

*Л. П. Кисельникова\**, *А. Г. Золотусский*, *Е. Н. Фадеева*, *Р. В. Карасева*

## ОСОБЕННОСТИ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СЕДАЦИИ С СОХРАНЕННЫМ СОЗНАНИЕМ

Кафедра детской терапевтической стоматологии МГМСУ

*\*Кисельникова Лариса Петровна*, д-р мед. наук, проф., зав. каф.; 127206, Москва, ул. Вучетича, д. 9А

♦ Оказание высококвалифицированной стоматологической помощи детям младшего возраста является сложной задачей детской стоматологии. Особенно это касается детей с высокой интенсивностью кариеса и страдающих стоматофобией. Целью данного исследования является определение эффективности санации полости рта таким детям в условиях медикаментозной седации с сохраненным сознанием.

**Ключевые слова:** стоматологическая помощь детям, показания к седации с сохраненным сознанием, дети дошкольного и дошкольного возраста, эффективность лечения

*L.P. Kiselynikova, A.G. Zolotusky, Ye.N. Fadeyeva, R.V. Karaseva*

### THE CHARACTERISTICS OF ORAL CAVITY SANATION IN CHILDREN OF YOUNGER AGE UNDER THE CONDITIONS OF SEDATION WITH RETAINED CONSCIOUSNESS

The chair of child therapeutic stomatology, the Moscow state medical stomatological university, Moscow

♦ The highly qualified stomatological care to children of younger age is a complex task of children stomatology. Especially this is applied to children with high intensity of caries and stomatophobia. The purpose of the present study is to determine the effectiveness of oral cavity sanation in case of such children under the conditions of medicinal sedation with retained consciousness.

**Key words:** children stomatological care, sedation with retained consciousness, children of younger age, effectiveness, treatment

Оказание высококвалифицированной стоматологической помощи детям младшего возраста до настоящего времени является серьезной проблемой. Большая распространенность кариеса и его высокая интенсивность приводят к тому, что маленькие дети являются частыми пациентами детского стоматолога [1, 4, 9, 11].

Специфика физиологического и психологического развития ребенка, трудоемкость и длительность лечебных процедур объясняют тот факт, что для многих детей лечение у стоматолога является стрессогенным фактором, усиленным зачастую уже сформировавшейся стоматофобией у самого ребенка и его родителей [2, 5, 8]. Все это требует создания особых условий для проведения санации полости рта детям младшего возраста [3, 7, 10, 12—14].

На кафедре детской терапевтической стоматологии МГМСУ для этого используется метод лечения на фоне седации с сохраненным сознанием.

Целью исследования является определение эффективности санации полости рта детей младшего возраста в условиях седации с сохраненным сознанием.

По архивным данным и собственным наблюдениям изучали интенсивность кариеса и распространенность его осложнений у 132 детей в возрасте 1—6 лет, которым проведена санация полости рта на фоне медикаментозной седации мидазоламом (Дормикумом) в клинике кафедры детской терапевтической стоматологии. Мидазолам — это транквилизатор бензодиазепинового ряда. Кроме того, при обследовании определяли индекс гигиены по Федорову—Володкиной. Анестезиологическое пособие осуществлялось врачом анестезиологом. Родителям разъяснялась методика седации, и они подписывали информированное согласие.

Стоматологическое обследование детей со стоматофобией представляет значительные трудности. Провести наиболее информативное инструментальное обследование, например зондирование, перкуссию зубов ребенку в обычных условиях невозможно. Поэтому при первичном обследовании проводится тщательный сбор анамнеза, изучение жалоб, осмотр без инструментов.

В анамнезе учитывали антенатальные факторы, способствующие формированию зубов с низкой резистентностью тканей (течение беременности и родов, заболевания матери), а также постнатальные факторы риска, которые продолжают воздействовать на процесс созревания тканей зуба и создают предпосылки к их быстрому разрушению (искусственное вскармливание, ночные кормления кефиром, молоком, сладким чаем из бутылочки, заболевания ребенка на первом году жизни, несформированные навыки гигиены полости рта или их низкий уровень).

Детям, у которых выявлены или предполагаются осложнения кариеса, проводилось диагностическое рентгенологическое исследование, но и его выполнение без анестезиологического пособия иногда было проблематичным.

В ряде случаев уточнение диагноза и окончательный выбор метода лечения определялся уже по ходу лечения, после оказания анестезиологического пособия. Об этом предупреждали родителей и, подписывая информированное согласие с планом лечения, они соглашались и с возможным его изменением. Поскольку один из родителей находился во время лечения вместе с ребенком, коррекция плана лечения не вызывала трудностей.

Выявление факторов риска развития кариеса, особенно тех, которые еще можно корректировать, считали очень важным. Среднее значение индекса гигиены составляло 2,7 балла, что свидетельствовало о плохой гигиене полости рта.

Опрос родителей показал, что у детей, имевших негативный опыт общения со стоматологом, есть проблемы с уходом за полостью рта из-за резко отрицательного отношения к любым действиям во рту. После лечения родителям разъясняли необходимость помочь ребенку со стоматофобией приобрести навыки к эффективному уходу за полостью рта. Это и мера профилактики заболеваний зубов и пародонта, и способ приучить ребенка к процедурам в полости рта.

Изучение интенсивности кариеса показало, что у детей со стоматофобией она достаточно высокая. Даже у детей одного года среднее КПУ составило 3,6, у двухлетних —

Структура индекса КПУ у детей 1—6 лет

Структура индекса	Возраст, годы					
	1	2	3	4	5	6
К	3,6 ± 0,08	5 ± 0,09	4 ± 0,13	5,1 ± 0,14	5,2 ± 0,15	6,5 ± 0,15
П	0	0,5 ± 0,04	1,7 ± 0,09	1,9 ± 0,10	2,4 ± 0,11	2,7 ± 0,12
У	0	0,2 ± 0,02	0,7 ± 0,08	1,1 ± 0,9	1,7 ± 0,09	Не опред.
КПУ	3,6 - 0,08	5,7 ± 0,05	6,4 ± 0,10	8,1 ± 0,11	9,3 ± 0,11	9,2 ± 0,09

5,7. К моменту формирования временного прикуса КПУ достигал 6,4 и удерживался высоким на протяжении всего дошкольного возраста (рис. 1). В индексе КПУ в показателе "У" учитывались только преждевременно удаленные зубы в связи с осложнениями кариеса. Отсутствующие по физиологическим показаниям не учитывались.

Обращает на себя внимание тот факт, что в структуре заболеваний зубов у таких детей большое количество осложнений кариеса, что приводит к необходимости раннего удаления зубов (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что необходимость удалять временные зубы возникает уже с двух лет, количество таких случаев увеличивается с возрастом детей.

Всем детям удаление зубов проводилось по поводу хронического периодонтита. В раннем возрасте это были преимущественно центральные резцы верхней челюсти, к 4—5 годам, кроме резцов, хроническим периодонтитом были поражены первые моляры, чаще нижней челюсти.

Относительно невысокий показатель "П" говорит о том, что санировать полость рта изучаемому контингенту проблематично. Родители детей с предыдущим опытом лечения отмечали не только отсутствие контакта детей с врачом, но и плохую сохранность пломб. Однако это далеко не всегда связано с врачебным непрофессионализмом, так как выполнить качественную реставрацию зуба у сопротивляющегося ребенка иногда практически невозможно.

Эффективность работы стоматолога при относительно спокойном поведении ребенка определяется не только сложностью лечения некоторых заболеваний, но и квалификацией врача, который должен хорошо владеть дифференциальной диагностикой болезней зубов и обладать хорошей техникой выполнения элементов лечения. Важно, чтобы рабочее место врача, работающего с проблемными детьми, было хорошо оборудовано и оснащено и чтобы он обязательно работал с помощником.

Всего наблюдаемым детям вылечено 1116 зубов, из них 1112 временных и 4 постоянных. Разделение этого материала по заболеваниям и возрасту детей представлено в табл. 2.

Данные табл. 2 свидетельствуют о том, что пропорции, в которых встречаются различные заболевания, в обеих возрастных группах сходные: превалирует кариес (54,2%), дальше по убывающей идут пульпиты (31,9%) и периодонтиты (13,9%). Однако удельный вес отдельных форм все же несколько различается. У детей 1—3 лет кариес составляет 59%, а у детей 4—6 лет — только в 49,6%. Пульпитов и периодонтитов больше у детей дошкольного возраста (рис. 2).

Как показали результаты наших исследований, объем оказания стоматологической помощи детям в условиях

Таблица 2

## Встречаемость заболеваний в возрастных группах

Возрастная группа	Кариес	Пульпит	Периодонтит	Итого	
				абс.	%
1—3 года	299	141	59	499	44,7
4—6 лет	306	214	97	617	55,3
Всего ...	605	355	156	1116	100

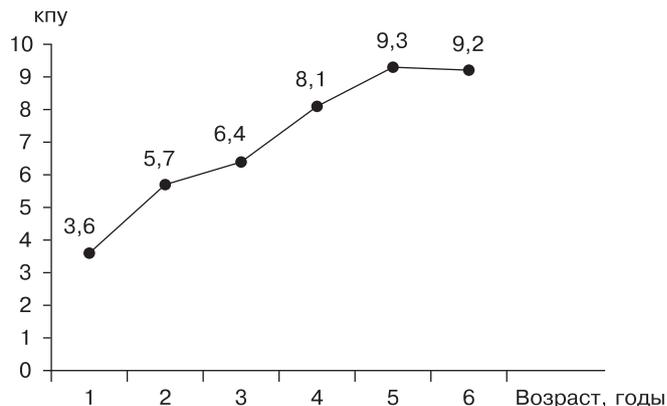


Рис. 1. Динамика интенсивности кариеса временных зубов у детей в возрасте 1—6 лет.

седации с сохраненным сознанием значительно расширяется. Он ограничивается средним временем действия используемых препаратов, в нашем исследовании это 30—35 мин.

По нашим данным, средний объем лечебных мероприятий за одно посещение для детей 1—3 лет составил: кариес — 4,4, пульпит — 2,1, периодонтит (удаление) — 1,5, для детей 4—6 лет — соответственно 4,7, 3,3, 1,8. Для лечения кариеса временных зубов использовали стеклоиномеры и композиционные материалы с адгезивными системами. Лечение пульпита проводили только одностансным методом под местной анестезией. По показаниям проводили лечение пульпита боковых зубов методом пульпотомии с применением формокрезола и сульфата железа, а также экстирпационным методом. Однокорневые зубы лечили только экстирпационным методом. Корневые каналы пломбировали цинкооксид-эвгеноловой пастой.

Учитывая особенности контингента для лечения в условиях седации считали целесообразным некоторый радикализм в выборе методов лечения. Так, при хроническом периодонтите моляров, даже при сформированных

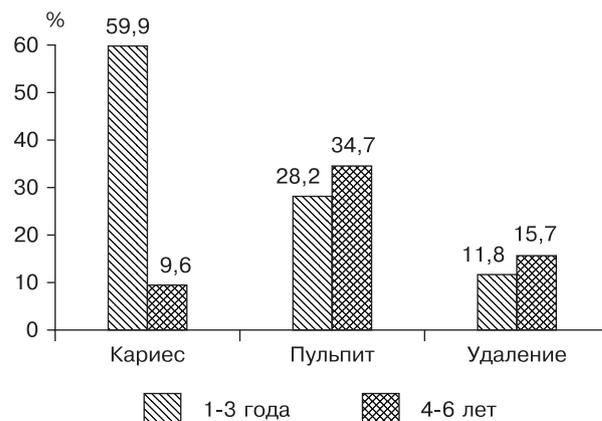


Рис. 2. Кариес и его осложнения у детей разных возрастных групп.

корнях и ограниченной деструкции, предпочитали удаление зубов. Это позволяло не увеличивать количество посещений ребенком стоматолога и более надежно гарантировало ликвидацию воспалительного очага.

При высоком КПУ, требующем изначального планирования не менее двух посещений, вставал вопрос о рациональном распределении объема лечения. Всегда в первое посещение лечили зубы с острой болью или с угрозой реального процесса. Если угрозы не было, считали удобным на первом этапе проводить лечение зубов на одной половине челюстей, на втором — на другой половине. Это позволяло перемещать распорку, не менять положение головы ребенка, освещения, слюноотсоса, т. е. не тратить время на приспособление к условиям работы в других квадрантах полости рта и лишний раз не беспокоить заторможенного ребенка.

Наиболее травматичные элементы лечения целесообразно планировать на первые 20 мин, когда наступивший эффект седации наиболее выражен.

Удаление зубов проводили в конце сеанса лечения с использованием местной анестезии, выполненной в период эффективной седации.

Для санации полости рта 94 (71,2%) детям понадобилось одно посещение, а 38 детям (28,7%) — два посещения. Интервал между ними составлял у большинства детей 5—8 дней. Были случаи, когда по ряду причин повторное посещение состоялось через несколько месяцев.

Важно отметить, что на фоне седации маленьким детям гораздо легче, чем без нее сделать местную анестезию. Седация с сохраненным сознанием позволяет широко внедрять методы односеансного лечения пульпитов, что в целом улучшает качество оказания стоматологической помощи детям.

Отдаленные результаты лечения оценивали в ходе диспансерного наблюдения в течение полутора лет. Сохранность пломб отмечена в 96,3% зубов, нарушение краевого прилегания — в 3,1%, выпадение пломб составило 0,6%. Определяемых воспалительных осложнений после лечения пульпитов не выявлено.

Чем меньше возраст ребенка, тем эффективнее первичная профилактика и больше возможности предупредить осложнения кариеса. Но специфика санации полости рта у ребенка со стоматофобией состоит в том, что в ограниченное действие транквилизатора время надо успеть вылечить те зубы, в которых патология уже сформировалась и есть угроза осложнений, поэтому профилактические мероприятия могут проводить только на завершающем этапе лечения или на втором посещении.

В наблюдаемой группе проводили следующие профилактические мероприятия: фторирование, реминерализующую терапию, герметизацию фиссур временных и постоянных моляров.

Всем детям, у которых была завершена санация полости рта в условиях седации с сохраненным сознанием, была спланирована программа индивидуальной профилактики и рекомендовано диспансерное наблюдение.

## Выводы

1. Метод седации с сохраненным сознанием позволяет создать условия для санации полости рта детям младшего возраста с определенным уровнем стоматофобии.
2. Седация позволяет значительно расширить объем лечения за одно посещение и даже при множественном поражении зубов завершить санацию полости рта за два визита.
3. Седация обеспечивает широкое внедрение односеансных методов лечения пульпитов под местной анестезией.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова А. А., Чирикова Е. Л. // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний. Материалы VI науч.-практ. конф. с международным участием. 18 мая 2010 г. — М.; СПб., 2010. — С. 9—11.
2. Васянина А. А. Лечение зубов у детей с негативным отношением к стоматологическим манипуляциям: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2008.
3. Гончаров А. С., Новикова С. Г., Рабинович С. А. и др. // Сборник трудов VIII Всероссийской науч.-практ. конф. Москва, 14—16 февраля 2011 г. — С. 178.
4. Кисельникова Л. П., Зуева Т. Е., Кружалова О. А. и др. // Дет. стоматол. и профилактика. — 2007. — № 2. — С. 19—22.
5. Корчагина В. В. Достижение максимального стоматологического здоровья детей раннего возраста внедрением новых технологий: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2008.
6. Леонтьев В. К., Кисельникова Л. П. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. — М., 2010. — С. 367—369.
7. Небольсина Е. В. // Стоматол. сегодня. — 2010. — № 2. — С. 24.
8. Рыжова Е. А., Петрова А. П. // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний: Материалы VI науч.-практ. конф. с международным участием 18 мая 2010 г. — М.; СПб., 2010. — С. 113—115.
9. Суценко А. В., Алферова Е. А., Красникова О. П., Вусатая Е. В. // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний: Материалы VI науч.-практ. конф. с международным участием. — М.; СПб., 2010. — С. 227—229.
10. Фокина Т. Ю., Белозерова Н. Н., Попов Н. В. // Сборник трудов VIII Всероссийской науч.-практ. конф. Москва, 14—16 февраля 2011 г. — С. 164.
11. De Moura Sieber V. L. S. et al. // Caries Res. — 2006. — Vol. 49, N 4. — P. 334.
12. Matharu L. M., Ashley P. F. // Comment. Evid. Based. Dent. — 2005. — Vol. 6. — P. 71.
13. Uzun S., Dal D. // Pediatr. Anaesth. — 2007. — Vol. 17, N 8. — P. 817—818.
14. Wilson S. // Pediatr. Dent. — 2004. — Vol. 26. — P. 131.

Поступила 17.01.12