

5. Дмитриева Т.Б., Дроздов Ф.З., Коган Б.М. Клиническая нейрхимия в психиатрии. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1998. — 300 с.

6. Каплан Г.И., Сэддок. Б. Дж. Клиническая психиатрия: в 2т./ Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. — Т. 1. — 672 с.

7. Китаев-Смык Л.А. Посттравматические стрессовые расстройства — они из-за неудовлетворяемой жажды мщения, либо неутоляемой жажды любви? // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. — 2008. — № 2. — С. 2-16.

8. Литвинцев С.В., Снедков А.М., Резник Е.В. Боевая психическая травма: руководство для врачей. — М.: Медицина, 2005. — 432 с.

9. Меллер-Леймкюллер А.М. Стресс в обществе и расстройства, связанные со стрессом, в аспекте гендерных различий // Социальная и клиническая психиатрия. — 2004. — № 4. — С. 5-11.

10. Снедков Е.В. Проблема нозологической самостоятельности посттравматического стрессового расстройства // Журн. неврологии и психиатрии — 2009. — Т. 109, № 12. — С. 8-11.

11. Сукиасян С. Г. О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий // Социальная и клиническая психиатрия. — 2009. — Т. 19, № 1. — С. 12-18.

12. Тадевосян А. Стрессология как теоретическая концепция стрессовых расстройств (аналитический обзор) // Российский психиатрический журн. — 2006. — №6. — С. 86-92.

13. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб.: Питер, 2009. — 272 с.

14. Afifi M. Gender differences in mental health // Singapore Med. J. — 2007. — Vol. 48, № 5. — P. 385-391.

15. Christiansen D.M., Elklit A. Risk factors predict post-traumatic stress disorder differently in men and women // Ann. Gen. Psychiatry. — 2008. — Vol. 7. — P. 1-37.

Сведения об авторах

Тушкова Ксения Владимировна — соискатель кафедры психиатрии и наркологии с курсом ПО КрасГМУ; участковый врач-психиатр, Красноярский краевой психоневрологический госпиталь № 1; e-mail: kseniya_fadeeva@mail.ru.

Бундало Наталья Леонидовна — г. м. н., проф. кафедры психиатрии и наркологии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: bundalo@mail.ru.

© ТАРАСОВА Н. В., ГАЛОНСКИЙ В. Г., АЛЯМОВСКИЙ В. В.

УДК: [616.314.9+616.314]-089.15-089.87:616.89-008.454-053.2

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАНИЙ К УДАЛЕНИЮ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Н. В. Тарасова¹, В. Г. Галонский^{1,2}, В. В. Алямовский¹

¹ ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра-клиника стоматологии детского возраста и ортодонтии, зав. — д. м. н., доц. Е. А. Бриль; кафедра-клиника стоматологии ИПО, зав. — д. м. н., проф. В. В. Алямовский; ² ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, директор — член-корр. РАМН, В. Т. Манчук.

Резюме. Статья посвящена определению и обоснованию показаний к удалению временных и постоянных зубов у умственно отсталых детей в зависимости от степени выраженности психического расстройства и наличия сопутствующей патологии. В результате многолетних клинических наблюдений выявлено, что у пациентов с диагнозом «Умственная отсталость легкая» показания к операции удаления зуба соответствуют показаниям для условно здоровых детей и подростков. Определили четкую прямо пропорциональную взаимосвязь между уровнем интеллектуального недоразвития и расширением показаний к проведению экстракции временных и постоянных зубов. На формирование показаний к методам и средствам стоматологического лечения оказывает прямое влияние особенности анатомо-физиологического развития детского организма умственно отсталого ребенка (несоответствие возраста и анатомо-физиологического развития), недоразвитие (неразвитие) высших форм познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы, инертность психических процессов.

Ключевые слова: умственно отсталые дети, дети-инвалиды, операция удаления зуба, экстракция зуба.

Операция удаление зуба — это врачебная манипуляция, при выполнении которой насильственно разрушается пародонтальный связочный аппарат и зуб извлекается из альвеолы [2]. Это самое распространенное в стоматологической практике оперативное вмешательство, техникой проведения которого должен владеть каждый практикующий врач-стоматолог [12, 13].

В современных учебниках для стоматологических факультетов медицинских вузов, методических

пособиях и классических руководствах по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии представлены показания к выполнению операции экстракции зуба у взрослых пациентов, которые делят на абсолютные (срочные) и относительные (плановые). К неотложному (срочному) удалению зубов прибегают в случаях, когда развивается острое гнойное воспаление в периодонте или обострение хронического воспаления, которые являются источником развития осложнений в челюстных костях,

мягких тканях и верхнечелюстных синусах. Плановое удаление зуба у пациентов старше 18-ти лет рекомендуют проводить по следующим показаниям: безуспешность эндодонтического лечения при наличии хронического воспалительного очага в периодонте, когда невозможно выполнить зубосохраняющую операцию; осложнения, связанные с лечением зубов; разрушение коронки зуба и невозможность использования корня в качестве опоры для ортопедической конструкции; подвижность III степени и выдвигание зуба вследствие резорбции кости вокруг альвеолы при тяжелой форме пародонтита и пародонтоза; кривой либо продольный перелом корня зуба; неправильно расположенные зубы, не поддающиеся ортодонтическому лечению; ретинированные зубы или частично прорезавшиеся, вызывающие воспалительный процесс в окружающих тканях, который ликвидировать другим путем невозможно; одиночные зубы, препятствующие стабилизации съемного протеза; для устранения аномалий прикуса при ортодонтическом и хирургическом лечении; при наличии новообразований альвеолярных костей для получения доступа к радикальному оперативному вмешательству [9, 14, 15].

В практике стоматологии детского и подросткового возраста существует более детализированная интерпретация выше указанных показаний для проведения операции удаления зуба, учитывающая не только нозологические формы, но и сроки развития временных и постоянных зубов. Частота удаления зубов в детском возрасте резко возрастает по сравнению со взрослыми, за счет необходимости у каждого ребенка удаления временных зубов в период их смены на постоянные [3, 8, 10].

Показаниями к удалению временных зубов следует считать: полную резорбцию корней временных зубов с прикреплением коронки только к маргинальному краю десны и наличием признаков прорезывания постоянного зуба; задержку резорбции корней временных зубов в установленные сроки их физиологической смены; потеря анатомической целостности клинической коронки временного зуба и, следовательно, его функциональной ценности; наличие источника хронической одонтогенной инфекции; неэффективность терапевтического лечения зубов с осложненными формами кариеса; острые одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (периостит, лимфаденит, остеомиелит, флегмона и др.); перелом коронки и корня зуба; расположения зуба в линии перелома челюсти; неполный вывих зуба с несформированным корнем со значительным смещением; вколоченный вывих, осложненный травматическим периодонтитом; опухоли и опухолеподобные поражения челюстных костей; ортодонтические показания в случаях аномалий и деформаций прикуса [5, 6]. Ряд авторов считают целесообразным обязательное сохранение временных зубов с явлениями хронического периодонтита до 7-7,5 лет [4], что несомненно, в условиях современного развития детского зубного протезирования, является необоснованным.

Учитывая тот факт, что зубы у детей проходят три периода развития, Л. В. Харьков (2005) пришел к выводу, о целесообразности рассмотрения показаний к удалению зубов во временном, сменном и постоянном прикусах отдельно.

I. Показания к удалению зубов во временном прикусе (до 6 лет): временные зубы, с которыми ребенок родился и которые препятствуют естественному вскармливанию; острые гнойные одонтогенные заболевания (периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит); неэффективное лечение хронических периодонтитов; резорбция корня больше чем на $\frac{1}{2}$ его длины и подвижность зуба I-III степени; травматическая дистопия резцов при наличии резорбции корней; перелом коронки на уровне шейки и перелом верхней трети корня при его резорбции.

II. Показания к удалению зубов в сменном прикусе (от 6 до 11 лет): острые гнойные одонтогенные воспалительные заболевания (периостит, абсцесс, флегмона, лимфаденит) при условии, что корни временного зуба резорбировались больше чем на $\frac{1}{2}$ длины; консервированное лечение временного или постоянного зуба не целесообразно; острый или хронический одонтогенный остеомиелит челюстей; острый пульпит и периодонтит временных моляров у детей 9-10 лет при наличии зачатков постоянных зубов; распространение очага воспаления на межкорневую перегородку постоянных или временных многокорневых зубов; наличие временного зуба или его корня, когда постоянный уже прорезался; замедленная резорбция корней временного зуба, мешающая своевременному прорезыванию постоянного; все виды травматических переломов корня временного зуба и перелом корня постоянного при невозможности использования его под штифтовую ортопедическую конструкцию; травматический перелом коронки зуба, если его корень находится в стадии резорбции; полный вывих временного зуба; расположенные в линии перелома челюсти временные и постоянные зубы.

III. Показания к удалению зубов в постоянном прикусе (от 11 до 15 лет): зубы, являющиеся источником одонтогенного острого остеомиелита челюстей (преимущественно моляры); зубы с хроническим гранулирующим или гранулематозным периодонтитом, который невозможно вылечить консервативно или одним из хирургических методов (гемисекция, реплантация, резекция верхушки корня, ампутация корня); значительное разрушение коронковой части зуба, если корень последнего нельзя использовать для протезирования; осложнения, связанные с лечением зубов (перфорация дна полости зуба или корня при обострении воспаления); сверхкомплектные, ретинированные зубы, не имеющие условий для прорезывания; временные зубы, которые задержались до 15 лет, при наличии в челюсти (по данным рентгенологического исследования) правильно расположенных зачатков постоянных зубов; интактные зубы, расположенные в линии перелома и мешающие репозиции отломков челюсти; зуб с хроническим воспалительным периапикальным процессом, расположенный в линии перелома челюсти; скользящий или продольный перелом корня постоянного зуба; ортодонтические показания [13].

Анализируя вышесказанное, следует отметить, что общепринятые показания к удалению временных и постоянных зубов у детей и подростков не учитывают индивидуально-типологические особенности развития личности, а так же наличия сопутствующей патологии внутренних органов [7]. В учебно-методической и научной

литературе нет данных о показаниях и особенностях проведения хирургического вмешательства по удалению временных и постоянных зубов у детей и подростков с различной степенью интеллектуального дефицита. Имеющиеся публикации, посвященные данной проблеме, носят единичный, эпизодический характер, и посвящены в основном количественным параметрам удаления зубов у детей и подростков с психическими расстройствами [1, 11].

Таким образом, в свете вышеизложенного актуальна персонификация показаний к проведению операции удаления временных и постоянных зубов у детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с умственной отсталостью.

Цель исследования – научное определение и обоснование показаний к удалению временных и постоянных зубов у умственно отсталых детей в зависимости от степени выраженности психического расстройства.

Материалы и методы

Работа основана на опыте оказания стоматологической помощи умственно отсталым индивидуумам, в возрасте от 4 до 18 лет, стационарно проживающим в специализированных психоневрологических домах-интернатах №3, №4 г. Красноярск. Данные психического статуса были выкопированы из историй болезни (развития) детей. Структура обследованного детского контингента по количественному составу и психиатрическому диагнозу представлена в табл. 1.

Таблица 1

Структура обследуемого контингента детей по психическому статусу

Диагноз	Количество обследованных	
	абсолютное число	удельный вес, %
Умственная отсталость легкая (F-70)	45	6,61
Умственная отсталость умеренная (F-71)	254	37,30
Умственная отсталость тяжелая (F-72)	154	22,61
Умственная отсталость глубокая (F-73)	228	33,48
Всего:	681	100

Проанализировано 16344 случаев операции удаления зуба у 681 ребенка: мужского пола – 47,28%, женского – 52,72%. В структуре удаленных зубов временные зубы представлены 11577 случаями (70,83%), постоянные – 4767 случаями (29,17%). В ходе анализа полученного материала оценивали показания к экстракции временных и постоянных зубов у детей и подростков с нарушением развития интеллекта, определяя влияние степени умственной неполноценности на причины и обоснованность проведения вышеуказанного хирургического вмешательства.

Полученную информацию регистрировали в компьютерной базе, после чего производили ее статистическую обработку. На основании полученных абсолютных величин рассчитывали

Таблица 2

Показания к проведению операции удаления временных зубов у детей в зависимости от степени умственной отсталости

Психиатрический диагноз		
Умственная отсталость умеренная (F-71)	Умственная отсталость тяжелая (F-72)	Умственная отсталость глубокая (F-73)
Клиническая характеристика состояния зуба		
Подвижность временного зуба II-III степени.	Подвижность временного зуба I-III степени.	Подвижность временного зуба I-III степени.
–	Аплазия эмали временных зубов.	Аплазия эмали временных зубов.
–	Разрушение коронки временного зуба на 1/2 и более.	Разрушение коронки временного зуба на 1/2 и более.
–	Обострение хронического пульпита.	Острый, хронический пульпит и обострение хронического пульпита.
Неэффективное лечение хронических периодонтитов.	Обострение хронического периодонтита, любой формы.	Острые, хронические периодонтиты и обострение хронического периодонтита.
Нагноение радикулярной кисты.	Наличие радикулярной кисты.	Наличие радикулярной кисты.
Острые гнойные одонтогенные заболевания (периостит, абсцесс, флегмона, лимфаденит) при условии, что корни временного зуба резорбировались больше чем на 1/2 длины.	Острые гнойные одонтогенные заболевания (периостит, абсцесс, флегмона, лимфаденит).	Острые гнойные одонтогенные заболевания (периостит, абсцесс, флегмона, лимфаденит).
Острый или хронический одонтогенный остеомиелит челюстей.	Острый или хронический одонтогенный остеомиелит челюстей.	Острый или хронический одонтогенный остеомиелит челюстей.
Травматическая дистопия резцов при наличии резорбции корней.	Травматическая дистопия резцов, наличие резорбции корней не учитывается.	Травматическая дистопия резцов, наличие резорбции корней не учитывается.
Перелом коронки временного зуба на уровне шейки зуба.	Перелом коронки временного зуба на уровне шейки зуба.	Перелом коронки временного зуба на уровне шейки зуба.
Травматический перелом коронки зуба, если его корень находится в стадии резорбции.	Все виды травматических переломов коронки временного зуба.	Все виды травматических переломов коронки временного зуба.
Перелом верхней трети корня временного зуба при его резорбции.	Все виды травматических переломов корня временного зуба.	Все виды травматических переломов корня временного зуба.
Полный вывих временного зуба.	Полный вывих временного зуба.	Полный вывих временного зуба.
Расположенные в линии перелома челюсти временные зубы.	Расположенные в линии перелома челюсти временные зубы.	Расположенные в линии перелома челюсти временные зубы.

относительные (интенсивные и экстенсивные коэффициенты) и средние величины. Вычисления выполняли с использованием электронных таблиц Excel, а также пакета статистических программ IBM Statistics 19,0 для среды Windows.

Результаты и обсуждение

В патогенезе умственной отсталости определяющим является клиничко-психологическая структура дефекта, основу которой составляют два факта: тотальность и иерархичность недоразвития головного мозга и организма в целом. Степень выраженности данных факторов являются основой, и определяет методы и способы стоматологического лечения индивидуумов с интеллектуальной недостаточностью.

У детей и подростков с диагнозом «Умственная отсталость легкая» показания для проведения операции удаления зуба в 100% случаев не отличались от общепринятых для условно здоровых пациентов, соответствующих возрастным группам и с аналогичным периодом физиологического развития зубочелюстного аппарата.

Структура показаний для экстракции временных зубов у детей с умеренным, тяжелым и глубоким нарушением развития интеллекта представлена в табл. 2, для постоянных зубов – в табл. 3.

Для детей с органическим недоразвитием всех нервно-психических функций подвижность зуба (физиологическая,

патологическая) является очагом раздражения, что отражается на психических и поведенческих реакциях (плаксивость, отказ от еды, раздражительность, агрессия и др.), в связи с чем, обосновывается необходимость ликвидации этого очага раздражения путем удаления подвижного зуба.

Для детей и подростков с диагнозом «Умственная отсталость тяжелая» и «Умственная отсталость глубокая» характерно недоразвитие (неразвитие) всех нервно-психических функций, начиная с низших (моторика, эмоции) и заканчивая высшими специфическими, обеспечивающими познавательные процессы. Для пациентов данной группы характерна недостаточность логического мышления, которая проявляется прежде всего в неспособности к общению и невозможности понимания смысла любого явления, действия другого человека, выражено страдает понимание смысла слов. В силу наличия органической этиологии, сопутствующих расстройств (ДЦП, эпилепсия, эндокринно-обменные расстройства и др.), двигательных стереотипов (ритмичные раскачивания туловища, однообразные движения головой, конечностями и др.) и особенностями развития личности (алогия, алалия, неофобия и др.) становится невозможным восприятие и дифференцирование обращенной речи врача-стоматолога, осмысление необходимости проведения лечебных мероприятий и правил

Таблица 3

Показания к проведению операции удаления постоянных зубов у детей и подростков в зависимости от степени умственной отсталости

Психиатрический диагноз		
Умственная отсталость умеренная (F-71)	Умственная отсталость тяжелая (F-72)	Умственная отсталость глубокая (F-73)
Клиническая характеристика состояния зуба		
–	Аплазия эмали постоянных зубов.	Аплазия эмали постоянных зубов.
–	Обострение хронического пульпита.	Острый, хронический пульпит и обострение хронического пульпита.
Неэффективное лечение хронических периодонтитов.	Обострение хронического периодонтита.	Острые, хронические периодонтиты и обострение хронического периодонтита.
Значительное разрушение коронковой части зуба, если корень последнего нельзя использовать для протезирования.	Значительное разрушение коронковой части зуба.	Значительное разрушение коронковой части зуба.
Подвижность постоянных зубов III степени при патологии тканей пародонта.	Подвижность постоянных зубов II степени и более при патологии тканей пародонта.	Подвижность постоянных зубов II степени и более при патологии тканей пародонта.
Острые гнойные одонтогенные заболевания (абсцесс, флегмона, лимфаденит).	Острые гнойные одонтогенные заболевания (периостит, абсцесс, флегмона, лимфаденит).	Острые гнойные одонтогенные заболевания (периостит, абсцесс, флегмона, лимфаденит).
Нагноение радикулярной кисты.	Наличие радикулярной кисты.	Наличие радикулярной кисты.
Острый или хронический одонтогенный остеомиелит челюстей.	Острый или хронический одонтогенный остеомиелит челюстей.	Острый или хронический одонтогенный остеомиелит челюстей.
Перелом коронки постоянного зуба на уровне шейки зуба.	Перелом коронки постоянного зуба на уровне шейки зуба.	Перелом коронки постоянного зуба на уровне шейки зуба.
	Все виды травматических переломов коронки постоянного зуба.	Все виды травматических переломов коронки постоянного зуба.
Перелом верхней трети корня постоянного зуба.	Перелом верхней трети корня постоянного зуба.	Перелом верхней трети корня постоянного зуба.
Перелом корня постоянного зуба при невозможности использования его под штифтовую ортопедическую конструкцию.	Все виды травматических переломов корня постоянного зуба.	Все виды травматических переломов корня постоянного зуба.
Интактные зубы, расположенные в линии перелома и мешающие репозиции отломков челюсти.	Интактные зубы, расположенные в линии перелома и мешающие репозиции отломков челюсти.	Интактные зубы, расположенные в линии перелома и мешающие репозиции отломков челюсти.
Зуб с хроническим воспалительным периапикальным процессом, расположенный в линии перелома челюсти.	Зуб с хроническим воспалительным периапикальным процессом, расположенный в линии перелома челюсти.	Зуб с хроническим воспалительным периапикальным процессом, расположенный на стороне перелома челюсти.
Полный вывих постоянного зуба.	Полный вывих постоянного зуба.	Полный вывих постоянного зуба.

поведения при выполнении лечебных манипуляций. Пациенты с тяжелым и глубоким органическим поражением ЦНС не могут длительно находиться в стоматологическом кресле, удерживать рот открытым более 2-3 мин., выполнять назначенные рекомендации врача и осуществлять надлежащий гигиенический уход за полостью рта. Данные обстоятельства делают невозможным применение терапевтических методов лечения аплазии эмали, всех форм пульпитов и периодонтитов временных и постоянных зубов у данной категории пациентов, что обосновывает целесообразным применение операции экстракции зуба при наличии вышеуказанных нозологических форм болезней твердых тканей зубов. У детей с тяжелым и глубоким недоразвитием интеллекта при всех видах травматических переломов зубов (коронки, корни), а также острых гнойных одонтогенных заболеваний челюстно-лицевой области операция удаления зуба является наиболее рациональным способом стоматологического лечения, предотвращающим генерализацию воспалительных явлений и последующие гнойно-воспалительные осложнения со стороны челюстно-лицевой области.

Таким образом, многолетнее изучение особенностей причин удаления временных и постоянных зубов у детей и подростков с различной степенью интеллектуального дефицита позволило на основании наличия особенностей анатомо-физиологического развития детского организма умственно отсталого ребенка (несоответствие возраста и анатомо-физического развития), недоразвития (неразвитие) высших форм познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы, а также инертности психических процессов, обосновать концепцию расширения абсолютных показаний к проведению экстракции зубов временного и постоянного прикуса в зависимости от уровня умственной отсталости у данных индивидуумов.

DETERMINATION AND RATIONALE OF INDICATIONS TO REMOVE THE TEMPORARY AND PERMANENT TEETH IN DISABLED CHILDREN WITH VARYING DEGREES OF MENTAL RETARDATION

N. V. Tarasova¹, V. G. Galonsky^{1,2}, V. V. Alyamovsky¹

¹ Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V. F. Voino-Yasenetsky; ² Research Institute of Medical Problems of the North, Siberian Branch of the RAMS, Krasnoyarsk

Abstract. The article is devoted to the definition and justification the indications for removal of temporary and permanent teeth in mentally retarded children, depending on the severity of mental disorder and the presence of comorbidities. After years of clinical observations it was revealed that patients with a diagnosis of "mild mental retardation" indications for surgery tooth extraction correspond to the indications of healthy children and teenagers. Was defined precise directly proportional relationship between the level of intellectual underdevelopment and the expansion of indications for extraction of temporary and permanent teeth. To the formation of the indications for the methods and means of dental treatment directly affects the anatomical and

physiological characteristics of the child's body of mentally retarded child (disparity of age and anatomical and physical development), hypoplasia (underdevelopment) of the higher forms of cognitive, emotional and volitional, the inertia of mental processes.

Key words: mentally retarded children, children with disabilities, the operation of tooth extraction, tooth extraction.

Литература

1. Бакарчич Д., Легович А., Скриньярик Т. и др. Анализ параметров состояния полости рта у детей-инвалидов // Стоматология. — 2006. — № 3. — С. 57-60.
2. Зеленский В.А., Мухорамов Ф.С. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия : учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 208 с.
3. Cameron A.C., Widmer R.P. Справочник по детской стоматологии. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 288 с.
4. Кирейчук В.П., Салтыкова Е.Н., Куприна И.В. Сохранение и удаление временных зубов с воспалительным процессом в периодонте // Труды Всероссийской научно-практической конференции «Сибирский стоматологический форум». — Красноярск, 2010. — С. 98-100.
5. Колесов А.А. Стоматология детского возраста: учебник. — М.: Медицина, 1985. — 480 с.
6. Курякина Н.В. Стоматология детского возраста: учебник. — М.: ООО Мед. информ. агентство, 2006. — 632 с.
7. Летунов С.А., Петрикас О.А. Причины удаления зубов пациентов разного возраста // Маэстро стоматологии. — 2011. — № 4. — С. 62-64.
8. Мак-Дональд Р.Е., Эйвери Д.Р. Стоматология детей и подростков. — М.: МИА, 2003. — 766 с.
9. Сабо Е. Амбулаторная хирургия зубов и полости рта. — Будапешт, 1977. — 300 с.
10. Стоматология детского возраста / Под ред. Т.Ф. Виноградовой. — М.: Медицина, 1987. — 528 с.
11. Тарасова Н.В. Особенности оказания стоматологической помощи детям с умственной отсталостью вследствие резидуально-органического поражения нервной системы: автореф. ... канд. мед. наук. — Красноярск, — 2006. — 22 с.
12. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. — Киев: ООО «Червона Рута-Турс», 2004. — 1062 с.
13. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста / Учебное издание. — Киев: ООО Книга плюс, 2005. — 470 с.
14. Brown L.J. Trends in tooth loss among U. S. employed adults from 1971 to 1985 // J. Amer. Dental Ass. — 1994. — Vol. 125, № 5. — P. 533—540.
15. Konig J., Plagmann H.C., Ruhling A. et al. Tooth loss and pocket probing depths in compliant periodontally treated patients a retrospective analysis // J. Clin. Periodontol. — 2002. — Vol. 29, № 12. — P. 1092—1100.

Сведения об авторах

Тарасова Наталья Валентиновна — к. м. н., доцент кафедры-клиники стоматологии детского возраста и ортодонтии КрасГМУ; e-mail: tarasovastom1@mail.ru.

Галонский Владислав Геннадьевич — г. м. н., доцент кафедры-клиники стоматологии детского возраста и ортодонтии КрасГМУ, ведущий научный сотрудник ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск; e-mail: gvg73@bk.ru.

Алямовский Василий Викторович — г. м. н., проф., руководитель Института стоматологии-НОЦ инновационной стоматологии, зав. кафедрой-клиники стоматологии ИПО КрасГМУ; e-mail: alvas.1962@mail.ru.