

УДК 616.31-08-039.71-089.5-031.81-053.2-056.24

ОБЩЕЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

¹Тарасова Н.В., ^{1,2}Буянкина Р.Г., ¹Алямовский В.В., ¹Федорова Т.В., ²Дегтярева Л.Г.

¹ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

Красноярск, e-mail: rector@krasgmu.ru;

²КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 5», Красноярск

Статья посвящена исследованию проблемы санации полости рта детям с ограниченными возможностями здоровья. На основании клинического опыта определены и проанализированы этапы подготовки и санации полости рта данной категории детей под общим обезболиванием. Доказано, что количество лечебных манипуляций увеличилось с 264 (вылечено 90 зубов, удалено 174) до 287 (вылечено 212 зубов, удалено 75), но идет увеличение консервативных методов лечения твердых тканей зубов в 2,4 раза по отношению к радикальным методам.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, санация полости рта, общее обезболивание

THE GENERAL ANESTHESIA AS ONE OF METHODS OF SANITATION OF THE ORAL CAVITY BY CHILDREN WITH LIMITED OPPORTUNITIES OF HEALTH

¹Tarasova N.V., ^{1,2}Buyankina R.G., ¹Alyamovsky V.V., ¹Fedorova T.V., ²Degtyareva L.G.

¹Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenytsky,

Ministry of Public Health, Russian Federation, Krasnoyarsk, e-mail: rector@krasgmu.ru;

²Krasnoyarsk interdistrict children's clinical hospital No. 5, Krasnoyarsk

Article is devoted to research of a problem of sanitation of an oral cavity to children with limited opportunities of health. On the basis of clinical experience the stages of preparation and sanitation of an oral cavity of this category of children under the general anesthesia are defined and analysed. It is proved that the number of medical manipulations increased with 264 (90 teeth are cured, it is removed 174) to 287 (212 teeth are cured, it is removed 75), but there is an increase of conservative methods of treatment of solid tissues of teeth in 2,4 times in relation to radical methods.

Keywords: children with limited opportunities of health, sanitation of an oral cavity, the general anesthesia

По данным ВОЗ (2013), 5,1% детского населения мира являются инвалидами, из числа которых 0,7% имеют тяжелые формы патологий [3]. Проблема ограничений возможностей здоровья (ОВЗ) среди детского населения в России остается приоритетной. Так, по данным Росстата, число детей-инвалидов в 2010 г. на территории РФ составили 495,3 тыс. человек (1,9% детей) [9], по Красноярскому краю – 9,2 тыс. (1,5%) [4]. На сегодняшний день данный показатель в нашем регионе вырос на 0,2% и репрезентативен значениям по стране [8]. В структуре причин ОВЗ у детей Красноярского края первое место принадлежит психическим расстройствам (27,4%), второе – болезням нервной системы (25,8%), на третьем месте – врожденные аномалии (20,5%) [5].

Общая численность обучающихся в общеобразовательных учреждениях для детей с ОВЗ в Красноярском крае за последние пять лет выросла в 1,1 раза, что позволяет своевременно проводить диспансерное наблюдение только 54,2% детей

и подростков [2, 8]. Вместе с тем Приказом Минздрава России от 21.12.2012 г. № 1348н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях» не регламентируются профилактические осмотры у врача-стоматолога [7]. Лица с ограниченными возможностями имеют серьезные физиологические, физические и интеллектуальные проблемы, что обусловлено сочетанием неблагоприятных социальных, психологических, биологических и генетических факторов. Вместе с тем происходит снижение адаптационных возможностей организма и возрастает потребность в деликатном оказании медицинских услуг в целом и стоматологических, в частности. Ведущим фактором высокой интенсивности и распространенности стоматологических заболеваний у детей с ОВЗ является невозможность выполнения рациональных мануальных навыков по гигиене полости рта [6, 10].

Необходимо отметить отсутствие специальных навыков у врача-стоматолога для грамотного общения с лицами с ограниченными возможностями здоровья. Так, в ходе оказания стоматологических услуг детям и подросткам с сенсорными нарушениями необходимо присутствие дополнительного персонала для установления диалога с ребенком [11]. Нарушение мобильности и координации движений у пациентов с расстройством стагодинамической функции, сложности в концентрации внимания у лиц с умственной отсталостью и задержкой психического развития, а также возможные поведенческие проблемы у детей с психическими расстройствами исключают возможность длительных процедур и применение травмоопасных медицинских инструментов [1, 2]. Все вышеперечисленное способствует повышению тревожности ребенка, а также затрудняет и пролонгирует проведение стоматологических лечебных манипуляций.

Таким образом, на приоритетные позиции в проведении санации полости рта у детей с ограниченными возможностями здоровья выходят методы общего обезболивания.

Цель исследования

Стоматологическое лечение детей с ограниченными возможностями здоровья под общим обезболиванием является одним из эффективных методов плановой санации полости рта детей-инвалидов.

Задачи исследования

1. Проанализировать этапы подготовки ребенка с ограниченными возможностями здоровья (умственная отсталость, детский церебральный паралич – ДЦП) к проведению санации полости рта под общим обезболиванием.

2. Определить последовательность санации полости рта ребенка с ОВЗ в условиях общего обезболивания.

3. Оценить показатели плановой санации полости рта у детей с ОВЗ под общим обезболиванием.

Материалы и методы исследования

Клиническое исследование проводилось на базе отделения челюстно-лицевой хирургии Красноярской межрайонной детской клинической больницы № 5 (КГБУЗ «КМДКБ № 5») в период 2012–2014 гг. За 3 года под общим обезболиванием проведены плановые санации полости рта у 285 детей, из них 201 – (70,5 %) это дети с тяжелыми нарушениями интеллекта и опорно-двигательного аппарата (таблица).

В соответствии с задачами исследования проанализировали и определили этапы подготовки и стоматологической санации детей с ОВЗ под общим обезболиванием, определили количество пролеченных зубов по неосложненному и осложненному кариесу и количество удаленных зубов за 2012–2014 гг.

Полученные данные регистрировали в компьютерной базе данных, после чего производили их статистическую обработку. Вычисления выполняли с использованием расчетной функции в программе Excel для среды Windows.

Результаты исследования и их обсуждение

Отделение челюстно-лицевой хирургии Красноярской межрайонной детской клинической больницы № 5 оказывает квалифицированную медицинскую (стоматологическую) помощь детям краевого центра и районов Красноярского края. Специалисты отделения занимаются санацией полости рта под общим обезболиванием. В случае, когда стоматологическое лечение невозможно проводить под местным обезболиванием в связи с неустойчивой психикой, нарушениями чувствительности, восприятия, когнитивных и коммуникативных способностей, а также наличием хореического гиперкинеза и атетоза, тяжелыми пороками развития и др.

Стоматологическая санация с применением общего обезболивания – это плановое мероприятие, для которого требуется специальная подготовка. Подготовка детей с ограниченными возможностями здоровья к плановой санации под общим обезболиванием имеет следующие этапы:

Первый этап: осмотр врачом-стоматологом полости рта ребенка. Обследование ребенка начинается с выяснения характера стоматологического заболевания и планирования предстоящего объема вмешательства. Обычно правильно определить эти параметры не сложно, однако у детей с ОВЗ провести полный осмотр полости рта не всегда представляется возможным. В подобных случаях следует ограничиваться частичным осмотром и дополнить сведениями, полученными от родителей (опекунов), а окончательный стоматологический диагноз выставить после достижения анестезии. Также в ходе осмотра выявляется необходимость предварительного рентгенологического обследования челюстно-лицевой области. Далее оценивается объем работы и последовательность лечебных манипуляций. План работы составляет на 40–60 минут наркотического времени, принимая во внимание спокойное поведение ребенка, работу без перерыва даже на сплевывание, наличие ассистента и хорошее стоматологическое оснащение.

Структура детского контингента с ОВЗ, по основному заболеванию

Основное заболевание	2012 г.	2013 г.	2014 г.
	абсол. число (%)	абсол. число (%)	абсол. число (%)
ДЦП	15 (25,8%)	21 (30,4%)	25 (33,8%)
Умственная отсталость	33 (74,2%)	48 (69,6%)	49 (66,2%)
Всего детей с ОВЗ	48 (100%)	69 (100%)	74 (100%)

Второй этап подготовки: проведение дополнительного обследования, которое включает осмотр ребенка врачом-педиатром КМДКБ № 5. Педиатру предоставлялись сведения от участкового врача о перенесенных заболеваниях, эпидемиологическом окружении и возможности лечения зубов под общим обезболиванием. Педиатром детской хирургической больницы проводится оценка клинических анализов крови и мочи и оценивается состояние ребенка на момент осмотра.

Заключительным этапом подготовки детей с ОВЗ к лечению под общим обезболиванием является консилиум специалистов: врача-стоматолога, педиатра, анестезиолога-реаниматолога, на котором принималось решение о возможности санации, дате, времени лечения, периода выхода ребенка из наркоза и длительности периода наблюдения в стационаре.

С родителями проводилась беседа, в ходе которой объяснялись правила подготовки ребенка к лечению под общим обезболиванием, возможные осложнения, а также особенности реабилитации детей после санации.

Во время наркоза с пациентом работает бригада: врач-анестезиолог, врач-стоматолог, сестра-анестезист, ассистент стоматолога, санитарка операционного блока. Этапы санации детей с ограниченными возможностями здоровья под общим обезболиванием заключаются в следующем:

1. Лечебные манипуляции в ротовой полости начинали только после полного выключения сознания, релаксации мышц и наступления аналгезии (решение о начале работы принимает врач-анестезиолог).

2. Проведение санации начинали с наиболее сложных и болезненных манипуляций: препарирования глубоких кариозных полостей, эндодонтического вмешательства и др., последовательно на одной стороне челюсти, затем – на другой. Только после этого проводили пломбирование корневых каналов и кариозных полостей. Для медикаментозной обработки использовали лекарственные препараты, которые не имеют

выраженных запахов (1,0% перекись водорода, хлоргексидина биглюконат).

3. Для пломбирования каналов использовали пасты на основе эвгенола, для пломбирования кариозных полостей – стеклоиономерные цементы и компомеры, т.к. методика работы с ними наименее длительна и более удобна в условиях наркоза.

4. Удаление зубов проводили на последнем этапе санации.

Послеоперационный период до полного пробуждения ребенка проходит в специальной палате под наблюдением врача-анестезиолога и сестры-анестезиста. Обычно этот период длится от 40 минут до 1,5 часов, после чего ребенок просыпается и адаптируется после наркоза.

Родителям давали рекомендации по уходу за ребенком после общего обезболивания, времени приема пищи, рациональному питанию, повторному приему у стоматолога. В этот же день дети возвращались домой.

После проведения плановой санации полости рта рекомендовали проходить профилактические осмотры не реже трех раз в год, с обязательным обучением мануальным навыкам по рациональной гигиене полости рта.

При анализе проведенных плановых санаций детям с ограниченными возможностями здоровья выявлено, что возрастает количество детей, санированных под общим обезболиванием. Так, в 2013 году на 19,0% и в 2014 году на 27,6% увеличилось количество санированных детей в сравнении с 2012 годом.

В 2012 году просанировано детей до 14 лет – 42 (72,4%), из них 2 ребенка – воспитанники детского дома-интерната для умственно отсталых детей; 15–17-летних подростков – 16 (27,6%) человек. Вылечено всего 90 зубов, по поводу кариеса – 27 (30,0%), по поводу осложненного кариеса – 63 (70,0%) зуба. Удалено по поводу периодонтитов и физиологической смены 174 зуба (10 постоянных и 164 временных зуба). Ввиду множественного поражения кариесом зубов у 7 детей (12,1%) проводилась санация под общим обезболиванием в два посещения.

В 2013 году санация полости рта проведена 52 детям (75,4%) до 14 лет и 17 подросткам до 18 лет (24,6). Вылечено всего 126 зубов, по поводу кариеса – 34 (2,7,0%), по поводу осложненного кариеса – 92 (73,0%) зуба. Удалено по поводу периодонтитов и физиологической смены 63 (9 постоянных, 54 временных) зуба.

В 2014 году 53 (71,6%) ребенка до 14 лет и 21 (28,4%) подросток проходили лечение зубов под общим обезболиванием в КМДКБ № 5. Вылечено всего 212 зубов, по поводу кариеса – 37 (17,5%), по поводу осложненного кариеса – 175 зубов (82,5%). Удалено по поводу периодонтитов и физиологической смены 75 зубов (16 постоянных, 59 временных). На повторную санацию к врачу-стоматологу под общим обезболиванием (2014 г.) обратились 5 пациентов (6,8%), которые были просанированы в 2013 году. У данных детей отмечался прирост новых кариозных полостей, кариес депульпированных зубов за счет частичного скола стеклокоронок постоянных зубов.

Таким образом, несмотря на совершенствование местной анестезии в стоматологии, санация под общим обезболиванием должна существовать, особенно для пациентов с тяжелой сопутствующей патологией (большинство их которых инвалиды).

Выводы

1. Наиболее частым показанием к общему обезболиванию при санации полости рта явился патологический психоневрологический статус, наследственные болезни и синдромы, а также лабильная нервная система с непреодолимым страхом перед манипуляциями у детей.

2. Для эффективного стоматологического лечения под общим обезболиванием требуется специальная подготовка пациента и взаимодействие родителей (опекунов) и медицинского персонала хирургического стационара.

3. Хирургическая санация полости рта под общим обезболиванием проводится в конце терапевтической санации.

4. Для своевременного выявления, лечения и качественного осуществления профилактики стоматологических заболеваний необходимо взаимодействие родителей, педиатров, узких специалистов с врачом-стоматологом.

В заключение считаем возможным подчеркнуть, что хорошая организация анестезиологической службы, включающая четкое и правильное определение показаний

и противопоказаний к виду и способу обезболивания, реальную оценку состояния ребенка, адекватное и технически грамотное анестезиологическое и стоматологическое обеспечение на всех этапах пребывания его в стационаре являются залогом и гарантией успешной работы и стоматологического здоровья пациентов.

Список литературы

1. Артюхов И.П. Основные тенденции состояния здоровья подростков города Красноярск / И.П. Артюхов, М.Ю. Галактионова, А.Л. Рахимова // Сиб. мед. обозрение. – 2012. – № 6. – С. 47–52.
2. Галонский В.Г. Обоснование психолого-педагогических приемов к проведению «Уроков стоматологического здоровья» у детей с сенсорной депривацией слуха / В.Г. Галонский, Н.В. Тарасова, О.А. Елисеева // Сиб. мед. обозрение. – 2013. – № 3. – С. 11–17.
3. Глобальное бремя болезней (Global Burden of Disease): порождение доказательств направления политики – региональное издание для Европы и Центральной Азии [Электронный ресурс]. – Seattle, WA: IHME, 2013. – Режим доступа: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_EuropeCentralAsia/IHME_GBD_WorldBank_EuropeCentralAsia_FullReport_RUSSIAN.pdf. (дата обращения 19.02.2015).
4. Доклад Правительства Красноярского края «О положении детей в 2010 году» [Электронный ресурс]. – Красноярск, 2010. – Режим доступа: http://www.krskstate.ru/press/pressinter/0/doklad_id/134 (дата обращения 19.02.2015).
5. Доклад Правительства Красноярского края «О реализации Конвенции о правах инвалидов в Красноярском крае» [Электронный ресурс]. – Красноярск, 2014. – Режим доступа: http://www.krskstate.ru/press/pressinter/0/doklad_id/183/print/yes. (дата обращения 19.02.2015).
6. Лупан И.Г. Программа здоровья полости рта у детей с ограниченными возможностями инновации в стоматологии / И.Г. Лупан, А.Ф. Спинеи, Ю.Г. Спинеи // [Электронный ресурс]. – Ереван, 2014. – Режим доступа: <http://dentalcongress.ru/konkurs/sotsialnyy-proekt-v-moldovev-programma-zdorovya-polosti-rta-u-detey-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami.php> (дата обращения 09.03.2015).
7. Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях: Приказа Министерства здравоохранения РФ № 1348н от 21 декабря 2012 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/6876-prikaz-minzdrav-rossii-ot-21-dekabrya-2012-g-1348n>. (дата обращения 19.02.2015).
8. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://krsstat.gks.ru>. (дата обращения 19.02.2015).
9. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>. (дата обращения 19.02.2015).
10. Aliamovskii V., Duzh A., Tarasova N., Galonsky V. Dentoalveolar anomalies in children with cerebral palsy // International Dental Journal. – 2015. – V.65 (Suppl. 1). – P. 92.
11. Alyamovskiy V., Tarasova N., Galonskiy V., Duzh A., Eleseeva O. Oral Hygiene Education in Children with Sensory Hearing Deprivation // International Dental Journal. – 2013. – V.63 (Suppl. 1). – P.195–196.

References

1. Artjuhov I.P. Osnovnye tendencii sostojanija zdorovja podrostkov goroda Krasnojarska / I.P. Artjuhov, M.Ju. Galaktionova, A.L. Rahimova // Sib. med. obozrenie. 2012. no. 6. pp. 47–52.

2. Galonskij V.G. Obosnovanie psihologo-pedagogicheskikh priemov k provedeniju «Urokov stomatologicheskogo zdorovja» u detej s sensornoj deprivaciej sluha / V.G. Galonskij, N.V. Tarasova, O.A. Eliseeva // *Sib. med. obozrenie*. 2013. no. 3. pp. 11–17.
3. Globalnoe bremja boleznej (Global Burden of Disease): porozhdenie dokazatelstv napravlenie politiki regionalnoe izdanie dlja Evropy i Centralnoj Azii [Jelektronnyj resurs]. Seattle, WA: IHME, 2013. Rezhim dostupa: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_EuropeCentralAsia/IHME_GBD_WorldBank_EuropeCentralAsia_FullReport_RUSSIAN.pdf. (data obrashhenija 19.02.2015).
4. Doklad Pravitelstva Krasnojarskogo kraja «O polozhenii detej v 2010 godu» [Jelektronnyj resurs]. Krasnojarsk, 2010. Rezhim dostupa: http://www.krskstate.ru/press/pressinter/0/doklad_id/134 (data obrashhenija 19.02.2015).
5. Doklad Pravitelstva Krasnojarskogo kraja «O realizacii Konvencii o pravah invalidov v Krasnojarskom krae» [Jelektronnyj resurs]. Krasnojarsk, 2014. Rezhim dostupa: http://www.krskstate.ru/press/pressinter/0/doklad_id/183/print/yes. (data obrashhenija 19.02.2015).
6. Lupan I.G. Programma zdorovja polosti rta u detej s ogranichenymi vozmozhnostjami innovacii v stomatologii / I.G. Lupan, A.F. Spinej, Ju.G. Spinej // [Jelektronnyj resurs]. Erevan, 2014. Rezhim dostupa: <http://dentalcongress.ru/konkurs/sotsialnyy-proekt-v-moldove-programma-zdorovya-polosti-rta-u-detey-s-ogranichenymi-vozmozhnostyami.php> (data obrashhenija 09.03.2015).
7. Ob utverzhdenii Porjadka prohozhdenija nesovershenoletnimi dispansernogo nabljudenija, v tom chisle v period obuchenija i vospitanija v obrazovatelnyh uchrezhdenijah: Prikaza Ministerstva zdavoohranenija RF no. 1348n ot 21 dekabrya 2012 g. [Jelektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/6876-prikaz-minzdrava-rossii-ot-21-dekabrya-2012-g-1348n>. (data obrashhenija 19.02.2015).
8. Territorialnyj organ Federalnoj sluzhby gosudarstvennoj statistiki po Krasnojarskomu kraju [Jelektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: <http://krasstat.gks.ru>. (data obrashhenija 19.02.2015).
9. Federalnaja sluzhba gosudarstvennoj statistiki [Jelektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: <http://www.gks.ru>. (data obrashhenija 19.02.2015).
10. Aliamovskii V., Duzh A., Tarasova N., Galonsky V. Dentoalveolar anomalies in children with cerebral palsy // *International Dental Journal*. 2015. V.65 (Suppl. 1). pp. 92.
11. Alyamovskiy V., Tarasova N., Galonskiy V., Duzh A., Eliseeva O. Oral Hygiene Education in Children with Sensory Hearing Deprivation // *International Dental Journal*. 2013. V.63 (Suppl. 1). pp. 195–196.