лікувальних стоматологічних процедур.

Основними механізмами корекції ОФР ізоляційного типу у дітей з аутизмом виступили: формування конкуруючого вогнища збудження у нервовій системі, роз'яснювальні бесіди, що допомагають дитині усвідомити свої особливості, що не являються абсолютно патологічними, проте є незвичними для оточуючих та можуть бути ситуативно інконгруентними, зміна модусу стереотипної діяльності з інконгруентних провадженню стоматологічних маніпуляцій на такі, що не заважають їх реалізації.

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР *трансафективного типу* у дітей з аутизмом. Оскільки базовим феноменом патогенезу ОФР трансафективного типу виступає ананкастність, для даного феномену були встановлені особливості його презентації на трьох рівнях, та підібрано конгруентні механізми корекції.

Основними мішенями корекції ОФРтрансафективного типу у дітей з аутизмом виступили: труднощі у переключенні асоціативних процесів та біхевіоральних актів, почуття провини потенціуючу внутрішнє напруження, неприязнь до умов стоматологічного прийому, схильність до дисфоричних реакцій та опозиційної поведінки.

Основними механізмами корекції ОФР трансафективного типу у дітей з аутизмом виступили: активуюча психотерапія, завчасне знайомство дитини з обстановкою стоматологічного кабінету, детальне пояснення причин та етапів стоматологічного втручання, обговорення з дитиною окремих аспектів

стоматологічного втручання, надання їй можливості самостійно робити вибір у деяких з них.

6.3 Психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР у дітей з олігофреніями

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР *конфронтаційного типу* у дітей з олігофреніями. Оскільки базовим феноменом патогенезу ОФР конфронтаційного типу виступає інтелектуальне зниження, для даного феномену були встановлені особливості його презентації на трьох рівнях, та підібрано конгруентні механізми корекції.

Основними мішенями корекції ОФР конфронтаційного типу у дітей з олігофреніями виступили: порушення нормативного перебігу асоціативних процесів, відчуття власної неповноцінності, неспроможність самостійно підібрати належний модус поведінки.

Основними механізмами корекції ОФР конфронтаційного типу у дітей з олігофреніями виступили: зміщення фокусу уваги з суті стоматологічних втручань на похвалу за дотримання вимог щодо належної поведінки у стоматологічному кабінеті, завчасний тренінг адекватних умовам стоматологічного огляду біхевіоральних стратегій.

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР *ажитованого типу* у дітей з олігофреніями. Оскільки базовим феноменом патогенезу ОФР ажитованого типу виступають гіпомнезії, для даного феномену були встановлені особливості його презентації на трьох рівнях, та підібрано конгруентні механізми корекції.

Основними мішенями корекції ОФР ажитованого типу у дітей з олігофреніями виступили: суб'єктивно нестерпна рухова депривація, високий референтний рівень тривожності, асоційований із мнестичними процесами, інконгруентність біхевіоральних актів завчасно спланованим (адекватним умовам стоматологічного прийому).

Основними механізмами корекції ОФР ажитованого типу у дітей з олігофреніями виступили: створення поведінкових патернів, направлених на досягнення можливості реалізації стоматологічних процедур, застосування мнемотехнік.

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР *вокалізаційного типу* у дітей з олігофреніями. Оскільки базовим феноменом патогенезу ОФР вокалізаційного типу виступають парабулії, для даного феномену були встановлені особливості його презентації на трьох рівнях, та підібрано конгруентні механізми корекції.

Основними мішенями корекції ОФР вокалізаційного типу у дітей з олігофреніями виступили: відсутність пригнічення патологічних вогнищ збудження представленими в нормі, упевненість у неможливості самостійного підбору адекватних умовам стоматологічного прийому біхевіоральних стратегій, фіксація на прагненні до реалізації патологічної діяльності.

Основними механізмами корекції ОФР вокалізаційного типу у дітей з олігофреніями виступили: створення інтеркуррентних вогнищ збудження адекватною цілям стоматологічного прийому стимуляцією, формування усвідомлення можливості вольової зміни поведінкових актів з інконгруентних на такі, що дозволяють провадження стоматологічних маніпуляцій, зміщення фокусу уваги на дії, адекватні умовам стоматологічного прийому.

6.4 Психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР у дітей зі СДУГ

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР *експлозивного типу* у дітей зі СДУГ. Оскільки базовим феноменом патогенезу ОФР експлозивного типу виступає імпульсивність, для даного

феномену були встановлені особливості його презентації на трьох рівнях, та підібрано конгруентні механізми корекції.

Основними мішенями корекції ОФР експлозивного типу у дітей зі СДУГ виступили: суб'єктивно нестерпна рухова депривація, почуття провини, потенціуюче внутрішнє напруження, реалізація поведінкових актів, що унеможлиблюють проведення стоматологічних процедур.

Основними механізмами корекції ОФР експлозивного типу у дітей зі СДУГ виступили: зниження референтного рівня рухової депривації, раціоналізація почуття провини, формування навичок зняття внутрішньої напруги, навчання реалізації альтернативних рухових актів, що не стають на заваді стоматологічному прийому (переключення рухової активності на кисті рук).

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР *моторного типу* у дітей зі СДУГ. Оскільки базовим феноменом патогенезу ОФР моторного типу виступає гіперактивність, для даного феномену були встановлені особливості його презентації на трьох рівнях, та підібрано конгруентні механізми корекції.

Основними мішенями корекції ОФР моторного типу у дітей зі СДУГ виступили: патологічно підвищений рівень рухового збудження, негативний досвід реалізації гіперактивності в умовах стоматологічного прийому, рухова активність орофасіальної області та зміна положення тіла під час провадження стоматологічних маніпуляцій.

Основними механізмами корекції ОФР моторного типу у дітей зі СДУГ виступили: зниження споживання стимулюючих речовин – кофеїну, високих доз простих вуглеводів та ін., формування навичок утилізації гіперактивності до потрапляння у кабінет стоматолога (зарядка, рухливі ігри), навчання цілеспрямованої реалізації гіперактивності в умовах стоматологічного прийому (ізольовані рухи пальцями рук на ніг при збереженні загального статичного положення тіла).

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР *мозаїчно-конформного типу* у дітей зі СДУГ. Оскільки базовим феноменом патогенезу ОФР мозаїчно-конформного типу виступає диспрозексія, для даного феномену були встановлені особливості його презентації на трьох рівнях, та підібрано конгруентні механізми корекції.

Основними мішенями корекції ОФР мозаїчно-конформного типу у дітей зі СДУГ виступили: механізм селекції основного об'єкта уваги, негативний досвід, демотивованість, низька здатність до концентрації уваги на дотриманні належної поведінки в умовах стоматологічного прийому.

Основними механізмами корекції ОФР мозаїчно-конформного типу у дітей зі СДУГ виступили: зниження числа паралельних стимулів, що діють на дитину під час стоматологічного прийому, ізоляція основного об'єкта уваги – стоматолога, формування навички конструювання мотивації до чіткого дотримання вимог стоматолога під час проведення діагностичних та лікувальних маніпуляцій, зниження рівню відволікання на сторонні об'єкти через надання дитині можливості ознайомитися з обстановкою у стоматологічному кабінеті, працюючим там персоналом до початку безпосередньо лікувально-діагностичної частини стоматологічного прийому.

6.5 Психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР у психічно здорових дітей

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР *алгофобічного типу* у психічно здорових дітей. Оскільки базовим феноменом патогенезу ОФР алгофобічного типу виступає алгічний компонент, для даного феномену були встановлені особливості його презентації на трьох рівнях, та підібрано конгруентні механізми корекції.

Основними мішенями корекції ОФР алгофобічного типу у психічно здорових дітей виступили: гіпералгічні відчуття, концентрація уваги на

больових відчуттях, поведінкові акти, що унеможливають проведення стоматологічних процедур.

Основними механізмами корекції ОФР алгофобічного типу у психічно здорових дітей виступили: призначення місцевих анестетиків у збільшених дозуваннях, зміщення фокусу уваги на іграшки, декорацію кабінету, переконання дитини у низькому ступені болючості стоматологічних втручань, застосування плацебо.

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР *транскомплаєнтного типу* у психічно здорових дітей. Оскільки базовим феноменом патогенезу ОФР транскомплаєнтного типу виступає гіпобулія, для даного феномену були встановлені особливості його презентації на трьох рівнях, та підібрано конгруентні механізми корекції.

Основними мішенями корекції ОФР транскомплаєнтного типу у психічно здорових дітей виступили: швидке виснаження нервових процесів, низька мотивованість дотримуватися інструкцій лікаря, відмова від виконання інструкцій, необхідних для провадження стоматологічних маніпуляцій.

Основними механізмами корекції ОФР транскомплаєнтного типу у психічно здорових дітей виступили: надання дитині часу для відпочинку та заспокоєння безпосередньо перед початком стоматологічних втручань, обіцянка винагороди (цукерка, іграшка) у разі належного виконання інструкцій працівників стоматологічного кабінету, пояснення дитині прямого зв'язку між дотриманням інструкцій лікаря та якомога швидшим завершенням стоматологічної процедури.

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОФР *ескапаційного типу* у психічно здорових дітей. Оскільки базовим феноменом патогенезу ОФР ескапаційного типу виступає уникання, для даного феномену були встановлені особливості його презентації на трьох рівнях, та підібрано конгруентні механізми корекції.

Основними мішенями корекції ОФР ескапаційного типу у психічно здорових дітей виступили: страх депривації та болю, негативний досвід провадження лікувальних процедур, суб'єктивна неприємність ситуації стоматологічного прийому.

Основними механізмами корекції ОФР ескапаційного типу у психічно здорових дітей виступили: роз'яснення різниці у больових відчуттях при провадженні різних стоматологічних процедур, інформування дитини про впровадження нових методик проведення стоматологічних маніпуляцій, що викликають менше больових відчуттів, адаптація умов стоматологічного прийому до створення комфортного середовища: декорування стоматологічного кабінету, навчання дитячих стоматологів базовим принципам дитячої психології.

6.6 Ефективність психокорекційних заходів, спрямованих на нівелювання ОФР у дітей із РРПЗ

З метою перевірки ефективності психокорекційних заходів, спрямованих на нівелювання ОФР у дітей із РРПЗ, дані заходи були застосовані до тих дітей з Г1-Г4, які звернулися за стоматологічною допомогою повторно. Під час повторного провадження стоматологічних маніпуляцій вираженість ОФР, що виникали, була оцінена за шкалою від 0 до 10 балів, та порівняна із вираженістю ОФР, які були виявлені у дітей під час первинного стоматологічного огляду.

Кількість дітей Г1, що проходили стоматологічні процедури повторно із застосуванням сформованих для кожного типу ОФР психокорекційних рекомендацій, становила 12 осіб, серед яких ізоляційна ОФР була первинно визначена у 4 осіб, трансактивна – у 3 осіб та стенично-негативістична – у 5 осіб. Для дітей з ізоляційною ОФР її первинна сила вираженості становила у середньому 8,25 бали, після проведення психокорекції – 5,5 балів. У дітей з трансактивною ОФР до корекції середня сила вираженості оцінювалася у

9,33 бали, після – у 4 бали. Діти зі стенично-негативістичною ОФР початково були оцінені за середньою силою вираженості 8,2 бали, після корекції – 3,6 бали.

Кількість дітей Г2, що проходили стоматологічні процедури повторно із застосуванням сформованих для кожного типу ОФР психокорекційних рекомендацій, становила 20 осіб, серед яких вокалізаційна ОФР була первинно визначена у 3 осіб, конфронтаційна – у 13 осіб та ажитована – у 4 осіб. Для дітей з вокалізаційною ОФР її первинна сила вираженості становила у середньому 9,33 бали, після проведення психокорекції – 3,33 балів. У дітей з конфронтаційною ОФР до корекції середня сила вираженості оцінювалася у 8 балів, після – у 4 бали. Діти з ажитованою ОФР початково були оцінені за середньою силою вираженості 8,5 балів, після корекції – 5 балів.

Кількість дітей Г3, що проходили стоматологічні процедури повторно із застосуванням сформованих для кожного типу ОФР психокорекційних рекомендацій, становила 8 осіб, серед яких моторна ОФР була первинно визначена у 4 осіб, експлозивна – у 4 осіб. Для дітей з моторною ОФР її первинна сила вираженості становила у середньому 9,25 бали, після проведення психокорекції – 5,5 балів. У дітей з експлозивною ОФР до корекції середня сила вираженості оцінювалася у 7,5 балів, після – у 3,5 бали. Діти із мозаїчно-конформною ОФР на повторний прийом не з'являлися, тому ефективність підібраних для даної реакції психокорекційних заходів встановити не вдалося.

Кількість дітей Г4, що проходили стоматологічні процедури повторно із застосуванням сформованих для кожного типу ОФР психокорекційних рекомендацій, становила 14 осіб, серед яких алгофобічна ОФР була первинно визначена у 8 осіб, транскомплаєнтна – у 2 осіб та ескапаційна – у 4 осіб. Для дітей з алгофобічною ОФР її первинна сила вираженості становила у середньому 8 балів, після проведення психокорекції – 3,5 бали. У дітей з транскомплаєнтною ОФР до корекції середня сила вираженості оцінювалася

у 6,5 балів, після – у 2,5 бали. Діти зі ескапаційною ОФР початково були оцінені за середньою силою вираженості 7,25 балів, після корекції – 3,25 бали.

Дані щодо оцінки сили вираженості ОФР у балах до та після проведення психокорекції дітям із РРПЗ відображена у табл. 6.1

Таблиця 6.1 - Ефективність психокорекційних заходів, спрямованих на нівелювання ОФР у дітей із РРПЗ

тип ОФР	До (бали)	$p(\chi^2)$	Після (бали)
стенічно-негативістичний	8,2	0,03	3,6
ізоляційний	8,25	0,19	5,5
трансафективний	9,33	0,03	4
конфронтаційний	8	0,04	4
ажитований	8,5	0,39	5
вокалізаційний	9,33	0,01	3,33
експлозивний	7,5	0,04	3,5
моторний	9,25	0,30	5,5
мозаїчно-конформний	-	-	-
алгофобічний	8	0,03	3,5
транскомплаєнтний	6,5	0,02	2,5
ескапаційний	7,25	0,04	3,25

Висновки до розділу 6

Розроблена таргетна модель нівелювання ОФР у дітей із РРПЗ, що базується на розробці висококонгруентних стратегій корекції базових феноменів патогенезу, що визначають провідний механізм розвитку ОФР та її тип.

Основними механізмами корекції ОФР стенічно-негативістичного типу у дітей з аутизмом виступили: створення мотивації до спілкування та

встановлення контакту із лікарем-стоматологом, формування уявлення про нормальність інтраверсивних проявів, що не стають на заваді у формуванні комплаєнсу з лікарем, навчання парціальній реалізації комунікативних практик, гранично достатніх для встановлення контакту з лікарем-стоматологом.

Основними механізмами корекції ОФР ізоляційного типу у дітей з аутизмом виступили: формування конкуруючого вогнища збудження у нервовій системі, роз'яснювальні бесіди, що допомагають дитині усвідомити свої особливості, що не являються абсолютно патологічними, проте є незвичними для оточуючих та можуть бути ситуативно інконгруентними, зміна модусу стереотипної діяльності з інконгруентних провадженню стоматологічних маніпуляцій на такі, що не заважають їх реалізації.

Основними механізмами корекції ОФР трансактивного типу у дітей з аутизмом виступили: активуюча психотерапія, завчасне знайомство дитини з обстановкою стоматологічного кабінету, детальне пояснення причин та етапів стоматологічного втручання, обговорення з дитиною окремих аспектів стоматологічного втручання, надання їй можливості самостійно робити вибір у деяких з них.

Основними механізмами корекції ОФР конфронтаційного типу у дітей з олігофреніями виступили: зміщення фокусу уваги з суті стоматологічних втручань на похвалу за дотримання вимог щодо належної поведінки у стоматологічному кабінеті, завчасний тренінг адекватних умовам стоматологічного огляду біхевіоральних стратегій.

Основними механізмами корекції ОФР ажитованого типу у дітей з олігофреніями виступили: нестача нейромедіаторів, відповідальних за модулювання мнестичних процесів, направлених на досягнення можливості реалізації стоматологічних процедур, застосування мнемотехнік.

Основними механізмами корекції ОФР вокалізаційного типу у дітей з олігофреніями виступили: створення інтеркуррентних вогнищ збудження адекватною цілям стоматологічного прийому стимуляцією, формування

усвідомлення можливості вольової зміни поведінкових актів з інконгруентних на такі, що дозволяють провадження стоматологічних маніпуляцій, зміщення фокусу уваги на дії, адекватні умовам стоматологічного прийому.

Основними механізмами корекції ОФР експлозивного типу у дітей зі СДУГ виступили: зниження референтного рівня рухової депривації, раціоналізація почуття провини, формування навичок зняття внутрішньої напруги, навчання реалізації альтернативних рухових актів, що не стають на заваді стоматологічному прийому (переключення рухової активності на кисті рук).

Основними механізмами корекції ОФР моторного типу у дітей зі СДУГ виступили: зниження споживання стимулюючих речовин – кофеїну, високих доз простих вуглеводів та ін., формування навичок утилізації гіперактивності до потрапляння у кабінет стоматолога (зарядка, рухливі ігри), навчання цілеспрямованої реалізації гіперактивності в умовах стоматологічного прийому (ізолювані рухи пальцями рук на ніг при збереженні загального статичного положення тіла).

Основними механізмами корекції ОФР мозаїчно-конформного типу у дітей зі СДУГ виступили: зниження числа паралельних стимулів, що діють на дитину під час стоматологічного прийому, ізоляція основного об'єкта уваги – стоматолога, формування навички конструювання мотивації до чіткого дотримання вимог стоматолога під час проведення діагностичних та лікувальних маніпуляцій, зниження рівню відволікання на сторонні об'єкти через надання дитині можливості ознайомитися з обстановкою у стоматологічному кабінеті, працюючим там персоналом до початку безпосередньо лікувально-діагностичної частини стоматологічного прийому.

РОЗДІЛ 7

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

ОФР є однією з провідних проблем стоматології, оскільки вони є широко розповсюдженими та значно ускладнюють, а часто навіть унеможливають адекватне проведення огляду ротової порожнини та стоматологічних процедур.

ОФР можуть розвиватися у осіб будь-якого віку, однак дорослі шляхом інтелектуальної обробки та конативної регуляції здатні до нівелювання чи, принаймні, послаблення проявів негативного афективного компоненту – тривоги та страху, що виникають при відвідуванні стоматолога, із формуванням конгруентного стоматологічним процедурам модусу поведінки.

В той самий час діти внаслідок анатоми-фізіологічних особливостей нервової системи (переважання процесів збудження над процесами гальмування не дозволяє проводити адекватне конативне регулювання біхевіоральних актів, а превалювання конкретно-образного мислення над абстрактно-логічним поряд із браком фактичних знань не дозволяє у повній мірі осмислити ситуацію та підібрати конгруентний модус реагування) більш схильні до фобічного реагування у ситуації стоматологічного огляду, що є стресовим для них.

У ХХІ сторіччі відмічається значне підвищення частоти реєстрації психічної патології у дітей, тому стоматологам все частіше доводиться проводити діагностичні й терапевтичні маніпуляції у дітей із РРПЗ. Так, за даними ВОЗ, кожна 160 дитина хвора на аутизм; олігофренія та СДУГ також є широко розповсюдженими захворюваннями – за даними різних досліджень, їх представленість у популяції складає 1-2%.

Незважаючи на інтенсивний розвиток дитячої психології та психіатрії, деякі її аспекти, зокрема тривожні та фобічні розлади у дітей із базовим порушенням психічного здоров'я, залишаються маловивченими.

Наявність психічного захворювання у дитини створює психопатологічний базис для тривожного реагування на нову, незвичну для неї ситуацію, і таким чином підвищує ризик розвитку у такої дитини ОФР, а також значно ускладнює проведення стоматологічного огляду через складнощі в досягненні комплаєнсу із такою дитиною.

Дослідження мало проспективний дизайн та було реалізовано за допомогою використання клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, катамнестичного та статистичного методів.

Дослідження складалося з двох етапів. На першому етапі були відібрані діти із РРПЗ, у яких на стоматологічному прийомі було виявлено одонтофобічні реакції. Їх було розподілено на 4 групи. Першу групу (Г1) склали 30 хворих на аутизм, серед них – 20 хлопчиків та 10 дівчат. Середній вік у групі становив $10,33 \pm 1,36$ рік. Другу групу (Г2), склали 30 хворих на олігофренію легкого ступеню. Серед них – 18 хлопчиків та 12 дівчат. Середній вік у групі становив $9,56 \pm 0,87$ рік. Третю групу (Г3) склали 20 хворих на СДУГ, серед них – 16 хлопчиків та 4 дівчат. Середній вік у групі становив $10,25 \pm 1,04$ рік. Четверту групу (Г4), склали психічно здорові діти. Серед них – 10 хлопчиків та 10 дівчат. Середній вік у групі становив $12,93 \pm 1,47$ рік.

На другому етапі обстежені контингенти було розділено за критерієм отриманого лікування. Групу дослідження (ГД) склали 60 хворих, які отримували терапію за розробленими підходами до корекції одонтофобічних реакцій. Контрольну групу (ГК) склали 45 хворих, яким було проведено стоматологічні маніпуляції згідно стандартних протоколів.

У хворих Г1, за даними клінічного обстеження та розрахування індексу кп + КПВ, середній рівень інтенсивності карієсу тимчасових та постійних зубів становив $4,89 \pm 0,09$, що відповідає високій інтенсивності карієсу. У

хворих Г2, за даними клінічного обстеження та розрахування індексу кп + КПВ, середній рівень інтенсивності карієсу тимчасових та постійних зубів становив $3,01 \pm 0,17$, що відповідає помірній інтенсивності карієсу. У хворих Г3, за даними клінічного обстеження та розрахування індексу кп + КПВ, середній рівень інтенсивності карієсу тимчасових та постійних зубів становив $5,23 \pm 0,06$, що відповідає високій інтенсивності карієсу. У хворих Г4, за даними клінічного обстеження та розрахування індексу кп + КПВ, середній рівень інтенсивності карієсу тимчасових та постійних зубів становив $2,95 \pm 0,19$, що відповідає помірній інтенсивності карієсу.

У Г1 та Г3, порівняно із Г2 та Г4, достовірно переважали як інтенсивність карієсу, так і кількість хворих із сильно вираженою інтенсивністю карієсу.

У хворих Г1, за даними клінічного обстеження та розрахування гігієнічного індексу Green-Vermillion, середній рівень гігієнічного індексу тимчасових та постійних зубів становив $1,86 \pm 0,09$, що відповідає поганій гігієні порожнини рота. У хворих Г2, за даними клінічного обстеження та розрахування гігієнічного індексу Green-Vermillion, середній рівень гігієнічного індексу тимчасових та постійних зубів становив $2,60 \pm 0,05$, що відповідає дуже поганій гігієні порожнини рота. У хворих Г3, за даними клінічного обстеження та розрахування гігієнічного індексу Green-Vermillion, середній рівень гігієнічного індексу тимчасових та постійних зубів становив $2,11 \pm 0,11$ що відповідає поганій гігієні порожнини рота. У хворих Г4, за даними клінічного обстеження та розрахування гігієнічного індексу Green-Vermillion, середній рівень гігієнічного індексу тимчасових та постійних зубів становив $1,40 \pm 0,07$, що відповідає середній гігієні порожнини рота.

У хворих Г1, за даними клінічного обстеження та розрахування індексу РМА, середній рівень інтенсивності запального процесу ясен становив $46 \pm 0,15\%$, та помірний ступінь гінгівіту. У хворих Г2, за даними клінічного обстеження та розрахування індексу РМА, середній рівень інтенсивності запального процесу ясен становив $43 \pm 1,00\%$, та помірний ступінь гінгівіту. У

хворих Г3, за даними клінічного обстеження та розрахування індексу РМА, середній рівень інтенсивності запального процесу ясен становив $62 \pm 1,00\%$, та високий ступінь гінгівіту. У хворих Г4, за даними клінічного обстеження та розрахування індексу РМА, середній рівень інтенсивності запального процесу ясен становив $16 \pm 0,09\%$, та низький ступінь гінгівіту.

У Г1, порівняно із рештою груп, достовірно переважала інтенсивність карієсу. Враховуючи помітну різницю між показниками інтенсивності карієсу у дітей із аутизмом та дітей без аутистичних проявів, можна констатувати, що однією із провідних етіофакторів даної патології є наявність бруксизму, що в найбільшій мірі характерний для дітей із аутизмом і значно рідше зустрічається у інших дітей, та призводить до значного пошкодження емалі.

Таким чином, специфічними заходами щодо покращення стоматологічного статусу у дітей із розладами аутистичного спектру (Г1) стануть заходи, спрямовані на попередження та корекцію бруксизму.

У дітей із Г2 високі показники індексу Green-Vermillion пояснюються частим потраплянням до рота сторонніх предметів, що є мікробіологічно контамінованими, та часте вживання їжі руками без попереднього їх миття. Поганий рівень гігієни порожнини рота часто зумовлюється також і неможливістю проведення адекватної санації ротової порожнини.

Специфічними заходами, що варто застосовувати з метою покращення стоматологічного статусу у дітей із олігофренією (Г2) є впровадження ретельного батьківського контролю за споживанням їжі дитиною, навчання її правилам особистої гігієни, а також регулярне проведення полоскання ротової порожнини речовинами, що чинять антисептичну дію.

У дітей зі СДУГ (Г3), порівняно із рештою груп, достовірно переважала інтенсивність гінгівіту. Такий високий рівень інтенсивності запального процесу ясен у дітей даної групи зумовлений частим їх травмуванням в ході ігрової активності та занадто інтенсивного чищення зубів при намаганні зменшити час даної гігієнічної процедури.

Специфічними заходами щодо покращення стоматологічного статусу у дітей зі СДУГ виступають батьківський контроль за якістю та часом чищення зубів, а також вибір якомога м'якшої зубної щітки.

Для Г4, психічно здорових дітей, варто використовувати стереотипні заходи щодо підтримання здоров'я ротової порожнини, що узгоджуються із міжнародними протоколами.

Ротову рідину у дітей із РРПЗ було досліджено за такими показниками: рН ротової рідини, прозорість, колір, щільність, в'язкість. Усі лабораторні дослідження було проведено після чищення ротової порожнини, що дозволило виключити вплив спожитої перед обстеженням їжі на стан отриманих показників.

У хворих Г1, за даними лабораторного обстеження та визначення рН, середній рівень концентрації іонів водню в ротовій рідині становив $6,23 \pm 0,09$, що відповідає підвищеній кислотності ротової рідини. Серед них 21 хворих (70%) за даними розрахування рН мали ацидоз ротової рідини, 9 – нормальну кислотність (30%).

Ротова рідина у абсолютної більшості хворих Г1 прозора, безколірна (29 осіб, 96,67%). Проте у 1 хворого відмічалось незначне помутніння ротової рідини (3,33%).

Середній показник щільності ротової рідини у хворих Г1 становив $1,07 \pm 0,16$, що відповідає рівню нормальних значень; однак показники в межах норми відмічалися у 26 пацієнтів (86,67%), а у решти 4 (13,33%) відмічалось підвищення рівню щільності ротової рідини.

За даними лабораторного дослідження в'язкості ротової рідини середній її показник склав $1,43 \pm 0,06$, що належить до нормативних значень. У Г1 23 хворих мали нормальні показники в'язкості ротової рідини (76,67%), 7 хворих демонстрували підвищення в'язкості (23,33%).

У хворих Г2, за даними лабораторного обстеження та визначення рН, середній рівень концентрації іонів водню в ротовій рідині становив $5,82 \pm 0,09$, що відповідає підвищеній кислотності ротової рідини. Серед них

10 хворих (30%) за даними розрахування рН мали помірний ацидоз ротової рідини, у 10 – значний ацидоз ротової рідини (30%), і у решти 10 – нормальну кислотність (30%).

Ротова рідина у хворих Г2 переважно прозора та безколірна (27 хворих, 90%), проте у 3 дітей (10%) відмічалася незначне помутніння ротової рідини.

Середній показник щільності ротової рідини у хворих Г2 становив $1,10 \pm 0,02$, що відповідає рівню нормальних значень; однак показники в межах норми відмічалися у 22 пацієнтів (73,33%), а у решти 8 (26,67%) відмічалася підвищення рівню щільності ротової рідини.

За даними лабораторного дослідження в'язкості ротової рідини середній її показник склав $1,69 \pm 0,09$, що належить до нормативних значень. У Г2 22 хворих мали нормальні показники в'язкості ротової рідини (73,33%), 8 хворих демонстрували підвищення в'язкості (26,67%).

У хворих Г3, за даними лабораторного обстеження та визначення рН, середній рівень концентрації іонів водню в ротовій рідині становив $6,01 \pm 0,04$, що відповідає підвищеній кислотності ротової рідини. Серед них 14 хворих (70%) за даними розрахування рН мали ацидоз ротової рідини, 6 – нормальну кислотність (30%).

Ротова рідина у хворих Г3 прозора, безколірна (20 хворих, 100%).

Середній показник щільності ротової рідини у хворих Г3 становив $1,08 \pm 0,03$, що відповідає рівню нормальних значень; однак показники в межах норми відмічалися у 15 пацієнтів (75%), а у решти 5 (25%) відмічалася підвищення рівню щільності ротової рідини.

За даними лабораторного дослідження в'язкості ротової рідини середній її показник склав $1,63 \pm 0,11$, що належить до нормативних значень. У Г3 16 хворих мали нормальні показники в'язкості ротової рідини (80%), 4 хворих демонстрували підвищення в'язкості (20%).

У хворих Г4, за даними лабораторного обстеження та визначення рН, середній рівень концентрації іонів водню в ротовій ріднині становив $7,01 \pm 0,19$, що відповідає нормальній кислотності ротової рідини. Серед них 4

хворих (20%) за даними розрахування рН мали ацидоз ротової рідини, 16 – нормальну кислотність (80%).

Ротова рідина у хворих Г4 прозора, безколірна (20 хворих, 100%).

Середній показник щільності ротової рідини у хворих Г4 становив $1,03 \pm 0,01$, що відповідає рівню нормальних значень; однак показники в межах норми відмічалися у 14 пацієнтів (70%), а у решти 6 (30%) відмічалось підвищення рівню щільності ротової рідини.

За даними лабораторного дослідження в'язкості ротової рідини середній її показник склав $1,48 \pm 0,12$, що належить до нормативних значень. У Г4 14 хворих мали нормальні показники в'язкості ротової рідини (70%), 5 хворих демонстрували підвищення в'язкості (25%), і ще 1 хворий (5%) – незначне зниження в'язкості ротової рідини.

Дослідження рН ротової рідини продемонструвало наявність значних відмінностей між групами. Так, у дітей з аутизмом (Г1) та СДУГ (Г3) превалювало підвищення кислотності ротової рідини (у 70% обстежених обох груп було виявлено рН в межах 6,0-6,7). Зважаючи на те, що для Г1 характерні масивні каріозні ураження, а для Г3 – хронічні гінгівіти, можна зробити висновок, що підвищена кислотність ротової рідини погіршує перебіг стоматологічних захворювань, долучаючись до їх комплексного патогенезу. Доцільним являється превентивне призначення полоскань, спрямованих на нормалізацію рН, усім хворим Г1 та Г3.

У дітей з олігофренією (Г2) помітними є значний розкид за значеннями рівню кислотності ротової рідини усередині групи. Для дітей із Г2 доцільним являтиметься запровадження визначення рівню рН у якості рутинної процедури для підбору адекватних терапевтичних впливів (за необхідності таких).

У дітей із відсутністю психопатологічних порушень рівень рН не показав відмінностей від такого у решти популяції України. Тому для дітей із Г4 не варто приймати додаткових заходів із нормалізації рівню кислотності ротової рідини.

Такі сіалогічні показники, як колір, прозорість, в'язкість та щільність ротової рідини не продемонстрували достовірних відмінностей між обстеженими групами.

Аналіз структури одонтофобічних реакцій і реєстрація частоти їх ідентифікації в досліджуваних групах дозволили розробити їх типологію і класифікацію. Виявлено та описано 12 типів реакцій одонтофобічного характеру.

При цьому встановлено, що для дітей з аутизмом характерними є такі ОФР: ізоляційна, трансфективна, стенічно-негативістична. Для дітей із затримкою психічного розвитку найбільш характерними є такі реакції: конфронтаційна, ажитована, вокалізаційна. У дітей із гіперактивністю та дефіцитом уваги частіше зустрічаються такі реакції: моторна, мозаїчно-конформна, експлозивна. Для психічно здорових дітей найбільш характерними є такі реакції: алгофобічна, транскомплаєнтна, ескапаційна.

На підставі компаративного аналізу семіотичного наповнення ОФР у дітей із РРПЗ та з урахуванням клініко-психопатологічних характеристик досліджуваних контингентів встановлено механізми їх патогенезу.

У хворих на аутизм ОФР ізоляційного типу розвиваються за статобіхевіоральним патогенетичним механізмом; ОФР трансфективного – за диспозиційно-реактивним механізмом; ОФР стенічно-негативістичного – за гіпердефензивним механізмом.

У дітей з олігофреніями ОФР конфронтаційного типу розвиваються за гіпоаналітичним патогенетичним механізмом; ОФР вокалізаційного – за ситуативно-детермінованим механізмом; ОФР ажитованого – за патоцеребротонічним механізмом.

У дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності ОФР моторного типу розвиваються за кінетодеприваційним патогенетичним механізмом; ОФР мозаїчно-конформного – за ізомотиваційним механізмом; ОФР експлозивного – за трансферно-алгічним механізмом.

У психічно здорових дітей ОФР алгофобічного типу розвиваються за алгопревентивним патогенетичним механізмом; ОФР транскомплаєнтного – за гіпомотиваційним механізмом; ОФР ескапаційного – за дистанціювальним механізмом.

Високі цифри тривожності у Г1 відповідали розвиткові трансактивного типу одонтофобічного реагування, середні – стенічно-негативістичному типу, і низькі – ізоляційному.

Аналогічна кореляційна залежність відмічалася у Г2. Високі цифри тривожності відповідали розвиткові ажитованого типу одонтофобічного реагування, середні – конфронтаційному типу, і низькі – вокалізаційному.

У Г3 тривожність середнього рівня відповідала розвитку моторної та експлозивної ОФР, в той час як наявність низьких показників тривожності мали пряму кореляцію із мозаїчно-конфорним типом ОФР.

У хворих Г4 високі цифри тривожності у Г1 відповідали розвиткові алгофобічного типу одонтофобічного реагування, середні – ескапаційному типу, і низькі – транскомплаєнтному.

Розроблена таргетна модель нівелювання ОФР у дітей із РРПЗ, що базується на розробці висококонгруентних стратегій корекції базових феноменів патогенезу, що визначають провідний механізм розвитку ОФР та її тип.

Основними механізмами корекції ОФР стенічно-негативістичного типу у дітей з аутизмом виступили: створення мотивації до спілкування та встановлення контакту із лікарем-стоматологом, формування уявлення про нормальність інтраверсивних проявів, що не стають на заваді у формуванні комплаєнсу з лікарем, навчання парціальній реалізації комунікативних практик, гранично достатніх для встановлення контакту з лікарем-стоматологом.

Основними механізмами корекції ОФР ізоляційного типу у дітей з аутизмом виступили: формування конкуруючого вогнища збудження у нервовій системі, роз'яснювальні бесіди, що допомагають дитині усвідомити

свої особливості, що не являються абсолютно патологічними, проте є незвичними для оточуючих та можуть бути ситуативно інконгруентними, зміна модусу стереотипної діяльності з інконгруентних провадженню стоматологічних маніпуляцій на такі, що не заважають їх реалізації.

Основними механізмами корекції ОФР трансактивного типу у дітей з аутизмом виступили: активуюча психотерапія, завчасне знайомство дитини з обстановкою стоматологічного кабінету, детальне пояснення причин та етапів стоматологічного втручання, обговорення з дитиною окремих аспектів стоматологічного втручання, надання їй можливості самостійно робити вибір у деяких з них.

Основними механізмами корекції ОФР конфронтаційного типу у дітей з олігофреніями виступили: зміщення фокусу уваги з суті стоматологічних втручань на похвалу за дотримання вимог щодо належної поведінки у стоматологічному кабінеті, завчасний тренінг адекватних умовам стоматологічного огляду біхевіоральних стратегій.

Основними механізмами корекції ОФР ажитованого типу у дітей з олігофреніями виступили: нестача нейромедіаторів, відповідальних за модулювання мнестичних процесів, направлених на досягнення можливості реалізації стоматологічних процедур, застосування мнемотехнік.

Основними механізмами корекції ОФР вокалізаційного типу у дітей з олігофреніями виступили: створення інтеркуррентних вогнищ збудження адекватною цілям стоматологічного прийому стимуляцією, формування усвідомлення можливості вольової зміни поведінкових актів з інконгруентних на такі, що дозволяють провадження стоматологічних маніпуляцій, зміщення фокусу уваги на дії, адекватні умовам стоматологічного прийому.

Основними механізмами корекції ОФР експлозивного типу у дітей зі СДУГ виступили: зниження референтного рівня рухової депривації, раціоналізація почуття провини, формування навичок зняття внутрішньої напруги, навчення реалізації альтернативних рухових актів, що не стають на

заваді стоматологічному прийому (переключення рухової активності на кисті рук).

Основними механізмами корекції ОФР моторного типу у дітей зі СДУГ виступили: зниження споживання стимулюючих речовин – кофеїну, високих доз простих вуглеводів та ін., формування навичок утилізації гіперактивності до потрапляння у кабінет стоматолога (зарядка, рухливі ігри), навчення цілеспрямованої реалізації гіперактивності в умовах стоматологічного прийому (ізолювані рухи пальцями рук на ніг при збереженні загального статичного положення тіла).

Основними механізмами корекції ОФР мозаїчно-конформного типу у дітей зі СДУГ виступили: зниження числа паралельних стимулів, що діють на дитину під час стоматологічного прийому, ізоляція основного об'єкта уваги – стоматолога, формування навички конструювання мотивації до чіткого дотримання вимог стоматолога під час проведення діагностичних та лікувальних маніпуляцій, зниження рівню відволікання на сторонні об'єкти через надання дитині можливості ознайомитися з обстановкою у стоматологічному кабінеті, працюючим там персоналом до початку безпосередньо лікувально-діагностичної частини стоматологічного прийому.

ВИСНОВКИ

У дослідженні вирішено важливу наукову задачу в галузі стоматології: підвищення якості стоматологічного лікування дітей з РРПЗ шляхом визначення зв'язку стоматологічного статусу з їх медико-психологічним станом та корекції ОФР.

1. У дітей з порушенням психічного здоров'я різного рівня є безпосередній зв'язок між стоматологічним статусом та характером психічного розладу: середній рівень інтенсивності карієсу тимчасових та постійних зубів у психічно здорових дітей та дітей з олігофренією легкого ступеню помірний: $2,95 \pm 0,19$ та $3,01 \pm 0,17$, відповідно; у дітей з аутизмом та дітей зі СДУГ – високий: $4,89 \pm 0,09$ і $5,23 \pm 0,06$, відповідно. У всіх групах пацієнтів з психічними розладами рівень гігієни порожнини рота поганий, наприклад у дітей з аутизмом ($1,86 \pm 0,092$) та СДУГ ($2,11 \pm 0,11$), або дуже поганий – у пацієнтів з олігофренією ($2,60 \pm 0,05$).

2. Виявлено рівні тривожності дітей з РРПЗ та їх зв'язок із формуванням одонтофобічного реагування. Високі цифри тривожності у пацієнтів з аутизмом відповідали розвиткові трансактивного типу одонтофобічного реагування, середні – стенично-негативістичному типу, а низькі – ізоляційному. Аналогічна кореляційна залежність відмічалася у дітей з олігофренією: високі цифри тривожності відповідали розвиткові ажитованого типу одонтофобічного реагування, середні – конфронтаційному типу, і низькі – вокалізаційному. У пацієнтів зі СДУГ тривожність середнього рівня відповідала розвитку моторного та експлозивного одонтофобічного реагування, в той час як наявність низьких показників тривожності мали пряму кореляцію із мозаїчно-конформним типом одонтофобічного реагування. У психічно здорових дітей високі цифри тривожності відповідали розвиткові алгофобічного типу одонтофобічного реагування, середні – ескапаційному типу, і низькі – трансконплаєнтному.

3. Досліджено структуру та клінічне наповнення одонтофобічних реакцій у дітей з РРПЗ.

Аналіз структури ОФР і реєстрація частоти їх ідентифікації в досліджуваних групах дозволили розробити їх типологію і класифікацію. Виявлено та описано 12 типів реакцій одонтофобічного характеру.

На підставі компаративного аналізу семіотичного наповнення ОФР у дітей із РРПЗ та з урахуванням клініко-психопатологічних характеристик досліджуваних контингентів встановлено механізми їх патогенезу.

4. Дослідження рН ротової рідини продемонструвало наявність значних відмінностей між групами. Середній рівень концентрації іонів водню ротової рідини у пацієнтів з аутизмом відповідає підвищеній кислотності ($6,23 \pm 0,09$), в'язкість ротової рідини – нормативним значенням ($1,43 \pm 0,06$); у пацієнтів з олігофренією – підвищена кислотність ротової рідини ($5,82 \pm 0,09$) і нормальна її в'язкість ($1,69 \pm 0,09$); у пацієнтів зі СДУГ підвищена кислотність ротової рідини ($6,01 \pm 0,04$). Зважаючи на те, що для дітей з аутизмом характерні масивні каріозні ураження та для дітей зі СДУГ – хронічні гінгівіти, можна зробити висновок, що підвищена кислотність ротової рідини погіршує перебіг стоматологічних захворювань, долучаючись до їх комплексного патогенезу.

5. Створено систему психопрофілактики та психокорекції ОФР у дітей із РРПЗ.

Розроблена таргетна модель нівелювання ОФР у дітей із РРПЗ, що базується на розробці висококонгруентних стратегій корекції базових феноменів патогенезу, що визначають провідний механізм розвитку ОФР та її тип. Результати пошуку мішеней психокорекційних втручань на кожному рівні презентації кожного патологічного феномена, що зумовлює розвиток ОФР у дітей із РРПЗ дозволив сформулювати таргетну модель адаптації до умов стоматологічного прийому. Продемонстрована ефективність психопрофілактики та психокорекції одонтофобічних реакцій у дітей з РРПЗ.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Специфічними заходами щодо покращення стоматологічного статусу у дітей із розладами аутистичного спектру (Г1) стануть заходи, спрямовані на попередження та корекцію бруксизму; у дітей із олігофренією (Г2) – впровадження ретельного батьківського контролю за споживанням їжі дитиною, навчання її правилам особистої гігієни, а також регулярне проведення полоскання ротової порожнини речовинами, що чинять антисептичну дію; у дітей зі СДУГ (Г3) – батьківський контроль за якістю та часом чищення зубів, а також вибір якомога м'якшої зубної щітки. Для Г4, психічно здорових дітей, варто використовувати стереотипні заходи щодо підтримання здоров'я ротової порожнини, що узгоджуються із міжнародними протоколами.

2. Доцільним являється превентивне призначення полоскань, спрямованих на нормалізацію рН, усім хворим Г1 та Г3. Для дітей із Г2 доцільним являтиметься запровадження визначення рівню рН у якості рутинної процедури для підбору адекватних терапевтичних впливів (за необхідності таких). Для дітей із Г4 не варто приймати додаткових заходів із нормалізації рівню кислотності ротової рідини.

3. У разі стоматологічного обстеження та лікування дітей із РРПЗ рекомендовано застосовувати навички розпізнавання можливих типів ОФР відповідно до стану психічного здоров'я дитини.

4. У випадку детекції наявності ОФР у дітей із РРПЗ доцільно спиратися на розроблені покомпонентні підходи, засновані на нівелюванні базових феноменів патогенезу ОФР.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Abbasnezhad-Ghadi B. Access to dental care for a selected group of children and adolescents with ASD : dis. 2010. 122 p.
2. AbdAllah E. A., Metwalli N. E., Badran A. S. Effectiveness of a one year oral health educational and preventive program in improving oral health knowledge and oral hygiene practices of a group of Autistic Egyptian children and their caregivers. *Future Dental Journal*. 2018. T. 4, №. 1. P. 23-29.
3. Al Mochamant I. G., Fotopoulos I., Zouloumis L. Dental management of patients with autism spectrum disorders. *Balkan Journal of Dental Medicine*. 2015. T. 19. №. 3. P. 124-127.
4. Al-Fatlawi A. H. F., Radhi N. J. M. H. Salivary Physicochemical Characteristics in Relation to Oral Health Status Among Institutionalized Autistic Adolescents in Baghdad/Iraq. *Journal of baghdad college of dentistry*. 2017. T. 29. №. 3. P. 68-74.
5. Al-Maweri S. A. et al. Oral lesions and dental status of autistic children in Yemen: A case-control study. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2014. T. 4. №. Suppl 3. P. 199-203.
6. Asma'a M. S., Badr S. B. Y., Rashed M. A. Effectiveness of audiovisual modeling on the behavioral change toward oral and dental care in children with autism. *Indian Journal of Dentistry*. 2013. T. 4. №. 4. P. 184-190.
7. Bartolomé-Villar B. et al. Incidence of oral health in paediatric patients with disabilities: Sensory disorders and autism spectrum disorder. Systematic review II. *Journal of clinical and experimental dentistry*. 2016. T. 8. №. 3. P. 344-351.
8. Bhandary S., Hari N. Salivary biomarker levels and oral health status of children with autistic spectrum disorders: a comparative study. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2017. T. 18. №. 2. P. 91-96.

9. Bimstein E. et al. Oral characteristics of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Special Care in Dentistry*. 2008. T. 28. №. 3. P. 107-110.
10. Blomqvist M. et al. Dental caries and oral health behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder. *European journal of oral sciences*. 2007. T. 115. №. 3. P. 186-191.
11. Blomqvist M. et al. Oral health, dental anxiety, and behavior management problems in children with attention deficit hyperactivity disorder. *European journal of oral sciences*. 2006. T. 114. №. 5. P. 385-390.
12. Blumer S., Khoury R. S., Peretz B. The Prevalence of ADHD Patients among Pediatric Dentists in Israel and Knowledge of Dental and Behavioral Aspects of Treating Them. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2018. T. 42. №. 3. P. 212-216.
13. Broadbent J. M., Ayers K. M. S., Thomson W. M. Is Attention-Deficit Hyperactivity Disorder a Risk Factor for Dental Caries?. *Caries research*. 2004. T. 38. №. 1. P. 29-33.
14. Broadbent J. M., Thomson W. M. Re: Diverse components of the oral environment in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) make it difficult to establish whether ADHD is a risk factor for dental caries. *JEBD* 2005; 5: 39-40- review of Broadbent et al (2004). *The journal of evidence-based dental practice*. 2006. T. 6. №. 3. P. 250.
15. Burns H. A. Frequency of Caries in Children Taking Prescribed Medications for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. 2010.
16. Caleza-Jimenez C. et al. Impact of delayed gratification on oral health and caries status in the primary dentition. *Journal of dentistry*. 2017. T. 63. P. 103-108.
17. Chan D. F. Y. et al. Dental Health of Preschool Children with Autism Spectrum Disorder in Hong Kong. *J. Paediatr* (new series). 2014. T. 19. №. 3. P. 161-168.

18. Chau C. et al. Oral health of children with attention deficit hyperactivity disorder in Hong Kong. *HKU Theses Online (HKUTO)*. 2015. P. 947-962.
19. Chau Y. C. Y. et al. Oral Health of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of attention disorders*. 2017. P. 947-962.
20. Chau Y. C. Y. et al. Oral health of children with attention deficit hyperactivity disorder. *European journal of oral sciences*. 2017. T. 125. № 1. P. 49-54.
21. Cherepynska Y., Volkova, O., Riabokon, E. et al. Analysis of the long-term clinical results of using 940 µm diode laser in patients with generalized moderate chronic periodontitis. *Georgian medical news*. 2017. №. 270. P. 24-30.
22. da Silva S. N. et al. Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. *International journal of paediatric dentistry*. 2017. T. 27. №. 5. P. 388-398.
23. Dats V. V., Chugunov V. V. Mechanisms and models of pathogenesis of ontophobic reactions in children with different level of mental health. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. T. 9 (10). P. 221-229.
24. Dats V., Chuhunov V. Psychocorrection interventions, directed to leveling ontophobic reactions in children with autism. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2019 № 2. P. 28-34.
25. Delli K. et al. Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: concerns, behavioural approaches and recommendations. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*. 2013. T. 18. № 6. P. 202-208.
26. Deshpande R., Bagde K., Dungarwal P. Comparative evaluation of salivary total proteins and few electrolytes in children with down's syndrome and healthy children of mixed dentition age group. *International journal of scientific research*. 2018. P.43-46.

27. Diab H. M. et al. Comparison of gingival health and salivary parameters among autistic and non-autistic school children in Riyadh. *Journal of clinical and diagnostic research. JCDR*. 2016. T. 10. №. 10. P. 370-374.
28. Douglass J. M. et al. Dental caries experience in a Connecticut Head Start program in 1991 and 1999. *Pediatric dentistry*. 2002. T. 24. №. 4. P. 309-314.
29. Du R. Y. et al. Autism developmental profiles and cooperation with oral health screening. *Journal of autism and developmental disorders*. 2015. T. 45. №. 9. P. 2758-2763.
30. Fakroon S., Arheiam A., Omar S. Dental caries experience and periodontal treatment needs of children with autistic spectrum disorder. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2015. T. 16. №. 2. P. 205-209.
31. Fontaine-Sylvestre C. et al. Prevalence of malocclusion in Canadian children with autism spectrum disorder. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2017. T. 152. №. 1. P. 38-41.
32. Fuertes-González M. C., Silvestre F. J. Oral health in a group of patients with Rett syndrome in the regions of Valencia and Murcia (Spain): A case-control study. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*. 2014. T. 19. №. 6. P. 598.
33. Gadiyar A. et al. Impact of oral health-related behaviors on dental caries among children with special health-care needs in Goa: A cross-sectional study. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2018. T. 36. №. 1. P. 33.
34. Garmash O. V., Ryabokon E. N. Dental status of patients with intrauterine growth restriction in past history during period of removable and permanent dentition. *Likars' ka sprava*. 2014. №. 12. P. 77-82.
35. Garmash O. V., Ryabokon E. N. The effect of fetal macrosomia on the neonate and infant dental health. *International Journal of Clinical Dentistry*. 2017. T. 10. №. 3. P.199-210.

36. GREENE, J. C., VERMILLION, J. R. THE SIMPLIFIED ORAL HYGIENE INDEX. *Journal of the American Dental Association*. 1964. P. 7–13.
37. Hidas A. et al. Oral health status, salivary flow rate and salivary quality in children, adolescents and young adults with ADHD. *Archives of oral biology*. 2011. T. 56. №. 10. P. 1137-1141.
38. Hidas A. et al. Salivary bacteria and oral health status in medicated and non-medicated children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical oral investigations*. 2013. T. 17. №. 8. P. 1863-1867.
39. Hoshino T., Saito K., Fujiwara T. Traction of the lower second premolar by application of band-loop space maintainer in an autistic child. *Pediatric Dental Journal*. 2013. T. 23. №. 2-3. P. 91-94.
40. Ibricevic H. et al. A field trial on semi-annual fluoride varnish applications among the special needs schoolchildren. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2006. T. 30. №. 2. P. 135-138.
41. Igić M. et al. Dental health care for children with autism spectrum disorders. *Acta stomatologica Naissi*. 2017. T. 33. №. 76. P. 1786-1792.
42. Jaber M. A. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. *Journal of Applied Oral Science*. 2011. T. 19. №. 3. P. 212-217.
43. Jeevika C. et al. Hyperactive Children are at Risk of Dental Caries-An Analytical Study. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*. 2013. T. 11. №. 4. P. 21-26.
44. Katz-Sagi H. et al. Increased dental trauma in children with attention deficit hyperactivity disorder treated with methylphenidate—a pilot study. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2010. T. 34. №. 4. P. 287-290.
45. Kim A. A Case report: Orthodontic treatment of anterior crossbite and severe crowding of a 9-year-old male patient with ADHD. 2012. T. 8. №. 1. P. 50-51.
46. Kim M. S. et al. Dental management for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. 2012. T. 8. №. 1. P. 47-48.

47. Lorber M. F. et al. Child externalizing behavior problems linked to genetic and non-genetic variation in dental caries. *Caries research*. 2014. T. 48. №. 5. P. 475-481.
48. Lu Y. Y., Wei I. H., Huang C. C. Dental health-a challenging problem for a patient with autism spectrum disorder. *General hospital psychiatry*. 2013. T. 35. №. 2. P. 213-214.
49. Magoo J. et al. Knowledge, attitude and practice towards oral health care among parents of autism spectrum disorder children. *J. Adv. Clin. Res. Insights*. 2015. T. 2. №. 2. P. 82-86.
50. Mah J. W. T., Tsang P. Visual schedule system in dental care for patients with autism: A pilot study. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2016. T. 40. №. 5. P. 393-399.
51. Manoharan S., Krishnamoorthy K. Dental Caries and Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)-A Review. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*. 2016. T. 8. №. 7. P. 613.
52. Marion I. W. et al. Dental stories for children with autism. *Special Care in Dentistry*. 2016. T. 36. №. 4. P. 181-186.
53. Marion I. W. Parent Preferences for Dental Preparatory Aids for Children with Autism Spectrum Disorders. P. 1-21. https://digital.lib.washington.edu/researchworks/bitstream/handle/1773/33710/Marion_washington_02500_14512.pdf;jsessionid=B869AFBE6F011B1DAE2044EA07A88EE3?sequence=1
54. Marulanda J. et al. Dentistry for the Autistic Patient. *CES Odontología*. 2013. T. 26. №. 2. P. 120-126.
55. Maupome G. Diverse components of the oral environment in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) make it difficult to establish whether ADHD is a risk factor for dental caries. *Journal of Evidence Based Dental Practice*. 2005. T. 5. №. 1. C. 39-40.
56. Maupome G. Swedish Children with ADHD do Not Have a Higher Experience of Dental Caries Compared to Children Without an ADHD Diagnosis,

In Spite of Showing Poor Dietary and Oral Hygiene Patterns. *Journal of Evidence Based Dental Practice*. 2008. T. 8. №. 1. P. 35-36.

57. Morales-Chávez M. C. Oral Health Assessment of a Group of Children with Autism Disorder. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2017. T. 41. №. 2. P. 147-149.

58. MOTA-VELOSO I. et al. Dental caries in schoolchildren: influence of inattention, hyperactivity and executive functions. *Brazilian oral research*. 2018. P. 212-219.

59. Mota-Veloso I. et al. Do Signs of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Increase the Odds of Dental Caries? A Case-Control Study. *Caries research*. 2018. T. 52. №. 3. P. 212-219.

60. Movahhed T., Asadi M., Eslami N. Comparison of Dental Caries Experience and Associated Treatment Needs between Autistic and Healthy Children. *Journal of Mashhad Dental School*. 2017. T. 41. №. 3. P. 281-288.

61. Murray C. et al. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder from the dental perspective. *New Zealand Dental Journal*. 2012. T. 108. №. 3. P. 95.

62. Nilchian F., Shakibaei F., Jarah Z. T. Evaluation of Visual Pedagogy in Dental Check-ups and Preventive Practices Among 6–12-Year-Old Children with Autism. *Journal of autism and developmental disorders*. 2017. T. 47. №. 3. P. 858-864.

63. Nonong Y. H. et al. Oral health knowledge among parents of autistic child in Bandung-Indonesia. *Dental Journal: Majalah Kedokteran Gigi*. 2014. T. 47. №. 3. P. 146-152.

64. Önoğ S., Kırzıoğlu Z. Evaluation of oral health status and influential factors in children with autism. *Nigerian journal of clinical practice*. 2018. T. 21. №. 4. P. 429-435.

65. Patricia Frese R. D. H., Elizabeth McClure R. D. H. Dental Implications of the ADHD Patient. *Provider*. T. 501. P. 211886.

66. Paviov S.V., Samoilenko A.V., Vozna I.V. Use of indicators of oxidative stress and HSP 70 protein as markers in the diagnostics of dental diseases. *Biological Markers in Fundamental and Clinical Medicine*. 2018. Vol. 2. P. 87-90.
67. Pavlenko S.A. et al. Changes in the functional condition of the masticatory muscles with increased teeth abrasion. *Wiadomosci lekarskie*. 2019. T. LXXII. P. 1002-1006.
68. Pessah S. et al. Orthodontic treatment of children suffering from attention deficit disorder with hyperactivity (ADHD). *L'Orthodontie française*. 2009. T. 80. №. 3. P. 331-338.
69. Planerova A., Philip S., Elad S. Gingival bleeding in a patient with autism spectrum disorder: A key finding leading to a diagnosis of scurvy. *Quintessence International*. 2017. T. 48. P.855-861.
70. Popple B. et al. Brief report: remotely delivered video modeling for improving oral hygiene in children with ASD: a pilot study. *Journal of autism and developmental disorders*. 2016. T. 46. №. 8. P. 2791-2796.
71. Rada R. E. Treatment needs and adverse events related to dental treatment under general anesthesia for individuals with autism. *Intellectual and developmental disabilities*. 2013. T. 51. №. 4. P. 246-252.
72. Radović I. et al. Oral health difficulties in children and adolescents with autism spectrum disorder: parental perception. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo* 2017. P. 624-628.
73. Ramos-Gomez F. et al. Pioneering and Interprofessional Pediatric Dentistry Programs Aimed at Reducing Oral Health Disparities. *Frontiers in public health*. 2017. T. 5. P. 207.
74. Rosenberg S. S., Kumar S., Williams N. J. Attention deficit/hyperactivity disorder medication and dental caries in children. *American Dental Hygienists' Association*. 2014. T. 88. №. 6. P. 342-347.

75. Saini T. S. et al. Etiology of xerostomia and dental caries among methamphetamine abusers. *Oral health & preventive dentistry*. 2005. T. 3. №. 3. P. 189-195.
76. Shanbhag P. P., Ram S. M., Gupta B. Knowledge and oral health attitudes among care providers of children with intellectual disabilities: A cross-sectional study. *Journal of Contemporary Dentistry*. 2014. T. 4. №. 2. P. 92.
77. Shaner J. W. Caries associated with methamphetamine abuse. *New York State Dental Journal*. 2002. T. 68. №. 10. P. 20.
78. Shaner J. W. et al. "Meth mouth": rampant caries in methamphetamine abusers. *AIDS Patient Care & STDs*. 2006. T. 20. №. 3. P. 146-150.
79. Silva D. R. et al. Self-injurious behavior as a challenge for the dental practice: a case report. *Pediatric dentistry*. 2003. T. 25. №. 1. P. 62-66.
80. Smith A. S., Sharp H. K. Children with ADHD: What the Treating Dentist Needs to Know. *Journal of Pediatric Dental Care*. 2007. T. 13. №. 3. P. 311-317.
81. Smith G. A., Riedford K. Epidemiology of early childhood caries: clinical application. *Journal of pediatric nursing*. 2013. T. 28. №. 4. P. 369-373.
82. Staberg M. et al. Behavioural characteristics in externalising children with low and elevated risk for dental caries. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2016. T. 17. №. 6. P. 475-484.
83. Staberg M. et al. Oral health and dental care among children and adolescents with ADHD-A retrospective and exploratory study. *Journal of Disability and Oral Health*. 2015. T. 15. №. 4. P. 5-13.
84. Staberg M. et al. Parental attitudes and experiences of dental care in children and adolescents with ADHD--a questionnaire study. *Swed Dent. J*. 2014. T. 38. №. 2. P. 93-100.
85. Suhaib F. et al. Oral assessment of children with autism spectrum disorder in Rawalpindi, Pakistan. *Autism*. 2017. P. 81-86.

86. Thomas N. et al. Autism and primary care dentistry: parents' experiences of taking children with autism or working diagnosis of autism for dental examinations. *International journal of paediatric dentistry*. 2018. T. 28. №. 2. P. 226-238.
87. Todd Grooms M. et al. Caries Experience Associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2006. T. 30. №. 1. P. 3-8.
88. Tong H. J. et al. Factors influencing the inclusion of oral health education in individualized education plans of children with autism spectrum disorders in Singapore. *International journal of paediatric dentistry*. 2017. T. 27. №. 4. P. 255-263.
89. Vajawat M., Deepika P. C. Comparative evaluation of oral hygiene practices and oral health status in autistic and normal individuals. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2012. T. 2. №. 2. P. 58.
90. Volkova O. S., Ryabokon E. N., Magda, I. et al. Impact of smoking habits on the state of chromatin and morphology of buccal epithelial cells among medical students. *Georgian Medical News*. 2017. № 1 (262). P. 111–115.
91. Weckwerth S. A. M. et al. Parents' perception of dental caries in intellectually disabled children. *Special Care in Dentistry*. 2016. T. 36. №. 6. P. 300-306.
92. Williamson R. et al. Association between early childhood caries and behavior as measured by the child behavior checklist. *Pediatric dentistry*. 2008. T. 30. №. 6. P. 505-509.
93. Wyne A., Hammad N., Splieth C. Oral health knowledge of health care workers in special children's center. *Pakistan journal of medical sciences*. 2015. T. 31. №. 1. P. 164.
94. Yashoda R. et al. Oral health status and parental perception of child oral health related quality-of-life of children with autism in Bangalore, India.

Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. 2014. Т. 32. №. 2. P. 135.

95. Zink A. G. et al. Use of a Picture Exchange Communication System for preventive procedures in individuals with autism spectrum disorder: pilot study. *Special Care in Dentistry*. 2016. Т. 36. №. 5. P. 254-259.

96. Авраамова О. Г., Пахомова Ю. В. Стоматологический статус у умственно отсталых детей, проживающих в организованном детском коллективе. *Стоматология*. 2016. Т. 95. №. 3. С. 52-55.

97. Авраамова О. Г., Пахомова Ю. В., Короленкова М. В. Динамика интенсивности кариеса зубов у умственно отсталых детей, страдающих синдромом руминации. *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2016. Т. 15. №. 2. С. 66-69.

98. Алябьева И. В. и др. Биохимический состав слюны у детей с ослабленным слухом в процессе приобретения навыков чистки зубов. *Здоровье и образование в XXI веке*. 2012. Т. 14. №. 4. С. 459-460.

99. Андреева О. В. и др. Медико-генетическое консультирование в стоматологии. *Вестник Чувашского университета*. 2011. №. 3. С. 262-268.

100. Байжанов Б. Б. Актуальные вопросы организации стоматологической помощи в детских психо-неврологических учреждениях. *Стоматология*. 1980. №. 3. С. 56-58.

101. Бауман С. С., Турчина К. В., Мосієнко А. С., Падалка А. І., Шешукова О. В. Порівняльна оцінка ураженості карієсом зубів дітей м. Полтава. *Вісник проблем біології і медицини*. 2017. №3. С. 165-168.

102. Безвужко Е. В., Гутор Т. Г., Мусій-Семенців Х. Г. Оцінка впливу чинників ризику виникнення карієсу тимчасових зубів у дітей раннього віку. *Вісник проблем біології і медицини*. 2015. Т. 4. №. 1. С. 261-265.

103. Безвужко Е. В., Лагода Л. С. Стан твердих тканин зубів у дітей міста Луцька. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії*. 2017. №2. С. 232-235.

104. Беликова А. А., Микляева Т. А., Шамшадинова А. Р. Особенности ведения стоматологических пациентов со стойкими нарушениями центральной нервной системы. *Бюллетень медицинских Интернет-конференций*. Наука и инновации, 2015. Т. 5. №. 10. С. 1242-1243.
105. Волобуев В. В., Алексеенко С. Н., Гуленко О. В. Регламент «Multistep» стоматологической помощи детям с психоневрологическими расстройствами. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2017. №. 1. С. 21-28.
106. Волобуев В. В., Гуленко О. В. Анализ стоматологической заболеваемости детей с различными формами психоневрологических нарушений. *Успехи современной науки*. 2016. Т. 4. №. 6. С. 134-140.
107. Волосовец Т. В., Соболева Е. А. Коррекционно-педагогическое воздействие на детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба. *Специальное образование*. 2002. №. 1. С. 36-40.
108. Витебская А.В. Эндокринологические аспекты синдрома Дауна. *Сеченовский вестник*. 2014. №1 (15). 2017. №. 4. С. 75-78.
110. Гавриленко М. А. Оцінка стоматологічного статусу дітей-інвалідів із хворобами центральної нервової системи. *Український стоматологічний альманах*. 2014. №. 2. С. 82-84.
111. Гармаш О. В. и др. Гемодинамические нарушения патогенетическая основа патологии тканей челюстно-лицевой области и церебральных нарушений в анамнезе у пациентов с синдромом задержки внутриутробного развития. *Мир медицины и биологии*. 2013. Т. 9. №. 4-1 (41). С. 19-23.
112. Гармаш О. В., Назарян Р. С., Будрейко Е. А. Стоматологические аспекты синдрома задержки внутриутробного развития в анамнезе у детей дошкольного возраста. *Мир медицины и биологии*. 2013. Т. 9. №. 3-1 (39). С. 89-92.

113. Горбатова М. А. и др. Кариес зубов у детей Архангельской области, оставшихся без попечения родителей, и детей с задержкой интеллектуального развития. *Врач-аспирант*. 2011. №. 6. С. 477.

114. Гуленко О. В. и др. Про-антиоксидантный потенциал ротовой жидкости у детей с умственной отсталостью. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2014. №. 2. С. 55.

115. Гуленко О. В. и др. Сравнительная оценка уровня комплаентности и стоматологического статуса у детей с психоневрологическими расстройствами. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2015. №. 1. С. 37-43.

116. Гуленко О. В. и др. Сравнительный анализ заболеваемости кариесом зубов у детей с психоневрологическими расстройствами и врожденным несращением губы и неба, проживающих в Краснодаре. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2017. №. 2. С. 56-60.

117. Гуленко О. В. и др. Структурно-функциональный анализ стоматологического статуса у детей с умственной отсталостью. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2013. №. 6. С. 81-85.

118. Гуленко О. В., Волобуев В. В. Применение диодного лазера при лечении кариеса у детей с психоневрологическими расстройствами. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2016. №. 4. С. 41-44.

119. Гуленко О. В., Хагурова С. Б. Состояние гуморального иммунитета полости рта у детей с психоневрологическими расстройствами. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2017. №. 3. С. 41-44.

120. Гуленко О. В., Хагурова С. Б., Быков И. М. Особенности физико-биохимических свойств ротовой жидкости у детей с кариесом зубов на фоне психоневрологических расстройств. *Вестник Рос. университета дружбы народов. Серия: Медицина*. 2017. Т. 21. №. 3. С. 329-337.

121. Гуленко О. В., Хагурова С. Б., Попов К. А. Особенности функционирования прооксидантно-антиоксидантной системы и иммунной

защиты при лечении кариеса зубов у детей с психоневрологическими расстройствами. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2018. Т. 25. №. 2. С. 63-71.

122. Гусейнова М. Х., Пашаев А. Ч. Некоторые физико-химические показатели слюны умственно отсталых детей. *Вісник стоматології*. 2012. №. 4. С. 101-103.

123. Гусейнова М. Х., Пашаев А. Ч. Распространенность кариеса зубов среди детей с умственной отсталостью, обучающихся в специализированных школах г. Баку. *Врач-аспирант*. 2013. №. 1. С. 56.

124. Дац В. В. Особливості стоматологічного статусу у дітей з різним рівнем психічного здоров'я. *Сучасна стоматологія*. 2019. № 2. С. 46-49.

125. Дац В. В., Міщенко О. М. Показники ротової рідини у дітей з різним рівнем психічного здоров'я. *Сучасна стоматологія*. 2020. № 1 (100). С. 46-49.

126. Денисова С. А. и др. Уровень знаний по вопросам оральной гигиены и стоматологический статус 15-летних девушек. *Тверской медицинский журнал*. 2016. №. 2. С. 91-94.

127. Дычко Е. Н., Щербина И. Н., Хотимская Ю. В. Уровень белков ротовой жидкости у детей при кариесе зубов. *Український стоматологічний альманах*. 2014. №. 3. С. 65-68.

128. Е. В. Безвушко, Л. С. Лагода Оцінка якості життя дітей М. Луцька за суб'єктивними індикаторами стоматологічного здоров'я. *Український стоматологічний альманах*. 2016. №3. С. 89-94.

129. Запорожская-абрамова Е. С., Косырева Т. Ф. Фактор иммунного статуса ротовой полости у детей. *Вестник РУДН. Серия: Медицина*. 2010. №1. С. 240-241.

130. Зеневич Г. В. Вопросы диспансеризации психически и нервнобольных. Л., 1972 / ред. Затюшков А. И. издание второе, исправленное и дополненное. Ленинград : Медицина, 1972. 201 с.

131. Зиньковская Е. П. Оценка на основании показаний рН-метрии эффективности очищения межзубного промежутка от зубного налета деревянной зубочисткой. *Стоматология*. 2007. 3. С.36-39.

132. Искоростенская О. В. и др. Особенности клинических проявлений синдрома Дауна в стоматологической практике (обзор литературы). *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. Т. 3. №. 2. С. 20-27.

133. Казакова Л. Н. и др. Изменение микробиологического состава деминерализованного дентина дна кариозной полости в процессе лечения острого глубокого кариеса у детей. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2013. Т. 9. №. 3. С. 412-415.

134. Каськова Л. Ф., Бережна О. Е., Новікова С. Ч. Проблеми виникнення хронічного катарального гінгівіту у дітей та шляхи їх вирішення. Полтава : ТОВ НВП «Укрпромторгсервіс», 2015. 86 с.

135. Каськова Л. Ф., Новіков Є. М. Динаміка показників активності лізоциму та уреазі ротової рідини в дітей із хронічним катаральним гінгівітом у період змінного прикусу. *Український стоматологічний альманах*. 2013. №. 1. С. 84-87.

136. Каськова Л. Ф., Новікова С. Ч., Уласевич Л. П. Стан гігієни порожнини рота в дітей у перший період змінного прикусу. *Український стоматологічний альманах*. 2018. №. 1. С. 51-54.

137. Каськова Л. Ф., Шепеля А. В. Поширеність карієсу тимчасових зубів у дітей П. Полтава. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії*. 2008. № 4-1 (24). С. 30-32.

138. Касьянов А. А. Стоматологический статус молодых людей с нарушенным интеллектом. *Современная стоматология*. 2000. Т. 1. С. 25-26.

139. Кисельникова Л. П., Дроботько Л. Н., Милосердова К. Б. Оказание стоматологической помощи детям с расстройствами аутистического спектра. *Аутизм*. 2003. Т. 15. №. 3. С. 9-15.

140. Кишинец Т. А., Якушенкова А. П. Исследование психоэмоционального состояния детей с сочетанной

оториноларингологической и стоматологической патологией. Медицина. 1970. С. 27-30.

141. Ковальчук Н. В. Кариес зубов и его профилактика у школьников с нарушением развития интеллекта. 1999. 17 с.

142. Корбакова С. А. и др. иммунобиологический подход к индивидуальной гигиене полости рта. *Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН*. 2017. №. 3. 12 с.

143. Коротич Н. Н., Лохматова Н. М., Ващенко И. Ю. Обоснование необходимости эндогенного назначения препаратов кальция для профилактики кариеса зубов у детей. *Світ медицини та біології*. 2014. Т. 10. №. 1 (43). С. 176-180.

144. Кріль І. А. Мікробіоценоз пародонтальних карманів при генералізованому пародонтиті. *Вісник проблем біології і медицини*. 2017. №2. С. 360-366.

145. Крупей В. Я. Сучасні уявлення про патогенез уражень твердих тканин зубів і пародонта та засоби їх лікування у дітей з хронічною патологією шлунково-кишкового тракту. *Медичні перспективи*. 2014. Т. 19. №. 3. С. 86-90.

146. Кузнецов И. П. Особенности оказания стоматологической помощи детям с расстройствами аутистического спектра. *Бюллетень Северного государственного медицинского университета*. Вып. С. 155-161.

147. Кузьмина Э. М., Исмаилов А. И., Молчанов А. С. Особенности профилактики основных стоматологических заболеваний у умственно отсталых людей. *Dental Forum*. Общество с ограниченной ответственностью "Форум стоматологии", 2008. №. 3. С. 28-32.

148. Лаврентьев Г. П., Титаренко Т. М. Практическая психология для воспитателя. Киев. 1992. 29 с.

149. Левицкий А. П., Макаренко О. А., Россаханова Л. Н. Саливация у здоровых лиц разного возраста и у стоматологических больных. *Вісник стоматології*. 1995. Спец. вып. № 2. С. 7-8.

150. Ломова Н. И., Гвоздева Л. М., Данилова М. А. Опыт оказания стоматологической помощи детям-инвалидам. *Рос. стоматологический журнал*. 2003. №. 1. С. 36-37.

151. Лунева Н. А., Табатадзе В. Г. Влияние образовательных стоматологических программ на изменение социального статуса и уровня социально-гигиенических знаний школьников. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2007. №. 2 (22).С. 11-13.

152. Любарець С. Ф. Гігієнічний стан порожнини рота та деякі показники гуморального імунітету у дітей з вадами твердих тканин зубів. *Вісник проблем біології і медицини*. 2015. Т. 3. №. 2. С. 374-378.

153. Максимовкий Ю. М., Мартынова С. А., Алексеев Ф. И. Состояние тканей пародонта у больных с нарушениями психики. *Dental forum*. Общество с ограниченной ответственностью "Форум стоматологии", 2009. №. 2. С. 50-54.

154. Малко Н.В. Клініко-лабораторна оцінка ефективності лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей Львівської області. *Світ медицини та біології*. 2016. №3 (57). С. 32-35.

155. Малко Н.В. Лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей 12-15 років, які проживають на екологічно-несприятливій та йод-, фтордефіцитній території. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії*. 2015. №3-2 (51). С. 32-35.

156. Машенко И. С. Болезни пародонта. Днепропетровск : Коло, 2003. С. 114-137.

157. Мусій-Семенців Х. Г. Оцінка навичок гігієни порожнини рота у дітей раннього віку за результатами анкетування батьків. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії*. 2016. № 2 (54). С. 32-36.

158. Нагиева С. А. Сравнительная оценка зависимости состояния тканей пародонта от гигиены ротовой полости у здоровых детей, а также у

детей с сахарным диабетом 1-го типа. *Вісник проблем біології і медицини*. 2017. №. 2. С. 372-375.

159. Нагиева И. Э., Алексеева Е. В. Роль А. И. Дойникова в организации стоматологической помощи населению. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2015. № 3. С. 135-136.

160. Наумова В. Н., Туркина С. В., Маслак Е. Е. Взаимосвязь стоматологических и соматических заболеваний: обзор литературы. *Волгоградский научно-медицинский журнал*. 2016. №. 2 (50). С. 25-28.

161. Османов С. Э. Некоторые показатели стоматологической заболеваемости у детей с умственной отсталостью. *Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки*. 2010. Т. 15. №. 2. С. 694-696.

162. Поліщук Т. В. Аналіз ураженості карієсом дітей та підлітків м. Полтава. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії*. 2014. №4 (48). С. 37-40.

163. Прохно О. И., Коваль П. Б. Отдаленные результаты лечения и профилактики кариеса зубов у детей с психоневрологическими отклонениями. *Современная стоматология*. 2012. №. 1. С. 66-66.

164. Прохно О. И., Коваль П. Б. Оценка эффективности профилактического закрытия фиссур постоянных зубов у детей с психоневрологическими отклонениями. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. №. 3 (2). С. 379-383.

165. Савичук Н. О., Дзюба С. А., Степаненко Л. В. Оценка стоматологического статуса детей с психоневрологическими расстройствами. *Современная стоматология*. 2011. №. 4. С. 45-45.

166. Скрипник Ю. В., Якубова І. І. Ефективність лікувально-профілактичного комплексу для профілактики захворювань твердих тканин зубів у дітей із затримкою психічного розвитку. *Современная стоматология*. 2014. №. 5. С. 46-51.

167. Смоляр Н. І., Мусій-Семенців Х. Г. Показники мінералізувальної здатності ротової рідини в дітей дошкільного віку з карієсом молочних зубів. *Український стоматологічний альманах*. 2012. №. 6. С. 81-84.
168. Смоляр Н. І., Чухрай Н. Л. Порівняльна оцінка ураженості карієсом постійних зубів у дітей із використанням індексів нік, icdas і якості їхнього стоматологічного здоров'я за критеріями EGONID. *Український стоматологічний альманах*. 2016. Т. 2. №. 1. С. 84–89.
169. Соколова І. І., Прокопова М. В. Стан місцевого імунітету ротової порожнини у практично здорових дітей та у дітей з вродженою глухотою під дією запропонованої схеми лікування та профілактики. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. Т. 3. №. 2. С. 357-364.
170. Тарасова Н. В. Стоматологическое просвещение как этап социализации детей с ограниченными возможностями здоровья. Редакционная коллегия. 2013. С. 283.
171. Тарасова Н. В., Алямовский В. В., Галонский В. Г. Стоматологический статус детей-инвалидов с различной степенью умственной отсталости, проживающих в России. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2014. № 3 (57). С. 49-51.
172. Тарасова Н. В., Галонский В. Г. Особенности проведения стоматологического просвещения и гигиенического воспитания у умственно отсталых детей и подростков. *Сибирский медицинский журнал*. 2013. Т. 28. №. 1. с. 112-116.
173. Тарасова Н. В., Галонский В. Г. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей-инвалидов с различной степенью умственной отсталости. *Якутский медицинский журнал*. 2013. №. 3. С. 23-26.
174. Тарасова Н. В., Галонский В. Г., Алямовский В. В. Определение и обоснование показаний к удалению временных и постоянных зубов у детей-инвалидов с различной степенью умственной отсталости. *Сибирское медицинское обозрение*. 2013. №. 3 (81). С. 93-97.

175. Тельнюк И. В., Гулиева А. Ю. Клинические и психолого-педагогические аспекты диагностики гигиенических навыков по уходу за полостью рта у старших дошкольников. *Здоровье–основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения*. 2012. Т. 7. №. 2. С.732-734.
176. Терапевтична стоматологія дитячого віку / Л.О. Хоменко, Ю.Б. Чайковский, Н.І. Смоляр та ін. Київ : Книга плюс, 2014. 816 с
177. Ткаченко П. І. та ін. Вираженість психоемоційного напруження на ситуаційний стрес у дітей із незрощенням піднебіння. *Український стоматологічний альманах*. 2017. №. 1.С. 75-78.
178. Ткаченко П. І., Білоконь С. О., Лохматова Н. М., Білоконь Н. П. Ефективність лікувальних заходів при хронічному катаральному гінгівіті у дітей з вродженим незрощенням піднебіння. *Світ медицини та біології*. 2016. №1 (55). С. 76-79.
179. Тристенъ К. С. Формирование стоматологического здоровья у детей школьного возраста. 2006. 92 с.
180. Трубка И. А. Биохимические показатели ротовой жидкости у детей школьного возраста при сочетанном течении кариеса и хронического генерализованного катарального гингивита под влиянием лечебно-профилактического комплекса. *Здоровье ребенка*. 2018. Т. 13. №. 3. С. 223-226.
181. Труфанова В.П. Спосіб лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей. *Світ медицини та біології*. 2017. №2 (60). С.117-120.
182. Турьянская М. В., Митропанова М. Н., Пейсахович Ю. Г. Опыт санации полости рта у детей под общим обезболиванием. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2013. №. 6. С. 181-183.
183. Тюшевская А. В., Гаспарян Г. Н., Ковальчук М. А. Повышение эффективности индивидуальной гигиены полости рта у детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями. *Рос. журнал детской гематологии и онкологии*. 2018. №. 2. С. 19-24.

184. Удод О. А., Зінкович І. І. Застосування клінічних та лабораторних показників у прогнозуванні приросту інтенсивності карієсу тимчасових зубів. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. Т. 2. №. 2. С. 183-186.
185. Ципан С. Б., Василенко О. І., Якубова І. І. Аналіз стоматологічної захворюваності дітей з розладами аутистичного спектру. *Современная стоматология*. 2014. №. 1. С. 79-83.
186. Череп'юк О. М., Мусій-Семенців Х. Г. Оцінка чинників ризику виникнення карієсу тимчасових зубів у дітей. *Вісник проблем біології і медицини*. 2016. №1. С. 380-383.
187. Череп'юк О. М., Стадник У. О., Мусій-Семенців Х. Г. Досвід використання фтормісних засобів місцевої дії у комплексі профілактики карієсу тимчасових зубів у дітей дошкільного віку. *Вісник проблем біології і медицини*. 2015. №1. С. 308-313.
188. Череп'юк О. М., Стадник О. У. Урівень стоматологічної допомоги дітям у дошкільних закладах М. Івано-Франківська. *Український стоматологічний альманах*. 2016. №1. С. 87-89.
189. Чугунов В. В., Дац В. В. Таргетна модель психологической адаптации детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности / В. В. Чугунов, В. В. Дац. *Медицина психология*. 2017. №3. с. 37-40.
190. Чугунов В. В., Дац В. В., Скрипник А. С. Одонтофобічні реакції у дітей з різним рівнем психічного здоров'я: класифікація, патогенз та клінічне наповнення. *Медицина психология*. 2019. №1. с. 45-47.
191. Чуйкин С. В., Кудашкина Н. В., Галеева Р. Р. Изучение эффективности применения фитосредства с шалфеем лекарственным в комплексной профилактике и лечении стоматологических заболеваний у детей с церебральным параличом. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2014. Т. 9. №. 6. С. 50-54.
192. Шаковец Н. В. и др. Состояние твёрдых тканей зубов и физико-химические свойства ротовой жидкости у детей с фенилкетонурией. *Вестник*

Витебского государственного медицинского университета. 2017. Т. 16. №. 6. С. 85-90.

193. Шаковец Н. В. Результаты трехлетней профилактики кариеса зубов у детей раннего возраста. *Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2016. Т. 15. №. 2. С. 93-101.*

ДОДАТОК А 1

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Проректор
з науково-педагогічної роботи
Запорізького державного
медичного університету
доктор медичних наук, професор
В.А. Візір
20 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Метод психологічної адаптації дітей зі СДУГ до стоматологічних процедур.
2. **Ким запропоновано:** Дац Валерія Валеріївна, асистент кафедри стоматології післядипломної освіти ЗДМУ МОЗ України.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Чугунов В. В., Дац В. В. Таргетна модель психологічної адаптації дітей з синдромом дефіцита уваги та гіперактивності / В. В. Чугунов, В. В. Дац // Медична психологія. – 2017. – №3. – с. 37-40.
4. **Де та коли впроваджено.** В педагогічний процес кафедри пропедевтичної та хірургічної стоматології ЗДМУ МОЗ України.
5. **Термін впровадження:** з 09.2018 - 10.2021рр.
6. **Ефективність впровадження.** Впровадження у навчальний процес запропонованої інформації дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень лікарів-інтернів та слухачів циклів ТУ щодо сучасних методів психологічної адаптації дітей зі СДУГ до стоматологічних процедур.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Зав. кафедри пропедевтичної
та хірургічної стоматології
к. мед. н., доцент

С. О. Чертов

ДОДАТОК А 2

КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ
ПІДПРИЄМСТВО
«ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА
ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ»
ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КНП «Запорізька обласна
клінічна дитяча лікарня» ЗОР
Ю. В. Борзенко
« 20 року



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Система визначення стоматологічного статусу у дітей з різним рівнем психічного здоров'я.
2. Ким запропоновано: Дац Валерія Валеріївна, асистент кафедри стоматології післядипломної освіти ЗДМУ МОЗ України.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Дац В. В. Особливості стоматологічного статусу у дітей з різним рівнем психічного здоров'я / В. В. Дац // Сучасна стоматологія. – 2019. – № 2. – С. 46-49. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ss_2019_2_11DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2019-2-46>
4. Де та коли впроваджено. В лікувально-профілактичну роботу КНП «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» ЗОР.
5. Термін впровадження: з 2019 року по теперішній час.
6. Ефективність впровадження. Використання запропонованої інформації дозволило підвищити рівень знань лікарів щодо сучасних методів визначення стоматологічного статусу у дітей з різним рівнем психічного здоров'я.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор

В. Ю. Ткаченко

ДОДАТОК А 3

Приватне акціонерне товариство
"Бердянська міська
стоматологічна поліклініка"



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор

АТ «Бердянська міська

стоматологічна поліклініка»

С.П. Борняк

20__ року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Метод зниження інтенсивності одонтофобічних реакцій у дітей з різними рівнями психічного здоров'я для адекватного провадження стоматологічних маніпуляцій.**

2. **Ким запропоновано: Дац Валерія Валеріївна, асистент кафедри стоматології післядипломної освіти ЗДМУ МОЗ України.**

Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Dats V. V., Chugunov V. V. Mechanisms and models of pathogenesis of odontophobic reactions in children with different level of mental health. Journal of Education, Health and Sport. 2019; 9(10):221-229. eISSN 2391-8306. DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3520912>

3. **Де та коли впроваджено. В лікувально-профілактичну роботу АТ «Бердянська міська стоматологічна поліклініка».**

4. **Термін впровадження: з 2019 року по теперішній час.**

6. **Ефективність впровадження. Використання запропонованої інформації дозволило підвищити рівень знань лікарів щодо сучасних методів зниження інтенсивності одонтофобічних реакцій у дітей з різними рівнями психічного здоров'я для адекватного провадження стоматологічних маніпуляцій.**

7. **Зауваження, пропозиції: немає.**

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор

Кожанова О.М

ДОДАТОК А 4



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Ректор

ДУ «Запорізька медична академія
післядипломної освіти МОЗ»
доктор мед. наук, професор

О. С. Никоненко

20__ року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Сучасні заходи корекції одонтофобічних реакцій у дітей з різним рівнем психічного здоров'я.
2. Ким запропоновано: Дац Валерія Валеріївна, асистент кафедри стоматології післядипломної освіти ЗДМУ МОЗ України.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Чугунов В. В., Дац В. В., Скрипник А. С. Одонтофобічні реакції у дітей з різним рівнем психічного здоров'я: класифікація, патогенз та клінічне наповнення/ В. В. Чугунов, В. В. Дац, А. С. Скрипник // Медична психологія. – 2019. – №1. – с. 45-47. <http://www.mps.kh.ua/archive/2019/1/10>
4. Де та коли впроваджено. В педагогічний процес кафедри пропедевтичної та хірургічної стоматології ЗДМУ МОЗ України.
5. Термін впровадження: з 2019 року по теперішній час.
6. Ефективність впровадження. Впровадження у навчальний процес запропонованої інформації дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень лікарів-інтернів та слухачів циклів ТУ щодо сучасних методів корекції одонтофобічних реакцій у дітей з різним рівнем психічного здоров'я.
7. Зауваження, пропозиції немає.

Відповідальний за впровадження:

т.в.о Зав. кафедри стоматології к.мед.н., доцент *Манухіна* О. М. Манухіна

ДОДАТОК А 5

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Заступник директора
з наукової роботи
Максим ПОГОРСЛОВ

« 25 » жовтня 2021 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ № _____

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Сучасні заходи щодо превенції одонтофобічного реагування у дітей з аутизмом на стоматологічному прийомі.
2. **Ким запропоновано:** Дац Валерія Валеріївна, асистент кафедри стоматології післядипломної освіти ЗДМУ МОЗ України.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Dats, V., & Chuhunov, V. (2019). Psychocorrection interventions, directed to leveling ontonophobic reactions in children with autism. Men's Health, Gender and Psychosomatic Medicine, (2), 28-34. <https://doi.org/10.37321/UJMH.2019.02-04>
4. **Де та коли впроваджено.** В педагогічний процес кафедри стоматології НІ Медичного інституту Сумського державного університету МОН України» (протокол № 4 від « 27 » жовтня 2021 р.)
5. **Термін впровадження:** з 2020 року по теперішній час.
6. **Ефективність впровадження.** Впровадження у навчальний процес запропонованої інформації дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень лікарів-інтернів та слухачів циклів ТУ щодо сучасних методів щодо превенції одонтофобічного реагування у дітей з аутизмом на стоматологічному прийомі.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри стоматології
д.мед.н., професор

Лактін Ю.В.

ДОДАТОК Б

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ АВТОРОМ ПРАЦЬ НА ТЕМУ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Чугунов В. В., Дац В. В. Таргетна модель психологической адаптации детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. *Медична психологія*. 2017. № 3. С. 37–40. *(Дисертанткою обстежено відповідні контингенти, здійснено статистичний аналіз отриманих даних, написано текст статті та підготовано її до друку).*

2. Чугунов В. В., Дац В. В., Скрипник А. С. Одонтофобічні реакції у дітей з різним рівнем психічного здоров'я: класифікація, патогенез та клінічне наповнення. *Медична психологія*. 2019. № 1. С. 45–47. *(Дисертантка самостійно здійснила стоматологічне обстеження та лікування пацієнтів, збирила дані та проаналізувала їх, самостійно написала текст статті та підготувала її до друку).*

3. Dats V. V., Chugunov V. V. Mechanisms and models of pathogenesis of odontophobic reactions in children with different level of mental health. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. Vol. 9 (10). P. 221–229. *(Дисертантка самостійно здійснила стоматологічне обстеження та лікування пацієнтів, збирила дані та проаналізувала їх, самостійно написала текст статті та підготувала її до друку).*

4. Дац В. В., Міщенко О. М. Особливості стоматологічного статусу у дітей з різним рівнем психічного здоров'я. *Сучасна стоматологія*. 2019. № 2. С. 46–49. *(Дисертантка самостійно здійснила стоматологічне обстеження та лікування пацієнтів, збирила дані та проаналізувала їх, самостійно написала текст статті та підготувала її до друку).*

5. Чугунов В. В., Дац В. В. Психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання одонтофобічних реакцій у дітей з аутизмом. *Чоловіче здоров'я*,

гендерна та психосоматична медицина. 2019. № 2. С. 28–34. (Дисертантка самостійно здійснила стоматологічне обстеження та лікування пацієнтів, зби́рала дані та проаналізувала їх, самостійно написала текст статті та підготувала її до друку).

6. Дац В. В., Міщенко О. М. Показники ротової рідини у дітей з різним рівнем психічного здоров'я. *Сучасна стоматологія. 2020. № 1 (100). С. 74–77. (Дисертантка самостійно здійснила стоматологічне обстеження та лікування пацієнтів, зби́рала дані та проаналізувала їх, самостійно написала текст статті та підготувала її до друку).*

7. Дац В. В. Типологія реакцій одонтофобического характеру у дітей с задержкой психического развития и расстройствами аутистического спектра. *Сучасні аспекти медицини і фармації - 2016* : зб. тез всеукр.-наук.-практ. конф. молодих вчених та студ. з міжнар. участю (м.Запоріжжя, 12-13 трав. 2016 р.). Запоріжжя, 2016. С. 90.

8. Дац В. В., Флора Д. Ю. Психологічні прийоми та техніки, що поліпшують якість стоматологічної допомоги особам із розладами аутистичного спектру. *Сучасні аспекти медицини і фармації - 2017* : тези Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів з міжнар. участю, присвяч. Дню науки (м. Запоріжжя, 11-12 трав. 2017 р.). Запоріжжя, 2017. С. 67. *(Дисертантка самостійно здійснила стоматологічне обстеження та лікування пацієнтів, зби́рала дані та проаналізувала їх, самостійно написала текст тез та підготувала їх до друку).*

9. Скрипник А. С., Дац В. В. Психотерапевтична корекція дезадаптуючих феноменів у дітей з різним рівнем психічного здоров'я. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації - 2018* : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. (до 50-річчя заснування ЗДМУ) (м. Запоріжжя, 18-25 квіт. 2018 р., 30 трав. 2018 р.). Запоріжжя, 2018. С. 118. *(Дисертанткою обстежено відповідні контингенти, здійснено статистичний аналіз отриманих даних, написано текст тез та підготовлено їх до друку).*

10. Дац В. В. Патогенез одонтофобічних реакцій у дітей з різним рівнем психічного здоров'я. *Актуальні питання нейронаук - 2018* : зб. тез. Всеукр. конф. молодих вчених та студентів (м. Харків, 27 квіт. 2018 р.). Харків, 2018. С. 14.

11. Dats V. V. Patogenesis of pathological stomatological status formation in children with different levels of mental state. *Новітні досягнення психіатрії, неврології та медичної психології* : зб. тез міжвуз. конф. (м. Харків, 28.02.2019). Харків, 2019. С. 52.

12. Дац В. В. Вплив рівню психічного здоров'я дитини на лабораторні показники ротової рідини. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації - 2019* : зб. тез доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю молодих вчених та студентів (м. Запоріжжя, 13-17 трав. 2019 р.). Запоріжжя, 2019. С. 48.

ДОДАТОК В**ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Всеукраїнська конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Сучасні аспекти медицини і фармації – 2017» (м. Запоріжжя, 11-12 травня 2017);
2. Всеукраїнська конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Сучасні аспекти медицини і фармації – 2018» (м. Запоріжжя, 18.04.2018);
3. Науково-практична конференція «Українська психіатрія: практика, освіта, дослідження» (Харків, 17-18.05.2018);
4. Науково-практична конференція «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (Київ, 01-02.10.2018);
5. Науково-практична конференція «Разом задля покращення неврологічного та психічного здоров'я» (Запоріжжя, 03-04.10.2018).