



# ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ: КРОКИ ДО УСПІХУ

## ЧАСТИНА 2. ЯК З НИМИ СПІЛКУВАТИСЯ?



**Н.В. Біденко**

д.мед.н., доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (зав. кафедрою – проф. Л.О. Хоменко)

Попередня стаття була присвячена умовам, необхідним для забезпечення ефективного лікування карієсу у дітей віком до 3 років незалежно від того, чи планується застосування загального знеболювання. Зважаючи на вік пацієнтів і, як правило, низький рівень їх кооперації, в багатьох випадках є потреба у седації і загальному знеболюванні [1–5]. Проте такий метод лікування потребує спеціального обладнання, персоналу і чималих коштів. Так, лікування раннього карієсу в США в середньому коштує 2000\$ на одну дитину, а за умови застосування загального знеболювання – 3700–4700\$, іноді – до 6000\$ (за даними університетських клінік університетів в Каліфорнії і Сан-Франциско) [6], причому лікування під наркозом не завжди дозволяє отримати довготривалий позитивний результат [7, 8]. Водночас для певної категорії пацієнтів раннього віку цілком можливе проведення лікування без фармакологічної підготовки та наркозу [9]. Так, за даними В.В. Корчагіної (2007), навіть серед дітей 1 року, що були приведені на прийом до стоматолога, у 15,83% була позитивна поведінка стосовно стоматологічного лікування, а у 28,33% – так звана автором «переборно-негативна» поведінка, що за певних умов давала можливість повести лікування дитини без застосування загального знеболювання [10]. Таким чином, за виконання низки умов цілком можливе лікування дітей раннього віку без виключення їх свідомості. Такими умовами є:

- Встановлення психо-емоційного контакту з дитиною, її психологічна адаптація до умов лікування.
- Забезпечення безболісності або мінімальної болісності та максимально комфортних умов лікування.
- Визначення оптимальної позиції та взаєморозташування лікаря, пацієнта і батьків для лікування.
- Врахування групи ризику дитини стосовно прогресування карієсу і корекція лікувальної тактики відповідно до групи ризику.
- Обрання лікувальної тактики з огляду на її відповідність можливості виконання.



Нерідко саме перша умова виявляється вирішальною для обрання тактики стосовно лікування дитини, адже встановлення психо-емоційного контакту з маленьким пацієнтом є головним моментом, що забезпечує можливість успішної співпраці при виконанні лікувальних і профілактичних заходів. Водночас цей етап є надзвичайно непростим, оскільки вік маленької дитини обмежує її здатність до розуміння і терпіння, що нерідко ускладнює, або навіть унеможлиблює спілкування з нею. Зважаючи на важливість для стоматолога такого аспекту, як кооперативність, діти раннього віку Avery (1978) були названі «передкооперативними» [11].

Ступінь можливості співробітництва дитини з лікарем може бути оцінений за Wright (1975), згідно з яким пацієнт відноситься до таких, що співпрацюють, потенціально співпрацюють або не мають достатньої здатності до співробітництва [11], або за шкалою поведінки Frankl (1962) [11, 12]:

**Клас 1:** Виразно негативна поведінка (відмова від лікування, голосний крик, страх або інші відкриті прояви крайнього негативізму).

**Клас 2:** Негативна поведінка (неохоче прийняття лікування, некооперативність, деякі не явно виражені прояви негативного ставлення (замкнутість тощо).

**Клас 3:** Позитивна поведінка (прийняття лікування, часом – настороженість, готовність виконувати прохання лікаря, часом – із застереженнями, але загалом – кооперативне слідування вказівкам лікаря).

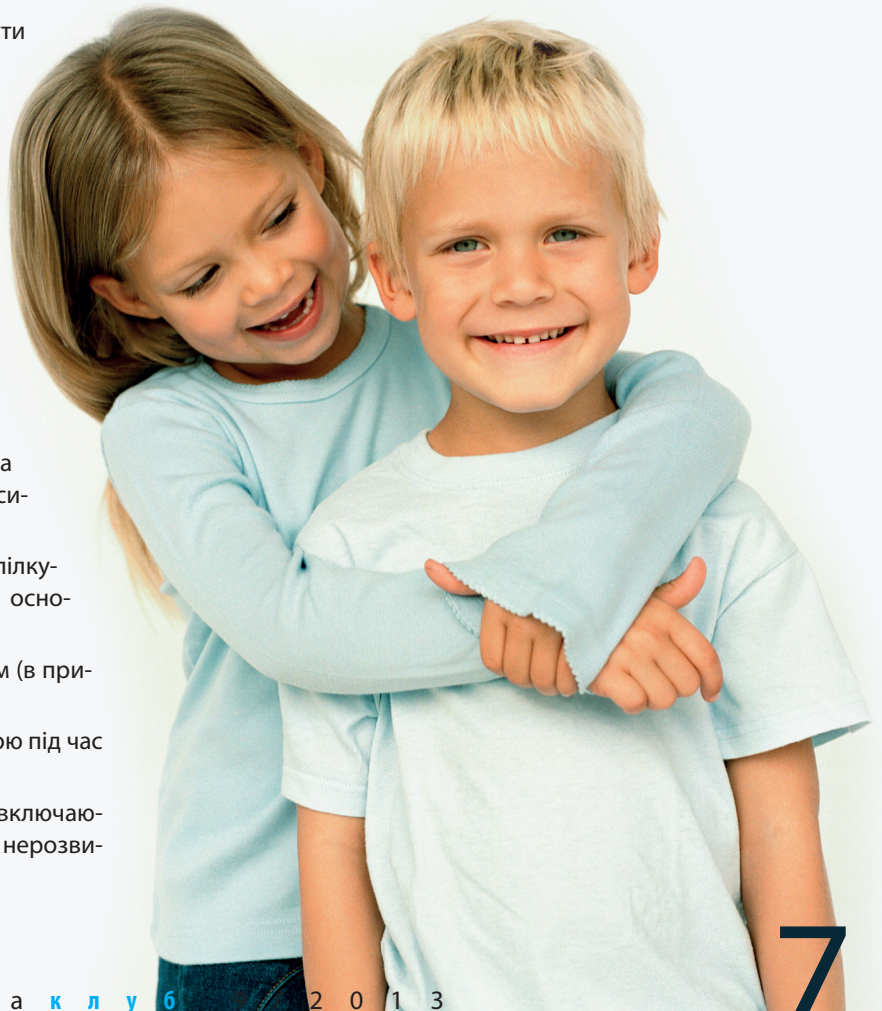
**Клас 4:** Виразно позитивна поведінка (хороший контакт дитини з лікарем, інтерес до стоматологічних процедур, сміх і задоволення).

Визначений ступінь кооперації повинен бути вказаний в історії хвороби дитини.

Нами було систематизовано і запроваджено до застосування такі рекомендації щодо встановлення психо-емоційного контакту з дитиною раннього віку:

- призначення дитини в час її найбільшої активності (для більшості дітей це ранковий час, коли ще не настав час денного сну, і дитина не голодна і не стомлена);
- з'ясування у батьків ступеня поінформованості дитини про мету даного візиту, наявності досвіду відвідання стоматолога та інших лікарів, а також наявність певної психологічної підготовки вдома;
- попередня оцінка здатності дитини до спілкування (вербальної активності і розуміння основних понять – дозволу, заборони тощо);
- перше знайомство з дитиною поза кріслом (в приймальні, коридорі, за столом в кабінеті);
- прямий (не через батьків) контакт з дитиною під час першого знайомства і надалі;
- застосування мультисенсорного підходу (включаючи тактильний контакт), особливо у дітей з нерозвченими мовними навичками;

- виділення достатнього часу для питань та відповідей (для дітей з вираженою вербальною активністю); уважність до слів дитини, особливо зважаючи на недосконалість вимови і нерідко – незрозумілу мову;
- самостійне визначення рівня поінформованості дитини про стоматологічне здоров'я та про мету даного візиту (для дітей з достатньою вербальною активністю);
- голосовий контроль;
- пояснення дитині очікуваної від неї поведінки;
- використання методу «активного слухання»;
- застосування слів, понять і метафор, які сприяють появі необхідних асоціацій та є зрозумілими для маленької дитини; врахування особливостей світосприйняття;
- застосування елементів гри;
- правдивість;
- постійна вербальна підтримка, негайна позитивна оцінка правильної поведінки;
- заохочення при гарній поведінці, формування нових позитивних асоціацій за допомогою матеріальних і нематеріальних заохочень;
- при великому об'ємі роботи і відсутності невідкладної потреби в лікуванні – початок з безболісних та найменш виснажливих маніпуляцій; привчення до бормащини шляхом професійного чищення зубів за допомогою торцевих щіток для наконечника;
- відволікання під час неприємних маніпуляцій (переключення уваги на зорові образи, розмову, тактильне відчуття, допомогу, рух);



- уникнення використання виразів і понять з негативними елементами, навіть якщо загальний їх зміст позитивний (наприклад, «не бійся, це не страшно, не боляче», «потерпи трохи» тощо);
- внесення інформації стосовно психологічних особливостей даної дитини до її медичної картки;
- прийняття до уваги непередбачуваності поведінки маленької дитини і можливості різних ступенів її кооперації протягом різних візитів;
- призначення наступних візитів без тривалої відстрочки.

Питання знаходження дитини в кабінеті разом з батьками або застосування так званої «техніки розділення» має вирішуватись індивідуально в кожному конкретному випадку. Діти віком до 2 років, як правило, потребують обов'язкового перебування в кабінеті разом з батьками. Що стосується старших дітей, то в деяких випадках є доцільним розділення батьків і дитини за умов успішного досягнення хорошого психоемоційного контакту лікаря з дитиною, її бажання лікуватись самостійно і наявності високого рівня тривожності супроводжуючої дитину особи та низького рівня співробітництва з дорослим.

Оскільки цілеспрямована психологічна підготовка маленької дитини до зустрічі зі стоматологом неефективна, батькам треба рекомендувати проводити її не у формі певних настанов і застережень, звернених до дитини, а у вигляді нейтральної розповіді про власний досвід відвідання лікаря та ігор «у лікарню». Перший огляд порожнини рота треба починати з обережного повільного мануального (пальцевого) обстеження без застосування інструментів; при використанні інструментів є доцільним якнайшвидше і якнайповніше оцінити ситуацію в порожнині рота, гострий кінчик зонда страхувати пальцем. Ефективним способом обстеження маленької дитини є фотодіагностика – отримання цифрових фотознімків порожнини рота або окремих зубів, що дозволяє уточнити стан зубів та ясен по фотознімку, зменшуючи час безпосереднього огляду в порожнині рота. Зважаючи на не завжди спокійну поведінку дитини, має виконуватись серія фотознімків у режимі макрозйомки.

Загальними критеріями успішного встановлення психо-емоційного контакту з дитиною можна вважати, що-найперше, присутність її реакції-відповіді на пропозиції і команди лікаря, а також відсутність її дій, що могли би реально перешкодити діям лікаря або значно їх обмежити. Проте критерії відрізняються у різних вікових групах. Так, для дітей до року, яким надзвичайно важко досягти такого контакту з незнайомою людиною, успішною можна вважати ситуацію, коли у дитини не виникає негайної негативної реакції на звертання до неї лікаря, а також коли є можливість оглянути порожнину рота в позиції «коліна до колін» без застосування захисного утримання. Для дітей другого року життя такими критеріями може бути поява емоційного і, за можливості (при достатній мовній активності дитини), вербального контакту між лікарем і дитиною, виконання дитиною найпростіших команд лікаря і відсутність активного супротиву при огляді порожнини рота. Діти 2–3 років після успішного встанов-

лення психо-емоційного контакту активно спілкуються з лікарем, виконують його прохання і команди і успішно співпрацюють під час огляду та здійснення стоматологічних процедур. Варто зазначити, що, незалежно від результатів встановлення психо-емоційного контакту між лікарем і дитиною під час першого відвідування, кожне наступне відвідування повинне починатись саме з цього етапу, оскільки нерідко реагування дитини може не відповідати отриманим спочатку результатам.

Після вирішення питання встановлення психо-емоційного контакту необхідним є обрання методів забезпечення безболісності або мінімальної болісності та максимально комфортних умов лікування. Про це – у наступних розділах.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гавриленко М.А. Застосування синбіотиків у комплексі профілактичних засобів у дошкільнят з карієсом зубів. Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / М.А. Гавриленко; Ін-т стоматології АМНУ – Одеса, 2008. – 20 с.
2. Корчагіна В.В. Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста / В.В. Корчагіна. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 168 с.
3. Fayle S.A. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on management of caries in the primary dentition / S.A.Fayle, R.R.Welbury, J.Roberts // Int. J. Paediatr. Dent. – 2001. – Vol.11. – P.153–157.
4. Lanre L. A retrospective study of pediatric dental patients treated under general anesthesia / L.Lanre, A.Bello // Saudi dent J. – 2000. – Vol.12, №1. – P. 10–15.
5. Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Prevention and Management of dental decay in the pre-school child. 2005. Available at: «<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign83.pdf>». Accessed July 2, 2010.
6. Vargas C.M. Disparities in early childhood caries / C.M.Vargas, C.R.Ronzio // BMC Oral Health. – 2006. – Vol. 6 (Suppl.1). – S. 3–12.
7. Berkowitz R.J. Cause, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective / R.J.Berkowitz // J. Can. Dent. Assoc. – 2003. – Vol. 69. – P. 304–307.
8. DenBesen P. Early childhood caries: an overview with reference to our experience in California / P.DenBesen, R.Berkowitz // J. of the California Dent. Assoc. – 2003. – Vol.2.
9. Корчагіна В.В. Достижение максимального стоматологического здоровья детей раннего возраста внедрением современных технологий: Автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / В.В. Корчагіна – М., 2008. – 35 с.
10. Корчагіна В.В. Роль психологической адаптации в достижении стоматологического здоровья детей раннего возраста / В.В. Корчагіна // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2007. – №3. – С. 65–71.
11. Райт Дж. Управление поведением детей на стоматологическом приеме; пер.с англ. под общей редакцией Т.В.Попруженоко, Т.Н.Тереховой / Дж.Райт, П.Э.Старки, Д.Э.Гарднер. – Москва: МЕДпресс-информ, 2008. – 304 с.
12. Frankl S.N. Should the parent remain with the child in the dental operator? / S.N.Frankl, F.R.Shiere, H.R.Fogels // J. Dent. Child. – 1962. – Vol. 29. – P. 150.