

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО
ТА ОРТОДОНТИЧНОГО ОГЛЯДУ ЛІКАРЕМ-ОРТОДОНТОМ ДІТЕЙ,
ЩО МАЮТЬ ВАДИ СЛУХУ**

*Віра Куроєдова,
Юлія Сокологорська-Нікіна*

Діти з вадами слуху становлять особливу категорію дітей, в яких вербальна комунікація порушена або відсутня зовсім. Розкрито питання проблем надання стоматологічної та ортодонтичної допомоги дітям із вадами слуху. Через високу поширеність зубоцелепних аномалій, діти з вадами слуху частіше потребують ортодонтичного лікування. Лікарі-ортодонти на прийомі повинні враховувати психологічні та фізіологічні особливості пацієнтів з вадами слуху.

Ключові слова: діти з вадами слуху, стоматологічний ортодонтичний огляд.

Дети с нарушениями слуха составляют особую категорию детей, в которых вербальная коммуникация нарушена или отсутствует вовсе. Раскрыт вопрос проблем оказания стоматологической и ортодонтической помощи детям с нарушениями слуха. Через высокую распространенность зубочелюстных аномалий, дети с нарушениями слуха чаще требуют ортодонтического лечения. Врачи-ортодонты на приеме должны учитывать психологические и физиологические особенности пациентов с нарушениями слуха.

Ключевые слова: дети с нарушениями слуха, стоматологический ортодонтический осмотр.

Children with hearing disabilities are a special category of children, which verbal communication is broken or non-existent. The problems of providing dental and orthodontic care of children with impaired hearing are raised. Via high

prevalence of dentofacial anomalies, children with hearing impairments often require orthodontic treatment. Orthodontists at the reception should take into account psychological and physiological characteristics of patients with hearing impairments.

Keywords: children with impaired hearing, dental orthodontic examination.

Сьогодні необхідною умовою, що вказує на високий професіоналізм лікаря будь-якої спеціальності є високий рівень формування комунікативної компетентності.

Термін «комунікація», що походить від латинського «*communicatio*», з'явився в науковій літературі на початку ХХ століття. Це механізм, під дією якого можливі міжлюдські відносини. Комунікація включає в себе міміку, жести, спілкування, тон голосу, слова, письменність, телефон та інші останні досягнення в завоюванні простору і часу. На сьогоднішній день комунікація являє собою спілкування, передачу інформації від людини до людини. В залежності від використання тих чи інших знакових систем комунікація поділяються на вербальну і невербальну [4]. Вербальна комунікація здійснюється за допомогою знакових систем, символів, головним серед яких є мова. На жаль, у пацієнтів зі зниженням слуху вербальна комунікація ускладнена або зовсім відсутня, особливо коли мова йде про пацієнтів із повною відсутністю слуху, тобто глухих.

Для інвалідів по слуху основною формою спілкування є невербальна комунікація [8].

Вади слуху є одним із поширених захворювань у всьому світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), в економічно розвинутих країнах світу, в тому числі США і країнах Західної Європи 7-9 % населення страждає на зниження слуху, в тому числі на глухоту – від 0,1 до 0,4 % новонароджених дітей та близько 1 % дорослих. За прогнозами ВООЗ, кількість людей із порушеннями слуху до 2020 року збільшиться на 30 %.

В Україні в 2008 році налічувалося близько 300 тис. дітей і 1 млн. дорослих із порушенням слуху, в тому числі з глухотою – 11 тис. дітей та 100 тис. дорослих [5].

Рівень стоматологічного здоров'я у пацієнтів із вадами слуху досить низький [6].

Однією з важливих якостей стоматолога є вміння організовувати ефективну взаємодію з пацієнтами. Однак при відсутності слуху в пацієнта вирішення цієї задачі є досить проблематичним [3]. Більшість дітей із вадами слуху стикаються з нерозумінням і зневагою оточуючих їх людей, відчувають байдужість.

Діти з вадами слуху (ДВС) – це особливі діти, в яких спостерігається пізніший розвиток таких функцій, як сприйняття, увага, мислення, пам'ять, мова. Також для ДВС характерна емоційна незрілість. У багатьох ДВС виникають труднощі управління своєї поведінкою.

Незважаючи на актуальність питання роботи лікаря-стоматолога взагалі та лікаря-ортодонта із ДВС, наукових робіт, які б торкалися проблем надання стоматологічної допомоги глухим пацієнтам, досить мало. З одного боку, це пов'язано з тим, що неможливо отримати достатню кількість вибірки для проведення традиційних досліджень, із іншого – зі складністю такого дослідження. Більшість проведених досліджень стосується загальної медицини і більш сконцентровані на дорослих [7]. Ті дослідження, що постійно проводяться в цьому напрямі, не вирішують проблеми надання стоматологічної допомоги таким пацієнтам.

На стоматологічному прийомі лікарі-стоматологи відчувають труднощі при наданні стоматологічної допомоги таким пацієнтам. У літературі немає жодних даних, які б допомогли вивчити майбутнім лікарям-стоматологам усіх спеціальностей ті чи інші поведінкові реакції дітей із вадами слуху. В навчальних медичних закладах під час фахової підготовки майбутні лікарі-стоматологи не отримують інформації щодо різних форм та методів роботи з дітьми, що мають вади слуху. Так, статтею 23 Закону України «Про основи

соціальної захищеності інвалідів в Україні» одним із засобів навчання ДВС визначено дактильно-жестову мову [1]. В програмі навчання вищих медичних навчальних закладів не передбачено навіть ознайомлення з цією мовою.

У подальшій практичній роботі лікаря-стоматолога та лікаря-ортодонта навіть проведення звичайної санітарно-просвітницької роботи серед ДВС викликає труднощі.

Зокрема, пацієнти з вадами слуху можуть стикнутися з труднощами на такому етапі, як запис до лікаря-стоматолога, так як медичний персонал, в тому числі і середній, не підготовлений для спілкування з такими пацієнтами.

Як дорослі, так і діти з вадами слуху на стоматологічному прийомі не можуть надати звичайну необхідну інформацію. Вони не можуть сформулювати усно причину свого звернення до лікаря стоматолога, надати важливу інформацію про стан свого здоров'я, про перенесені та супутні захворювання, проведені оперативні втручання, травми, обтяжену спадковість, наявність алергічних реакцій, про проведене раніше лікування. Водночас, лікарю-стоматологу і лікарю-ортодонту важко зрозуміти скарги пацієнта, що має ваду слуху. Навіть проведення первинного звичайного стоматологічного огляду викликає деякі труднощі. В свою чергу, лікарю-стоматологу важко пояснити необхідність проведення тієї чи іншої маніпуляції, пояснити сутність стоматологічного лікування, його етапи, узгодити план лікування, можливі наслідки та ускладнення, які можуть виникнути як на одному з етапів лікування, так і після його закінчення. Окрім усього, між пацієнтом та персоналом можуть виникати конфліктні ситуації, спричинені відмовою лікаря надавати стоматологічну допомогу глухим пацієнтам, що пов'язано зі складнощами спілкування.

Ортодонтична допомога є одним із найскладніших видів стоматологічної роботи, де комунікація має важливу роль, так як 70 % роботи лікаря-ортодонта складається з діалогу з пацієнтом, особливо з дитиною.

Розповсюдженість зубощелепних аномалій і деформацій серед дітей та дорослих України сьогодні сягає 75-90 %, що зумовлює велику потребу в кваліфікованій ортодонтичній допомозі.

Ортодонтія як окрема стоматологічна дисципліна має багато суттєвих відмінностей від інших напрямів стоматологічної діяльності. Головною її особливістю є довготривалий термін лікування – до 2-3 років, протягом яких комунікація з пацієнтом залишається основою роботи лікаря-ортодонта. Крім того, на цьому непростому шляху до кінцевої мети – гарного обличчя та гарної посмішки, як дорослому пацієнту, так і дитині треба подолати багато складнощів: біль у зубах від застосування будь-якого ортодонтичного апарату, головний біль, відчуття стороннього тіла в порожнині рота, різке зниження мовленнєвої функції, підвищене слиновиділення та багато інших [2].

У відомій нам вітчизняній та зарубіжній науковій літературі ми не знайшли джерел, які б дали відповіді на всі запитання, із якими стикається лікар-ортодонт при роботі з дітьми або дорослими з вадами слуху.

Крім того, сьогодні немає єдиної думки щодо поширеності ортодонтичної патології серед дітей і дорослих із вадами слуху.

Метою нашого дослідження було виявлення стоматологічної патології та патології зубощелепної системи у ДВС і визначення відмінностей у клінічному ортодонтичному огляді глухих дітей.

Було проведено клінічний ортодонтичний огляд 61 школярів з вадами слуху віком від 7 до 20 років. Більшість обстежених, а саме 75,41 % (46 дітей) мали двосторонню нейросенсорну глухоту, 19,67 % (12 дітей) – нейросенсорну туговухість і 4,92 % (3 дитини) – двосторонню кондуктивну туговухість.

Через те, що діти з вадами слуху мають особливості фізичного та психологічного стану, клінічне обстеження проводилось за загальноприйнятими схемами, але з деякими відмінностями. У ДВС неможливо провести усне опитування для з'ясування скарг, анамнезу життя,

наявності супутньої патології та чи проводилось раніше ортодонтичне лікування – через це всі дані було взято з амбулаторних карт, що знаходяться в закладі. Однак у медичних картах не завжди була відображена потрібна інформація. Тому для ДВС було проведено опитування в виді анкетування за допомогою спеціально розробленої анкети «Аналіз рівня стоматологічних та ортодонтичних знань у дітей з вадами слуху», що має авторське свідоцтво № 69040 від 09.12.2016. Клінічний огляд порожнини рота проводили в медичному кабінеті спеціалізованої школи-інтернату для глухих дітей при денному освітленні.

Перед початком огляду кожна дитина була проінструктована про те, що саме буде виконуватись і що саме потрібно робити дитині.

Під час нашого огляду разом із дитиною був присутній учитель школи, який допомагав лікарю, а саме перекладав роз'яснення лікаря-ортодонта на зрозумілу дитині мову жестів. Він постійно знаходився в полі зору дитини. Через те, що діти з вадами слуху можуть не розуміти специфічні терміни, всі роз'яснення тих чи інших маніпуляцій були проведені без зайвих складнощів. Також під час пояснення маска на обличчя лікаря не одягалась, для того, щоб дитина з вадою слуху добре бачила його обличчя. Якщо дитина не розуміла, що потрібно зробити, то вчитель перекладав мовою жестів. Проводився постійний контроль того, щоб дитина дивилась на лікаря під час пояснення. Після кожного етапу огляду ми переконувалися, що дитина зрозуміла наші пояснення.

Якщо потрібно було відкрити рот, показати язик чи проковтнути слину, то попередньо проводили демонстрацію.

Клінічний огляд показав, що у 100 % ДВС є аномалії зубощелепної системи, тобто потреба в ортодонтичній допомозі досить висока. Карієс зустрічався у 77,05 % ДВС (46 дітей), менше чверті ДВС, а саме тільки 22,95 % (14 дітей) мали інтактний зубний ряд.

Під час анкетування 92,3 % відповіли, що чистять зуби і більшість із опитаних, а саме 61,5 % – двічі на день. Добра гігієна порожнини рота при

об'єктивному огляді була лише у 11,54 % (6 дітей). У більшості оглянутих ДВС, а саме в 38 дітей, що становить 73,08 %, відмічена задовільна гігієна порожнини рота, добра гігієна порожнини рота при об'єктивному огляді була лише у 11,54 % (6 дітей), незадовільна гігієна – у 15,38 % (8 дітей).

У дітей початкової школи на клінічне обстеження витрачено майже вдвічі більше часу, ніж в учнів основної та старшої школи. Це пов'язано з тим, що у молодших дітей було більш обмежене розуміння. Діти старших класів уже оволодівають зоровим сприйняттям мови (читають із губ).

Таким чином, у 100 % ДВС є аномалії зубощелепної системи, лише чверть дітей не мають хоча б однієї ознаки карієсу, хоча у більшості дітей задовільний стан порожнини рота. Потреба в ортодонтичній допомозі у таких пацієнтів досить висока і вони можуть часто звертатися за ортодонтичною допомогою. ДВС мають знання про гігієну порожнини рота, проте не використовують їх або не мають достатніх мануальних навичок.

Для підвищення ефективності надання ортодонтичної допомоги дітям із вадами слуху потрібно підвищувати рівень обізнаності медичного персоналу. Лікарі-стоматологи всіх спеціальностей повинні враховувати на стоматологічному прийомі психологічні та фізіологічні особливості пацієнтів із вадами слуху. Також для скорочення витрат часу під час клінічного огляду можливе використання лікарями сучасних інформаційних методів, таких як короткий відеоролик з сурдоперекладом чи супроводжуваним текстом.

На стоматологічному прийомі лікар-стоматолог повинен враховувати те, що в пацієнтів із вадами слуху надмірно розвинена міміка як один із компенсаторних механізмів.

Таким чином, виходячи з наведеного, можна дати рекомендації для спілкування лікаря-стоматолога та лікаря-ортодонта з дітьми, що мають вади слуху: лікар повинен звертати більше уваги на мімічні реакції глухих пацієнтів і вести себе у відповідності з наявними знаннями і компетенцією щодо роботи з такою групою пацієнтів, зважати на очікувані реакції та виділяти для первинного огляду вдвічі більше часу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні : Закон України від 21 березня 1991 р. № 875- XII // Голос України. – 1991. – № 82.
2. Куроєдова В. Д. Психологічні особливості адаптаційного періоду ортодонтичного лікування / В. Д. Куроєдова, А. В. Довженко // Психологія і особистість. – 2017. – № 1 (11). – С. 120-129.
3. Ларенцова Л. И. Производственный стресс врача-стоматолога и возможность его коррекции при работе с тревожными пациентами / Л. И. Ларенцова // Российская стоматология. – 2002. – № 3. – С. 45-48.
4. Панфилова А. П. Деловая коммуникация в профессиональной деятельности : учебн. пособ. / А. П. Панфилова. – СПб. : Знание, ИВЭСЭП, 2001. – 494 с.
5. Про схвалення Концепції Державної програми "Слух" на 2008-2012 роки [Електронний ресурс]. Проект розпорядження Кабінету Міністрів України розроблений на виконання доручення КМУ № 23468/1/1-08 від 12.05.2008 р. – Режим доступу: www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080521_0.html#2 .
6. Романова Р. О. Особенности исследования и оказания стоматологической помощи инвалидам по слуху / Р. О. Романова, М. Н. Суворова // Современные тенденции развития науки и технологий : сб. науч. тр. VIII Междунар. науч.-практ. конф. 30 ноября 2015 г. : в 10 ч. / под общ. ред. Е. П. Ткачевой. – Белгород: ИП Ткачева Е. П., 2015. – № 8, часть III. – 152 с.
7. Champion J. Dental care for children and young people who have a hearing impairment / J. Champion, R. Holt // British Dental Journal. – 2000. – V. 189. – № 3. – P. 155-159.
8. Chaveiro N. The relation between deaf patients and the doctor / N. Chaveiro, C. S. Porto, M. A. Barbosa // Brazilian Journal of Otorhinolaryngology – 2009. – Vol. 75. – № 1. – P. 147-150.