

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БАРАНОВИЧСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ:
ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ**

Сборник научных статей

**III Международный
научно-практический семинар**

**29 марта 2012 г.
г. Барановичи
Республика Беларусь**

**Барановичи
РИО БарГУ
2012**

УДК 373

ББК 74.1

Д55

Рекомендовано к печати
редакционно-издательским советом учреждения образования
«Барановичский государственный университет»

Р е ц е н з е н т ы:

О. К. Васильева, кандидат педагогических наук,
доцент кафедры педагогики детства
(учреждение образования «Брестский государственный
университет им. А. С. Пушкина»,
г. Брест, Республика Беларусь);

Э. Я. Богданович, кандидат медицинских наук,
главный врач (учреждение здравоохранения
«Барановичская детская городская больница»,
г. Барановичи, Республика Беларусь)

Р е д а к ц и о н н а я к о л л е г и я:

А. В. Никишова (гл. ред.), *Н. Г. Дубешко* (отв. ред.),
Т. Г. Коледа, *С. В. Кондратюк*, *Н. А. Королёва*,
М. Л. Кривуть, *К. С. Тристеня*

Дошкольное образование: опыт, проблемы, перспективы [Текст] :
Д55 сб. науч. ст. : III Междунар. науч.-практ. семинар, 29 марта 2012 г.,
г. Барановичи, Респ. Беларусь / М-во образования Респ. Беларусь, учре-
ждение образования «Барановичский государственный университет» ; редкол.:
А. В. Никишова (гл. ред.), Н. Г. Дубешко (отв. ред.) [и др.]. — Барановичи :
РИО БарГУ, 2012. — 406, [2] с. — 71 экз. — ISBN 978-985-498-502-2.

В сборнике научных статей рассматриваются современные научные подходы к поиску ответов на актуальные вопросы и решение практических задач в области дошкольного образования. Авторы представляют к обсуждению уникальный педагогический опыт организации образовательного процесса в учреждениях дошкольного образования разных видов, а также материалы научно-исследовательской (экспериментальной и инновационной) деятельности в Республике Беларусь, Российской Федерации, Украине.

Предлагается педагогическим работникам, специалистам системы дошкольного образования, студентам учреждений высшего образования и магистратуры, аспирантам, научным работникам.

Табл. 8. Рис. 7.

УДК 373
ББК 74.1

© Коллектив авторов, 2012
© БарГУ, 2012

ISBN 978-985-498-502-2

К. С. Тростень
БарГУ, г. Барановичи,
Республика Беларусь

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕГАТИВНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОПЫТА В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Одной из проблем стоматологии и педиатрии является проблема борьбы с болью, страхом и стрессом при стоматологических вмешательствах. Литературные данные свидетельствуют, что болевая реакция при стоматологических вмешательствах нарушает деятельность вегетативной нервной системы, угнетает психику, вызывает стресс, может явиться причиной иммунной недостаточности [9, с. 265]. Сопровождающееся болью стоматологическое вмешательство в детском возрасте приводит к тому, что большинство пациентов под любым предлогом оттягивают день и час посещения стоматолога, обращаются к врачу, когда зуб уже болит и требуется неотложная стоматологическая помощь. Виной тому – негативный стоматологический опыт, сформированный часто при первом посещении врача-стоматолога. Если бы обращались к детскому стоматологу, когда ещё нет больших зубов, ребёнку не пришлось бы испытывать боль при лечении зубов, так как стоматологи проводят профилактику заболеваний, манипуляции при этом безболезненные. Однако в большинстве случаев первое знакомство с детским стоматологом, с кабинетом, инструментами происходит у страдающего от боли ребёнка после бессонной ночи. Врачу-стоматологу в первый же сеанс приходится работать, манипулировать в зубе, до которого дотронуться невозможно, чтобы не вызвать боль [1, с. 42].

Классик мировой литературы У. Шекспир писал, что «не было ещё философа, который спокойно мог бы вытерпеть зубную боль, даже если он говорит на языке богов, высмеивает боль и случай как ничто» (1600). В 1844 году в Хатфорде, штат Коннектикут, доктор Риггз удалил зуб коллеге Уэллсу, используя обезболивающее действие закиси азота. Уэллс тогда заявил, что этот случай открыл новую эру в удалении зубов. После Риггза дантист Уильям Мортон начал удалять зубы с применением эфира. Но лечение зубов без обезболивания иногда не менее болезненно, чем удаление. Больше всего боится маленький пациент звука работающей стоматологической установки и вибрации бора в зубе. Мечтой миллионов детей и взрослых является лечение зубов без препаровки кариозной полости бором

[2, с. 9]. Требуется индивидуальный подход к детям с различным уровнем дентофобии (боязни стоматологического вмешательства). Всех пациентов детской стоматологической поликлиники Л. В. Паталета (2003) предложила условно делить на пять групп в соответствии с их психоэмоциональным состоянием и поведением на приёме у врача.

Дети первой группы доброжелательно относятся к врачу, не испытывают страха перед стоматологическим вмешательством.

У детей второй группы обычно наблюдается нейтральное, спокойное отношение к предстоящим вмешательствам с чётким, своевременным выполнением просьб врача.

Для детей третьей группы характерны начальные признаки негативного отношения, они ведут себя настороженно, замедленно выполняют просьбы врача.

Плачут, проявляют повышенную двигательную активность дети четвёртой группы, и резко негативное отношение к стоматологическим вмешательствам с криком, плачем и отказом выполнять просьбы врача наблюдается у детей пятой группы. По данным многолетних наблюдений 17,9% дошкольников имеют выраженное негативное отношение к лечению зубов [7, с. 28].

В практическую стоматологию стали внедряться современные методы обезболивания без уколлов. Лечение и оперативные вмешательства под общим наркозом ухудшают условия для работы врача, так как 99% стоматологических манипуляций проводится амбулаторно при сохранённом сознании пациента. Внедрение технологии применения ксеноново-кислородной смеси позволяет стоматологам проводить комфортно и безопасно лечение в амбулаторных условиях. Поступление в дыхательные пути смеси газов через трубку, которую держит сам ребёнок, обеспечивает не только обезболивание, но и снятие «синдрома страха», расслабленность и спокойствие при стоматологическом вмешательстве [5, с. 96].

С начала XX века начали внедряться в стоматологическую практику методы лечения зубов без использования бормашины и боров [3, с. 43]. Врач-стоматолог использует 5—10%-й растворы молочной кислоты или каридекс. Тампон, увлажнённый этим раствором, вводится в кариозную полость на 15—20 минут, потом кислота нейтрализуется раствором питьевой соды по той же методике. Затем инструментом с рабочей частью в виде ложечки удаляется из полости зуба размягченный дентин в пределах здоровой ткани и кариозная полость пломбуется [10, с. 195].

Со временем появилось новое поколение пломбировочных материалов, позволяющих внедрить ART-технику (atraumatic restorative

treatment). Метод был представлен Всемирной организацией здравоохранения в 1994 году для внедрения в странах с высоким уровнем распространённости и интенсивности кариеса зубов. ART-техника может быть выполнена в случаях перебоев в энергоснабжении, при отсутствии электричества вообще в сельских районах, при санации полости рта в учреждениях дошкольного образования, школах, у взрослых с неустойчивой психикой, у больных психоневрологических диспансеров, а также у стариков. Выполнение процедуры не требует много времени, сложного оборудования и анестезии [4, с. 13]. Врач пользуется ручными инструментами, удаляя размягченный дентин из полости зуба. Затем в кариозную полость вносится тампон с антисептиком, полость промывается от остатков антисептика, высушивается ватными шариками и заполняется пломбирочным материалом одной порцией. На поверхность пломбы наносится вазелин или лак для изоляции пломбы от слюны. Секрет успеха ART-техники в свойствах пломбирочного материала — стеклоиономерного цемента (СИЦ), в состав которого входит фтор, всё время выделяющийся из пломбирочного материала. Фтор обеспечивает защиту тканей зуба в кариозной полости от дальнейшего развития кариеса. Химический состав СИЦ близок тканям зуба, поэтому происходит сцепление пломбы с тканями зуба, таким образом обеспечивается её длительная фиксация в кариозной полости. Пломбы из СИЦ длительное время сохраняются, особенно во временных зубах. Исследования подтвердили, что 98,5% пломб сохраняли свою функциональную принадлежность вплоть до физиологической смены [10, с. 196].

Самым современным безболезненным методом лечения кариеса зубов является метод лазерной терапии. Для препарирования кариозной полости применяются стоматологические лазеры Er, Cr: YSGG и Er: YAG. Принцип действия лазера — процесс удаления кальцийсодержащей биологической ткани осуществляется путём поглощения энергии лазера мельчайшими частицами воды. При поглощении энергии лазера происходит мгновенное выпаривание воды, сопровождающееся увеличением объёма (микровзрыв). В процессе микровзрывов происходит буквально испарение (абляция) твёрдых тканей зуба, и именно тех участков зуба, где выше содержание воды. Кариозный дентин содержит самое большое количество влаги, поэтому у него большая абляция, а самая слабая абляция у эмали. Длительность импульсов очень короткая и ткани не нагреваются, как при препаровке тканей зуба бором [6, с. 4].

Очень перспективным является метод безболезненного лечения кариеса зубов, предложенный группой учёных из университета Белфаста. Экспериментально они установили, что под действием озона

в течение 20 секунд в кариозной полости погибает 99,9% микроорганизмов. Был создан аппарат HealOzone (лечебный озон), имеющий высокочастотный электроразрядный генератор озона, образующего из кислорода воздуха озон. Время воздействия на зуб определяется врачом и составляет от 10 до 60 секунд. Не требуется никакой препаровки кариозной полости, так как ткани зуба достаточно уплотняются, процесс разрушения зуба кариесом прекращён и можно ставить пломбу. Клинические испытания аппарата HealOzone подтвердили высочайшую эффективность метода, и стоматологи считают открытие английских учёных — безболезненное лечение зубов — началом эры [10, с. 197].

В Республике Беларусь используется новый метод минимально инвазивного лечения кариеса зубов, основанный на приостановлении кариеса путем закрытия пор в эмали, являющихся путями проникновения кислот и выхода растворённых минералов [8, с. 73].

Перспективным является метод микроинвазивного лечения кариеса методом инфильтрации эмали материалом «Icon» (DMG) [3, с. 43] и использование системы «Icon approximal» для лечения кариеса постоянных зубов у детей [11, с. 232].

Общую психологическую установку ребёнка на посещение стоматолога необходимо моделировать с ухода за полостью рта. Обучая ребёнка полоскать рот, затем чистить зубы без пасты, родители приучают ребёнка держать рот открытым, а манипуляции зубной щёткой приучают ребёнка к наличию во рту посторонних предметов. Обязательно необходимо комментировать все движения зубной щётки при чистке зубов, формируя у ребёнка положительную мотивацию не только к гигиене как необходимому условию сохранения здоровья зубов, но и к посещению стоматолога. Ребёнку рассказывают, что детский стоматолог обязательно отметит чистоту, здоровье и красоту зубов ребёнка. Независимо от того, жалуется ли ребёнок на дискомфорт в полости рта или нет, два раза в год необходимо посетить стоматолога. Обычно в первый сеанс состоится беседа врача с ребёнком, устанавливаются доверительные отношения, обследуется стоматологический статус ребёнка с применением стоматологических инструментов. Установленное временное социально-психологическое единство врача и ребёнка на первом сеансе является залогом успешного психологического партнёрства в будущем. И уже к следующему посещению стоматолога ребёнок подготовлен, его не пугают стоматологические инструменты, так как он из собственного опыта знает о безопасности манипуляций ими во рту. Такой временной промежуток необходим, чтобы с помощью родителей ребёнок сформировал правильное отношение к манипуляциям врача в полости рта [2, с. 10].

С целью изучения условий формирования негативного стоматологического опыта у детей дошкольного возраста проведено анкетирование 96 родителей и опрос их детей из учреждения дошкольного образования № 5 г. Барановичи. Возраст детей от 3 до 7 лет.

Установлено, что дети в возрасте трёх лет могли только подтвердить, что были у стоматолога на приёме; среди 4-летних детей 36,6% ответили, что были у стоматолога перед своим днем рождения и им зубы не лечили, 31,7% — были несколько раз с целью лечения зубов. Остальные дети не могли указать число посещений стоматолога. Пятилетние дети (91,7%) указали, что были у стоматолога «много раз», «не помню, сколько раз были», указали 8,3% опрошенных детей. В шестилетнем возрасте 17,5% детей указали, что бывают у стоматолога не менее двух раз в год, «много раз были» 49,17%, и не могли определиться с ответом 33,3% опрошенных. Семилетние дошкольники указали, что ежегодно бывают у стоматолога (44,17%), «только, когда болит зубик» (31,7%), «много раз» (7,69%), остальные затруднились с ответом.

На вопрос, что говорят ребёнку родители перед посещением стоматолога, 75,83% ответили, что мама успокаивала, говорила, что не будет больно. Сообщили, что родители угрожали, что накажут, если на приёме заплачет 11,69% детей, мама предупреждала, чтобы терпел, если будет больно 7,69% детей. Остальные дети указали, что родители просто сказали, что пойдём к стоматологу лечить зубы. На вопрос, было ли больно во время стоматологического вмешательства, утвердительно ответили 36,6%, «не знаю, было ли больно, я просто боялся/лась», ответили 13,3%. «Было немножко больно, но я не плакал/а» ответили 11,66% детей, «нет, я не боюсь лечить зубы» (17,5%). Для 7,69% детей лечение зубов не вызвало негативной реакции, они не боялись стоматологического вмешательства, так как их лечила «самая лучшая тётя-врач».

Больше всего боялись дети звука работающей стоматологической установки и вибрации бора в зубе. Для 31,7% опрошенных детей свидетельством сильной боли при вмешательстве врача явились доносившиеся из кабинета врача крики, плач детей, а 15,62% анкетированных испытали стресс от необходимости лечения зубов без присутствия мамы.

Анализ результатов анкетирования показал, что 72,92% родителей считают, что успешно готовят своих детей к посещению стоматолога. Они употребляли фразы «Не бойся, все дети лечатся у стоматолога» (46,87%), «Не будет страшно...» (26,01%), «Если будет немножко больно, потерпи» (17,71%), «Ты смелый, немножко посверлят зубик и пойдём домой» (9,41%). На вопрос о методах обезболивания при ле-

чении зубов абсолютное большинство родителей (83,33%) указали введение анестетиков в виде уколов, 9,37% родителей считают надёжным методом наркоз, остальные родители (7,3%) не ответили на этот вопрос. О наличии безболезненных методов лечения зубов, в частности, применение лазера, озона, АРТ-техники, использования методов инфильтрации эмали, ксенона при лечении зубов не указали никто из родителей.

Таким образом, 72,92% родителей готовят своих детей к посещению стоматолога, но используют для успокоения слова, которые способны насторожить ребёнка о грозящей ему опасности. Родители не информированы о современных методах обезболивания и безболезненных методах лечения зубов. На формирование негативного стоматологического опыта у детей дошкольного возраста оказали влияние неосведомлённость или нежелание родителей посетить с ребёнком стоматолога, пока у него не заболел зуб, а также болезненность манипуляций врача, отсутствие учёта врачом и родителями психологических особенностей детского организма. Анализ результатов анкетирования родителей свидетельствует, что в большинстве случаев родители не готовят детей к посещению стоматолога. Использование родителями в процессе подготовки ребёнка к посещению стоматолога слов «не будет больно», «не бойся», «потерпишь» способны больше насторожить ребёнка, чем успокоить.

На педагогическом факультете учреждения образования «Барановичский государственный университет» студенты при изучении спецкурса «Стоматологические аспекты здоровья детей дошкольного возраста» знакомятся с методами упреждения психологического дискомфорта у дошкольников перед предстоящим стоматологическим вмешательством. Будущие воспитатели учреждений дошкольного образования овладевают методами профилактики отрицательных эмоциональных реакций у детей на стоматологическое вмешательство.

Список источников

1. *Артюшкевич, А. С.* Применение современных анестетиков в амбулаторной стоматологической практике / А. С. Артюшкевич, Е. К. Трофимова // *Соврем. стоматология*. — 2000. — № 1. — С. 42-43.
2. *Бойко, В. В.* Физический дискомфорт на прием и негативный стоматологический опыт пациента / В. В. Бойко // *Ин-т Стоматологии*. — 2002. — № 4. — С. 7—12.
3. Опыт микроинвазивного лечения кариеса методом инфильтрации эмали материалом «Icon» (DMG) / С. А. Гранько [и др.] // *Соврем. стоматология*. — 2010. — № 2. — С. 43—49.
4. Применение в стоматологии детского возраста альтернативных способов одонтопрепарирования / Л. В. Козловская [и др.] // *Стоматолог. журн.* — 2011. — № 1. — С. 10—15.

5. Лечение ксеноном — будущее стоматологии сегодня // Ин-т Стоматологии. — 2011. — № 3. — С. 96—97.
6. Применение лазерных технологий в стоматологии / С. А. Наумович [и др.] // Современ. стоматология. — 2006. — № 1. — С. 4—14.
7. *Паталета, Л. В.* Особенности психоэмоционального статуса пациентов детской стоматологической поликлиники / Л. В. Паталета // Современ. стоматология. — 2003. — № 3. — С. 28—32.
8. Инфильтрация эмали — новый метод минимально инвазивного лечения кариеса зубов / Т. Н. Терехова [и др.] // Стоматолог. журн. — 2010. — № 1. — С. 73—79.
9. *Терехова, Т. Н.* Характер боли в стоматологии / Т. Н. Терехова, Е. А. Кармалькова, А. Н. Кушнер // Стоматолог. журн. — 2011. — № 3. — С. 260—265.
10. *Тристеня, К. С.* Педагогу о стоматологических заболеваниях у детей : моногр. / К. С. Тристеня. — Барановичи : РИО БарГУ, 2009. — 280 с.
11. Использование системы «Icon approximal» для лечения кариеса постоянных зубов у детей / А. И. Яцук [и др.] // Стоматолог. журн. — 2010. — № 3. — С. 229—233.

К. С. Тристеня

БарГУ, г. Барановичи,
Республика Беларусь

УСЛОВИЯ СОХРАНЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Литературные данные свидетельствуют, что у детей первых лет жизни кариес зубов входит в число наиболее распространённых медицинских проблем в здравоохранении всего мира. «В семьях с низким уровнем дохода и в развивающихся странах размах этого заболевания сравним с эпидемией» [6, с. 9]. Кариес зубов начинается с раннего возраста. Прорезывающийся зуб далеко не зрелый, коронка его мало минерализована и продолжается её минерализация в течение трёх—пяти лет. При наличии неблагоприятных местных и общих факторов кариес может развиваться вскоре после прорезывания зуба.

В г. Минске 9,7% детей в возрасте один год уже имеют кариес зубов, в 2 года — 25%, дети в 3 года — свыше 33% детей. В Польше у детей в возрасте до трёх лет 20,5% детей имеют кариозные зубы, в Германии у детей от 1 до 3 лет — от 7,3% до 20,3%, в Иране — 19—44%. В России у 3-летних детей распространённость кариеса зубов составляет от 50 до 60% [1, с. 10].

По данным Европейской академии детской стоматологии по профилактике раннего детского кариеса возникновение и развитие его определяется биологическими, социальными и поведенческими факторами.