

# Исследование психоэмоционального состояния детей с сочетанной оториноларингологической и стоматологической патологией

Т.А. Кишинец, А.П. Якушенкова

ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Цель исследования – определение уровня тревожности у детей с сочетанной оториноларингологической и стоматологической патологией в предоперационном периоде.

Всего в исследование было включено 188 детей, нуждавшихся в стоматологическом лечении, в возрасте от 5 до 12 лет, из них 102 ребенка, страдавших хроническими оториноларингологическими заболеваниями, проходили лечение в стационаре по поводу основной патологии. Группу сравнения составили 86 (28,8%) практически здоровых детей, получавших амбулаторное лечение по поводу стоматологической патологии. Оценку степени тревожности детей проводили с помощью модифицированного теста Люшера.

Анализ полученных данных показал, что 70 (62,5%) детей из основной группы находились в состоянии стресса перед стоматологическим лечением, в группе практически здоровых детей их число составляло 8 (9,5%).

В исследуемой группе детей основной цвет до лечения поставлен в первые пять позиций у 32 (31,2%), после лечения – у 48 (53,9%), что свидетельствует о нестабильном психо-эмоциональном состоянии детей с сопутствующей патологией и требует в обязательном порядке медикаментозной коррекции перед стоматологическим лечением с учетом основной патологии детей. В группе сравнения до лечения основной цвет был помещен в первые пять позиций у 21 (84%) ребенка, после лечения все дети расположили основные цвета в первые пять позиций, что говорит о высоких компенсаторных механизмах в психо-эмоциональном состоянии здоровых детей, и не требует медикаментозной коррекции перед стоматологическим лечением.

**Ключевые слова:** сочетанная патология, стоматологическое лечение, анестезия.

Purpose: To determine the level of anxiety in children having a combined otorhinolaryngological and stomatological pathology in pre-operative period.

188 children, aged 5–12, with stomatological problems were included into the study. 102 out of them were taken into the main group; they were children with chronic otorhinolaryngological pathology who had been hospitalized for this basic disease. A control group consisted of 86 (28,8%) practically healthy children who were being treated out-patiently for their stomatological problems. A level of anxiety in children was assessed by a modified Lusher's test.

Analysis of the obtained results has shown that 70 (62,5%) children from the main group were in stress state before stomatological treatment while in the group of practically healthy children this parameter was 8 (9,5%).

In the main group the basic colour before treatment was put into the first five positions by 32 (31,2%) children; after treatment – by 48 (53,9%) what indicated that these children had unstable psych-emotional state and needed a compulsory medicamentous correction before their stomatological treatment with consideration to their basic pathology. In the control group a basic colour before treatment was put into the first five positions by 21 (84%) patient; after treatment all children had basic colours in the first five positions what demonstrated a high compensatory mechanism in their psycho-emotional state and indicated that these children did not need any medicamentous correction before their stomatological treatment.

**Key words:** combined pathology, stomatological treatment, anesthesia.

По данным Минздрава России, число здоровых детей, заканчивающих школу, составляет всего лишь 10%, а 40% – хронически больны. Согласно более поздним данным, число здоровых детей в России в настоящее время едва достигает 4–6% [14]. Особую тревогу вызывает рост числа детей-инвалидов в России. Численность детей-инвалидов до 16 лет, получающих пенсии, в пересчете на 10 000 детей 0–15 лет включительно в 1980 г. составила 16,6, а в 1997 г. – 179,9, т.е. возросла в 10,8 раза (!), и общее число детей-инвалидов в России в 1999 г. составило 600 000. Среди заболеваний, обуславливающих возникновение детской инвалидности, на первом месте стоят болезни нервной системы и органов чувств (почти половина из них – детский церебральный паралич); на втором – психические расстройства (более 70% из них – умственная отсталость); на третьем – врожденные аномалии; на четвертом – болезни органов дыхания (в основном бронхиальная астма) [14].

Говоря о хронических заболеваниях, следует упомянуть, что по данным медицинских генетиков значимая роль наследственного предрасположения в настоящее время доказана в 90% случаев наиболее распространенной хронической патологии человека. Ю.В. Вельтищев (1994) указывал, что генетический компонент в генезе фатальных болезней у детей устанавливают примерно в 40% случаев, причем 10–11% детей умирают от собственно наследственных болезней и около 30% – от приобретенных заболеваний, развившихся на фоне наследственного предрасположения [14].

Особую категорию представляют дети, относящиеся к так называемой группе «истинно» часто болеющих детей. Это группа высокого риска формирования хронических форм патологии. Наиболее часто у детей этого клинического типа выявляются неврологические нарушения вследствие перенесенного перинатального поражения ЦНС (минимальная мозговая дисфункция,

гипертензивно-гидроцефальный синдром, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, синдром повышенной возбудимости) [7]. Данная категория детей страдает полисистемными и полиорганными отклонениями здоровья. Часто выявляются отклонения функции сердечно-сосудистой системы (систолический шум, пролапсы митрального и трикуспидального клапанов и т.д.), нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, верхних отделов дыхательных путей [7].

Вопрос о влиянии характеристик соматического здоровья на состояние полости рта широко обсуждается в современной литературе. Неудовлетворительное состояние полости рта традиционно рассматривается стоматологами и педиатрами в качестве одного из факторов риска возникновения и хронизации соматической патологии у детей [2–4, 11–13].

При анализе показателя заболеваемости кариесом – индекса КПУ зубов и его компонентов установлено, что кариозному поражению зубов у школьников с хроническими заболеваниями также свойственна более высокая интенсивность, превышающая аналогичные показатели у здоровых детей в 1,7–1,8 раза во всех возрастных группах. С возрастом у обследованных детей увеличивается и интенсивность кариозного поражения различных поверхностей зубов (КПУп). В период пубертата (с 12 до 15 лет) у практически здоровых подростков показатель КПУп стабилизируется (соответственно 3,78±0,18 и 4,09±0,16;  $p < 0,01$ ), в то время как у детей с хронической соматической патологией он продолжает увеличиваться (соответственно 6,04±0,26 и 8,16±0,23;  $p < 0,01$ ) [6].

Заболевание внутренних органов ребенка в значительной степени влияет на его душевное состояние и, следовательно, решающим образом влияет на поведение, а также выздоровление. Заболевшие дети поразному переносят болезнь, но нет ни одного ребенка, у которого бы не возникла та или иная реакция на патологию. Даже у маленьких детей эта реакция очень сложна, и складывается она из оценки и переживания многих болезненных местных ощущений, общего самочувствия, самонаблюдения, представлений о своей болезни и ее причинах. Реакция личности больного на заболевание получила название **внутренней картины болезни**. Формирование ее в значительной степени отличается от формирования внутренней картины болезни у взрослых [14]. Внутренняя картина болезни может действовать и положительно, и отрицательно, она влияет на проявления и течение заболевания, на отношения в семье, а также, в частности, на поведение ребенка у стоматолога.

На формирование отношения к болезни оказывают влияние переживаемые ребенком во время болезни психотравмирующие обстоятельства. К их числу в первую очередь относится направление в больницу, которое сопровождается отрывом от родителей, сверстников, учебных или иных занятий, ограничением подвижности, утратой перспективы, переживанием разочарования [14]. Реакция ребенка на помещение в больницу зависит от возраста, семейных отношений, продолжительности госпитализации, числа и характера предшествующих поступле-

ний в больницу, природы заболевания, подготовки перед направлением в стационар, посещения родителей, проводимых лечебных процедур, средств, используемых для облегчения тревоги у ребенка, реакции родителей, восприятия ребенком госпитализации [14].

В то же время следует помнить, что вновь образованные рефлексы легко угасают при воздействии неблагоприятных и сильных раздражителей. Если ребенок попадает в непривычную для него обстановку, например в больницу, то он нередко теряет приобретенные навыки. Незнакомые раздражители и впечатления вызывают чрезмерное раздражение коры головного мозга и распространение этого раздражения, что выражается в беспокойстве ребенка, капризах, плаче, крике или же в заторможенности, вялости, сонливости [1].

Пребывание ребенка в стационаре, как правило, влечет за собой ту или иную степень неблагоприятных последствий. Длительное пребывание в больнице у одних детей вызывает апатию и даже депрессию, у других – раздражительность и агрессию. В связи с этим принципиально неблагоприятным влиянием пребывания ребенка в стационаре целесообразно использовать каждую возможность, чтобы сократить сроки госпитализации [5].

Цель исследования – определение уровня тревожности у детей с сочетанной оториноларингологической и стоматологической патологией в предоперационном периоде.

#### Материалы и методы

Всего в исследование было включено 188 детей, нуждавшихся в стоматологическом лечении, в возрасте от 5 до 12 лет, из них 102 ребенка, страдающих хроническими оториноларингологическими заболеваниями, проходивших лечение по поводу основной патологии в специализированном отделении ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ. Всем детям, находящимся на лечении по поводу основной патологии, проводили санацию полости рта в условиях стационара. Группу сравнения составили 86 (28,8%) практически здоровых детей, лечившихся амбулаторно по поводу стоматологической патологии в ФГУ

Таблица

Распределение основных цветов у детей до и после стоматологического лечения

Положение основных цветов	Предпочитаемый выбор цвета (тест Люшера)			
	основная группа		группа сравнения	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
1-я позиция	–	1 (0,9)	19 (22)	23 (26,7)
2-я позиция	3 (2,9)	1 (0,9)	18 (20,9)	25 (29)
3-я позиция	5 (4,9)	8 (7,9)	19 (22)	20 (23,4)
4-я позиция	1 (0,9)	35 (34,4)	14 (16,2)	14 (16,2)
5-я позиция	23 (22,5)	9 (8,8)	8 (9,4)	4 (4,7)
6-я позиция	21 (20,6)	14 (13,8)	5 (5,9)	–
7-я позиция	31 (30,5)	23 (22,6)	3 (3,6)	–
8-я позиция	18 (17,7)	11 (10,8)	–	–

Примечание. В скобках указан процент от всех детей в подгруппе.

«Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ.

Исследуемые пациенты были разделены на 3 возрастные группы: дошкольного возраста, куда входили дети от 5 до 7 лет, младшего школьного возраста — от 7 до 9 лет и школьного возраста — от 9 до 12 лет [8].

Оценку степени тревожности детей проводили с помощью модифицированного теста Люшера. Данный тест основан на предположении о том, что выбор цвета отражает нередко направленность испытуемого на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности.

Тестирование по данной методике пациентов проводилось до и после стоматологического лечения. С учетом возрастных особенностей детей испытуемым предлагали

выбрать наиболее понравившиеся цвета из 8 предложенных, каждый раз ребенку предлагали выбрать цвет из расположенных цветных карточек, приятный в данный момент, пока все цвета не будут отобраны. Во время исследования нас интересовало положение основных цветов, так как их расположение в позициях от 6 до 8 свидетельствовало о наличии у ребенка тревожности и страха, и следовало рассматривать как отвергаемые цвета. Помимо этого, нас интересовало, какой цвет был поставлен ребенком в 1-ю позицию, так как основной цвет, помещенный в данную позицию, является показателем компенсации (компенсирующим мотивом, настроением, поведением). В тех случаях, когда компенсация проходила за счет дополнительных цветов, результаты тестов трактовались как показатели негативного состояния, негативного отношения к окружающей ситуации.

### Результаты и обсуждение

Данные, полученные при тестировании детей в основной группе и группе сравнения, представлены в таблице.

Анализ полученных данных показал, что в основной группе в состоянии стресса перед стоматологическим лечением находились 70 (62,5%) детей, в группе практически здоровых детей — 8 (9,5%) (рис. 1).

У 48 (47,2%) пациентов с оториноларингологической патологией стоматологические манипуляции спровоцировали возникновение эмоционально-неустойчивого состояния, которое сохранялось и после стоматологического лечения, при этом дети из группы сравнения сразу после стоматологического лечения приходили в нормальное состояние и не испытывали никаких отрицательных эмоций. Помимо этого, необходимо учесть, что 85% детей основной группы предстояло оперативное лечение по поводу основной ЛОР-патологии, что также негативно влияло на их состояние (рис. 2).

Показатель компенсации психоэмоционального напряжения детей значительно отличался в основной группе и группе сравнения (рис. 3). В основной группе детей основной цвет до лечения поставлен в первые пять позиций у 32 (31,2%), после лечения — у 48 (53,9%), что свидетельствует о нестабильном психоэмоциональном состоянии детей с сопутствующей патологией и требует в обязательном порядке медикаментозной коррекции перед стоматологическим лечением с учетом основной патологии детей. В группе сравнения до лечения основной цвет был помещен в первые пять позиций у 21 (84%) ребенка, после лечения все дети расположили основные цвета в первые пять позиций, что говорит о высоких компенсаторных механизмах в психоэмоциональном состоянии здоровых детей и

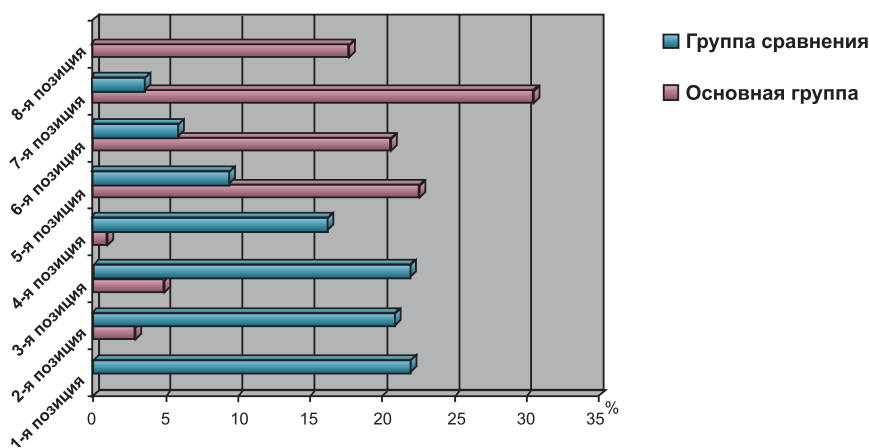


Рис. 1. Распределение основных цветов у детей основной группы до стоматологического лечения (тест Люшера).

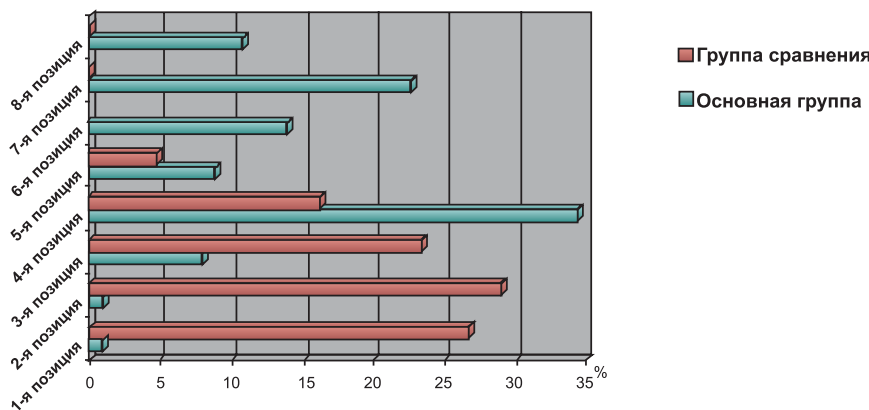


Рис. 2. Распределение основных цветов у детей основной группы после стоматологического лечения (тест Люшера).

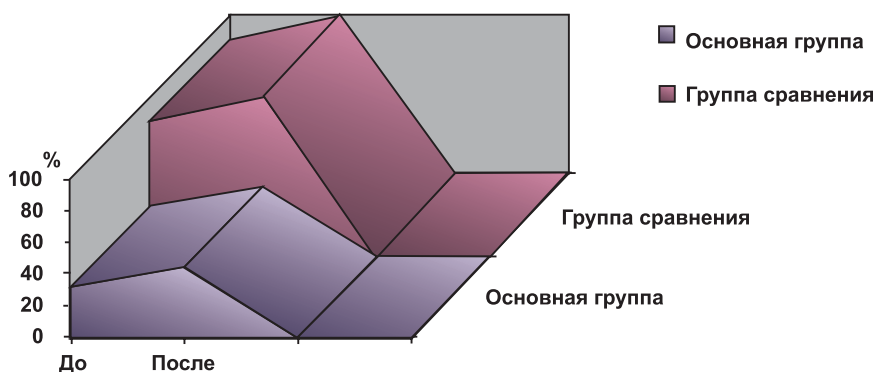


Рис. 3. Показатели компенсации у детей основной и группы сравнения до и после стоматологического лечения.

не требует медикаментозной коррекции перед стоматологическим лечением.

### Литература

1. Бисярина В.П. Детские болезни с уходом за детьми и анатомо-физиологическими особенностями детского возраста. — М.: Медицина, 1981. — 463 с.

2. Белова Н.А. Состояние молочных зубов и прикуса у детей, родившихся недоношенными. // *Стоматология* — № 4. — 1980. — С. 54–57.

3. Виноградова Т.Ф. Планирование диспансеризации школьников по показателям степени компенсации степени кариеса зубов. // *Стоматология* — 1977. — № 1. — С. 79–82.

4. Виноградова Т.Ф. Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей. — М.: Медицина. — 1982. — С. 160.

5. Долецкий С.Я., Исаков Ю.Ф. Детская хирургия. — М.: Медицина. — 1970. — С. 27–30.

6. Зюзькова С.А., Показатели интенсивности кариеса зубов у школьников с различным уровнем здоровья в возрастном аспекте. // *Материалы научно-практической конференции стоматологов и челюстно-лицевых хирургов Центрального федерального округа РФ с международным участием «Технологии XXI века в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии».* — 2008. — С. 200–201.

7. Романцов М.Г., Еришов Ф.И. Часто болеющие дети // «ГЭОТАР-Медиа». — М. — 2006. — С. 8.

8. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста — М.: Медицина. — 2003. — С. 69.

9. Рыбаков А.И., Гранин А.В. Профилактика кариеса зубов. — М.: Медицина — 1976. — С. 224.

10. Сайфуллина Х.М.. Кариес зубов у детей и подростков // Казань. — 1984. — С. 22–43.

11. Сайфуллина Х.М. Некоторые биохимические показатели слюны и крови при различных формах кариеса зубов. // *Тр. Казан. мед. ин-т.* — Т. 40. — 1974. — С. 63–64.

12. Сайфуллина Х.М. Показания и эффективность патогенетической терапии при острейшем «цветущем» кариесе зубов у детей. // *Научн. тр. Казан. мед.ин-т.* — Т. 54. — 1978. — С. 80.

13. Синицин Р.Г., Бальс В.А. Некоторые особенности клиники множественного кариеса зубов у детей раннего возраста. // *Сб. науч. раб. Кирг. мед. ин-т, т.41, Вопросы клинической стоматологии.* — Вып. 1. — 1966. — С. 55–60.

14. Шабалов Н.П. Детские болезни. — Т. 2 — СПб., Питер, 2002. — С. 564.