

Дружелюбная стоматология для детей с расстройствами аутистического спектра (РАС)

Описание модели, анализ результатов и рекомендации

Москва, 2021 год

Описание модели, анализ результатов и рекомендации

Подготовка материала организована Благотворительным фондом помощи детям «Импульс развития» в рамках проекта «Дружелюбная стоматология для детей с расстройствами аутистического спектра (РАС)».

Проект реализован с 1 августа 2020 по 1 июня 2021г. с использованием гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного **Фонд президентских грантов**, в партнерстве с кафедрой детской стоматологии **МГМСУ** им. А.И. Евдокимова и **Ассоциация «АУТИЗМ-РЕГИОНЫ»**.

Дисклеймер:

Материал распространяется Фондом «Импульс развития» среди партнеров проекта и специалистов, участвующих в мероприятиях Фонда. Материал не предназначен для публикации на ресурсах сторонних организаций, полного или частичного использования текста в любых материалах и публикациях без письменного согласования с Фондом «Импульс развития».

© Благотворительный фонд помощи детям «Импульс развития»

Руководитель авторского коллектива:

Кузнецова Ю.Е., директор Благотворительного фонда помощи детям «Импульс развития», автор-разработчик проекта «Дружелюбная стоматология для детей с РАС»

Научные редакторы:

Кисельникова Л.П., доктор медицинских наук, профессор кафедры детской стоматологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, главный внештатный специалист стоматолог детский Минздрава России по Центральному федеральному округу, заместитель главного внештатного специалиста-стоматолога (детская сеть) Департамента здравоохранения г. Москвы.

Портнова А.А., доктор медицинских наук, президент Ассоциации психиатров и психологов за научно обоснованную практику, руководитель отделения клинико-патогенетических проблем детской и подростковой психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России

Авторский коллектив:

Лямцева М.П., медицинский координатор проекта «Дружелюбная стоматология для детей с РАС», врач-стоматолог детский, аспирант кафедры детской стоматологии МГМСУ им А.И. Евдокимова

Лебедева Е.И., кандидат психологических наук, старший научный сотрудник ФГБУН Института психологии РАН, соучредитель АНО «Ресурсный класс», руководитель Дивизиона «Наука» Ассоциации «Аутизм-Регионы»

Колпакова Л.О., специалист по прикладному анализу поведения, куратор ресурсных классов для детей с РАС

ОГЛАВЛЕНИЕ

СЛОВО НАУЧНЫХ ЭКСПЕРТОВ ПРОЕКТА	5
ВВЕДЕНИЕ	7
КРАТКИЙ ОБЗОР И ОБОСНОВАНИЕ ВЫБРАННЫХ МЕТОДИК	10
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ	12
Адаптация среды стоматологической поликлиники.....	14
Обучение детских стоматологов методикам ПАП.....	17
Вовлечение сообщества родителей	20
ПОДХОДЫ ПАП ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НА ПРИЕМЕ СТОМАТОЛОГА	22
Социальная история.....	23
Систематическая десенсибилизация.....	23
Поведенческая цепочка	23
Визуальное расписание	24
Альтернативная коммуникация	24
АНАЛИЗ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ	25
Результаты предварительной оценки поведенческого и стоматологического статуса ребенка (анкета для родителей).....	26
Результаты стоматологического приема (форма для врача)	30
Результаты оценки качества услуг в рамках проекта (анкета для родителей).....	35
ВЫВОДЫ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ МОДЕЛИ	39
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	44



Основной целью нашего проекта было создание в государственной стоматологии такой среды, в которой дети с аутизмом будут чувствовать себя максимально комфортно и безопасно.

Применение в практике стоматолога научно обоснованных методов прикладного анализа поведения - совершенно новая для нас область профессиональных компетенций, которые мы получили благодаря проекту.

Мы видим положительные результаты внедрения ПАП в клиническую практику, когда врачи успешно взаимодействуют с детьми с аутизмом, в том числе невербальными, проводят осмотры и лечение, а дети спокойно воспринимают медицинские манипуляции. Лечебные процедуры, порой достаточно сложные, мы смогли провести 70 процентам обратившихся к нам детей в амбулаторных условиях без применения общего обезболивания.

Мы продолжим оказывать стоматологическую помощь детям с РАС в апробированном формате, будем учиться сами и учить врачей из других регионов, совершенствовать и распространять модель «дружелюбная стоматология» в регулярном взаимодействии с сообществом родителей детей с РАС.

Кисельникова Лариса Петровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детской стоматологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, заместитель главного внештатного специалиста-стоматолога (детская сеть) ДЗ Москвы, детский специалист стоматолог г. Москвы



Как показал опыт проекта «Дружелюбная стоматология для детей с РАС», большинство проблем, связанных с получением стоматологической помощи детям с РАС, можно решать при условии внедрения в практику научно обоснованных подходов, успешно применяемых в медицине многих стран.

Поведенческие нарушения, сопровождающие аутизм, существенно затрудняют проведение качественного обследования и лечения детей в амбулаторных условиях, по разным профилям медицинских вмешательств.

Задача нас, врачей, профессионального врачебного сообщества, руководителей медучреждений облегчить доступ пациентам с РАС к различным видам медицинской помощи.

Для внедрения модели «дружелюбной стоматологии» необходимы минимальные затраты для адаптации услуг стоматологии под потребности и поведенческие особенности детей с аутизмом, такие как обучение специалистов, адаптация среды и информирование родителей о методиках подготовки ребенка к посещению врача.

И, конечно, вся эта работа врачей во взаимодействии с родителями и специалистами по прикладному анализу поведения будет способствовать улучшению здоровья детей с аутизмом.

Портнова Анна Анатольевна, доктор медицинских наук, президент Ассоциации психиатров и психологов за научно обоснованную практику, руководитель отделения клинико-патогенетических проблем детской и подростковой психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России.

Расстройства аутистического спектра (РАС) – это клинически разнородная группа расстройств психологического развития, характеризующаяся качественными отклонениями в социальном взаимодействии и способах общения, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и занятий. Эти качественные аномалии являются общими чертами функционирования индивида во всех ситуациях и могут значительно различаться по степени выраженности. В большинстве случаев развитие является аномальным с раннего детства, и за редким исключением эти состояния проявляются в пределах первых пяти лет жизни.

Для РАС характерно проявление первых признаков в младенчестве или раннем детском возрасте, отставание и задержка в развитии разнообразных психических функций и социально-коммуникативных навыков, течение без ремиссии в большинстве случаев, сохранением аномалий социального функционирования и особенностей поведения на протяжении всей жизни [1].

У детей с РАС возникает много сложностей с посещением медицинского учреждения. Это связано не только с организационными моментами в маршрутизации и оказании стоматологической помощи. Многие дети с РАС испытывают проблемы с навыками самообслуживания, включая гигиену полости рта, что приводит к серьезным стоматологическим проблемам. Дети с РАС нередко испытывают сенсорные перегрузки на воздействие шума, посторонних запахов, проблемы взаимодействия с незнакомыми людьми и посещением незнакомых мест. Поведенческие нарушения, сопровождающие аутизм, также существенно затрудняют проведение качественного обследования и лечения в условиях детской поликлиники.

Потребности в лечении заболеваний полости рта, проблемы и особенности оказания стоматологической помощи детям с нарушениями развития, особенно с расстройствами аутистического спектра, как в России, так и за рубежом освещены крайне ограниченно [2].

По результатам исследования российских специалистов [3] распространенность кариеса среди детей с РАС достигает 80%, катарального гингивита - 60%. Уровень гигиены полости рта у всех обследованных детей с РАС оценивался как плохой.

Нуждаемость в санации полости рта у детей с РАС от 3 до 7 лет составляет от 79 до 92%. Хирургическое лечение по поводу удаления молочных зубов требовалось 57% больных, ортодонтическая помощь - 45% [4].

Многие дети с РАС испытывают проблемы с навыками самообслуживания, включая гигиену полости рта, что приводит к серьезным стоматологическим проблемам. Доказано, что плохая гигиена полости рта приводит к пародонтологическим заболеваниям и множественному кариесу [5].

По мнению научных сотрудников ведущего стоматологического ВУЗа России [4], условия общепринятого стоматологического обслуживания для детей с РАС малопривлекательны, и необходима четкая научно обоснованная организация стоматологической помощи для снижения количества стоматологических заболеваний.

Если невозможно установить необходимый контакт с пациентом, то оказание стоматологической помощи ребенку с РАС осуществляется в условиях общего обезболивания – наркоза и, реже, с использованием седации с сохраненным сознанием. Данный вид помощи широко применяется как зарубежом, так и в России. Существенным ограничением использования анестезиологического пособия является тот факт, что эта медицинская услуга требует прохождения дополнительных обследований - контакта ребенка с аутизмом с медицинским персоналом и прохождения медицинских процедур, что в целом не решает проблем самого ребенка.

В то же время, использование общего обезболивания является крайней мерой и не может проводиться каждый раз, когда ребенку необходим профилактический осмотр, профессиональная гигиена или лечение неосложненных заболеваний зубов.

Имеющиеся данные свидетельствуют о высокой потребности детей с РАС как в оказании квалифицированной терапевтической стоматологической помощи, так и в организации расширенной профилактической работы среди детей с РАС.

Объем стоматологических вмешательств у детей с РАС минимизирован по объективным причинам, а детские врачи-стоматологи недостаточно осведомлены о поведенческих реакциях данной категории детей, что сказывается на качестве реализации алгоритмов их обследования, достоверности полученных данных о стоматологическом статусе.

В этой связи актуальной становится подготовка специалистов-стоматологов к работе с детьми с РАС с применением научно обоснованных подходов, позволяющих учесть поведенческие особенности ребенка с РАС и нивелировать проявления поведения, препятствующего осуществлению осмотра и лечения.

Также важной задачей является помощь родителям в обучении детей базовым навыкам самообслуживания и подготовки ребенка к посещению

стоматолога с использованием научно обоснованных психолого-педагогических подходов.

Для повышения эффективности стоматологических лечебных и профилактических мероприятий Благотворительный фонд помощи детям «Импульс развития» в 2020 году разработал пилотный проект по внедрению модели «дружелюбная стоматология для детей с РАС» в государственных стоматологических учреждениях, методологической основой которого являются методики и подходы прикладного анализа поведения и организация работы по принципу мультидисциплинарной команды.

Согласно принятым Министерством здравоохранения РФ Клиническим рекомендациям «Расстройства аутистического спектра» в 2020 году [6] вмешательства, основанные на методиках и принципах прикладного анализа применимы для достижения любых целей, сформулированных в поведенческих категориях, их можно использовать для решения самых разнообразных социально значимых задач для пациента с РАС, в том числе задач профессионального обучения, занятий физкультурой и спортом, повышения доступности медицинских услуг.

Внедрение этих вмешательств в практику учреждений здравоохранения является оправданным с точки зрения повышения качества медицинской помощи.

Это позволяет с одной стороны улучшить взаимодействие и коммуникацию специалистов (педиатра, психиатра, клинического психолога) с пациентами с РАС (в том числе, с невербальными детьми) при проведении обследования и лечения по профилям сопутствующих заболеваний и расстройств, а с другой – расширить спектр оказываемых медицинских и реабилитационных услуг на базе медицинского учреждения.

По мнению экспертов Американской академии педиатрии [2] поведенческие стратегии могут быть полезны для предотвращения необходимости седации при оказании стоматологической помощи.

По ограниченным данным научных исследований использование системы альтернативной коммуникации PECS в



Клинические рекомендации
«Расстройства аутистического спектра»
ID: 594

<https://cr.minzdrav.gov.ru>

Клинический отчет
«Выявление, оценка и коррекция нарушений у детей с расстройством аутистического спектра»
Американской академии педиатрии (Фонд «Выход» и Ассоциация психиатров и психологов за научно обоснованную практику, официальный перевод на русс.яз.)

обучении детей с РАС навыкам чистки зубов в домашних условиях хотя и оценивается родителями как сложный процесс, тем не менее является полезным для улучшения здоровья полости рта у детей с РАС [7].

Опираясь на официальные документы Минздрава России и ведущих профессиональных ассоциаций и специалистов в области педиатрии, детской психиатрии и существующий запрос родительского сообщества на улучшение медицинского обслуживания детей с аутизмом команда проекта приняла за основу научно доказанные методики и практики, которые возможно внедрить в медицинском учреждении стоматологического профиля.

Основной акцент в создании специальных адаптированных условий для детей с РАС сделан на том, что медицинская помощь, учитывающая потребности и поведенческие особенности детей с аутизмом, должна стать доступной на базе государственного учреждения, в котором каждый ребенок может получить бесплатную помощь по программе обязательного медицинского страхования. В отличие от медицинских учреждений частной формы собственности, в государственном здравоохранении меньше материально-технических и организационных возможностей для адаптации услуг под разные категории пациентов.

В рамках проекта нам было важно на примере обычной детской стоматологической поликлиники показать минимальную потребность в изменениях инфраструктуры, традиционных маршрутов и алгоритмов оказания помощи и минимальных ресурсов (вложений), которые позволят детям с РАС получать стоматологическую помощь в обычных амбулаторных условиях.

При планировании деятельности командой проекта были приняты пожелания родителей детей с РАС о том, какой они хотят видеть стоматологическую помощь в государственном учреждении. Также был изучен имеющейся российский и международный опыт создания подобных сервисов, нормативно-правовая база, локальные правовые акты учреждения для возможности адаптации услуг под потребности и особенности детей с РАС.

В качестве модели организации стоматологической помощи детям с РАС мы выбрали модель клиник, дружественных к определенной целевой группе, сформулированную в стратегии Всемирной организации здравоохранения и сложившейся на ее основе практики создания дружественных клиник в разных странах мира [8,9].

На начальном этапе проекта команда проекта, научные эксперты и руководители клинической базы - Клинического центра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии МГМСУ им.А.И.Евдокимова (далее - Университетской клиники МГМСУ) сформулировали основные принципы стоматологической клиники, дружественной к детям с РАС, которые могут быть внедрены в деятельность медицинского учреждения.

Принципы «дружелюбной стоматологии»:

1

Приверженность концепции «дружественных клиник», когда медицинское учреждение:

- ✓ учитывает специфику потребностей детей с РАС;
- ✓ предоставляет бесплатные услуги;
- ✓ создает безопасную среду и привлекательную обстановку;
- ✓ упрощает процесс записи на прием и регистрации пациентов в день приема;
- ✓ сокращает время ожидания приема;
- ✓ предусматривает возможность получения консультации по записи или без нее.

2

Комплексность и эффективность, когда медицинское учреждение:

- ✓ учитывает индивидуальные психические, физические и социальные проблемы детей с РАС;
- ✓ предоставляет всесторонний комплекс лечебно-профилактических услуг;
- ✓ не злоупотребляет излишними процедурами;
- ✓ использует протоколы и руководства, разработанные на принципах доказательной медицины;
- ✓ имеет необходимое оборудование и расходные материалы.



Компетентность специалистов, которые:

- ✓ владеют информацией о РАС;
- ✓ обладают навыками общения и взаимодействия с ребенком с РАС;
- ✓ мотивированы на работу с этой целевой группой.

Основной клинической базой для внедрения модели «дружелюбная стоматология» в амбулаторных условиях стало детское отделение Университетской клиники МГМСУ. Для эффективного и всестороннего решения проблем и достижения лучших результатов для ребенка с РАС деятельность проекта осуществлялась мультидисциплинарной командой специалистов - в проекте участвовали врачи-стоматологи детские, психиатры, организаторы здравоохранения, специалисты по прикладному анализу поведения и родители детей с РАС.

Для детей, которые даже с учетом организованных специальных условий не смогут пройти лечение в амбулаторных условиях, в рамках проекта была предусмотрена возможность перенаправления с выдачей медицинского заключения в Клинико-диагностический центр НПЦ специализированной медицинской помощи детям (НПЦСМП) имени В.Ф. Войно-Ясенецкого для получения лечебно-профилактической и хирургической помощи с применением общего обезболивания (наркоза). На основании выданного заключения родители детей с РАС могли получить направление на бесплатное лечение под наркозом в поликлинике по месту жительства уже без визита и осмотра ребенка у стоматолога, не обученного методикам взаимодействия с детьми, имеющими поведенческие сложности.

Для изменения и адаптации среды под потребности и особенности нашей целевой группы мы совместно с руководством клинической базы выработали ряд организационных решений для внедрения в практическое здравоохранение:

- 1.** Адаптировать среду стоматологической поликлиники под потребности пациентов с РАС в стоматологической помощи.
- 2.** Обучить детских стоматологов и внедрить в их практику методики прикладного анализа поведения (ПАП), базовые принципы которого работают во всех сферах, где происходит взаимодействие между людьми, и медицина не является исключением.
- 3.** Вовлекать сообщества родителей, как заказчиков и получателей услуг государственного здравоохранения, в процессы планирования и оценки деятельности, повышения собственных компетенций в вопросах получения медицинской помощи.

Адаптация среды стоматологической поликлиники

Для проведения адаптированных приемов детей с аутизмом в Университетской клинике МГМСУ был выделен отдельный врачебный кабинет, оснащенный современным стоматологическим оборудованием. Это позволило проводить приемы в комфортной для ребенка обстановке и нивелировать воздействие факторов, которые могли бы вызвать нежелательное поведение - например, крики, плач, шум, скопление персонала, детей и взрослых в общем зале стоматологического приема на несколько кресел.

В большинстве государственных стоматологических поликлиник, выделение отдельных кабинетов под работу с детьми с аутизмом может быть проблематичным ввиду отсутствия достаточного количества помещений. Оптимальным вариантом является выделение отдельного кабинета на период приема детей с РАС. Для адаптации стоматологического приема возможно предусмотреть специальное время и дни, когда поликлиника менее загружена, перераспределить потоки пациентов при неполной загруженности общих терапевтических кабинетов.

Принимая во внимание особенности детей с РАС и необходимость создания условий для адаптации ребенка к незнакомой обстановке и врачу, время на проведение адаптированного приема было увеличено до 1 часа. Это позволило медицинским специалистам и родителям помочь ребенку освоиться в кабинете врача, получить информацию о приеме, в т.ч. в виде визуальных подсказок и понятные инструкции о выполнении необходимых действий. Данное изменение при корректном оформлении документов не нарушает правил и порядка оказания медицинской помощи в рамках федеральной программы ОМС. В случае невозможности провести необходимые лечебно-профилактические манипуляции в первое посещение, время на его проведение можно использовать для адаптации ребенка к кабинету, знакомства с врачом и проведения осмотра.

Если во время первичного обращения ребенок не проявляет проблемного поведения, то с большей вероятностью во второй раз ему будет проще прийти в уже знакомое место и пройти профилактические процедуры (например, профессиональную чистку зубов).

С учетом особенностей детей с РАС, выраженных в т.ч. в стремлении к постоянству, для формирования позитивного восприятия медицинских манипуляций и установления сотрудничества с врачом желательно чтобы все

приемы проводил один врач в том же самом кабинете, где он принимал ребенка в предыдущий раз.

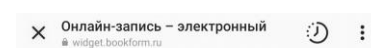
Для организации работы медицинского персонала, участвующего в проведении адаптированных приемов детей с РАС, в рамках проекта был разработан алгоритм, включающий описание действий врача и ассистента по подготовке к приему, встрече, сопровождению ребенка в кабинет, помощи в адаптации и тактике проведения медицинских манипуляций в зависимости от уровня взаимодействия с ребенком.

Со стороны Благотворительного фонда помощи детям «Импульс развития» было организовано информирование родителей детей с РАС об услугах в рамках проекта и ведение автоматизированной записи на адаптированные приемы.

В стоматологические кабинеты в рамках проекта закуплены мебель и предметы, которые используются как для отвлечения от негативных реакций (сенсорные игрушки, конструктор, наборы для рисования и т.п.), так и для профилактики сенсорного раздражения на звук и свет во время проведения медицинских манипуляций. Также для амбулаторного приема стоматолога на основной клинической базе за счет средств проекта был закуплен и установлен телевизор для трансляции мультфильмов. За счет спонсорской помощи ведущих компаний в области производства товаров для гигиены полости рта, всем детям в рамках проекта по окончании приема выдавался подарок в виде набора (зубная паста и щетка), а 25 детей в возрасте до 8 лет получили электрическую



Для формирования расписания адаптированных приемов детей с РАС можно использовать онлайн сервисы для быстрой записи и автоматизации работы с расписанием



Адаптированный приём стоматолога для детей с РАС

улица Вучетича, 9Ас1, Москва

3+ 60 мин

Адаптированный прием проводится в рамках проекта "Дружелюбная стоматология для детей с РАС" (в возрасте от 3-х до 18 лет). Все медицинские услуги оказываются в клинике детской стоматологии Московского... Подробнее

щётку с поддержкой мобильного приложения, обучающего навыку чистки зубов.

При формировании списка оборудования и предметов для оснащения кабинета врача мы учитывали рекомендации родителей детей с РАС и специалиста по прикладному анализу поведения (список может быть предоставлен по запросу).

Обучение детских стоматологов методикам ПАП



«Нежелательное поведение на приеме у стоматолога может возникнуть не только у детей с аутизмом, но и у детей, которые пришли на прием в первый раз или имели негативный опыт в прошлом. Очень понравились лекции «Введение в ПАП» и «Формирование новых навыков». Весь материал был изложен с большим количеством практических примеров и в максимально доступной форме для человека, не имеющего психологического или педагогического образования. ПАП дает врачу реальную возможность помочь ребенку адаптироваться на стоматологическом приеме, скорректировать нежелательное поведение и выработать определенный навык, который необходим для сохранения здоровья зубов».

Мария Лямцева, медицинский координатор проекта, детский стоматолог. Прошла обучающий курс в [ИПАП](#)

В рамках проекта основной упор был сделан на подготовку и сопровождение работы специалистов – врачей-стоматологов, которые участвуют в проведении адаптированных приемов детей с РАС в амбулаторных условиях и в процессе подготовки ребенка к проведению медицинских вмешательств с использованием наркоза.

Фондом «Импульс развития» было организовано обучение семи врачей-стоматологов на базовом курсе по прикладному анализу поведения, из них 4 специалиста благодаря содействию АНО «Институт прикладного анализа поведения и психолого-социальных технологий» обучились на дополнительном курсе, разработанном специально для медицинских специалистов. Обучающий курс проводился по программе дополнительного образования с выдачей свидетельства о повышении квалификации по прикладному анализу поведения государственного образца. Продолжительность каждого курса составила 72 академических часа и включала теорию и практику применения методик и подходов при работе с детьми с аутизмом и другими ментальными нарушениями, самостоятельную работу и решение практических задач, тестовый контроль.

Обучение врачей методикам коммуникации с детьми с аутизмом является критически важным условием для улучшения доступности различных видов медицинской помощи. Отметим, что традиционная система подготовки врачей базовым

специальностям и, в дальнейшем повышение квалификации, которые врачи проходят 1 раз в 5 лет, не предусматривает возможности для развития компетенций (знаний и навыков) при проведении медицинских манипуляций пациентам с РАС, другими ментальными нарушениями и сложностями поведения.

Для большинства медицинских специалистов, не только стоматологов, проведение медицинских вмешательств ребенку с РАС является сложной задачей. По мнению родителей детей с РАС, часто при обращении в государственное медицинское учреждение возникают ситуации, когда персонал поликлиник либо предлагает удерживать ребенка (например, при заборе крови, проведении общего осмотра, лечении зубов) либо рекомендует проводить процедуры в частных клиниках или под наркозом или седацией.

Вместе с тем, подходы и методики ПАП позволяют минимизировать негативные реакции ребенка на манипуляции и дают возможность их выполнения в максимально комфортных условиях для самого ребенка, его родителей и медицинского персонала.

Обучение прикладному анализу поведения не носит медицинский характер, но обеспечивает врача компетенциями, необходимыми для установления коммуникации с детьми с аутизмом, в т.ч. с невербальными, и пациентами с другими ментальными нарушениями, и поведенческими сложностями.

Оплата обучения врачей на курсе ПАП была обеспечена за счет средств гранта. В среднем стоимость обучения одного специалиста на курсах ПАП в Москве составляет 15000 рублей. Для государственного медицинского учреждения оплата расходов на дополнительное профессиональное образование, не включенное в обязательный перечень в соответствии с медицинской специальностью, может быть проблематичной из средств государственного бюджета. Тем не менее, каждое учреждение вправе проработать механизм повышения квалификации специалистов в разных областях, которые сопряжены с основной профессиональной деятельностью, из внебюджетных средств. Соотношение «вклад-результат» для самого учреждения может быть выражен в развитии направлений амбулаторной помощи детям с ОВЗ, РАС и другими ментальными нарушениями, увеличении охвата медицинской помощью прикрепленного контингента из этих групп и повышении качества оказываемых услуг, в том числе подтверждаемого в рамках независимой оценки качества со стороны пациентского сообщества (родителей или законных представителей пациентов).

В целом для системы здравоохранения города или региона увеличение объемов стоматологической помощи в амбулаторных условиях и ранняя профилактика осложнений стоматологических заболеваний в перспективе снижает потребность и расходы на лечение в стационарных условиях с использованием анестезиологического пособия (наркоза).

Как отмечают руководители и специалисты Университетской клиники МГМСУ, внедрение прикладного анализа поведения в практику детских стоматологов позволило существенно повысить уровень компетенций врачей в работе со всеми детьми, вне зависимости от наличия или отсутствия расстройств развития, положительно повлияло на динамику обращаемости пациентов с РАС и увеличению количества завершенных случаев лечебно-профилактических и хирургических вмешательств в амбулаторных условиях, что также подтверждают данные, полученные [в рамках проекта](#).

Кроме того, в рамках проекта в сотрудничестве с Кафедрой детской стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова и при участии научных экспертов проекта мы провели обзорные семинары для стоматологов и клинических ординаторов «Дети с расстройствами аутистического спектра: особенности оказания стоматологической помощи». Данное мероприятие было включено в программу курса повышения квалификации врачей и программу ординатуры в качестве факультативного занятия. Программа обзорного семинара состояла из теоретических блоков, в том числе включающих базовую информацию и современные научные представления о РАС, информацию о методиках и подходах при оказании стоматологической помощи детям с РАС, практических заданий с разбором клинических случаев. Обучение на обзорных семинарах прошли 78 врачей-стоматологов и ординаторов. Охват обучением большего количества врачей и ординаторов, чем предполагалось для непосредственного приема детей с РАС в рамках проекта, является работой на перспективу. В ежедневной практике каждого стоматолога обязательно встретится ребенок с аутизмом, и врач сможет применить базовые знания во время врачебного приема.

Вовлечение сообщества родителей

Родители детей с РАС были включены в проект начиная с этапа планирования, в течение всего проекта оказывали информационную консультационную и организационную помощь, участвовали в анализе результатов.

Значительный вклад в развитие проекта внесли представители Ассоциации некоммерческих организаций, созданных родителями детей с РАС и нарушениями нейроразвития «Аутизм-Регионы». Ассоциация формирует консолидированный запрос от 63 родительских организаций из 23 регионов Российской Федерации к органам исполнительной власти о развитии государственной системы помощи детям с аутизмом, реализует проекты в сфере инклюзии, здравоохранения, науки. В рамках нашего проекта представители Ассоциации участвовали в формировании содержания мероприятий, их проведении и оценке.

В качестве регулярного формата работы с родителями детей с РАС в рамках проекта организовано информационно-обучающее пространство - «школа пациента», где родители смогли получить важные знания о стоматологических заболеваниях и их профилактике, формировании навыков ухода за полостью рта у детей с РАС, а также о подготовке ребенка к посещению стоматолога.

В течение проекта состоялось 20 занятий «школы пациента», в их проведении участвовали стоматологи, научные эксперты и консультанты проекта, специалист по прикладному анализу поведения. С учетом ограничений на проведение очных мероприятий в учреждениях здравоохранения, занятия проводились в онлайн формате. Всем участникам «школы» и родителям, которые обращались на адаптированные приемы стоматолога, но не смогли принять участие во всех мероприятиях, сотрудники проекта предоставляли ссылку на видео записи прошедших занятий. Стоит



Мы собрали видео 20 занятий «школы пациента» для родителей, которые участвовали в проекте, в тематический плейлист



Смотреть [ВИДЕО](#)

[Подборка материалов](#) для подготовки ребенка к посещению стоматолога, шаблоны карточек PECS др.

отметить, что формат «школы пациента» удобен и полезен с точки зрения прямого общения специалистов и родителей и подробной проработки заявленных тем.

Информирование благополучателей об услугах и мероприятиях – важная задача любого социального проекта. Для государственного медицинского учреждения выйти на профильные сообщества зачастую бывает сложно. Для этого необходимо знать целевую аудиторию, все популярные интернет-сообщества, иметь в команде специалиста по продвижению. Но эту задачу гораздо проще решать в сотрудничестве с некоммерческими организациями в сфере помощи детям с РАС. В нашем пилотном проекте со стороны некоммерческого сектора информирование и предоставление консультаций об услугах проекта в социальных сетях и тематических чатах осуществляли равные консультанты из числа родителей и близких детей с РАС. Это позволило нам создать позитивное информационное поле вокруг самого проекта и государственных медицинских учреждений, на базе которых оказывалась помощь детям с РАС.

В то же время мы увидели реальную проблему с ограниченным доступом детей к услугам стоматологии, адаптированных под их потребности. Поступающие запросы на врачебные приемы ежемесячно превышали возможности основной клинической базы проекта, в структуре и плане работы которой для приемов были выделены определенные дни, время и врачебный кабинет. Высокий запрос от родителей свидетельствует о необходимости тиражирования модели на другие медицинские учреждения Москвы, чтобы стоматологическая помощь была доступна каждому ребенку с аутизмом в государственной поликлинике по месту жительства.



РЕКОМЕНДУЕМЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. Публикации Фонда «Выход»:

[Социальные истории](#)

[Альтернативная коммуникация](#)

[Визуальное расписание](#)

2. Социальная история «Идем к стоматологу»

Смотреть [ВИДЕО](#)

3. Альтернативная и вспомогательная коммуникация для детей с РАС (Рейчел Харкавик)

Смотреть [ВИДЕО](#)

Расстройство аутистического спектра у ребенка часто сопровождается различными поведенческими нарушениями. Спектр проблематичного поведения, который может продемонстрировать на приеме у врача тот или иной ребенок чрезвычайно широк. Так, например это может быть громкий крик, плач, убегание, агрессия или аутоагрессия. Также это может быть пассивный протест, например, ребенок может молча сесть в стоматологическое кресло, но при этом категорически отказываться открыть рот. В каждом случае эти проявления сугубо индивидуальны. Предсказать заранее как поведет себя тот или иной пациент с РАС не могут ни врачи, ни родители. В связи с этим, специалистам, готовящимся к приему таких пациентов, необходимо обладать базовыми знаниями по работе с проблематичным поведением, т.е. понимать, как реагировать на возникновение того или иного поведения и планировать свои действия таким образом, чтобы это поведение не возникало при повторных посещениях.

Все специалисты, работавшие на стоматологических приемах детей с РАС, предварительно прошли обучение на базовом курсе по прикладному анализу поведения для медицинских специалистов, что позволило им быстро ориентироваться в различных ситуациях и применять методики ПАП для предупреждения возникновения нежелательного поведения и грамотно реагировать на его возникновение, что сделало возможным качественное и эффективное оказание стоматологической помощи детям с РАС.

В рамках проекта «Дружелюбная стоматология для детей с РАС» при подготовке специалистов и при проведении родительских «школ пациента», с целью более эффективной подготовки детей к стоматологическому приему мы использовали методики прикладного анализа поведения, наиболее подходящие, с нашей точки зрения.

Социальная история.

Данная методика помогает людям в спектре аутизма «считывать» и понимать социальные ситуации. При применении методики адекватное социальное поведение объясняется ребенку в форме истории, что позволяет ребенку с РАС получить ответы на вопросы о том, как взаимодействовать с другими людьми подобающим образом, успокоиться в тревожащей ситуации и многое другое.

На занятиях «школы пациента» специалист по прикладному анализу поведения предоставлял подробные рекомендации родителям по составлению социальных историй и адаптированные для проекта социальные истории, что позволило им индивидуализировать представленные примеры конкретно для своего ребенка.

Систематическая десенсибилизация

Эта поведенческая методика используется для снижения уровня тревожности и страхов. Методика включает научение ребенка методу мышечной релаксации как замене проблемного поведения.

Систематическое повторение процедуры релаксации в купе с воображением авersive ситуаций, а также распределение этих ситуаций в иерархии от менее неприятной до более неприятной ведет к снижению уровня тревожности в целом.

Систематическая десенсибилизация успешно применялась в рамках адаптированных приемов и по полученным данным показала свою высокую эффективность.

Поведенческая цепочка

Это строго определенная последовательность отдельных реакций, каждая из которых запускается тем или иным дискриминативным стимулом.

Методика позволяет обучить ребенка широкому спектру навыков. В рамках проекта методика была представлена на примере обучения ребенка навыку чистки зубов.

Визуальное расписание

Является визуальным представлением событий, которые будут происходить в течение дня или в рамках какой-либо задачи или деятельности.

Эта методика помогает ребенку с аутизмом развивать самостоятельность; благодаря расписанию ребенок учится переходить от одного занятия к другому, ориентируясь на расписание, а не на руководство со стороны другого человека или его вербальные подсказки. Помогает избежать конфронтации с ребенком: если расписание сообщает ребенку, что делать, то он не спорит с этим. Расписание убирает «личный компонент» и делает процесс более объективным.

Применение визуального расписания позволяет избегать широкого спектра поведенческих проблем при посещении новых мест, перемещения ребенка по новому маршруту, так как делает каждый последующий шаг для ребенка понятным и предсказуемым.

О способах применения визуального расписания и правилах его введения специалисты и эксперты проекта также подробно рассказывали родителям детей с аутизмом на занятиях «школы пациента».

Альтернативная коммуникация

Для большинства неговорящих пациентов с РАС это единственный способ сообщить врачу о том, что у него болит или о том, что проходящая процедура ребенку неприятна, или что ему нужен перерыв и многое другое.

Введение альтернативной коммуникации для ребенка с РАС требует зачастую долгой предварительной работы. Однако, специалисты, работающие в рамках проекта, и родители пациентов с РАС получили информацию об этой методике, что создало дополнительные возможности для коммуникации с невербальными детьми с РАС.

В период внедрения и реализации модели «дружелюбная стоматология» в деятельность государственной стоматологической поликлиники нам было важно оценить, насколько методики и подходы, выбранные нами при оказании медицинской помощи детям с РАС, влияют на расширение возможностей амбулаторного приема и снижают потребность в применении общего обезболивания (наркоза или седации) для проведения лечебно-профилактических и хирургических вмешательств.

Методология:

Для проведения предварительной оценки поведенческого и стоматологического статуса ребенка проводилось анкетирование родителей перед посещением адаптированного приема стоматолога с использованием Google-анкеты, которая направлялась родителям автоматически после выбора даты и времени в форме расписания приемов.

Электронная анкета для родителей содержала вопросы, касающиеся особенностей поведения ребенка, опыта участия в программах психолого-педагогической коррекции, опыта лечения зубов у стоматолога.

Форма для врача включала вопросы для оценки стоматологического статуса ребенка по результатам объективного осмотра, проведенных манипуляций, сотрудничества ребенка с врачом, проявлений нежелательного поведения, применяемых подходах, необходимости перенаправления на лечение под наркозом.

По окончании первичного приема родителям предлагалось заполнить анкету оценки качества услуг в рамках проекта.

В разработке инструментария для оценки проекта участвовали специалисты в сфере общественного здравоохранения, стоматологии, прикладного анализа поведения и родители детей с РАС.

В предварительной оценке приняли участие 144 родителей детей с РАС. В результате проведенных стоматологических приемов получены объективные данные о стоматологических заболеваниях и оказанной помощи 130 детям с РАС (первичным пациентам). В оценке качества услуг адаптированного стоматологического приема приняли участие 113 родителей.

Результаты предварительной оценки поведенческого и стоматологического статуса ребенка (анкета для родителей)

Предварительная анкета заполнялась родителями перед визитом к стоматологу. Всего в рамках проекта было получено 155 анкет. Для целей анализа использовалась база данных на 144 ребенка, из анализа исключены анкеты с некорректным вводом идентификационных кодов детей и дубликаты анкет.

В качестве источника получения информации об услугах “дружелюбной стоматологии” родители назвали:

Facebook (страница autizm.info) – 30,6%

Рекомендация других родителей детей с РАС – 30,6%

Instagram (страница autizm.info) – 25,7%

Сайт autizm.info – 4,9%

Тематические чаты в WhatsApp (московские, районные) – 8,3%.

О наличии установленного диагноза «расстройство аутистического спектра» у детей сообщили 85,4% родителей, о наличии предварительного диагноза РАС - 7,6%, а о наличии риска РАС - 6,9% родителей.

Посещают школу 53,5% детей с РАС, 34,7% посещают дошкольное учреждение, 6,3% не посещают образовательные учреждения.

Занятия с использованием методик и подходов прикладного анализа поведения посещают 40,3% детей, записавшихся на адаптированные приемы стоматолога. На вопрос об особенностях коммуникации 48% родителей ответили, что ребенок формулирует просьбу словами, 60% - что ребенок понимает обращенную речь, а 13,3% детей для общения используют средства альтернативной коммуникации (просьбы жестами, карточки PECS).

О проявлениях нежелательного поведения у ребенка сообщили 79,9% родителей. Сообщить о боли самостоятельно могут менее половины детей с РАС (а 46,5%). В 30% случаев родители понимают, что у ребенка что-то болит по его поведению, например, когда ребенок плачет, “морщится”, проявляет беспокойство, злится. По мнению 13,2% родителей, их дети не сообщают о боли каким-либо способом.

Во время стоматологического приема сенсорные перегрузки испытывали 76,4% детей. В числе факторов, вызывающих сенсорные перегрузки, были названы яркий свет (20%), громкие звуки стоматологического оборудования (60%), громкие звуки, производимые другими людьми (64%), прикосновения других людей (20%).

Информированность родителей и роль стоматолога в предоставлении достоверной информации о мерах профилактики и правилах ухода за зубами здоровья зубов детей важным условием сохранения здоровья зубов.

Оценивая этот аспект стоматологического здоровья у детей с РАС, 37,5% родителей ответили, что ранее не получали рекомендаций по гигиене полости рта от стоматолога. О правилах чистки зубов получали информацию от стоматолога 43,7% родителей, вторым источником информации был интернет со значением 31,3%. Никогда не получали информацию о чистке зубов 25% родителей.

На вопрос «Требуется ли ваша помощь ребенку при чистке зубов?» 50,7% опрошенных родителей ответили, что ребенок не может чистить зубы самостоятельно, 33,3% родителей отметили, что ребенку нужна частичная помощь, только 13,9% детей с РАС чистят зубы самостоятельно.

При выборе зубной щетки для ребенка 36,1% родителей отдают предпочтение зубной щетке средней жесткости, 27,8% - электрической, 30,6% - мягкой, а для 5,6% характеристики зубной щетки не имеют значение.

При выборе зубной пасты детям с РАС 25,7% родителей советуются со стоматологом, 19,4% получают информацию из рекламы, 10,4% выбирают пасту по совету знакомых, а 7,6% при выборе пасты руководствуются научными статьями.

На вопрос «Об отношении к фторидсодержащим зубным пастам» 38,9% родителей ответили, что не знают о существовании фторидов в зубной пасте, 27,8% затруднились ответить на вопрос, 23,6% не считают наличие фторидов в зубной пасте вредным.

На вопрос «Об употреблении ребенком сладкой пищи» 49,3% респондентов ответили положительно, 45,8% отметили, что ребенок спокойно относится к сладкой пище, 4,9% отметили, что ребенок не ест сладкое.

Удовлетворительно оценивают состояние зубов у своего ребенка 48,6% родителей, 27,78% оценили состояние как плохое, 12,5% оценили состояние полости рта как очень плохое, и только 11,1% считают состояние зубов хорошим.

Почти 90,3% родителей детей с РАС ранее делали попытки визита к врачу-стоматологу. Раз в 3 месяца стоматолога посещают 32,6% детей с РАС, 27,1% посещали врача год назад, у 29,9% детей последний визит был более года назад.

Родители 131 ребенка сообщили о посещении стоматолога до обращения в наш проект, нам было важно узнать в учреждения какой формы собственности они обращались последний раз. Так, последнее обращение было в частные стоматологические клиники у 38,2% детей с РАС, в государственные детские поликлиники по месту жительства – у 30,5%, а 31,3% детей с РАС посетили государственные стоматологические клиники г. Москвы.

Из 106 респондентов, заполнивших блок информации об опыте проведения стоматологических процедур с использованием общего обезболивания, лишь 27,4% (29 чел.) сообщили о том, что при последнем визите ребенка к стоматологу не применялся наркоз или седация для проведения процедуры профессиональной чистки, лечения или удаления зубов. При этом большее количество детей - 34,1% детей не сотрудничали со стоматологом при проведении медицинских манипуляций, что дает нам возможность предположить о проведении процедур вопреки желанию и реакциям ребенка.

О применении наркоза или седации при последнем обращении стоматологическую клинику сообщили 72,6% родителей (77 чел.), причем в 32,5% случаев по указанной родителями информации общее обезболивание (наркоз или седация) применялись только для проведения профессиональной чистки зубов. Это говорит о том, что простые медицинские манипуляции недоступны детям с РАС, причиной чего может являться отсутствие адаптированной среды, навыков работы с этой категорией пациентов у врачей, поиске простых решений о передаче ответственности за пациента учреждению специализированной медицинской помощи, а также об отсутствии у родителей информации о работающих инструментах помощи ребенку в подготовке к посещению стоматолога. И эти проблемы возможно решать посредством специального обучения специалистов и родителей, незначительных изменений в алгоритмах и маршрутах амбулаторной стоматологической помощи.

При подготовке к прошлым визитам к стоматологу 38,2% родителей отметили, что ребенок чувствовал себя встревоженно, 26,4% детей не понимали объяснений и родители не знали, как подготовить ребенка к визиту, чувствовали себя испуганно - 9,0%, а 11,1% - крайне испуганно.

41,7% родителей не использовали никаких методик прикладного анализа поведения для подготовки ребенка к посещению стоматолога, 23,6% рассказывали социальную историю (краткое описание определенной ситуации, включающее описание действий в данной ситуации), 1,4% родителей вели разговор с ребенком о визите к врачу, по 2,1% использовали карточки PECS, и рассказывали об алгоритме приема, объясняли куда и зачем идет ребенок. Также 11,8% родителей сообщили, что лечение у детей

было экстренным в условиях общего обезболивания, что может указывать на отсутствие возможности подготовить ребенка.

В структуре детей, получавших ранее стоматологическую помощь, 17,8% детям с РАС было проведено полное стоматологическое лечение в обычных амбулаторно-поликлинических условиях, при этом профессиональную гигиену зубов удалось провести только 31,1% детей с РАС, во время последнего обращения удаление временных зубов в связи с неотложным состоянием проведено 51,1% детей.

Данные анкетирования показали, что 18,1% детей с РАС неохотно шли на контакт со стоматологом, с 47,9% детей врачам не удалось установить контакт на стоматологическом приеме, и только 14,6% детей сотрудничали с врачом.

Для оценки поведения детей с РАС на стоматологическом приеме в предварительной анкете для родителей использовалась шкала Франкла. Согласно полученным данным, на прошлом стоматологическом приеме 43,1% детей проявляли абсолютно негативное поведение, 26,4% - негативное поведение, 13,9% демонстрировали позитивное поведение, а у 16,6% отмечалось абсолютно позитивное поведение.

Результаты стоматологического приема (форма для врача)

Количество первичных пациентов с РАС, обратившихся на адаптированные приемы стоматолога за период с 1 октября 2020г. по 31 мая 2021г. составило 130 человек, повторных – 67.

Средний возраст детей, обратившихся на адаптированный прием стоматолога, составил 9,2 лет. Распределение детей по возрасту представлено в Рис.1.

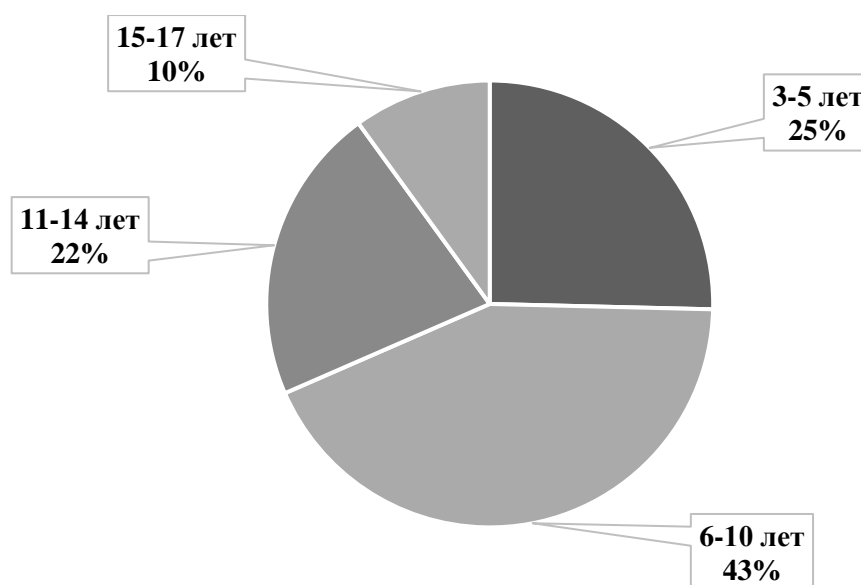


Рис.1. Распределение детей с РАС по возрасту.

Из 130 обратившихся на адаптированный прием стоматолога доля пациентов мужского пола составила 91,5%, женского - 8,5%.

За услугами по терапевтическому профилю стоматологических заболеваний обратились 93,9% пациентов, по хирургическому - 6,1% детей.

В течение проекта 76,5% детей посетили стоматолога один раз, 7,7% – 2 раза, 6,2% - три раза, 1,5% детей - пять раз, 4 и 6 раз посетили стоматолога по 3,1% детей с РАС.

По данным объективного осмотра стоматолога распространенность стоматологических заболеваний распределилась следующим образом (Рис.2):

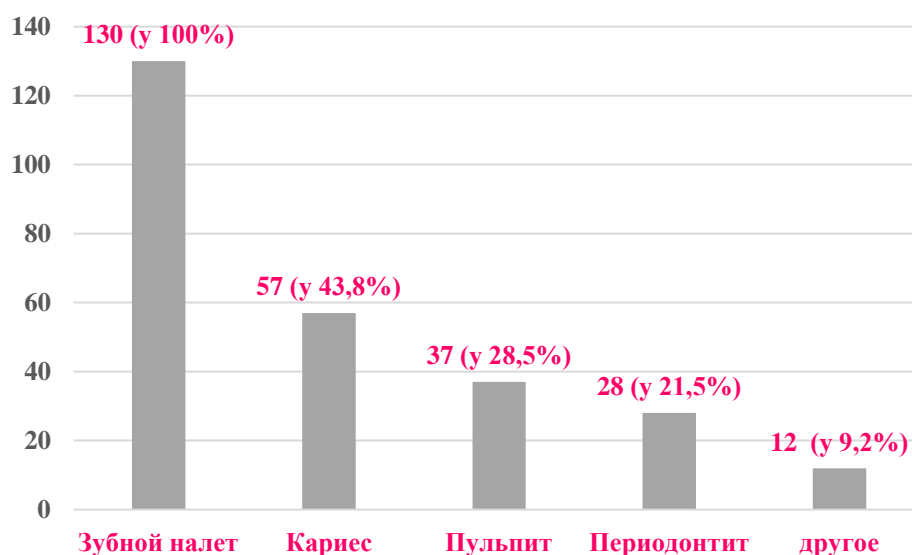


Рис.2. Распределение количества выявленных стоматологических заболеваний и состояний (абс.) и их распространенность у детей с РАС (%), обратившихся на адаптированные приемы.

У 100% детей, обратившихся в проект, был выявлен зубной налет в большом количестве. Распространенность кариеса среди детей с расстройствами аутистического спектра во всех группах составила 100%, а распространённость впервые выявленного, нелеченого кариеса временных и постоянных зубов, нуждающегося в лечении, составила 43,8% (72 чел.). Диагноз «пульпит временных зубов» поставлен 16,2% детей, «пульпит постоянных зубов» - 6,2%. У 21,5% выявлен периодонтит временных зубов. Заболевания пародонта (десен), задержка смены зубов были выявлены у 9,2% детей. Лечение зубов требовалось 25,4% детей, 33,9% требовалась только профессиональная чистка зубов, а 40,8% нуждались в комплексе стоматологических вмешательств, включающих в себя проведение лечения зубов, профилактической чистки и удаления временных зубов.

С большинством детей (80%) стоматологам удалось установить контакт во время первичного визита. Оценивая уровень вербальной коммуникации детей с РАС, обратившихся в проект, стоит отметить, что на вопросы врача отвечали 54,6% детей, а самостоятельно задавали вопросы (инициировали беседу) 28,5% детей. По данному аспекту не оценивался уровень речевого развития ребенка, говорящий ребенок мог давать как односложные ответы (например, «да» или «нет»), так и отвечать с использованием нескольких слов. Для нас важнее было оценить с каким количеством детей удастся врачу вступить в двустороннюю вербальную коммуникацию и, если не удастся даже в отношении говорящего ребенка, что необходимо скорректировать в подходах к общению.

55,4% детей пользуются альтернативными и дополнительными способами коммуникации. В качестве дополнительной системы коммуникации (карточки PECS и жестовые подсказки) используют только 14,6% детей, остальные 85,4% не использовали на приеме средств альтернативной и дополнительной систем коммуникации.

Полное сотрудничество с врачом демонстрировали 40% детей, а в 60% случаев чтобы успокоить ребенка было необходимо участие родителей. 50,7% детей выполняли инструкции врача, 16,2% детей выполняли инструкции врача с частичной подсказкой, у 26,9% детей инструкции вызывали нежелательное поведение, 6,2% детей абсолютно не выполняли инструкции врача.

В амбулаторных условиях удалось провести лечение зубов 19,2% детей, 51,5% удалось провести профессиональную гигиену полости рта, хирургическая помощь по удалению временных (молочных) зубов была оказана 10,8% детей с РАС.

Во время первичного приема провести стоматологические манипуляции в полном объеме, требующемся ребенку по данным объективного осмотра, удалось 39,2% детей с РАС.

Ввиду острых сенсорных реакций медицинские вмешательства не удалось провести у 8,5% детей, 23,8% пациентам не удалось провести вмешательства по причине возникновения нежелательного поведения, а у 2,3% детей вмешательства не удалось провести ввиду совокупности нежелательного поведения и острых сенсорных реакций. Для выполнения полного объема стоматологических манипуляций повторные визиты потребовались 26,9% детей.

На стоматологическом приеме 40,8% детей проявляли нежелательное поведение. У 14,6% детей нежелательное поведение выражалось в виде криков и убегания из кабинета или бега по кабинету, у 16,2% - в виде плача, а у 1,5% - в виде отказа открыть рот.

Для снижения проявлений нежелательного поведения в работе с 3,1% детей использовались жестовые подсказки или моделинг, с 5,4% детей - методика «рассказывай-показывай-делай» когда врач рассказывал ребенку о предстоящей процедуре (рассказывай), затем процедура демонстрировалась на макетах (показывай), затем врач уже полностью проводил процедуру (делай). Демонстрация стоматологической процедуры на макете ротовой полости помогала нивелировать нежелательное поведение у 1,5% детей, в работе с 3,8% детей врачи использовали альтернативные и дополнительные системы коммуникации, в 4,6% случаев врач и родители переключали внимание ребенка на игру с использованием тактильных пособий, вовлекали ребенка в процесс сбора конструктора.

На сенсорные раздражители реагировали 23,1% детей, чаще всего причиной этого были яркий свет стоматологического оборудования и громкие звуки.

Для профилактики сенсорной чувствительности у детей с РАС во время приема в 27,7% случаях врач применял систематическую десенсибилизацию. Для снижения острых сенсорных реакций были применены подходы постепенного привыкания к стоматологическому креслу. Например, врач предлагал ребенку сначала потрогать кресло, сесть на него, «как на стул», затем сесть полностью. Далее врач делал ребенку массаж рук, а в это время ассистент постепенно приводил стоматологическое кресло в положение лежа.



Клинический пример:

*Пациент Б. 15 лет, острая сенсорная реакция на звук стоматологического оборудования, вибрацию щетки. В качестве снижения чувствительности врач использовал методику систематической десенсибилизации. Пациенту надели наушники, что помогло снизить воздействие шума. При подготовке к проведению профессиональной гигиены полости рта, сначала врач продемонстрировал на макете как проводится эта процедура. В этот момент пациент сосредоточился, на работе зубной щетки. Затем врач показал подростку работу щетки на ногтях - в игровой форме проводится процедура "полировка ногтей". Этот подход помогает пациенту понять, насколько процедура безопасная и безболезненная, и в большинстве случаев помогает ребенку справиться со страхом и неприятными переживаниями.
NB: по окончании выполнения методики, демонстрационная щетка заменяется на стерильную.*

В этом примере применялось изменение внешней среды (наушники) и моделинг медицинской процедуры.

Анализ первичных данных, полученных из форм врачей-стоматологов в рамках проведения адаптированных приемов, показал, что **70%** пациентов необходимая в соответствии с результатами объективного осмотра и установленными диагнозами лечебно-профилактическая и хирургическая помощь была оказана в амбулаторно-поликлинических условиях. Таким образом, только 30% детей нуждались в лечении в стационарных условиях с применением общего обезболивания (наркоза или седации с сохраненным сознанием). В эту группу помимо детей с нежелательными поведением, которое не удалось купировать в условиях адаптированного приема, попали также дети, имеющие множественные поражения зубов и нуждающиеся в объемном лечении. Последнее является важным моментом для принятия взвешенного врачебного решения, так как врач, действуя в интересах ребенка, в первую очередь выбирает более безопасную и щадящую тактику лечения. В исключительных случаях, даже при установленном сотрудничестве «врач-пациент», если объемное стоматологическое вмешательство проводить в амбулаторных условиях, то это потребует длительного периода лечения и «возвращения» ребенка к многократному переживанию болевых ощущений и стресса. В этом случае необходимо предложить родителями пройти полную санацию в условиях стационара под наркозом для одномоментного стоматологического вмешательства.

По результатам работы с каждым ребенком в рамках проекта мы просили врачей оценить в баллах то, насколько знания и навыки прикладного анализа поведения помогли им при оказании стоматологической помощи детям с аутизмом. Как показывают результаты, представленные на Рис.2 в большинстве клинических случаев польза от использования методик и подходов ПАП была оценена 10 баллов.

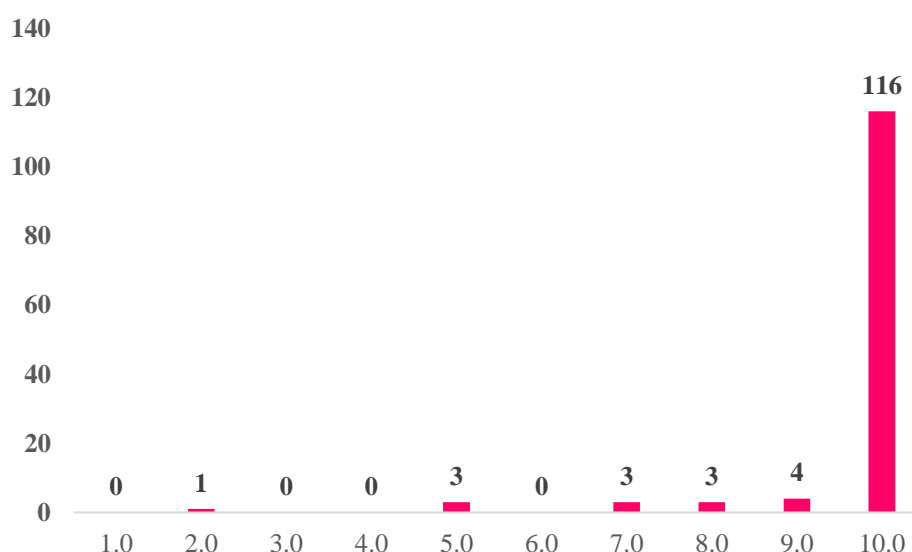


Рис. 3. Оценка стоматологами полезности применения ПАП при оказании стоматологической помощи

Результаты оценки качества услуг в рамках проекта (анкета для родителей)

По окончании адаптированного приема стоматолога мы просили родителей оценить качество оказанных услуг. Нам было важно понять, насколько наши услуги соответствуют их ожиданиям, какие у родителей есть рекомендации и предложения по улучшению адаптированных приемов.

Мы получили обратную связь от 113 родителей из 130 чел., обратившихся на адаптированные приемы стоматолога по поводу проведения осмотра и лечения зубов у ребенка с РАС.

104 респондента сообщили, что адаптированный прием полностью соответствовал их потребностям и потребностям ребенка, 7 чел. – в основном соответствовал, и по одному человеку - в основном не соответствовал и полностью не соответствовал. Негативные оценки были даны родителями, которые рассматривали прием как возможность лечения зубов под наркозом.

Мы попросили родителей оценить по 5-балльной шкале адаптированные приемы по критериям доступности, актуальности, организации (оснащению) кабинета врача, работе врачей, понятности медицинской информации, полученной от врачей (консультаций) и удовлетворенности услугой (Рис. 4).

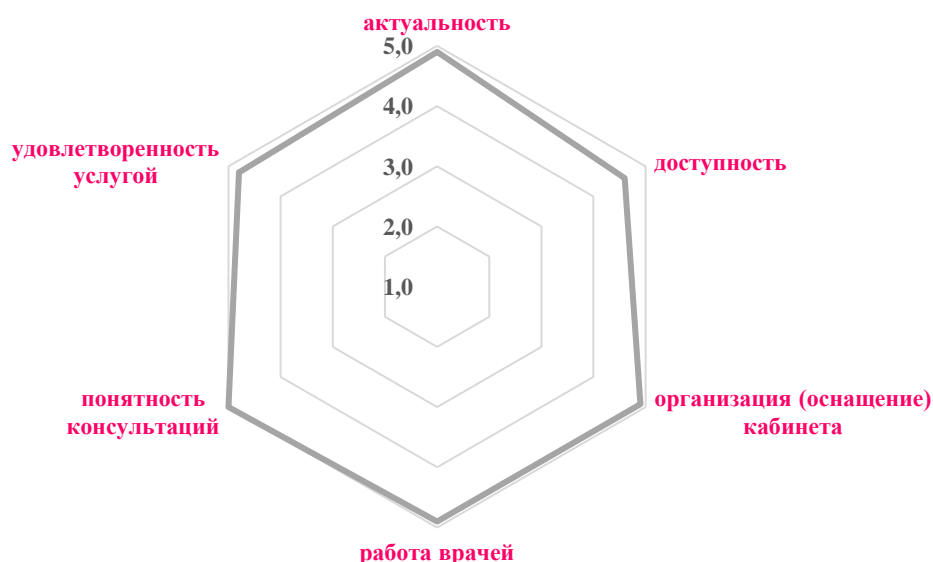


Рис.4. Оценка родителями адаптированных приемов по 6-ти критериям

Большинство родителей высоко оценили актуальность адаптированных приемов стоматологов (4,9 средний балл), что говорит о высокой востребованности таких приемов в государственных медицинских учреждениях для семей, воспитывающих детей с РАС. Полученные

невысокие оценки (12 оценок от 1 до 3 баллов) могут свидетельствовать о том, что не все родители рассматривают адаптированный прием как необходимое или полезное условие для посещения их детьми стоматолога.

Средний балл, присвоенный критерию актуальности услуги «адаптированный прием стоматолога» составил 4,9 балла, при этом были получено 12 оценок от 1 до 3-х баллов. Возможно, это связано с тем, что формулировка вопроса не была понятна родителям или предлагаемая услуга действительно не представляет актуальности в текущий момент и воспринимается как возможность проверить состояние здоровья зубов либо протестировать стоматологические услуги в разных учреждениях.

Организацию (оснащение) кабинета и работу стоматологов с ребенком родители оценили на 4,9 баллов, а понятность консультаций, на которых родители получали медицинскую информацию о состоянии зубов, плане лечения, мерах профилактики, подходах к обучению ребенка навыкам гигиены полости рта и т.п., все 113 родителей оценили на 5 баллов.

Наименьшую среднюю оценку (4,6 балла) наши услуги получили по критерию «доступность», что с учетом большого родительского запроса Москвы на такие услуги и ограниченными организационными возможностями пилотного проекта отражает реальную картину с ограниченным доступом детей с аутизмом к адаптированной стоматологической помощи и, на наш взгляд, было оценено даже несколько лояльно.

Мы объективно оценивали возможности нашего проекта оказать помощь 100 детям. После первого месяца запуска адаптированных приемов и запросов родителей мы увеличили количество записей в месяц, что позволило помочь 130 первичным пациентам и провести 67 повторных приемов для достижения целей лечения и завершения случаев в амбулаторных условиях. И тем не менее, этой помощи недостаточно для 6,5 тысяч детей с РАС, проживающих в Москве. Что еще раз подтверждает необходимость направления усилий лиц, принимающих решения в сфере здравоохранения, медицинского и родительского сообщества в развитии этого направления работы в сети государственных стоматологических поликлиник.

Удовлетворенность оказанными услугами (или ожидания родителей от адаптированных приемов стоматолога) оценена в среднем на 4,8 балла, оценку 3 балла поставили 5 родителей. При этом, оценивая в целом организацию адаптированного приема от этапа информирования о такой услуге в сети интернет и заканчивая самим приемом врача, 5 человек оценили организацию на 4 балла и 106 человек на 5 баллов, что в среднем составило 4,9 балла.

Сравнение оценок по критерию удовлетворенности стоматологических услуг, полученных от родителей до проекта (т.е. ранее полученных услуг в других учреждениях) и после посещения адаптированных приемов в проекте наглядно показывает, что предложенная модель «дружелюбной стоматологии» оправдывает ожидания родителей о том, какой должна быть медицинская помощь для детей с аутизмом (Рис.5).

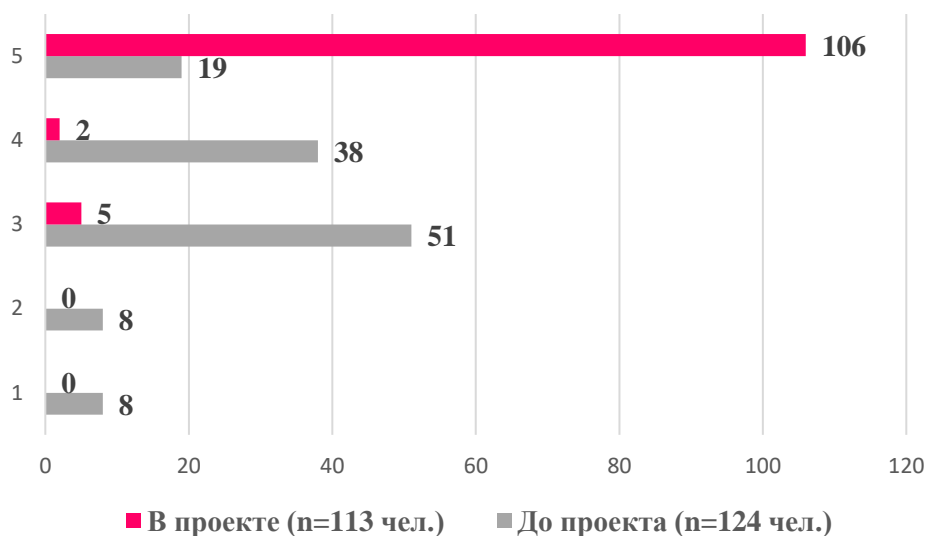


Рис. 5. Степень удовлетворенности ранее оказанными ребенку с РАС стоматологическими услугами в других учреждениях и услугами в рамках проекта

Для целей оценки качества услуг мы также просили родителей высказать пожелания и предложения по их улучшению и приближению к имеющимся ожиданиям. В числе тех предложений, которые возможно учесть в проекте или рассмотреть за рамками проекта, были рекомендации по увеличению количества записей, размещение видео панели для трансляции мультфильмов, оказание услуг на постоянной основе, создание видео с социальной историей, обеспечение массовой доступности услуги и др.

На основе пожеланий родителей в рамках проекта нам удалось увеличить количество записей на прием и, по согласованию с Фондом президентских грантов приобрести и установить видео панель в кабинете адаптированных приемов.

После окончания проекта проведение адаптированных приемов будет продолжено на базе Университетской клиники МГМСУ, а Фонд «Импульс развития» будет продолжать поддерживать связь с родительским сообществом для информирования о записи на приемы, отслеживать пожелания родителей к качеству услуг. В настоящее время уже прорабатываются решения совместно с руководством клиники о переводе

услуги адаптированных приемов для детей с РАС на общий Call-центр медицинских учреждений МГМСУ.

Принимая во внимание высокую востребованность услуг дружелюбной стоматологии Фонд «Импульс развития» в сотрудничестве с МГМСУ им. А.И.Евдокимова, ведущей профессиональной медицинской организацией - Ассоциацией стоматологов России и Ассоциацией «Аутизм-Регионы» вышел с инициативой реализации проекта по тиражированию модели. Если инициатива будет поддержана, то доступ к адаптированным услугам стоматолога будет организован и в других регионах России. Кроме того, полученные результаты проекта будут использованы нами для продвижения модели в государственных стоматологических поликлиниках Москвы при участии научных экспертов и профильных отделов Департамента здравоохранения Москвы.

ВЫВОДЫ

Создание условий для оказания квалифицированной стоматологической помощи детям с РАС, учитывающей их потребности и поведенческие особенности, является одним из ключевых запросов родительского сообщества.

В рамках пилотного проекта «Дружелюбная стоматология для детей с РАС» мультидисциплинарная команда специалистов реализовала комплекс организационных и информационно-методических мероприятий, необходимых для внедрения в деятельность государственного стоматологического учреждения нового направления амбулаторной помощи – модели «дружелюбная стоматология для детей с РАС».

На основе принципов модели, сформулированных командой проекта, в стандартных условиях государственной поликлиники адаптирована среда и алгоритмы оказания стоматологической помощи детям с РАС, организовано информирование родителей детей с РАС и обучение стоматологов научно обоснованным методам работы с детьми с РАС при оказании медицинской помощи.

Как показывает опыт внедрения модели, в подавляющем большинстве случаев (70%) дети с аутизмом, обратившиеся на адаптированные приемы, смогли получить необходимую им по результатам объективного осмотра стоматологическую помощь в амбулаторных условиях.

Таким образом, лечение стоматологических заболеваний под наркозом требовалось только 30% детей с РАС. В эту группу помимо детей с нежелательными поведением, которое не удалось купировать в условиях адаптированного приема, включены также дети, имеющие множественные поражения зубов и нуждающиеся в объемном лечении.

До обращения в проект для проведения стоматологических вмешательств, включая простую процедуру профессиональной чистки зубов, 72,6% детей с РАС получали необходимое лечение только с применением анестезиологического пособия (наркоза либо седации).

Полученные результаты демонстрируют эффективность выбранных методик и подходов при оказании медицинской помощи детям с РАС, положительно влияют на расширение возможностей амбулаторного приема и снижают потребность в применении общего обезболивания для проведения лечебно-профилактических и хирургических вмешательств в условиях стационара.

Безусловно, что при существующем запросе родителей детей с РАС на стоматологические услуги в рамках программы ОМС и отсутствии специальных условий для медицинского обслуживания детей с аутизмом в государственных поликлиниках, стоматологическое лечение в условиях стационара с применением наркоза или седации должно сохраниться (в регионах, где оно есть) и быть обеспечено (в регионах, где его нет) всем пациентам с РАС, другими ментальными нарушениями и поведенческими сложностями в рамках программы ОМС.

В краткосрочной перспективе даже если несколько стоматологических поликлиник города или региона начнут работать в рамках модели «дружелюбная стоматология» невозможно будет удовлетворить потребности всех детей с РАС и поведенческими сложностями, прогнозируемое количество которых может составлять примерно 1% детского населения ([письмо Министерства здравоохранения РФ](#)).

Необходимо поэтапное внедрение в учреждениях первичного звена здравоохранения (не только стоматологических), научно обоснованных методик и подходов, специальных знаний и навыков, которые помогут специалистам взаимодействовать с пациентом с РАС и качественно оказывать ему медицинскую помощь

Родители детей с РАС должны иметь право выбора условий получения качественной стоматологической помощи для своих детей (без или с использованием наркоза), а каждый ребенок с аутизмом – право на доступную среду в медицинском учреждении по месту жительства наравне с другими детьми, имеющими инвалидность по заболеваниям опорно-двигательного аппарата, по зрению или слуху.

Здесь важно обратить внимание на законодательный аспект оказания медицинской помощи. Сам факт наличия поликлиники, врача, кабинета и стоматологического оборудования еще не гарантирует того, что у ребенка с РАС есть доступ к услугам, и он сможет получить помощь рядом с домом. Если врач, не владеет навыками взаимодействия с ребенком, не может провести тщательный осмотр, качественную гигиену или лечение зубов, то это означает, что у ребенка нет доступа к стоматологической помощи. А когда единственным решением этой проблемы остается лечение под наркозом, это означает, что ни у ребенка, ни у родителей нет права выбора условий получения помощи в государственных учреждениях, которые есть у других детей, в т.ч. с инвалидностью.

Ещё более катастрофичной ситуация выглядит, когда нет условий оказания адаптированной стоматологической помощи в поликлинике, а в территориальной программе ОМС региона не предусмотрена возможность лечения зубов под наркозом для детей с аутизмом, и такая ситуация, к

сожалению, не единичная. В этих случаях речь идет уже о лишении ребенка с РАС права на бесплатную медицинскую помощь, что недопустимо в рамках действующего российского законодательства.

Для обеспечения прав детей на бесплатную медицинскую помощь в соответствии с их потребностями не требуется масштабных перемен, а само создание дружелюбных медицинских услуг, как показывает опыт проекта, легко вписывается в существующую инфраструктуру обычной поликлиники.

Создание доступной и дружелюбной среды для детей с РАС не требует серьезных финансовых вложений в ремонт и реконструкцию зданий поликлиник, установку специального оборудования. В структуру расходов на ее создание включаются средства на обучение необходимого количества специалистов дополнительным компетенциям немедицинского характера, приобретение недорогостоящих товаров и предметов для оснащения.

Нематериальным, но самым главным вкладом в создание дружелюбной среды является мотивация руководителей органов управления здравоохранения и медицинского учреждения внедрять сервис, отвечающий запросу родителей детей с РАС, как заказчиков и получателей услуг государственного здравоохранения.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ МОДЕЛИ «ДРУЖЕЛЮБНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»

Масштабирование модели как продукта социального проекта, инициированного для решения очень конкретных задач в сфере здравоохранения, предполагает ее массовое внедрение в систему оказания стоматологических услуг детям с РАС с минимальными финансовыми затратами и организационно-техническими преобразованиями в обычной государственной детской поликлинике.

Моделирование при существующем запросе на стоматологическую помощь в сообществе родителей детей с РАС рассматривалось нами не как единовременный акт, а как создание основы для дальнейшего построения системы адаптированной медицинской помощи с использованием научно обоснованных методик и подходов при РАС, работоспособность и эффективность которых должна быть проверена в пилотной стадии и подвергаться оценке при дальнейшей имплементации в каждом учреждении.

На начальном этапе внедрения модели «дружелюбная стоматология» необходимо наладить взаимодействие с некоммерческими и родительскими организациями, работающими в сфере аутизма в регионе (городе), ознакомить их с видением организации адаптированных приемов, формирования записи и информирования о ней, выяснить потребности

родителей в проведении обучающих мероприятий или информационных материалах.

Далее необходимо сформировать команду специалистов из числа работников медицинской организации, которые заинтересованы в развитии профессиональных компетенций и мотивированы на работу с детьми с РАС и другими ментальными нарушениями. Совсем не обязательно на этапе внедрения создавать большую команду специалистов, но в любом коллективе всегда найдутся 2-3 врача, которые захотят развиваться в направлении медицинской помощи детям с особыми потребностями и поведенческими особенностями. Для одной районной поликлиники этого количества врачей может оказаться достаточно для оказания стоматологической помощи детям с РАС, проживающих на территории района.

В бюджете (внебюджетном фонде) учреждения необходимо предусмотреть ресурсы для обучения команды специалистов методикам и подходам прикладного анализа поведения, необходимым при оказании помощи детям с РАС и поведенческими сложностями, приобретения минимального набора специальных предметов для детей с РАС.

Для обеспечения возможностей организации адаптированных стоматологических приемов детей с РАС в конкретной поликлинике руководителям учреждения необходимо разработать алгоритм оказания медицинской помощи и оценить его в части соблюдения законодательного и правового регулирования оказания стоматологической помощи детскому населению в рамках базовой программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы ОМС, локальных нормативно-правовых актов.

После того, как в поликлинике выработаны алгоритмы записи на прием детей с РАС, сопровождения в день приема, организации самого приема, врачи обучены и готовы к приему детей с РАС, необходимо провести вводный инструктаж (обучение) для всех сотрудников поликлиники, которые участвуют в маршрутизации пациентов – регистраторы, администраторы, технический и младший медицинский персонал. Когда каждый сотрудник медицинского учреждения информирован об особенностях маршрута ребенка с РАС (сокращенное время на оформление документов, ожидание приема, сопровождение в кабинет адаптированного приема и т.п.), влияние среды еще до того, как ребенок окажется в кабинете врача, на проявления проблемного поведения или негативных реакций будет минимизировано, а шансы на успешный первичный прием повысятся.

С целью оценки внедрения модели «дружелюбная стоматология», корректировки организационных условий и врачебных действий, а также дальнейшего развития этого направления работы рекомендуется

использовать собственные или уже апробированные в пилотном проекте формы оценки (могут быть предоставлены по запросу).

Информирование родителей о возможностях обращения на адаптированные приемы для детей с РАС необходимо осуществлять на постоянной основе на ресурсах самого учреждения и во взаимодействии с родительскими НКО, которые могут задействовать собственные каналы распространения информации и привлекать целевых благополучателей услуг.

Полученные нами положительные результаты внедрения модели позволяют говорить о том, что предложенная модель имеет основания для масштабного внедрения, но требует финансовых, организационных и технологических усилий по поддержке актуальности и достоверности информации, обеспечению доступности со стороны государственной системы здравоохранения при участии профильных НКО и родительских организаций.

Мы рассматриваем работы три основные стратегии роста для модели «дружелюбная стоматология»:

- 1.** рост «вглубь» - увеличение охвата адаптированными стоматологическими услугами на уже имеющейся базе - Университетской клиники МГМСУ и других учреждениях г. Москвы;
- 2.** рост «вверх» - совершенствование модели для более эффективного решения социальной проблемы, обусловленной ограниченным доступом детей с аутизмом к качественной стоматологической и медицинской помощи в учреждениях первичного звена здравоохранения;
- 3.** рост «вширь» - увеличение числа благополучателей услуг «дружелюбной стоматологии» в других регионах России.

Необходимость роста и масштабного внедрения модели продиктована актуальным запросом родителей детей с РАС и самого масштабного в России объединения родительских организаций – Ассоциации «Аутизм-Регионы». Это означает что тема адаптированной медицинской помощи для детей с РАС будет в фокусе постоянного внимания родителей в разных регионах России, и для практического здравоохранения необходимы оптимальные решения по внедрению методик и подходов оказания адаптированной медицинской помощи в целом и стоматологии в частности.

И в заключении, мы хотим поблагодарить всех организаторов здравоохранения и врачей, которые готовы улучшать качество жизни и здоровья детей с аутизм, создавая для них доступную медицинскую среду в одной поликлинике, в одном районе, городе или регионе и тем самым обеспечивая их право на охрану здоровья, бесплатную и качественную медицинскую помощь.

1. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10: учеб. пособие / науч. ред. русского текста А. Н. Моховикова; пер. с англ. О. Ю. Донца. – 2-е изд., испр. – М.: Смысл; Издательский центр «Академия», 2008. – 408 с.
2. Hyman S. L. et al. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder // *Pediatrics*. – 2020. – Т. 145. – №. 1.
3. Гажва С.И., Белоусова Е.Ю., Княщук Е.А., Куликов А.С. Особенности стоматологического статуса у детей с расстройствами аутистического спектра // *Современные проблемы науки и образования*. – 2018. – №3.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27625>
4. Rekha C. V., Arangannal P., Shahed H. Oral health status of children with autistic disorder in Chennai // *European Archives of Paediatric Dentistry*. – 2012. – Т. 13. – №. 3. – С. 126-131.
5. Кисельникова Л.П., Дроботько Л.Н., Милосердова К.Б. Оказание стоматологической помощи детям с расстройствами аутистического спектра // *Аутизм и нарушения развития*. 2017. Т. 15. № 3. С. 9—15. doi: 10.17759/autdd.2017150302; URL: https://psyjournals.ru/autism/2017/n3/kiselnikova_drobotko_miloserdova.shtml
6. Клинические рекомендации «Расстройства аутистического спектра» // Ассоциация психиатров и психологов за научно обоснованную практику. 2020. – 61 с. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/> ID: 594/
7. Al-Batayneh O. B. et al. Effectiveness of a tooth-brushing programme using the picture exchange communication system (PECS) on gingival health of children with autism spectrum disorders // *European Archives of Paediatric Dentistry*. – 2019. – С. 1-7.
8. Всемирная организация здравоохранения. (2002). Стратегические направления улучшения здоровья и развития детей и подростков (WHO/FCH/САН/02.21) URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/92132>
9. Вартанова К. А., Камалдинов Д. О. Клиники, дружелюбные к молодёжи (пособие для Организатора) // Новосибирск: Олден-полиграфия. – 2002.
10. Кисельникова Л. П., Лямцева М. П., Кузнецова Ю. Е. Отношение детей с расстройством аутистического спектра к стоматологическому лечению и оценка уровня знаний их родителей по профилактике стоматологических заболеваний (по данным анкетирования) // *Стоматология детского возраста и профилактика*. – 2021. – Т. 21. – №. 1. – С. 16-21.