

Восприятие боли и степень тревожности у детей дошкольного возраста с сердечно-сосудистой патологией на стоматологическом приеме

Т.А. Кишинец

ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Проведено изучение уровня тревожности детей с сердечно-сосудистой патологией во время стоматологического лечения. Количество детей с сердечно-сосудистой патологией, относящихся к дошкольной возрастной группе (5–7 лет), составило 12 (31,5%) человек. В группе сравнения число детей, принадлежащих к данной возрастной группе, было равно 25, что составило 31,5% от общего числа детей в контрольной группе. Всем детям проводилась санация полости рта под местной анестезией. Показатель компенсации психоэмоционального напряжения детей значительно отличался в основной группе и группе сравнения, в основной группе основной цвет до лечения поставлен в первые пять позиций у 5 (41,7%), после лечения – у 6 (50%), что свидетельствует о нестабильном психоэмоциональном состоянии детей с сердечно-сосудистой патологией и требует обязательной медикаментозной коррекции перед стоматологическим лечением.

Ключевые слова: сочетанная патология, стоматологическое лечение.

Purpose: To study levels of anxiety in children with cardio-vascular pathology during their dental treatment.

Materials and methods

12 (31.5%) children with cardio-vascular pathology of pre-school age (5–7 years old) were taken into the studied group. 25 (31.5%) children of the same age were taken into a comparative group out of all children in the control group. All children had mouth cavity sanitation before topical anaesthesia.

Results

A compensatory index of psycho-emotional tension in children from the studied group was markedly different of that in the comparative group. In the studied group the basic colour was put into the first five positions by 5 (41.7%) children, after treatment – by 6 (50%) what indicates an unstable psycho-emotional state in children with cardio-vascular pathology which needs a compulsory medicamentous correction before stomatological treatment.

Key words: combined pathology, stomatological treatment.

Одним из важнейших последствий боли является изменение общего состояния нервной системы ребенка, его поведения и психосоматического состояния. Так как боль представляет собой психосенсорный феномен, то психологическая диагностика ее имеет огромное значение, а психоэмоциональный статус ребенка является основополагающим в определении качества жизни в детской практике. Исследование качества жизни в медицине – уникальный подход, позволивший принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного. Изучение параметров, определяющих качество жизни, позволяет решить значимые проблемы, с которыми сталкивается клиницист. Их знание позволит оптимизировать наблюдение за пациентом в динамике лечения, определить эффективность проводимого лечения, оценить терапевтическую программу и вовремя провести ее коррекцию, разработать прогностическую модель течения и исхода заболевания [6].

У детей дошкольного возраста чувство страха уменьшается, ребенок уже может обходиться без родителей, его поведение обуславливается желанием заслужить похвалу, у него появляется чувство социальной ответственности, долга. Ребенок умеет в зависимости от обстоятельств прятать чувство страха за внешним спокойствием, но неуверенность в себе может привести к потере самостоятельности и чувства достоинства, а при стрессовой ситуации возможно поведение, характерное для раннего детского возраста. Традиционный страх перед людьми в белых халатах и физической болью можно преодолеть с помощью целенаправленной подготовки к лечению.

В этом возрастном периоде у детей замедляется процесс роста, мышечная система заметно укрепляется, происходит первое физиологическое «вытягивание», активно совершенствуются функциональные возможности органов и систем, развиваются тонкие навыки. Благодаря хорошей памяти дети чрезвычайно легко запоминают стихи, пересказывают сказки, рассказы, усваивают чужой язык. Навыки, умения и поведение формируются вследствие подражания как хорошему, так и плохому, поэтому особенно важна правильная организация воспитательной работы с детьми дома и в детских учреждениях. Заметно снижается склонность к генерализации процесса и токсическим реакциям. К концу дошкольного периода начинается замена временных зубов на постоянные. В этом возрасте возникает много стоматологических заболеваний, наиболее распространенные – кариес и его осложнения, абсцессы, лимфадениты, флегмоны, периоститы, остеомиелиты, а также деформации зубных рядов и нарушения прикуса. Дети дошкольного возраста часто болеют острыми респираторными вирусными инфекциями, но течение их относительно более легкое, чем у детей до 3 лет. В связи с постоянно нарастающей сенсibilизацией у них уже встречаются аллергические и инфекционно-аллергические заболевания, такие, как бронхиальная астма, ревматизм, нефриты и т.п. В этом возрасте респираторные инфекции сопровождаются увеличением и воспалением лимфатических узлов челюстно-лицевой области – лимфаденитами неондонтогенного происхождения, которые зачастую требуют лечения ребенка в условиях стационара [3].

Познавательный уровень детей 5–7 лет таков, что они сами могут указывать на боль и свое психоэмоцио-

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 (8,3)	5 (20)	8 (32)
2-я позиция	—	—	6 (24)	6 (24)
3-я позиция	2 (16,6)	3 (25,1)	4 (16)	5 (20)
4-я позиция	3 (25,1)	2 (16,6)	4 (16)	3 (12)
5-я позиция	—	1 (8,3)	2 (8)	3 (12)
6-я позиция	2 (16,6)	1 (8,3)	2 (8)	—
7-я позиция	2 (16,6)	4 (33,4)	2 (8)	—
8-я позиция	3 (25,1)	—	—	—

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

нальное состояние Их повышенная направленность на чувственное приводит к тому, что различные сенсорные раздражения, например при пункции вены, они переживают сильнее, чем более старшие дети. Этими раздражителями могут быть, например, запах обеззараживающего средства, яркий белый халат и интонация голоса врача, делающего укол, ощущение резиновой перчатки на руке

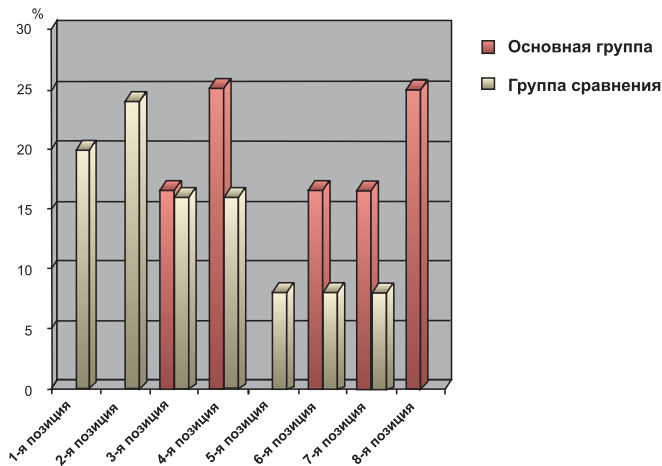


Рис. 1. Распределение основных цветов у детей в основной подгруппе до стоматологического лечения (тест Люшера).

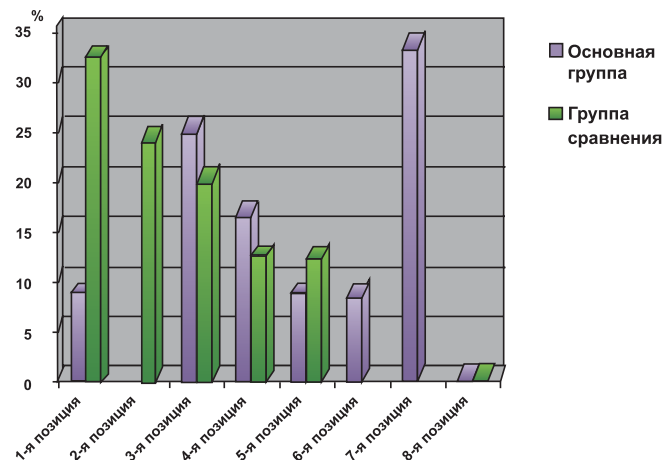


Рис. 2. Распределение основных цветов у детей в основной подгруппе после стоматологического лечения (тест Люшера).

и т.д. Детей этого возраста часто просят выразить интенсивность боли в цвете или рисунке (проективные методы), используя, например, «Eland color tool» или «Poker chip scale», тест Люшера. В этой возрастной группе для измерения интенсивности боли также часто используется шкала Oucher, причем ребенок может выбирать различные фотографии с детскими лицами. Во многих исследованиях было показано, что неадекватная оценка боли может привести к назначению неадекватного обезболивания. Только регулярная и рутинная оценка боли и психоэмоционального состояния ребенка на стоматологическом приеме, наряду с оценкой других физиологических параметров, может дать достаточную информацию для врача-стоматолога и таким образом позволит оптимизировать лечение и подобрать адекватный метод обезболивания и премедикации [1, 2, 4, 5].

Цель исследования – изучение уровня тревожности детей с сердечно-сосудистой патологией во время стоматологического лечения.

Материалы и методы

Количество детей с сердечно-сосудистой патологией (врожденные пороки сердца, вегетососудистая дистония, нарушения внутрижелудочковой проводимости), относящихся к дошкольной возрастной группе (5–7 лет), составило 12 (31,5%) человек. В группе сравнения число детей, принадлежащих к данной возрастной группе, было равно 25, что составило 31,5% от общего числа детей в контрольной группе. Всем детям проводилась санация полости рта под местной анестезией.

Тестирование пациентов проводилось по методике модифицированного теста Люшера до и после стоматологического лечения с учетом возрастных особенностей детей.

Результаты и обсуждение

Тревожность и страх являются одними из наиболее часто проявляемых негативных эмоциональных состояний, причем они проявляются как в виде выраженных аффективных переживаний, так и в виде сложного комплекса физиологических изменений, затрагивающих все основные системы человека. В данном исследовании для оценки тревожности детей до и после стоматологического лечения использовали цветовой тест Люшера, на основании которого делали выводы о психофизиологическом состоянии. Результаты теста представлены в табл. 1.

Анализ полученных данных показал, что в состоянии стресса перед стоматологическим лечением находились 7 (58,3%) детей основной группы, в группе практически здоровых детей – 4 (16%) ребенка (рис. 1).

У 5 (41,7%) пациентов с сердечно-сосудистой 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 (рис. 2).

Показатель компенсации психоэмоционально-го напряжения детей (рис. 3) значительно отличался в

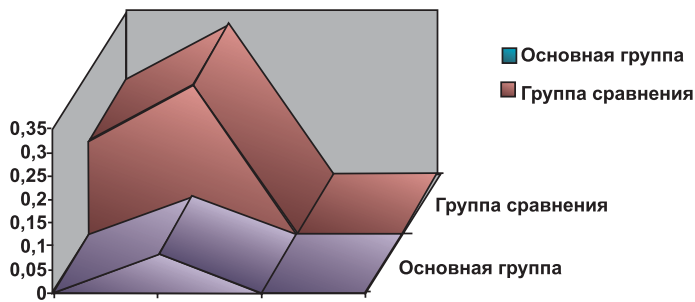


Рис. 3. Показатель компенсации у детей до и после стоматологического лечения.

основной группе и группе сравнения, в основной группе основной цвет до лечения поставлен в первые пять позиций у 5 (41,7%), после лечения – у 6 (50%), что свидетельствует о нестабильном психоэмоциональном состоянии детей с сердечно-сосудистой патологией и требует обязательной 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 возможностях в психоэмоциональном состоянии здоровых детей и не требует медикаментозной коррекции перед стоматологическим лечением.

Литература

1. Долецкий С.Я., Стрекаловский В.П., Климанская Е.В., Сурикова О.А. Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей. - М. «Медицина», 1984. – С. 193.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - СПб. «Питер». – 2002. – С. 328.
3. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. // «Медицина» – М. – 2003. – С. 69.
4. Собчик А.Н. Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. – М., ИПП, 1999-2000, 589 с.
5. Исаев Д.Н. Медико-психологические аспекты психосоматических заболеваний и внутренняя картина болезни в детском возрасте // Психические аспекты педиатрии. – Л., 1985. – С. 7–92.