

Формирование позитивного отношения к стоматологическому лечению путем коррекции психоэмоционального состояния у детей с церебральным параличом

Е.А. ЗАЛАЗАЕВА, к.м.н., ассистент
Кафедра детской стоматологии и ортодонтии
ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава РФ

Creating a positive position to dental treatment through the correction of psychoemotional status in children with cerebral paralysis

E.A. ZALAZAEVA

Резюме

Целенаправленная, спланированная, комплексная работа врача-стоматолога с психологом, осознанное и заинтересованное включение в этот процесс родителей — важнейший аспект повышения результатов психологической адаптации ребенка к посещению стоматолога и формированию у ребенка адаптивной внутренней картины болезни. Цель исследования — выявить взаимосвязь между зубочелюстными аномалиями и психологическими проблемами у детей с церебральным параличом и возможности их коррекции для формирования позитивного отношения к стоматологическому лечению. Выявлены взаимосвязи между зубочелюстными аномалиями и такими психологическими показателями как волевые нарушения ($r = 0,31$; $p = 0,02$) и нарушения адаптации ($r = 0,41$; $p = 0,002$). В результате проведенной психологической коррекции снижалась агрессивность и страх, формировалось позитивное отношение к стоматологическому лечению у детей с церебральным параличом. Работа врача-стоматолога с данной категорией детей строится на мультидисциплинарном подходе с активным привлечением в реабилитационный процесс психологов, чтобы спрогнозировать реакцию ребенка перед стоматологическим вмешательством и, таким образом, найти индивидуальный психологический подход к каждому ребенку, а также для коррекции возникших в результате заболевания психологических нарушений.

Ключевые слова: инвалид, реабилитация, междисциплинарный подход, эмоционально-волевая сфера, адаптация, когнитивные процессы, челюстно-лицевая область, нейтральная окклюзия, зубочелюстные аномалии.

Abstract

Purposeful, planned, comprehensive work of a dentist with a psychologist, informed and interested in the inclusion process of parents is the most important aspect of improving the results of psychological adaptation of the child to visit the dentist and develop adaptive internal picture of the disease. The aim of the study was to identify the relationship between dentofacial abnormalities and psychological problems in children with cerebral paralysis and their possible correction for the formation of a positive attitude towards dental treatment. Identified the relationship between dentofacial abnormalities and psychological indicators such as willful violations ($r = 0,31$; $p = 0,02$) and adjustment disorders ($r = 0,41$; $p = 0,002$). As a result of psychological correction decreased aggressiveness and fear, formed a positive attitude towards dental treatment in children with cerebral paralysis. The work of a dentist with this category of children is based on a multidisciplinary approach with active involvement in the rehabilitation process by psychologists, to predict the reaction of the child before dental interventions and, thus, to find an individual psychological approach to each child, as well as for the correction caused by the disease psychological disorders.

Key words: disability, rehabilitation, interdisciplinary approach, the emotional-volitional sphere, adaptation, cognitive processes, maxillofacial region, neutral occlusion, dentoalveolar anomalies.

Актуальность

Стоматологи не всегда уделяют достаточно внимания психологическим особенностям своих пациентов, а, следовательно, не используют в полной мере тот потенциал, который закладывается позитивной коммуникацией с пациентом. Стоматологические проблемы, как любое заболевание, негативно сказывается на эмоциональном состоянии ребенка. Негативные эмоциональные проявления в свою очередь могут отрицательно влиять на процесс реабилитации, затрудняя взаимодействие ребенка с членами мультидисциплинарной бригады, в том числе с врачом-стоматологом.

Фундамент детской стоматологии строится на способности управлять поведением ребенка во время стоматологического приема. При этом основной целью детского врача-стоматолога, кроме улучшения стоматологического здоровья ребенка, должно быть формирование у пациента позитивного отношения к стоматологии в целом. При первичном обследовании врачом-стоматологом детей необходимо выбрать правильную тактику поведения с ребенком и его семьей.

Детский церебральный паралич (ДЦП) — заболевание с непрогрессирующими двигательными, речевыми и психическими расстройствами, возникающими в результате нарушения развития головного мозга в раннем онтогенезе под воздействием различных неблагоприятных факторов [1, 14].

Также в последние годы с неблагоприятным действием множества эндогенных и экзогенных факторов связывают увеличение частоты аномалий структур челюстно-лицевой области (ЧЛО), обусловленных отклонениями в ходе развития и дифференцировки тканей [8, 12, 15]. Последнее обстоятельство накладывает свой отпечаток на особенности течения стоматологических заболеваний у детей с перинатальной патологией.

Следует отметить, что результаты эпидемиологических исследований населения России показывают, что интенсивность основных стоматологических заболеваний имеет тенденцию роста [9]. Высокая стоматологическая заболеваемость в России представляет реальную угрозу состоянию здоровья подрастающего поколения [13].

В частности, кариес зубов является основным стоматологическим заболеванием у детей. Распространенность данной патологии для временных зубов у детей 2 лет достигает 27,7%, 3 лет — 57,7%, 4 лет — 64,2%, 5 лет — 78,3%, 6 лет — 85,4%, при интенсивности 0,9, 2,8, 3,2, 4,8, 5,2 соответственно. Те же показатели для постоянных зубов в 6 лет составляют 22,0% и 0,3, в 12 лет — 73,0% и 2,51 [10, 11]. Следует помнить, что во временных аспектах кариес в молочных зубах протекает быстрее, чем в постоянных. Это обусловлено структурно-функциональной незрелостью твердых тканей зуба и не вполне адекватным функционированием барьерных систем, направленных на регулирование обменных реакций на местном уровне [5, 7].

Многофакторность кариозного процесса доказана многочисленными исследованиями. Установлено, что развитие кариеса происходит вследствие деминерализации эмали зуба кислотами, являющимися продуктом ферментации пищевых углеводов бактериями зубного налета [16–21]. При этом у детей с ДЦП задержано и нарушено формирование двигательных функций, в том числе и манипулятивной деятельности, нарушена координация тонких, дифференцированных движений, что доказывает сложность ухода за полостью рта такими детьми самостоятельно при помощи обычных средств индивидуальной гигиены, что способствует повышению распространенности заболеваний ротовой полости [4].

Помимо этого, по мере роста детей количество и вариабельность факторов риска возникновения зубочелюстных аномалий возрастает. Так, у 73% детей в возрасте 4,5–6 лет выявляются начальные признаки формирования зубочелюстных аномалий [6].

Таким образом, в связи со сложностью проведения лечебно-профилактических мероприятий у детей с ДЦП из-за наличия различных синдромов поражения центральной нервной системы, актуальной задачей становится организация совместной работы врачей разных специальностей, а также специалистов других профилей, оказывающих мультидисциплинарную лечебно-профилактическую и реабилитационную помощь данной категории па-

циентов, с целью повышения уровня стоматологического здоровья [2]. В частности, целенаправленная, спланированная, комплексная работа врача-стоматолога с психологом, осознанное и заинтересованное включение в этот процесс родителей — важнейший аспект повышения результатов психологической адаптации ребенка к посещению стоматолога и формированию у ребенка адаптивной внутренней картины болезни.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление взаимосвязи между зубочелюстными аномалиями и психологическими проблемами у детей с церебральным параличом и возможности их коррекции для формирования позитивного отношения к стоматологическому лечению.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническое комплексное стоматологическое и психологическое обследование 54 пациентов в возрасте от 7 до 10 лет проводилось на базе КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов» и кафедры детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России (г. Перми).

Проведено полное стоматологическое обследование пациентов с использованием самых доступных и информативных методов в стоматологии. Помимо собственно клинических методов обследования (сбор анамнеза, осмотр, перкуссия, пальпация) мы использовали индексную оценку состояния органов и тканей полости рта [3].

Для обеспечения качественного осмотра, с последующим лечением и установлением психологического контакта с ребенком, учитывался целый ряд факторов:

- возрастной период ребенка;
- стадия интеллектуального развития ребенка;
- тип эмоционального развития ребенка;
- темперамент ребенка;
- тип поведения ребенка во время стоматологического приема;
- тип родительского отношения.

Из психодиагностических методик были использованы: шкала явной тревожности СМАС (адаптация А. М. Прихожан), методика диагностики самооценки

Дембо-Рубинштейн (модификация А. М. Прихожан), комплексная психолого-педагогическая диагностика ребенка, направленная на исследование когнитивных процессов, эмоционально-волевой сферы, мотивационной сферы, самопринятия ребенком себя, возможности коммуникации и адаптации ребенка, агрессивности, сформированности внутренней картины болезни.

Были проведены анализ медицинских карт, беседы с детьми и их родителями.

В зависимости от отношения ребенка к врачу-стоматологу детей делили на три основные группы:

- способные выполнять инструкции врача;
- неспособные выполнять инструкции врача (отсутствие контакта);
- дети, которых можно заставить следовать инструкциям врача.

Другая классификация, используемая в исследовании поведения детей, — шкала Франкла. Шкала делит поведение ребенка на четыре категории:

- абсолютно негативное. Ребенок отказывается от лечения. Плачет, полон страха;
- негативное. Ребенок с неохотой принимает лечение, имеются некоторые признаки негативизма, но не столь явно выраженные;
- позитивное. Ребенок принимает лечение, но с настороженностью. Он выполняет требования врача;
- абсолютно позитивное. Хороший контакт с врачом, ребенок проявляет интерес к проводимым процедурам, смеется, радуется.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке состояния окклюзии зубочелюстные аномалии (ЗЧА) диагностированы у 41 ребенка (76%), нейтральная окклюзия — у 13 (24%).

В структуре сформированных ЗЧА аномалии отдельных зубов встречались в 11 случаях (20%), аномалии зубных рядов — в 6 случаях (11%), аномалии окклюзии — у 12 человек (22%), отдельно были выделены сочетанные ЗЧА (например, аномалии отдельных зубов и аномалии зубных рядов и т.п.) — в 12 случаях (22%).

Высокие показатели распространенности (80%) и интенсивности ($2,10 \pm 0,48$) кариеса зубов и высокие долевые позиции поражения кариесом фронтальной группы зубов верхней челюсти обследуемых детей указывают на то, что данная по-

пуляция является группой высокого риска и требует серьезных подходов к оздоровлению и санации полости рта.

Помимо этого, на стоматологическом приеме у обследуемых детей установлена выраженность разнообразных расстройств эмоционально-волевой сферы. У одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, агрессии, реакциях протеста, у других — в виде заторможенности, застенчивости и робости.

В результате психологической диагностики выявлено: эмоционально-волевые нарушения диагностированы у 26 детей (48%), заниженная самооценка характерна для 6 детей (11%), у 4 детей (7%) самооценка завышена. Снижение учебной мотивации выявлено у 10 детей (18%), повышение тревожности у 43 человек (80%), высокая агрессивность характерна для 31 ребенка (57%), проблемы адаптации имеют 41 ребенок (76%), внутренняя картина болезни не сформирована у 41 ребенка (76%).

Полученные данные говорят о том, что у данной категории детей нарушено сознательное управление своим поведением и деятельностью. У данных детей часто возникает эмоциональная напряженность, связанная с различными эмоциональными, стрессогенными факторами и оказывающая воздействие на мотивационную, эмоционально-волевую, интеллектуальную сферу. Дети, имеющие высокий уровень тревожности, легко раздражаются, расстраиваются по пустякам, теряются в простых ситуациях, не уверены, боятся неудач, быстро возбуждаются.

Важное личностное образование детей младшего возраста — самооценка. Часть исследуемых детей имеют завышенную или заниженную самооценку, это свидетельствует о наличии затруднений в общении, неуверенности, болезненном реагировании на замечания.

Выявлены взаимосвязи между зубочелюстными аномалиями и такими психологическими показателями как волевые нарушения ($r = 0,31$; $p = 0,02$) и нарушения адаптации ($r = 0,41$; $p = 0,002$). Полученные данные говорят о том, что чем более выраженный стоматологический дефект у ребенка, тем тяжелее ре-

бенку управлять своим поведением и преодолевать внутренние и внешние препятствия при совершении целенаправленных поступков. В результате, находясь на приеме у стоматолога, ребенку трудно сдерживать импульсивное эмоциональное проявление и эффективно использовать психологическую и поведенческую саморегуляцию. Также у данных детей нарушается способность адекватно реагировать на происходящие события, приспосабливаться к новым, изменяющимся условиям, все это затрудняет их интеграцию в общество.

Со всеми детьми, находящимися на реабилитации, в течение 21 дня проводились психокоррекционные занятия с использованием песочной терапии, игротерапии, занятий в сенсорной комнате, также работа с родителями ребенка. Работа проводилась в индивидуальной и групповой форме.

Помимо психологической коррекции дети принимали участие в досуговых мероприятиях, развивали при необходимости мелкую моторику и навыки самообслуживания, получали медицинские процедуры.

В конце курса реабилитации психолог провел повторную диагностику с использованием того же набора тестов.

Для выявления различий между данными полученными в результате первичной и повторной диагностики был применен Т-критерий Стьюдента. Данные проведенного анализа показали статистически значимые различия по показателям: агрессивности ($t = 6,21$; $r = 0$), страха ($t = 9,22$; $r = 0$), адаптации ($t = 6,21$; $r = 0$), учебной мотивации ($t = 7,29$; $r = 0$), коммуникативным способностям ($t = 2,79$; $r = 0,006$), эмоциональному фону ($t = 4,20$; $r = 0$). Анализируя полученные данные, можно сказать, что в результате проведенных коррекционных мероприятий исследуемые дети стали более общительными и доброжелательными к окружающим, у них уменьшился страх, в том числе при социальном взаимодействии, они научились преодолевать препятствия, стали проявлять инициативу, начали контролировать поведенческие реакции в соответствии с социальной нормой, выросло проявление положительных эмоций (радость, удовольствие и пр.).

Положительная динамика также прослеживалась на приеме вра-

ча-стоматолога, дети вели себя гораздо спокойнее, шли на контакт с врачом, появилась способность терпеть стоматологические манипуляции и осознание необходимости лечения.

Выводы

- В результате комплексного клинического и функционального исследований получены данные о состоянии стоматологического и психологического статусов у детей, которые необходимо использовать при составлении реабилитационных программ.

- Полученные в результате статистической обработки данные свидетельствуют о взаимосвязи стоматологических нарушений с волевыми процессами и психологической адаптацией детей-инвалидов.

- Психологическая коррекция способствует повышению мотивации, адаптации, коммуникативных данных, стабилизации эмоционального фона, а также снижению агрессивности и страхов и формированию позитивного отношения к стоматологическому лечению у детей с церебральным параличом.

- Улучшения в эмоционально-волевой сфере положительно сказываются как на процессе комплексной реабилитации, так и на сотрудничестве ребенка со стоматологом.

Таким образом, работа врача-стоматолога с данной категорией детей строится на мультидисциплинарном подходе с активным привлечением в реабилитационный процесс психологов, чтобы спрогнозировать реакцию ребенка перед стоматологическим вмешательством и, таким образом, найти индивидуальный психологический подход к каждому ребенку, а также для коррекции возникших в результате заболевания психологических нарушений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. Детские церебральные параличи. — Киев: Здоровье, 1988.
2. Badalyan L. O., Zhurba L. T., Timonina O. V. Detskie tserebral'nye paralichi. — Kiev: Zdorov'e, 1988.
3. Данилова М. А., Бронников В. А., Залазаева Е. А. Взаимосвязь состояния окклюзии и речевой функции у детей со спастическими формами церебрального паралича // Ортодонтия. 2012. №4 (60). С. 4–7.
4. Danilova M. A., Bronnikov V. A., Zalazaeva E. A. Vzaimosvyaz' sostoyaniya okklyuzii i

5. rechevoy funktsii u detey so spasticheskimi formami tserebral'nogo paralicha // Ortodontiya. 2012. №4 (60). С. 4–7.
6. 3. Данилова М. А., Кирко Г. Е., Залазаева Е. А. Особенности микрокристаллизации слюны и течения кариеса у детей со спастическими формами детского церебрального паралича // Стоматология детского возраста и профилактика. 2012. №3 (42). С. 52–56.
7. Danilova M. A., Kirko G. E., Zalazaeva E. A. Osobennosti mikrokristallizatsii slyuny i techeniya kariesa u detey so spasticheskimi formami detskogo tserebral'nogo paralicha // Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika. 2012. №3 (42). С. 52–56.
8. 4. Данилова М. А., Мачулина Н. А., Залазаева Е. А. Опыт совместной работы кафедры детской стоматологии и ортодонтии Пермской ГМА и КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов» // Стоматология детского возраста и профилактика. 2013. №1 (44). С. 70–72.
9. Danilova M. A., Machulina N. A., Zalazaeva E. A. Opyt sovmestnoy raboty kafedry detskoy stomatologii i ortodontii Permskoy GMA i KGAU «Tsentr kompleksnoy reabilitatsii invalidov» // Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika. 2013. №1 (44). С. 70–72.
10. 5. Данилова М. А., Шевцова Ю. В., Мачулина Н. А. Особенности гистологического строения молочных зубов у детей // Стоматология детского возраста и профилактика. 2013. №4 (47). С. 27–30.
11. Danilova M. A., Shevtsova Yu. V., Machulina N. A. Osobennosti gistologicheskogo stroeniya molochnykh zubov u detey // Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika. 2013. №4 (47). С. 27–30.
12. 6. Данилова М. А., Царькова О. А., Пономарева М. Л. Структурный анализ факторов риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей дошкольного возраста // Стоматология детского возраста и профилактика. 2014. №2. С. 15–17.
13. Danilova M. A., Tsar'kova O. A., Ponomareva M. L. Strukturnyy analiz faktorov riska vozniknoveniya zubochehyustnykh anomalii u detey doshkol'nogo vozrasta // Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika. 2014. №2. С. 15–17.
14. 7. Данилова М. А., Шевцова Ю. В., Мачулина Н. А. Клинико-морфологические аспекты кариеса молочных зубов // Стоматология детского возраста и профилактика. 2015. №1. С. 7–9.
15. Danilova M. A., Shevtsova Yu. V., Machulina N. A. Kliniko-morfologicheskie aspekty kariesa molochnykh zubov // Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika. 2015. №1. С. 7–9.
16. 8. Дурова А. А., Симакова М. Г., Смирнова В. С. Этиология и патогенез внутриутробной инфекции // Акушерство и гинекология. 1995. №6. С. 9–12.
17. Durova A. A., Simakova M. G., Smirnova V. S. Etiologiya i patogenez vnutritrobnoy infektsii // Akusherstvo i ginekologiya. 1995. №6. С. 9–12.
18. 9. Кузьмина Э. М. Профилактика стоматологических заболеваний: учеб. пособие. — М.: Тонга принт, 2001. — 216 с.
19. Kuz'mina E. M. Profilaktika stomatologicheskikh zabolevaniy: ucheb. posobie. — M.: Tonga print, 2001. — 216 s.

20. 10. Кузьмина Э. М. Стоматологическая заболеваемость населения России. — М.: МГМСУ, 2009. — 236 с.

21. Kuz'mina E. M. Stomatologicheskaya zabo-levaemost' naseleniya Rossii. — M.: MGMSU, 2009. — 236 s.

22. 11. Леонтьев В. К. Профилактика стоматологических заболеваний. — М.: МГМСУ, 2006. — 215 с.

23. Leont'ev V. K. Profilaktika stomatologicheskikh zabolevaniy. — M.: MGMSU, 2006. — 215 s.

24. 12. Михайлов А. В. и соавтр. Особенности течения периода новорожденности у детей с высоким риском внутриутробного инфицирования / Актуальные вопросы перинатологии: матер. республ. научн.-практ. конф. — Екатеринбург, 1996. — С. 124–127.

25. Mikhailov A. V. i soavtr. Osobennosti techeniya perioda novorozhdenosti u detey s vysokim riskom vnutrikutrobnogo infitsirovaniya / Aktual'nye voprosy perinatologii: mater. respubl. nauchn.-prakt. konf. — Ekaterinburg, 1996. — S. 124–127.

26. 13. Сунцов В. Г. Особенности формирования мотивации к гигиене полости рта у детей дошкольного возраста // Клиническая стоматология. 2006. №4. С. 66–68.

27. Suncov V. G. Osobennosti formirovaniya motivatsii k gigiene polosti rta u detey doshkol'nogo vozrasta // Klinicheskaya stomatologiya. 2006. №4. С. 66–68.

28. 14. Уткузова М. А., Морозова Е. А. Диагностика нарушений движения и координации у детей первого года жизни. — Казань, 2003. — 29 с.

29. Utukzova M. A., Morozova E. A. Diagnostika narusheniy dvizheniya i koordinatsii u detey per- vogo goda zhizni. — Kazan', 2003. — 29 s.

30. 15. Andujar M. B., Magloire H. Collagen gene expression and tooth development. An over view // J. de Biologie Buccale. 1999. №2. P. 117–122.

31. 16. Axelsson P. Diagnosis and risk prediction of dental caries. — Quintessence Publishing Co, Inc. 2000. — P. 207.

32. 17. Down F. J. Saliva and dental caries // Dent Clin North Am. 1999. №43 (4). P. 579–597.

33. 18. Edgar W. M., Higham S. M., Manning R. H. Saliva stimulation and caries prevention // Adv Dent Res. 1994. №8 (2). P. 239–245.

34. 19. Hicks J., Garcia-Godoy F., Flaitz C. Biological factors in dental caries: role of saliva and dental plaque in the dynamic process of demineralization and remineralization (part 1) // J. Clin. Pediatr. Dent. 2003. №28 (1). P. 47–52.

35. 20. Lenander-Lumikari M., Loimaranta V. Saliva and dental caries // Adv. Dent. Res. 2000. №14. P. 40–47.

36. 21. Tenovou J. Salivary parameters of relevance for assessing caries activity in individuals and populations // Community Dent. Oral Epidemiol. 1997. №25 (1). P. 82–86.

Поступила 28.03.2017

Координаты для связи с автором:
614990, г. Пермь,
ул. Петропавловская, д. 26