

Санація порожнини рота у дітей із обтяженим соматичним анамнезом

Oral cavity treatment in children with complicated somatic anamnesis

Смоляр Н.І., Солонько Г.М.
Львівський національний медичний
університет ім.Данила Галицького,
каф. стоматології дитячого віку
(в.о. зав. каф. — доц. Е.В. Безвушко)
N.I. Smolyar, G.M. Solonko

Резюме Узагальнено рекомендації щодо особливостей санації порожнини рота у дітей із соматичною патологією, враховуючи вибір методики знеболювання, оптимальних методик лікування, проведення профілактичних заходів на основі аналізу результатів стоматологічного лікування 614 дітей.

Summary Recommendations regarding features of oral cavity treatment in children with complicated somatic anamnesis were generalized considering methods of anaesthesia, optimal treatment modalities, conduction of preventive measures based on results analysis of 614 dentally treated children.

Ключові слова діти, санація порожнини рота, соматична патологія, наркоз

Key words children, oral cavity treatment, somatic pathology, general anaesthesia

Упродовж останніх років у нашій країні складається негативна ситуація із станом здоров'я дітей усіх вікових груп [1]. Постійно зростає відсоток як соматично, так і стоматологічно хворих дітей, з'являються нові клінічні форми захворювань.

Доведено незаперечний взаємозв'язок між патологічними змінами у порожнині рота та наявністю хронічної соматичної патології у дітей, який проявляється у вигляді взаємного обтяження [2-4]. Зміни стоматологічного статусу дітей, що мають хронічні соматичні захворювання, часто відображають загальні зміни, які відбуваються в організмі. З іншого боку, незадовільний стан порожнини рота дитини може стати причиною виникнення та підтримання хронічного соматичного захворювання. Хронічний перебіг соматичної патології — це найсприятливіший фон для розвитку карієсу зубів, оскільки він супроводжується пригніченням неспецифічної резистентності організму дитини, порушується формування

твердих тканин зубів, що викликає зниження рівня структурно-функціональної резистентності емалі [5].

При наявності стоматогенного вогнища інфекції патологічний процес у будь-якому органі чи системі перебуває в патогенетичному зв'язку з хронічним, іноді прихованим, запальним процесом у порожнині рота [6]. У разі відсутності стоматологічного лікування в дітей із соматичною патологією розвивається ендогенна інтоксикація, підвищена схильність до розвитку вірусних та бактерійних інфекцій, тонзилітів, ларинготрахеїтів, бронхітів, ревматизму та ін. Це зумовлює необхідність постійного моніторингу та докладного різнобічного вивчення поєднаних патологій як стоматологами, так і педіатрами та вузькими спеціалістами.

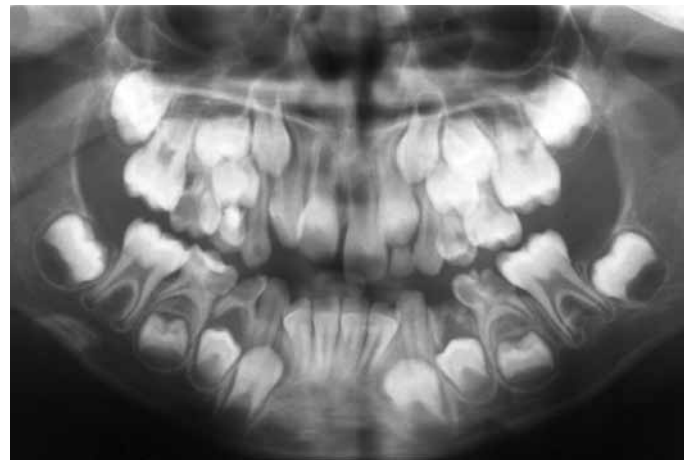
На жаль, під час діагностики та лікування стоматологічних захворювань дитячий стоматолог не завжди враховує загальний стан організму дитини. Педіатри також недостатньо уваги

приділяють стану порожнини рота та зубів своїх пацієнтів.

Багато дослідників встановили високу поширеність карієсу як молочних, так і постійних зубів у дітей, а також хвороб пародонта при наявності у них соматичних захворювань (патології нирок, шлунково-кишкового тракту, ендокринної системи, дихальної системи). За даними Казакової Р.В., Білищунка М.В., Лук'яненко Н.С., Воляка М.Н. (2008) [7], діти з декомпенсованою формою карієсу мають хронічні системні захворювання, причому у 80 % із них виявлено поєднану патологію. За даними Н.Б. Кузник, О.І. Годованець (2010) [8], ускладнення карієсу у вигляді пульпітів і періодонтитів постійних зубів спостерігалися у 44,4% обстежених дітей із хронічним гастродуоденітом, у 28,0% дітей — при вегетосудинній дистонії та у 32,2% — при хронічному бронхіті, їх було діагностовано більше ніж у половини дітей, хворих на цукровий діабет (62,5%). Пацієнтам з соматичною патологією, зо-



Мал. 1. Ортопантомограма пацієнта М., 4 роки, хронічний пієлонефрит



Мал. 2. Ортопантомограма дитини 8 років, цукровий діабет



Мал. 3. Ортопантомограма пацієнта 7 років, бронхіальна астма

крема дітям з особливими потребами, складно надавати адекватну допомогу для досягнення стоматологічної та соціальної реабілітації у різні вікові періоди. Лише окремі стоматологи мають досвід лікування таких пацієнтів [9, 10]. Метою санації порожнини рота у дітей із соматичними захворюваннями є не лише лікування карієсу та його ускладнень, захворювань пародонта, але і запобігання ускладненням, які б могли порушувати лікування основного захворювання та одужання дитини, усунення вогнищ одонтогенної інфекції або виключення можливості їх виникнення.

Незнання чи неврахування особливостей перебігу основного захворювання у дитини, можливостей використання різних методик стоматологічного лікування призводить до того,

що пацієнти залишаються без повноцінної допомоги, а багато з них – поза увагою лікарів-стоматологів та суспільства загалом.

Мета дослідження – визначення особливостей стоматологічної санації дітей із соматичною патологією з урахуванням загального стану організму для покращення якості надання стоматологічної допомоги.

Матеріали та методи дослідження

На стоматологічному лікуванні протягом 2006–2011 років перебувало 614 дітей із хронічною соматичною патологією, з них 366 хлопців та 248 дівчат віком від 2 до 12 років. Дітей розділили за наявністю у них системної патології (табл. 1).

Дані про соматичний діагноз надали педіатр або лікуючий лікар та внесли до стоматологічної амбулаторної іс-

Таблиця 1. Розподіл дітей залежно від соматичного захворювання

| Вид патології | Разом дітей, абс. % | Хлопчики, абс. % | Дівчатка, абс. % |
|---|---------------------|------------------|------------------|
| Захворювання ЦНС | 36 (5,86) | 28 (7,65) | 8 (3,23) |
| Вроджені вади розвитку | 4 (0,65) | 3 (0,82) | 1 (0,4) |
| Захворювання ШКТ | 64 (10,42) | 34 (9,29) | 30 (12,1) |
| Захворювання дихальної системи | 58 (9,47) | 24 (6,56) | 34 (13,71) |
| Захворювання сечовидільної системи | 52 (8,47) | 34 (9,29) | 18 (7,26) |
| Захворювання ендокринної системи | 18 (2,93) | 10 (2,73) | 8 (3,23) |
| Захворювання алергічного походження (зокрема бронхіальна астма) | 186 (30,29) | 114 (31,15) | 72 (29,03) |
| Часті ГРЗ | 100 (16,29) | 57 (15,57) | 43 (17,34) |
| Захворювання CCC | 28 (4,56) | 22 (6,01) | 6 (2,42) |
| Кілька захворювань у однієї дитини | 68 (11,06) | 40 (10,93) | 28 (11,28) |
| Разом | 614 (100) | 366 (100) | 248 (100) |

Таблиця 2. Розподіл дітей залежно від способу знеболення

| Вид патології | Вид знеболення | | | | | |
|--|----------------|------------------|------------------|---------------|------------------|------------------|
| | Загальне | | | Місьцеве | | |
| | Разом, абс. % | Хлопчики, абс. % | Дівчатка, абс. % | Разом, абс. % | Хлопчики, абс. % | Дівчатка, абс. % |
| Захворювання ЦНС | 32 (12,03) | 24 (13,48) | 8 (9,09) | 4 (1,15) | 4 (2,13) | 0 (0) |
| Вроджені вади розвитку | 2 (0,75) | 2 (1,12) | 0 (0) | 2 (0,57) | 1 (0,53) | 1 (0,62) |
| Захворювання ШКТ | 2 (0,75) | 2 (1,12) | 0 (0) | 62 (17,82) | 32 (17,02) | 30 (18,75) |
| Захворювання дихальної системи | 4 (1,5) | 2 (1,12) | 2 (2,27) | 54 (15,52) | 22 (11,7) | 32 (20,0) |
| Захворювання сечовидільної системи | 4 (1,5) | 2 (1,12) | 2 (2,27) | 48 (13,8) | 32 (17,02) | 16 (10) |
| Захворювання ендокринної системи | 2 (0,75) | 0 (0) | 2 (2,27) | 16 (4,58) | 10 (5,33) | 6 (3,75) |
| Захворювання алергічного походження (зокрема бронх. астма) | 158 (59,41) | 108 (60,68) | 50 (56,83) | 28 (8,04) | 6 (3,19) | 22 (13,76) |
| Часті ГРЗ | 6 (2,25) | 2 (1,12) | 4 (4,54) | 94 (27,03) | 55 (29,25) | 39 (24,37) |
| Захворювання ССС | 14 (5,27) | 14 (7,88) | 0 (0) | 14 (4,02) | 8 (4,25) | 6 (3,75) |
| Кілька захворювань в однієї дитини | 42 (15,79) | 22 (12,36) | 20 (22,73) | 26 (7,47) | 18 (9,58) | 8 (5,0) |
| Разом | 266 (100) | 178 (100) | 88 (100) | 348 (100) | 188 (100) | 16 (100) |

торії хвороби. Як видно з даних таблиці, у досліджуваній групі найчастіше траплялися діти з обтяженим алергологічним анамнезом – 186 дітей (30,29%): 114 хлопців та 72 дівчинки; ті, які часто хворіють на гострі респіраторні захворювання, – 100 дітей (16,29%): 57 хлопців та 43 дівчат; одночасно кілька захворювань діагностовано у 11,06% дітей (40 хлопців та 28 дівчат), що вважалося як більш обтяжений соматичний анамнез. Серед усіх дітей було 40 (6,51%) із особливими потребами (захворювання ЦНС, вроджені вади розвитку), які потребували особливої тактики стоматологічного лікування.

У всіх дітей визначали стоматологічний статус – стан твердих тканин зубів, пародонта, слизової оболонки порожнини рота. Для уточнення діагнозу за показаннями проводили ортопантомографію, короткофокусну прицільну рентгенографію, на підставі чого складали план лікування.

При плануванні стоматологічної санації враховували такі критерії:

1. Обсяг необхідних лікувальних заходів (пломбування каріозних порож-

нин молочних і постійних зубів, ендодонтичне лікування, видалення за показаннями, проведення профілактичних заходів).

2. Вибір виду знеболювання.
3. Вибір методики лікування.
4. Підбір засобів гігієни.
5. Проведення профілактичних заходів, надання рекомендації.
6. Визначення кратності контрольних оглядів.

Після завершення санації всі діти отримали рекомендації щодо догляду за порожниною рота і раціонального харчування та перебували на диспансерному спостереженні.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті стоматологічного обстеження дітей із соматичною патологією виявлено, що у всіх наявний множинний карієс з інтенсивністю ураження від $10,14 \pm 0,29$ молочного зуба (кп) у дітей 2-річного віку до $7,92 \pm 0,11$ зуба у дітей 12 років (КПВ+кп), високий відсоток ускладненого карієсу молочних зубів – 78,13% дітей. У середньому на одну ди-

тину припадає $1,44 \pm 0,13$ ураженого пульпітом зуба та $1,61 \pm 0,18$ зуба із періодонтитом – наявні одонтогенні вогнища інфекції та низький рівень санації порожнини рота (мал. 1-3). Це зумовлює потребу великого обсягу втручань у кожної дитини, врахування стану здоров'я та визначення особливостей лікування залежно від соматичного діагнозу.

У результаті проведення лікувально-профілактичних заходів у дітей з фоновою патологією ми визначили особливості санації порожнини рота у цієї категорії дітей.

Знеболення

Відомо, що якісне виконання лікувальних маніпуляцій під час санації порожнини рота можливе лише при безболісному втручанні та налагодженій співпраці лікаря та пацієнта. Вибираючи спосіб знеболення, враховували те, що ступінь ризику використання обраного виду анестезії не повинен бути вищим за ступінь ризику стоматологічного втручання.

Показання до проведення того чи іншого виду знеболення визначав під

час консультації дитини стоматолога та, при потребі, анестезіолога після збору анамнезу у батьків чи опікунів, обстеження дитини, визначення обсягу втручання. У досліджуваній категорії дітей використовували місцеве та загальне знеболення. Розподіл дітей за способом знеболення для санації порожнини рота наведено у табл. 2.

Як свідчать дані таблиці, більше ніж половина дітей (348 із 614) (56,67 %) отримали лікування під місцевою анестезією або без неї. При проведенні місцевої анестезії перевагу надавали інфільтраційному знеболенню, враховуючи вікові анатомо-топографічні особливості будови щелепно-лицевої ділянки у дітей. Обов'язково здійснювали психологічну підготовку дитини перед ін'єкцією, до першого введення анестетика проводили алергопробу. Препаратом вибору став 3% мепівастезин («3М ESPE») у вікових дозуваннях. Анестетики з вазоконстрикторами не використовували у дітей до 6 років та у дітей з вадами серця, захворюваннями серцево-судинної системи, ендокринними хворобами, після 6-річного віку розведення судинозвужувальних препаратів у анестетик було 1:200 000.

У 266 дітей – 43, 32% (178 хлопців та 88 дівчат) санацію порожнини рота проводили під загальним знеболюванням (тотальною доведеною анестезією – TVA з використанням гіпнотика ультракороткої дії – пропофолу). За даними В.І. Стош, С.А. Рабинович (2007) [11], потреба у загальному знеболенні під час санації порожнини рота в дитячій амбулаторній практиці в 10 разів більша, ніж у дорослих, і становить 12-15 %, а серед дітей із соматичною патологією – 36-40%. Серед лікованих нами під загальним знеболюванням найбільше виявилось дітей із обтяженим алергологічним анамнезом (158 – 108 хлопців та 50 дівчат), що становить 59,41%, діти із захворюваннями ЦНС – 12,03 % (32 осіб), одночасно кілька соматичних захворювань діагностовано у 15,79% (42) дітей.

Загальносоматичні показання до проведення загального знеболювання для стоматологічної санації:

- вади розвитку та захворювання ЦНС, хвороба Дауна, олігофренія, гідроцефалія, ДЦП, аутизм, родова травма, епілепсія;
- хвороби, перебіг яких може змінитися під час стоматологічного лікування (врожені та набуті вади серця у стадії компенсації, бронхіальна астма, цукровий діабет);
- неможливість носового дихання (аденоїди II-III ступеня);
- діти з алергічною реакцією на місцеві анестетики, схильністю до алергії, анафілактичним шоком чи набряком Квінке в анамнезі;
- діти зі схильністю до втрати свідомості.

Вибір методики лікування

Враховуючи декомпенсований перебіг каріозного процесу у дітей із соматичною патологією, взаємне обтяження перебігу, неможливість скласти достовірний прогноз стоматологічного лікування, ми рекомендуємо обирати найбільш оптимальні методики лікування карієсу та його ускладнень.

Так, лікуючи карієс як молочних, так і постійних зубів (особливо з неформованими коренями), використовували склоіономерні матеріали як такі, що запобігають розвитку вторинного карієсу (Photac fill appli-car, «3М ESPE»). Під час ендодонтичного лікування молочних зубів для запобігання ускладненням застосовували лише екстирпаційні методики лікування, пам'ятаючи, що вітальна пульпотомія при лікуванні пульпів переважно неефективна. Якщо є сумнів у сприятливому прогнозі консервативного лікування ускладненого карієсу, перевагу надавали видаленню зуба, особливо це стосувалось дітей із важким преморбідним фоном (діти з вадами серця, нирок, зниженим імунітетом, хронічними інфекційно-алергічними захворю-

ваннями), декомпенсованою формою карієсу і у випадку наявності вогнища хронічної одонтогенної інфекції. У стоматологічному кабінеті повинна бути укладка для надання негайної допомоги та проведення серцево-легеневої реанімації, зокрема кисень та дефібрилятор.

При обтяженому алергологічному анамнезі або захворюваннях алергічного походження проводили десенсибілізуючу терапію, починаючи із 2-3 дня до початку стоматологічної санації і завершуючи курс на 4-5 день після закінчення лікування.

Враховуючи декомпенсований перебіг каріозного процесу у дітей із соматичною патологією, актуальним є також питання адекватної санації інфекційних джерел не лише місцево, але і системно (ендогенно). Тому ми рекомендуємо при лікуванні ускладненого карієсу (періодонтиту) у дітей з обтяженим преморбідним фоном антибактеріальні препарати [12-14].

Підбір засобів гігієни

Особливе значення для підтримання задовільного стану порожнини рота та профілактики карієсу має розроблення рекомендацій з гігієнічного догляду. У хворих дітей, а саме тих, які перебувають на лікарняному режимі й отримують тривале медикаментозне лікування, особливо у вигляді суспензій, відмічено недостатнє самоочищення порожнини рота, наслідком якого є розмноження патогенних штамів мікроорганізмів. Таких дітей навчали навичок гігієнічного догляду за порожниною рота, інструктували їх батьків щодо правил чищення зубів, ретельно підбирали засоби гігієни залежно від стоматологічного статусу. Перевагу віддавали лікувально-профілактичним зубним пастам із вмістом фтору відповідно до віку та рекомендаціям ВООЗ, щіткам середньої жорсткості, рекомендували використання ополіскувачів після кожного прийому їжі.

Профілактичні заходи

Після завершення санації порожнини рота всім дітям обов'язково призначали комплекс лікувально-профілактичних заходів: регулярне проведення професійної гігієни (1 раз на 3-4 місяці), герметизацію фісур молочних та постійних зубів відразу після прорізування, екзогенну профілактику карієсу у вигляді глибокого фторування емаль-герметизуючим ліквідом за Кнаппвостом, щоденне використання

ремінералізуючого препарату Tooth mousse протягом 1 місяця двічі на рік. Препарати для ендогенної профілактики (препарати кальцію, фосфору, фтору) призначали лише за показаннями після консультації з лікарем. Отже, діти з соматичними захворюваннями повинні бути включені у групу ризику розвитку карієсу та захворювань пародонта для докладного моніторингу стану зубощелепної системи, вчасного лікування стоматологічних захворювань та проведення профілак-

тичних заходів. У зв'язку із складністю стоматологічного лікування таких дітей, різноманітністю симптомів та ускладнень, які можуть виникати при цьому, а також із потребою тривалого постійного спостереження лікування дітей із соматичною патологією слід проводити у спеціалізованих центрах, де працюють висококваліфіковані спеціалісти різних профілів, з обов'язковою наявністю анестезіологічного кабінету для санації порожнини рота під загальним знеболюванням.

Література

1. Стан здоров'я школярів великого міста / В.П. Неділько, Т.М. Камінська, С.А. Руденко, Л.П. Пінчук // Клиническая педиатрия. — 2008. — №1 (10) — С.14—18.
2. Дычко Е.Н. Состояние органов полости рта у детей с хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания / Е.Н. Дычко, Е.В. Шпилевская // Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей: Научные труды. — Казань, 1990. — С. 24—27.
3. Боровский Е.В. Биология полости рта / Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев. — М.: Медицинская книга, 2001. — 256с.
4. Смоляр Н.І. Хронічна одонтогенна інфекція та її вплив на організм дитини / Н.І. Смоляр, У.О. Стадник, Г.М. Солонько // Матеріали XIII конгресу СФУЛТ. — Львів, 2010. — С.235—236.
5. Безушко Е.В. Взаємозв'язок карієсу зубів із соматичною патологією в дітей, які проживають у районах, різних за екологічною ситуацією / Е.В. Безушко, І.В. Микичак // Український стоматологічний альманах. — 2012. — №4. — С. 115—117.
6. Андрейчин М.А. Методи дослідження ендогенної інтоксикації організму/ М.А. Андрейчин, М.Д. Бех, В.К. Дем'яненко // Методичні рекомендації МОЗ України. — Київ, 1998. — 31 с.
7. Уровень стоматологического здоровья у детей с декомпенсированной формой кариеса зубов / Р.В. Казакова, М.В. Бильщук, Н.С. Лукьяненко, М.Н. Воляк // Вісник стоматології. — 2010. — №2. — С. 111—113.
8. Кузник Н.Б. Стоматологічний статус дітей із супутньою соматичною патологією/ Н.Б. Кузник, О.І. Годованець // Буковинський медичний вісник. — 2010. — № 1. — С.45—47.
9. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Т.Ф. Виноградова. — М.: Медгиз, 1988. — 255 с.
10. Purnima Hernandez. Behavior management of children with autism spectrum disorder in dental environments / Purnima Hernandez, Zachary Ikkanda // JADA.142 (3). — 2011. — P.281—287.
11. Стош В.И. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии/ В.И. Стош, С.А. Рабинович. — М.: ГЭОТАР, 2007 — 176 с.
12. Пайкуш В.А. Застосування антибіотикотерапії при санації ротової порожнини у дітей під наркозом в амбулаторних умовах / В.А. Пайкуш, Г.М. Солонько, М.А. Пайкуш // Практична медицина. — 2011. — №4. — С.20—26.
13. Козлов Р.С. Справочник по антимикробной терапии / Р.С. Козлов, А.В. Дехнел. — Смоленск: Марма, 2010. — 416 с.
14. Barbara L. Child Taming How to Manage Children in Dental Practice/ Barbara L., Chadwick, M.T. Hosey. — Quintessence Publishing, 2003. — 127 p.

*Вітаємо шановних читачів
з Новими 2013 роком!*

Бажаємо здоров'я, радості та достатку.
Нехай наступний рік буде багатим
на нові здобутки та радісні події!

