

УДК 616.831-009.11-053.2-06: 616.31-039.57

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Данилова М. А., Залазаева Е. А.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академ. Е. А. Вагнера» Минздрава России, кафедра детской стоматологии и ортодонтии, г. Пермь, Российская Федерация

Введение. Диагностика, профилактика и лечение стоматологических заболеваний у детей с дизонтогенезом – приоритетное направление современной стоматологии. Ввиду этого важнейшим аспектом ведения амбулаторного приема детей-инвалидов является повышение результатов психологической адаптации ребенка к посещению стоматолога и формирование у него адаптивной внутренней картины болезни.

Цель исследования – разработать практические рекомендации по ведению стоматологического амбулаторного приема детей с церебральным параличом.

Объекты и методы. Когорта пациентов, вошедших в исследование, представлена 35 детьми-инвалидами с двигательными нарушениями в виде спастических форм церебрального паралича, средний возраст которых составил $8,7 \pm 1,2$ года.

Результаты. Приведены данные о стоматологическом профиле обследованных. В 21,6% был диагностирован кариес во фронтальном отделе верхней челюсти. Заболевания хирургического профиля были диагностированы у 25 (71,4%) детей. При этом большая часть пациентов с церебральным параличом имела дисфункции в челюстно-лицевой области по типу спастичности. Приведены особенности ведения стоматологического амбулаторного приема детей с церебральным параличом.

Заключение. Опыт работы с «особыми» детьми доказывает, что при ведении детского стоматологического приема врач-стоматолог должен иметь основы знаний возрастной и семейной психологии, владеть различными технологиями управления поведением детей в ходе проведения каждой стоматологической манипуляции.

Ключевые слова: детский церебральный паралич; психоречевое развитие; стоматологический амбулаторный прием.

EXPERIENCE IN CONDUCTING DENTAL OUTPATIENT ADMISSION OF CHILDREN WITH CRTBRAL PALSY

Danilova M. A., Zalazaeva E. A.

*Perm State Medical University named by academ. E. A. Vagner, Department
of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Perm, Russian Federation.*

Introduction. Diagnosis, prevention and treatment of dental diseases in children with dysontogenesis is a priority area of modern dentistry. In view of this, the most important aspect of outpatient admission of disabled children is to increase the results of the child's psychological adaptation to a dentist visit and the formation of an adaptive internal picture of the disease.

The purpose of the study – development of practical recommendations for the management of dental outpatient admission of children with cerebral palsy.

Objects and methods. The cohort of patients included in the study was represented by 35 disabled children with motor disorders in the form of spastic forms of cerebral palsy, whose average age was 8.7 ± 1.2 years.

Results. The data on the dental profile of the examined are given. In 21.6% of cases, caries was diagnosed in the frontal part of the upper jaw. Surgical diseases were diagnosed in 25 (71.4%) children. At the same time, most of the patients with cerebral palsy had dysfunction in the maxillofacial region by the type of spasticity. The features of the management of dental outpatient admission of children with cerebral palsy are given.

Conclusion. The experience of working with “special” children proves that when conducting a pediatric dental appointment, a dentist must have the basics of knowledge of age and family psychology, possess various technologies for controlling the behavior of children during each dental manipulation.

Keywords: cerebral palsy; psycho-speech development; dental outpatient appointment.

Введение. Стоматологи не всегда уделяют достаточно внимания психологическим особенностям своих пациентов, а, следовательно, не используют в полной мере тот потенциал, который закладывается позитивной коммуникацией с пациентом.

Стоматологические проблемы, как любое заболевание, негативно сказывается на эмоциональном состоянии ребенка. Негативные эмоциональные проявления, в свою очередь, могут отрицательно влиять на процесс реабилитации, затрудняя взаимодействие ребенка с членами мультидисциплинарной бригады, в том числе с врачом-стоматологом. Фундамент детской стоматологии, в том числе хирургической

помощи, строится на способности управлять поведением ребенка во время стоматологического приема. При этом основной целью врача, кроме улучшения стоматологического здоровья ребенка, должно быть формирование у пациента позитивного отношения к стоматологии в целом. При первичном обследовании детей врачом-стоматологом необходимо выбрать правильную тактику поведения с ребенком и его семьей.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание с не прогрессирующими двигательными, речевыми и психическими расстройствами, возникающими в результате нарушения развития головного мозга в раннем онтогенезе под воздействием различных неблагоприятных факторов [3]. Также в последние годы с неблагоприятным действием множества эндогенных и экзогенных факторов связывают увеличение частоты аномалий структур челюстно-лицевой области, обусловленных отклонениями в ходе развития и дифференцировки тканей. Последнее обстоятельство накладывает свой отпечаток на особенности течения стоматологических заболеваний у детей с дизонтогенезом.

Следует отметить, что результаты эпидемиологических исследований населения России показывают, что интенсивность основных стоматологических заболеваний имеет тенденцию роста. Высокая стоматологическая заболеваемость в России представляет реальную угрозу состоянию здоровья подрастающего поколения. При этом у детей с ДЦП задержано и нарушено формирование двигательных функций, в том числе и манипулятивной деятельности, нарушена координация тонких, дифференцированных движений, что доказывает сложность ухода за полостью рта такими детьми самостоятельно при помощи обычных средств индивидуальной гигиены, что способствует повышению распространенности заболеваний полости рта, в том числе хирургической патологии. Помимо этого, по мере роста детей число и варибельность факторов риска возникновения стоматологической патологии возрастает. Так, у 73% детей в возрасте 4,5–6 лет выявляются начальные признаки формирования патологии хирургического профиля. Отчасти, данный факт объясняется высокой распространенностью индекса интенсивности кариеса зубов, в том числе его осложненного течения.

Таким образом, в связи со сложностью проведения лечебно-профилактических мероприятий у детей с ДЦП из-за наличия различных синдромов поражения центральной нервной системы, актуальной за-

дачей становится организация совместной работы врачей разных специальностей, а также специалистов других профилей, оказывающих мультидисциплинарную лечебно-профилактическую и реабилитационную помощь данной категории пациентов, с целью повышения уровня стоматологического здоровья [1].

В частности, целенаправленная, спланированная, комплексная работа врача-стоматолога с психологом, осознанное и заинтересованное включение в этот процесс родителей – важнейший аспект повышения результатов психологической адаптации ребенка к посещению стоматолога и формированию у него адаптивной внутренней картины болезни.

Цель исследования – разработать практические рекомендации по ведению стоматологического амбулаторного приема детей с церебральным параличом.

Объекты и методы. Проведено открытое контролируемое проспективное клиническое исследование. Структуру и методологию научного исследования основывали на принципах доказательной медицины, соблюдая правила качественной клинической практики.

Когорта пациентов, вошедших в исследование, представлена 35 детьми-инвалидами с двигательными нарушениями в виде спастических форм церебрального паралича, средний возраст которых составил $8,7 \pm 1,2$ года. Все дети – с установленным диагнозом и оформленной инвалидностью.

В каждой клинической ситуации оценивали стоматологический и неврологический статусы, статикомоторное и психоречевое развитие [1].

Проводился сбор анамнеза у родителей и тщательный анализ амбулаторной карты ребенка для выявления наследственной предрасположенности к развитию стоматологической патологии, экзогенных факторов риска ее развития [2].

Общий осмотр пациентов включал оценку физического развития и соответствия его возрасту. Осмотр лица проводили в анфас и в профиль. Оценивали лицевые симптомы в статике и динамике, определяли размеры верхней, средней и нижней трети лица, их соотношение, состояние носогубных, подбородочной складок, выраженность подбородка. При осмотре лица в профиль оценивался его тип. При осмотре полости рта обращалось внимание на состояние мягких тканей, слизистой оболочки щек, дна полости рта, неба, форму и положение языка, уздечек губ и языка [2].

Результаты. По результатам проведенного исследования у детей со спастическими формами церебрального паралича было установлено раннее поражение кариесом временных и постоянных зубов. В частности, в 21,6% был диагностирован кариес во фронтальном отделе верхней челюсти. Заболевания хирургического профиля были диагностированы у 25 (71,4%) детей из 35 обследованных.

Так же было установлено, что при спастичности артикуляционных мышц тонус в мышцах языка и губ был постоянно повышен, язык напряжен, оттянут кзади, спинка его спастически изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Произвольные движения губ были ограничены. Повышение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводило к специфическому напряжению губ, резкому ограничению активных движений органов артикуляции. Недостаточность произвольных артикуляционных движений проявлялась в виде нарушения дыхания, глотания, ограниченной подвижности языка, затрудненного жевания, поперхивания во время еды.

Таким образом, врач стоматолог при работе с детьми с ДЦП должен знать и помнить, что большая часть пациентов с данным диагнозом имеет дисфункцию спастического типа: гипервозбудимость и постоянное напряжение отдельных групп мышц, ограниченный контроль мышц шеи, дискоординацию мышц, удерживающих тело в прямой позиции, а также мышц челюстно-лицевой области.

Так, дети с ДЦП могут иметь выраженные рефлексы новорожденных:

- асимметричный тонический шейный рефлекс: при повороте головы рука и нога одноименной стороны вытягиваются, противоположной – сгибаются;
- тонический лабиринтный рефлекс: при откидывании головы назад туловище изгибается дугой, ноги и руки напрягаются;
- рефлекс испуга: в ответ на внезапные стимулы (шум, прикосновение) возникают произвольные сильные телодвижения, которые не следует принимать за протест.

При этом, ребенка в стоматологическом кабинете окружает огромное число раздражителей, вызывающих физический дискомфорт и тревожные эмоции, поэтому его поведение часто принимает протестный характер. Стоматолог, принимающий ребенка, должен организовать работу таким образом, чтобы лечение прошло эффективно, а ребенок приобрел и закрепил позитивное отношение к стоматологии.

При работе с детьми, страдающими ДЦП, следует решить, где будет находиться ребенок во время лечения – в своем инвалидном или в стоматологическом кресле. В ситуации, если ребенок будет находиться в инвалидном кресле:

- изголовье кресла следует уложить на колени врача, обеспечив ему положение на «12 часов»;
- стабилизировать голову и туловище ребенка; если есть проблемы с плотанием – не размещать ребенка горизонтально;
- закрепить руки и ноги в естественном для него положении (чаще конечности фиксируют к телу, при этом можно использовать полотенца, подушки и т.д.);
- предупредить проблемы непроизвольного закрывания рта;
- стараться не провоцировать рефлекс испуга: уменьшить свет, не шуметь, не делать неожиданных движений, инструменты вносить в рот очень спокойно;
- работать быстро, чтобы сократить время пребывания ребенка в кресле и меньше утомлять его мышц.

Заключение. Таким образом, опыт работы с «особыми» детьми показывает, что при ведении детского стоматологического приема врачи сталкиваются с рядом трудностей, характерных для таких детей. Врач-стоматолог должен иметь основы знаний возрастной и семейной психологии, владеть различными технологиями управления поведением детей в ходе проведения каждой стоматологической манипуляции, так как основной проблемой стоматологического приема у детей является то, что большинство врачебных манипуляций для них кажутся или являются агрессивными.

Литература.

1. Бронников, В. А. Эффективность применения комплекса лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий у детей со спастическими формами церебрального паралича / В. А. Бронников, М. А. Данилова, Е. А. Залазаева // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2016. – Т. 116, № 4-2. – С. 68–75.
2. Ортодонтия. Национальное руководство. Т. 2. Лечение зубочелюстных аномалий; под ред. Л. С. Персина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 376 с.
3. Пинчук, Д. Ю. Детский церебральный паралич : о дезинтегративных механизмах постнатального дизнейроонтогенеза и возможностях реабилитации / Д. Ю. Пинчук, В. А. Бронников, Ю. И. Кравцов. – СПб.: Человек, 2014. – 420 с.