

# Ефективність надання комплексної стоматологічної допомоги дітям з особливими потребами. Клінічний випадок

## The Effectiveness of Providing Comprehensive Dental Care to Children with Special Needs. Clinical Case

Гавриленко М.А., доц., к.мед.н.  
Запорізький державний медичний  
університет  
Havrylenko M.A.  
Zaporizhzhia State Medical University

Адреса для кореспонденції:  
Гавриленко Марина Аркадіївна  
e-mail: zpstomat@bk.ru

**Мета:** Підвищити ефективність надання стоматологічної допомоги дітям з особливими потребами. **Методи:** Використовували дані клінічних обстежень 154 дітей з особливими потребами, дослідження моделей щелеп, дані рентгенографії та комп'ютерної томографії (КТ). Упродовж 4-х років виконували планування, діагностику та комплексне стоматологічне лікування дітей з особливими потребами. **Результати:** Застосування загального знеболення у дітей з особливими потребами пришвидшує лікування множинного карієсу. Успішність ортодонтичного лікування безпосередньо залежить від ефективності проведених диференційно-діагностичних етапів та залучення вузькопрофільних фахівців. Покращення стану гігієни порожнини рота і гальмування розвитку зубощелепних деформацій відзначили у 126 дітей з особливими потребами. **Висновки:** Складання індивідуального комплексного плану обстеження та стоматологічного лікування під загальним знеболенням дітей з особливими потребами сприяє одномоментній санації порожнини рота, пришвидшує початок передортодонтичного лікування та суттєво впливає на подальші етапи стоматологічного лікування.

**Ключові слова:** діти з особливими потребами, відкритий прикус, комп'ютерна томографія, ортодонтичне лікування, санація порожнини рота під загальним знеболенням.

**Purpose:** Improving the efficiency of dental care to children with special needs. **Methods:** We used data from clinical examinations in 154 children with special needs, investigation of models of the jaws, these x-ray studies, computed tomography. Performed diagnostics, planning and comprehensive dental treatment to children with special needs for 4 years. **Results:** The use of general anesthesia in comprehensive dental treatment to children with special needs promotes immediate rehabilitation of the oral cavity. The success of orthodontic treatment depends on the efficiency of conducted differential diagnostic stages and whether narrow specialists will be involved. Improving oral hygiene and inhibition of teeth deformities noted in 126 children with special needs. **Conclusions:** Drawing up a comprehensive plan for individual examination and dental treatment with general anesthesia for children with special needs simultaneously promotes dental health, accelerates the beginning of the preparatory orthodontic treatment and significantly affects the subsequent stages of dental treatment.

**Key words:** children with special needs, open bite, computed tomography, orthodontic treatment, oral hygiene under general anesthesia.

## Вступ

Упродовж останнього десятиріччя значну увагу приділяють покращенню стоматологічного здоров'я дітей з особливими потребами [1–4]. У стоматологічному лікуванні таких пацієнтів важливе значення мають особливості перебігу загального захворювання та правильно обрана дитячим стоматологом методика лікування. Вважаємо, що необхідним є складання індивідуального комплексного плану надання стоматологічної допомоги, що охоплює діагностичні, консультативні та лікувальні програми для кожного пацієнта. Такий комплексний план слід складати на декілька років, формуючи багатоетапну програму із залученням вузькопрофільних фахівців. Мета роботи – підвищити ефективність комплексних довготермінових багатоетапних індивідуальних стоматологічних програм при стоматологічному лікуванні дітей з особливими потребами на прикладі клінічного випадку.

## Матеріал і методи

Упродовж 4-х років провели стоматологічне лікування 154 дітей з особливими потребами віком від 2 до 7 років із захворюваннями органів дихання (28 дітей), центральної нервової системи (50 дітей), крові (29 дітей), психічними розладами 3, 4, 5 класів фізичного статусу (47 дітей) за класифікацією ASA (American Society of Anesthesiologists). Діти потребували лікування зубів, профілактики зубощелепних деформацій; незадовільна гігієна порожнини рота була фактором ризику виникнення запальних захворювань тканин пародонта. Для кожної дитини розробили індивідуальну комплексну довготермінову стоматологічну програму лікування та періодичних обстежень, що перед-

бачала санацію порожнини рота під загальним знеболенням, проведення заходів профілактики запальних захворювань тканин пародонта і деформацій зубощелепного апарату. Загальні захворювання у дітей лікували в Комунальній установі «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» Запорізької обласної ради. Профілактичні стоматологічні процедури виконували з урахуванням клінічних, імунологічних, цитологічних, бактеріологічних досліджень, залучаючи вузькопрофільних спеціалістів.

## Клінічний випадок

У лікарню звернулися батьки дівчинки віком 2 роки і 5 місяців зі скаргами на гострий біль у дитини в ділянці зубів верхньої щелепи. Основний діагноз: ураження центральної нервової системи, натальна травма шийного відділу хребта. Виведена трахеостома, стан оцінювали як важкий (мал. 1). Розробили комплексний індивідуальний план обстеження, стоматологічного лікування, проведення професійної гігієни порожнини рота та підготовчого ортодонтичного лікування на період тимчасового прикусу.

### Індивідуальний комплексний план лікування

1. Підготовчий етап (на період тимчасового прикусу):

1.1. Санація порожнини рота  
При огляді порожнини рота встановили діагноз: гострий серозний дифузний пульпіт зубів 64, 65, хронічний фіброзний пульпіт зубів 54, 55, 52, 51, 61, 62, 74, 75, 84, 85. Коронки зубів частково зруйновані, дентин темний і м'який, здорові зуби наближені до каріозних, при зондуванні порожнини найімовірніше розкриваються. Через наявність трахеостоми виконали санацію порожнини рота методом вітальної екстирпації пульпи під за-

гальним знеболенням та запломбували кореневі канали цинк-оксид-евгеноловою пастою. Тверді тканини відновили композитним фотополімерним пломбувальним матеріалом

1.2. Зняття відбитків щелеп (під загальним знеболенням)

1.3. Ультразвукове обстеження, КТ (під загальним знеболенням)

1.4. Консультація дитячого щелепно-лицевого хірурга

1.5. Консультація лікаря-ортодонта та підготовче ортодонтичне лікування для уповільнення розвитку зубощелепної патології

1.6. Залучення отоларинголога та остеопата.

2. Лікування розраховане на період змінного прикусу (план лікування складають з урахуванням результатів підготовчого етапу).

3. Лікування розраховане на період формування постійного прикусу (план лікування складають на основі обстеження та за необхідності).

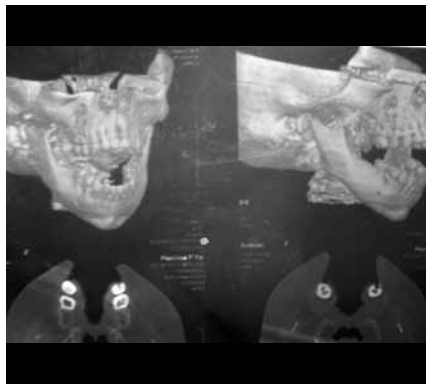
## Результати та їх обговорення

У клінічному випадку лікували ускладнений карієс 12-ти тимчасових зубів. Зважаючи на важкий клінічний стан дитини, санацію порожнини рота проводили стаціонарно під загальним знеболенням. За результатами рентгенологічних досліджень та ортопантограм скарг чи ознак ускладнень не виявили (мал. 2). Підтвердили, що у лікуванні дітей з особливими потребами пріоритетним є загальне знеболення.

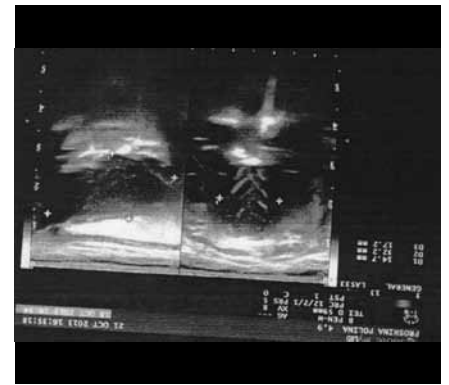
При вивченні результатів КТ спільно з отоларингологом виявили зменшення просвіту верхніх дихальних шляхів, у ділянці кореня язика – новоутворення великого розміру. За результатами ультразвукового дослідження визначили, що патологія прикусу зумовлена новоутворенням у ділянці кореня язика. Дитину проопе-



**Мал. 1.** Дитина після санації порожнини рота під загальним знеболенням, післяопераційний догляд зумовлений наявністю трахеостоми



**Мал. 2.** Ортопантомограма після санації порожнини рота під загальним знеболенням



**Мал. 3.** КТ: недорозвинення гілок нижньої щелепи з обох боків, виражений відкритий прикус у фронтальному відділі, скронево-нижньощелепний суглоб без патології



**Мал. 4.** Додаткове гіпоехогенне новоутворення 15×32×17 мм, з чіткими контурами і вираженою сегментністю структури у ділянці кореня язика, ознак посилення кровотоку в новоутворенні не виявили



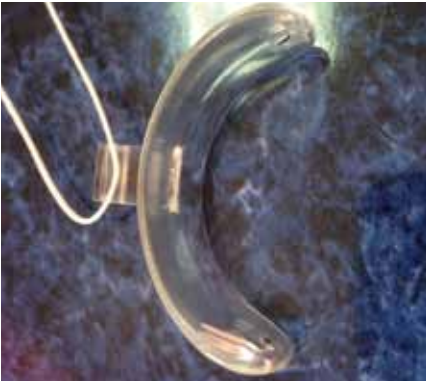
**Мал. 5.** Результати зовнішнього огляду: виражене порушення пропорцій обличчя через збільшення нижньої третини, відкритий прикус у фронтальному відділі, виражена деформація нижньої щелепи, зменшення висоти проекції кутів нижньої щелепи, незімкнутість губ, ротове дихання, інфантильний тип ковтання, слинотеча, відкритий скелетний прикус, зменшення жувальної ефективності на 90%, звуження верхньої та нижньої щелеп, вертикальний тип росту



**Мал. 6.** Результати обстеження хребта дитини: комбінований попереково-грудний сколіоз

рували та видалили гіпертрофованний язиковий мигдалик. Функцію язика повністю відновити не вдалося (мал. 3, 4). Після санації порожнини рота виконували поетапне індивідуальне підготовче ортодонтичне лікування (мал. 7–9). Для стимуляції закриття рота та носового дихання упродовж 6-ти місяців призначили використання пластинки доктора Хінца. Далі виготовляли знімний апарат із шипами на нижню щелепу для тренування м'язів язика, термін використання – 6 місяців. Після цього для розширення альвеолярних дуг встановили незнімний апарат Бідермана, який фіксували склоіономерним цементом на ендодонтично лікованих зубах.

На знімках дитини через 8 місяців після санації порожнини рота спостерігали постійно відкритий рот, ротове дихання та витікання слини (мал. 5). При огляді хребта виявили суттєві порушення постави (мал. 6). Розпочали довготривалий курс лікування деформації хребта у лікаря-остеопата із застосуванням мануальної терапії та комплексу масажів. У результаті лікування, виконаного за комплексним планом, у дитини відзначили зменшення висоти вертикалі відкритого прикусу на 2 мм, розширення верхньої щелепи на 2 мм, зменшення вертикальної щілини на 2 мм, що є фактором гальмування розвитку зубощелепної патології. У період від



**Мал. 7.** Пластика доктора Хінца



**Мал. 8.** Знімний апарат на нижню щелепу з шипами



**Мал. 9.** Незнімний апарат з віялоподібним розширюючим гвинтом, зафіксований склоіономерним цементом



**Мал. 10.** Результати обстеження: зменшення вертикальної міжрізцевої віддалі на 2 мм



2,5 до 4-х років проводили підготовче ортодонтичне лікування, під час якого тимчасові зуби змінювалися постійними, піднебіння набуло згладженої щілиноподібної форми, язик втримувався у порожнині рота, з'явилися

ковтальні рефлекси, що дало змогу контролювати слиновиділення (мал. 10). З урахуванням профілактичних процедур запланували наступний етап ортодонтичного лікування з вірогідністю хірургічного втручання у

відкритий прикус у період зміни тимчасових зубів постійними.

## Висновки

Складання індивідуального комплексного плану обстеження та лікування дітей з особливими потребами із залученням вузькопрофільних фахівців, а також використання загального знеболення дозволяють надавати якісну стоматологічну допомогу дітям з особливими потребами. Індивідуальний комплексний план необхідно створювати для трьох періодів розвитку зубів та кісток лицевого скелета – тимчасового прикусу, змінного прикусу та формування постійного прикусу.

## Список використаної літератури

1. Романовская А.П. Антропометрия лица, эстетическая норма. Практическое применение в стоматологии / А.П. Романовская, Е.И. Журочко, В.И. Пильтяй. — Симферополь: Таврия, 2004. — 53 с.
2. Вагнер В.Д. Метод профилактики и лечения зубочелюстных аномалий, связанных с нарушением носового дыхания / В.Д. Вагнер, В.А. Дистель, Н.В. Карницкая // Стоматология. — 2008, №2. — С. 52–54.
3. Персин Л.С. Эстетика лица глазами ортодонт / Л.С. Персин, Л.В. Польша // Cathedra. — 2004. — №9. — С. 42–45.
4. Леденгольц Ж.А. Лицевая эстетика как критерий выбора метода лечения. Ортодонтия versus Хирургия / Ж.А. Леденгольц, Р.А. Мосейко // Ортодонтический реферативный журнал. — 2004, №3. — С. 83–84.

*Стаття надійшла в редакцію 26 травня 2015 року*