



ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ: КРОКИ ДО УСПІХУ

ЧАСТИНА 3. ЯК ЗРУЧНІШЕ?



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)

На перший погляд це може видатись несерйозним, але популярна фраза Проні Прокопівни з відомої комедії Михайла Старицького: «Як би його прийняти: ...чи стоячи, чи сидячи? Ні, краще лежачи...» – стосовно дитячої стоматології набуває цілком конкретного значення...

Специфічність лікування маленької дитини диктує необхідність певних особливостей взаєморозташування лікаря, маленького пацієнта та його батьків під час виконання лікувальних і профілактичних маніпуляцій [1–4]. Нами було апробовано та проаналізовано різні позиції дитини, лікаря і батьків під час лікування та визначено показання і умови їх використання.

Застосовувались такі позиції взаєморозташування дитини, лікаря і батьків під час обстеження та проведення лікувально–профілактичних заходів:

- ▶ класична позиція дитини сидячи або напівлежачи в кріслі;
- ▶ позиція сидячи на кріслі на руках одного з батьків, спиною до нього;
- ▶ позиція «колінами до колін»;
- ▶ бічна позиція «колінами до колін»;
- ▶ повернута позиція стоячи.

Класичною є позиція стоматологічного пацієнта сидячи або лежачи чи напівлежачи в кріслі (фото 1), коли хтось із батьків знаходиться поруч, в полі зору дитини (варіанти: батьки знаходяться в кабінеті, але не в полі зору дитини; батьки знаходяться за межами кабінету). Позитивними сторонами даної позиції є звичність і зручність роботи лікаря, знаходження батьків в полі зору дитини, наочність для батьків тих процедур, які виконує лікар. Проте для більшості дітей раннього віку така позиція є неприйнятною, зважаючи на низький рівень кооперації у більшості випадків, а також відсутність контролю за довільними рухами дитини під час лікування. Показаннями до такої позиції при лікуванні є кооперативні діти старшого віку (діти, що співпрацюють (за Wright), або класу 4 і 3 за Frankl) [3]. За нашими даними в такій позиції успішно лікувалися лише 4,44 % дітей раннього віку.



Фото 1. Прийом дитини, що сидить в кріслі сама.

Позиція дитини сидячи на руках одного з батьків (фото 2), спиною до нього (другий з батьків відсутній або поруч) має такі переваги, як контроль з боку батьків за поведінкою дитини і звичність лікаря до положення пацієнта в кріслі. Проте суттєвими недоліками є відсутність батьків в полі зору дитини (за виключенням випадків, коли присутні і батько, і мати), гірші умови для огляду порожнини рота для лікаря і відсутність у матері або батька можливості спостерігати за проведенням маніпуляцій. Показаннями до даної позиції є виконання трудомістких процедур у дітей віком понад 2 роки. За нашими даними 28,89 % дітей віком до 3-х років успішно лікувались в такій позиції.



Фото 2. Положення дитини на руках у матері

Позиція «колінами до колін» («knee to knee») – взаєморозташування лікаря, матері і дитини, при котрому лікар і мати (батько) сидять один напроти одного, дотикаючись колінами, дитина лежить на колінах матері, яка притримує її руки, а голова дитини знаходиться на колінах лікаря (фото 3). Переваги такої позиції при огляді і лікуванні дітей раннього віку очевидні: дитина здебільшого бачить матір, а не лікаря, мати може контролювати руки дитини і бачить, які маніпуляції проводить лікар, стоматолог має оптимальну можливість огляду всієї порожнини рота і найкращий доступ до будь-якої її ділянки, дитина не



Фото 3. Позиція «колінами до колін» («knee to knee»).

в змозі завадити діям лікаря. Недоліками даної позиції є небезпека потрапляння чужорідних тіл в дихальні шляхи маленького пацієнта, а також складність або навіть неможливість застосування у дітей з великою масою тіла. В такій позиції можна лікувати практично всіх дітей до 2 років, а за відсутності належної кооперації – і старших дітей (до 3 років) з невеликою масою тіла (за нашими даними – загалом 66,67 % дітей віком до 3 років).

Бічна позиція «колінами до колін» відрізняється від попередньої тим, що дитина лежить на колінах матері і лікаря перпендикулярно до напрямку колін (фото 4). Така позиція може бути зручною для проведення профілактичного огляду і демонстрації батькам правил догляду за порожниною рота дитини, проте вона не може застосовуватись при безпосередньому проведенні профілактичних і лікувальних маніпуляцій.



Фото 4. Бічна позиція «колінами до колін».



Фото 5. Повернута позиція дитини стоячи.

В таких же випадках може застосовуватись і так звана «повернута позиція стоячи», при якій лікар сидить, дитина стоїть спиною до нього, спираючись на лікаря дещо закинутою головою, а мати знаходиться перед дитиною і може тримати її руки (фото 5).

Взаєморозташування дитини, батьків і лікаря обирається в кожному конкретному випадку і залежить від віку дитини, її поведінки і готовності до співробітництва, характеру і ступеня складності планованих до проведення маніпуляцій, а також здатністю і згодою батьків до взаємодії з лікарем. Нами зроблено спробу систематизувати дану інформацію і узагальнити найбільш типові варіанти вибору взаєморозташування лікаря, батьків і дитини. Для цього маніпуляціям, які проводились при лікуванні карієсу у дитини раннього віку, умовно були присвоєні числові значення згідно з рівнем їх складності і тривалості: 1 – обробка зубів розчинами (фторовмісними, фторлаками, імпрегуючими розчинами); 2 – профілактичне покриття фісур склоіономерними цементами; 3 – атравматичне відновне лікування (АВЛ) зубів з каріозними порожнинами, локалізованими на гладких поверхнях і у фісурах молярів; 4 – АВЛ зубів з каріозними порожнинами, локалізованими на аппроксимальних поверхнях зубів; 5 – традиційне препарування із застосуванням бормащини. На підставі клінічних спостережень було складено таблицю вибору позиції лікування маленької дитини в залежності від віку та складності виконаного лікування (таблиця).

Таблиця. Обрання позиції взаєморозташування лікаря, дитини та її батьків під час лікування в залежності від її віку та складності виконуваних маніпуляцій.

Вік	Рівень складності виконуваних маніпуляцій				
	1 (обробка зубів розчинами)	2 (герметизація фісур)	3 (АВЛ на гладких і оклюзійних поверхнях)	4 (АВЛ на аппроксимальних поверхнях)	5 (традиційне препарування)
До 1 року	5	5	5	5	5
Від 1 до 2 років	3–5	3–5	3–5	3–5	4–5
Від 2 до 3 років	2–3	2–3	2–4	2–4	3–4
Понад 3 роки	1–3	1–3	1–3	1–3	1–4

Примітки:

- 1 – класична позиція в кріслі без батьків у кабінеті
- 2 – класична позиція в кріслі без батьків у полі зору
- 3 – класична позиція в кріслі з батьками в полі зору
- 4 – позиція в кріслі на руках у одного з батьків
- 5 – позиція «колінами до колін».

Представлена таблиця є результатом узагальнення нашого практичного досвіду і, звичайно, не може бути незаперечною аксіомою для всіх відповідних клінічних випадків. Проте вона дає можливість оптимізувати роботу лікаря-стоматолога з маленькою дитиною, обираючи найзручнішу позицію у кожному конкретному випадку, а також спонукає до пошуку нових вирішень у даному напрямку.

Загалом для забезпечення максимально комфортних умов лікування дітей раннього віку лікар має обрати оптимальний варіант взаєморозташування учасників лікувального процесу, а також виключити або мінімізувати болісні відчуття за рахунок використання за можливості місцевого знеболення при необхідності виконання болісних маніпуляцій або застосування методик лікування, що не супроводжуються больовими відчуттями (АВЛ), на тлі досягнення достатнього психо-емоційного контакту з дитиною. Докладніше про обрання оптимальної тактики в різних випадках – у наступних публікаціях.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. 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.
2. Корчагина В.В. Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста / В.В.Корчагина. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 168 с.
3. 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.
4. Berg J.H. Early childhood oral health / J.H. Berg, R.L. Slayton. – Wiley-Blackwell, 2009. – 308 p.