

Глава 2

Особенности оказания неотложной помощи на стоматологическом приеме у детей

Переход к медицинскому страхованию делает необходимой реорганизацию профилактической и лечебной стоматологической помощи детям с целью обеспечения гарантий качества, так как Всемирная организация здравоохранения предусматривает сохранение всех зубов у пациентов до 18-летнего возраста с максимальной безопасностью для пациента.

На данном этапе обучения перед вами поставлена цель (общая): уметь управлять физическим и психическим состоянием пациента, правильно интерпретировать его изменения и, опираясь на эти данные, оказывать адекватную неотложную помощь пациентам детского возраста на амбулаторном стоматологическом приеме, или

Цель общая (уметь): составить и обосновать план анестезии в зависимости от исходной патологии, объема вмешательства, психоэмоционального состояния детей на амбулаторном стоматологическом приеме. Диагностировать признаки неотложных состояний, сформулировать и обосновать основные принципы интенсивной терапии у детей на амбулаторном стоматологическом приеме.

Успех стоматологического вмешательства у детей зависит от эффективности управления болью и поведением ребенка: **профилактика боли и эмоционального стресса** является ключевой проблемой стоматологии детского возраста.

Конкретные цели	Цели исходного уровня
1	2
<i>Уметь</i>	
1. Выявлять симптомы сопутствующей патологии у ребенка перед экстренным или плановым вмешательством на амбулаторном стоматологическом приеме на основании жалоб, данных анамнеза, результатов объективного обследования	1. Собирать и оценивать жалобы и анамнез, проводить объективный осмотр пациентов (кафедра пропедевтики детских болезней, кафедра детских болезней)
2. Выявлять степень психоэмоционального напряжения у ребенка перед экстренным или плановым вмешательством на амбулаторном стоматологическом приеме на основании жалоб, данных анамнеза, результатов объективного обследования	2. Определять наличие и степень интенсивности страха у детей (кафедра психиатрии)
3. Составить и обосновать план проведения анестезии перед экстренным или плановым вмешательством у детей на амбулаторном стоматологическом приеме на основании интерпретации результатов объективного, инструментального и лабораторного исследования пациента	3. Осуществлять выбор фармакологических средств для проведения анестезии у детей (кафедра фармакологии, клинической фармакологии) в зависимости от исходной патологии (кафедра клинической фармакологии, кафедра детских болезней) и психоэмоционального состояния ребенка (кафедра психиатрии)
4. Диагностировать основные клинические признаки и интерпретировать лабораторные показатели острой сердечной и сосудистой недостаточности, анафилактического шока, крапивницы, отека Квинке у детей на амбулаторном стоматологическом приеме	4. Проводить объективное исследование пациента, оценивать результаты лабораторных и функциональных исследований (кафедра пропедевтики детских болезней, кафедра детских болезней)
5. Диагностировать основные клинические признаки и интерпретировать лабораторные показатели клинической смерти у детей на амбулаторном стоматологическом приеме	5. Определять патогенетические механизмы возникновения аритмий, терминальных состояний, клинической смерти, интерпретировать виды и проявления гипоксии (кафедра патологической физиологии)
6. Выполнять этапы проведения сердечно-легочной и церебральной реанимации у детей на амбулаторном стоматологическом приеме	6. Проводить анатоμο-топографическое обоснование экстренных манипуляций, подбирать необходимый инструментарий для них, интерпретировать особенности топографической и функциональной анатомии сердца, сосудов легких у детей (кафедра анатомии человека, кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии)
7. Демонстрировать технику поддержки свободной проходимости дыхательных путей, искусственной вентиляции легких (ИВЛ), закрытого массажа сердца,	7. Проводить топографо-анатомическое обоснование венепункций, пункции миокарда, проводить топографо-анатомическое обоснование и выполнять интубацию трахеи

Окончание табл.

1	2
электрической дефибрилляции у детей на амбулаторном стоматологическом приеме. Обосновать необходимость внутрисосудистых и внутрисердечных введений лекарств	(кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии), интерпретировать показания к применению и фармакодинамику лекарств в зависимости от возраста (кафедра фармакологии, кафедра клинической фармакологии)
8. Выявлять симптомы при синдроме острой дыхательной недостаточности у детей, обусловленной астматическим состоянием, отеком легких, обструкцией дыхательных путей на основании жалоб, данных анамнеза, объективного обследования на амбулаторном стоматологическом приеме. Поставить предварительный диагноз	8. Собирать и оценивать жалобы и анамнез, проводить объективный осмотр ребенка (кафедра пропедевтики детских болезней)
9. Обеспечить свободную проходимость дыхательных путей, сформулировать и обосновать основные принципы интенсивной терапии острой дыхательной недостаточности у детей, обусловленной астматическим состоянием, отеком легких, обструкцией дыхательных путей на амбулаторном стоматологическом приеме	9. Осуществлять выбор фармакологических средств для лечения острой дыхательной недостаточности у детей (кафедра фармакологии, кафедра клинической фармакологии, кафедра детских болезней)
10. Выявлять основные симптомы коматозных состояний у детей на основании данных анамнеза, объективного обследования на амбулаторном стоматологическом приеме. Поставить предварительный диагноз	10. Собирать анамнез и проводить объективный осмотр пациентов (кафедра пропедевтики детских болезней)
11. Обеспечить свободную проходимость дыхательных путей, искусственную вентиляцию легких, стабилизацию артериального давления (АД) у детей в состоянии комы на амбулаторном стоматологическом приеме. Сформулировать и обосновать основные принципы интенсивной терапии коматозных состояний у детей	11. Осуществлять выбор фармакологических средств для лечения коматозных состояний (кафедра фармакологии, кафедра клинической фармакологии, кафедра детских болезней)
12. Диагностировать клинические проявления судорог у детей на амбулаторном стоматологическом приеме. Сформулировать и обосновать основные принципы интенсивной терапии судорожного синдрома у детей	12. Осуществлять выбор фармакологических средств для лечения судорог (кафедра фармакологии, кафедра клинической фармакологии, кафедра детских болезней)

Боль (неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани) присутствует в клинической картине большинства стоматологических заболеваний. Повышенная чувствительность, кариес зубов и его осложнения, воспаление тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта, травмы челюстно-лицевой области, ортодонтическое лечение и даже такие физиологические процессы, как прорезывание и смена зубов, воспоминания о прошлых неприятностях, связанных с зубной болью, провоцируют болезненные страдания ребенка. Посещение стоматолога ассоциируется у детей с ожиданием и переживанием боли, что проявляется не только и не столько **сенсорным**, сколько **эмоциональным** компонентом, который, в свою очередь, не только зависит от реакции ребенка на боль, но и сопровождается отрицательными эмоциональными переживаниями (чувством страха, тревоги), которые, влияя на нейрогуморальную регуляцию, могут способствовать развитию многих хронических заболеваний. Выделяют два фактора боли — **сенсорный и эмоциональный**. Боль, как **сенсорная** реакция, проявляется в виде вегетативного и двигательного комплекса, влияющего на жизненно важные функции ребенка. Основу **эмоционального** фактора боли составляет психогенная гиперкатехоламинемия. Согласно современным представлениям, боль является субъективным восприятием сложных процессов, включающих сенсорную оценку информации о ноцицептивных стимулах и разнообразных рефлекторных реакциях, направленных на защиту ребенка от действия этих стимулов. Формирование зубной боли осуществляется по схеме: сверхпороговое раздражение тканей зуба — возникновение нервного импульса — высвобождение серотонина — спазм сосудов мозга — церебральная гипоксия — боль. Однако, в отличие от взрослого, ребенок не может терпеть, дифференцировать степень, длительность и характер боли. Степень выраженности болевого синдрома зависит от типа психоэмоциональной напряженности.

Основные задачи детской стоматологической поликлиники:

- обеспечение полноценной анестезии необходимой продолжительности;
- устранение психоэмоционального напряжения;
- спокойное поведение ребенка;

- обеспечение профилактики функциональных нарушений детского организма;
- быстрая реабилитация;
- обеспечение максимальных удобств для работы детского стоматолога;
- минимальный риск возникновения побочных реакций и осложнений после ухода детей из поликлиники.

Все операции, включая удаление зубов (молочных и постоянных) и их лечение, у детей должны проводиться под полноценным обезболиванием. В детской стоматологической практике применяют следующие виды анестезии.

1. Двухэтапная методика местной анестезии. Первым шагом является обезболивание места вкола анестетика специальными ароматизированными безопасными и гипоаллергенными гелями (аппликационная анестезия), которые имеют вкусы различных фруктов. Дети сами могут выбрать вкус и цвет анестезирующего геля. После обезболивания места вкола происходит инъекция анестетика под слизистую оболочку. В качестве инъекционных анестетиков в детской стоматологической практике применяют самые безопасные анестетики, практически не вызывающие аллергических реакций. Применение только местного обезболивания у детей 5–14 лет нежелательно в связи с высокой степенью психоэмоционального напряжения пациента.

2. Седация — современная техника анестезии, «сноподобное» состояние умиротворенности и спокойствия, которое вызывается при помощи относительно небольшой дозы лекарств, применяемых для проведения общей анестезии. По своей глубине седация разделяется на **глубокую и поверхностную**. При лечении зубов у детей чаще всего применяют технику **поверхностной седации**, при которой происходит минимальная депрессия сознания ребенка, сохраняются адекватное дыхание и защитные рефлексы. Состояние седации, с одной стороны, создает хорошие условия для работы стоматолога, так как ребенок физически и эмоционально расслаблен, с другой — учитывая, что седация по своей глубине является относительно поверхностным состоянием, ребенок в состоянии реагировать и в любой момент способен выполнить указания стоматолога. После седации ребенок ничего не помнит о произведенной процедуре. **Глубокая седация** — это состояние глубокого угнетения сознания, при котором пациент находится

в состоянии наркотического сна, не может выполнять указания врача и утрачивает способность к самостоятельному адекватному дыханию.

Поверхностная и глубокая седация не приводят к полному выключению болевой чувствительности, поэтому они дополняются проведением местной анестезии.

В зависимости от путей введения лекарственных препаратов выделяют следующие разновидности **седации**.

Ингаляционная седация — с помощью закиси азота в потоке кислорода. Ее проведение требует постоянного вдыхания газовой смеси через носовую маску с приятным фруктовым запахом. После начала ингаляции кровь насыщается газом в течение 5–7 минут, и малыш расслабляется, он самостоятельно дышит, находится в полном сознании и может разговаривать, только страх уходит, движения расслаблены, снижено звуковосприятие и совсем не больно. Детям, которые больше озабочены, возможно, потребуется более сильное лекарство, чем закись азота.

Пероральная седация — сиропами или таблетками (реланиум и мидазолам).

Инъекционная седация — внутримышечная (реланиум и мидазолам) или внутривенная. Для лечения зубов под внутривенной седацией применяют внутривенные анестетики: бензодиазепины (в частности, мидазолам), пропофол, тиопентал натрия, наркотические анальгетики. Внутривенная седация гораздо эффективнее, чем ее другие разновидности (пероральная или ингаляционная). Существует всего два недостатка внутривенной седации:

— необходимость внутривенного доступа — пункции вены. Если ребенок испытывает большой страх перед процедурой пункции периферической вены, то следует выбрать методику ингаляционной седации;

— вероятность местных осложнений в месте пункции вены (к примеру, образование подкожной гематомы).

Седация через нос.

Седация с помощью ректальной свечи.

3. Общая анестезия вводит ребенка в глубокий сон. Он не может чувствовать боль или передвигаться. Показаниями для выполнения стоматологических манипуляций в условиях общей анестезии у детей являются:

1. Невозможность расслабиться и успокоиться даже после проведения седации и других методов управления поведением.

Проведение общей анестезии показано при невозможности проведения адекватного местного обезболивания:

— у соматически здоровых детей младшего возраста (от 1,5 до 3 лет) с большим количеством пораженных зубов, так как стоматолог не может наладить с ними контакт, позволяющий осуществить какую-либо манипуляцию в полости рта. Эти дети не понимают того, что врач пытается им помочь. Насильственное удержание ребенка в кресле и другие физические воздействия чреваты негативными последствиями для психики ребенка;

— у детей в возрасте от 4 до 6 лет, которые уже имели негативный опыт первых посещений стоматолога и предстоящие встречи вызывают у них неконтролируемый панический страх;

— у детей от 7 лет и старше с запущенными и осложненными формами кариеса временных и постоянных зубов (до 10–16 зубов на обеих челюстях), которые нуждаются в многократном посещении стоматолога. Лечение таких детей под локальной анестезией практически невозможно.

2. Длительное и объемное стоматологическое вмешательство, которое является трудно переносимым для бодрствующего ребенка.

3. Наличие инвалидности, ограничивающей способность ребенка к пониманию и безопасному стоматологическому лечению (дети с врожденными заболеваниями центральной нервной системы (ЦНС), снижением интеллекта или олигофренией).

Проведение стоматологических манипуляций в поликлинике в условиях общей анестезии показано только тем детям, которые имеют оценку физического статуса по классификации ASA 1–2-го класса, т.е. соматически здоровые.

Особенности общей анестезии у детей в амбулаторных условиях:

— полусидячее положение, что затрудняет обеспечение свободной проходимости дыхательных путей;

— наличие маски на лице при локализации патологического процесса на верхней губе или фронтальном отделе верхней челюсти препятствует доступу в зону вмешательства, что делает необходимым применение назофарингеальной анестезии.

У детей применяют ингаляционную (закаись азота, метоксифлуран (пентран), фторотан, севофлуран), неингаляционную

(кетамин (кеталар), пропанидид (сомбревин), диприван) и смешанную (комбинированную) общую анестезию. Применяют пять методик подачи газонаркотической смеси: лицевой маской, назально, назофарингеально, оро- и назотрахеально. Наиболее популярной является газонаркотическая смесь, состоящая из кислорода, закиси азота и фторотана. Масочный наркоз показан при малых вмешательствах продолжительностью до 20 мин. Назальная маска показана у детей с хорошей проходимостью носовых ходов. Назофарингеальный метод применяют у детей, которым предстоит длительное, не менее 40–50 минут, вмешательство и большой объем лечения. К назотрахеальному введению интубационной трубки прибегают у детей старше 6 лет и при обширном лечении от 1 часа и более. Перед установкой трубки ее размягчают при помощи горячей воды и орошают вход в трахею спреем лидокаина. Оротрахеальная интубация показана у детей с искривлением носовой перегородки и угрозе носового кровотечения. Применение ларингеальной маски является менее инвазивным. Недостатком считают относительно большой диаметр патрубка, который занимает ротовую полость, что мешает стоматологу манипулировать там.

В условиях общей анестезии у ребенка отсутствует эмоциональное напряжение (так как ребенок в условиях общей анестезии не ощущает запахов, не слышит шум бормашины, не видит медицинских инструментов), процедура не сопровождается не только болевой, но и тактильной чувствительностью (так как ребенок не ощущает вибрации, давления, сжатия), повышается качество стоматологического лечения за счет применения препаратов, снижающих образование слюны.

Для эффективного обезболивания необходимо целенаправленное воздействие на каждый из компонентов боли (сенсорный, психоэмоциональный, вегетативный и двигательный) на разных уровнях, для чего с целью проведения премедикации и потенцирования местной анестезии применяют препараты различных фармакологических групп — бензодиазепины, препараты для местной анестезии, неопиоидные анальгетики, антигистаминные средства. Выбор средства для адекватной премедикации и последующей анестезиологической защиты ребенка осуществляют в зависимости от типа личностной психоэмоциональной напряженности ребенка: у детей 5–14 лет с активным и

тревожным типами личностной тревожности оптимальной схемой обезболивания в амбулаторных условиях является сочетание артикаина и кетамина/мидазолама, у детей с гиперактивным типом — артикаина и реланиума, а у детей с аутичным типом — артикаина и кетамина. Чем выше индекс тревожности у пациента, тем ниже порог его болевой чувствительности. Чувствительный компонент болевой реакции блокируют при помощи местных анестетиков. Критерий эффективности проведенного обезболивания — отсутствие психоэмоционального напряжения во время врачебных манипуляций.

Выполнение всех видов анестезии для лечения зубов у детей требует проведения анестезиологического мониторинга и всех других составляющих анестезиологического обеспечения.

Эмоциональный стресс. Стоматологическое вмешательство у детей рассматривают как источник психоэмоционального напряжения, которое у 55 % маленьких пациентов становится причиной развития неотложных состояний. В ответ на любое лечебное воздействие, шум и вибрацию бормашины, вид инструментов, следы крови на тампоне, болевой раздражитель у ребенка может возникнуть стрессовая реакция, обусловленная психоэмоциональным напряжением, страхом, психической травмой, болевым синдромом, изменениями гомеостаза: нарушением дыхания, гемодинамики, обмена веществ. Большинство врачебных манипуляций воспринимаются детьми как опасные, агрессивные, являются источниками тревоги, в силу чего поведение ребенка принимает протестный характер. Характер и выраженность поведенческой реакции ребенка на стоматологическое лечение обусловлены характером и силой раздражителей, уровнем порога чувствительности к раздражителям, уровнем базовой тревожности, интенсивностью и лабильностью эмоций тревоги, эффективностью психологической защиты, самоконтролем ребенка. Во время стоматологического приема ребенок ощущает эмоции тревожного ряда (настороженность, тревогу, испуг, вероятность повреждения и боли, страх, боязнь, ужас, панику, дискомфорт), ассоциирующиеся с угрозой его безопасности. Страх может переходить в состояние аффекта, которое полностью исключает возможность проведения лечения. Психические состояния, проявляющиеся в виде мимических, вербальных, моторных (повышенная двигательная активность) реакций, беспокойное

поведение детей мешают работе стоматолога. Эти психические состояния являются причиной несвоевременного обращения к стоматологу 6–25 % пациентов, что способствует у них прогрессированию развития острых одонтогенных воспалительных процессов.

Так как стоматологические манипуляции, включая инструментальный осмотр полости рта, сопровождаются у ребенка эмоциональным волнением, обусловленным испугом, беспокойством, ожиданием болевых ощущений, тревожностью, важное значение имеют определение и профилактика страха у детей на стоматологическом приеме. Необходимость определения уровня страха и тревожного напряжения у детей обусловлена следующими факторами:

- страх, негативные переживания и воспоминания ребенка являются разрушительными факторами, провоцирующими появление во время стоматологического вмешательства осложнений как местного, так и общего характера, а также обострение хронических заболеваний у пациентов, имеющих в анамнезе сопутствующую патологию;

- чем выше уровень предоперационной тревоги и беспокойства у ребенка, тем выраженнее у него степень различных психосоматических нарушений;

- выраженность эмоции страха влияет на проявление болевого синдрома, необходимость в болеутоляющих средствах, количество хирургических осложнений;

- чем сильнее эмоция страха, тем менее выражены у ребенка положительные эмоции с возрастанием роли защитных и поведенческих реакций;

- уровень страха родителей находится в прямой зависимости от уровня страха ребенка.

Выявление страха и определение степени его интенсивности у детей перед стоматологическим приемом позволит врачу-стоматологу выработать индивидуальный подход к каждому пациенту и успешно провести комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Уровень страха может быть предиктором комплекса мероприятий, направленных на уменьшение самого страха.

Описаны следующие методики определения страха у детей.

1. Объективные методы (средние значения корреляции $r = 0,96$; $p < 0,001$):

А. Определение стресс-гормонов (серотонина, адреналина, дофамина, норадреналина, кортизола, 17-ОКС).

В. Оценка изменяемости гемодинамики и дыхания (средние значения корреляции частоты сердечных сокращений (ЧСС) $r = 0,69$; $p < 0,001$).

С. Методика изменения мышечной активности, индекс подвижности ладоней, графомоторные тесты, электроэнцефалограмма (ЭЭГ), плетизмограмма, кардиоинтервалография (КИГ).

2. Субъективные методы (средние значения корреляции $r = 0,68$; $p < 0,001$):

А. Субъективно-вербальные методы.

В. Тестово-балльные системы и визуально-аналоговые шкалы.

С. Тестирование родителей.

Д. Анамнестические шкалы.

Так как маленькие дети не способны ответить на вопросы о своем отношении к стоматологическому вмешательству или же оценить собственную эмоцию при помощи проективного теста, при работе с ними врач-стоматолог может применять лишь поведенческие рейтинговые шкалы, которые легки в применении и не навязчивы для ребенка. Наибольшую популярность в детской общехирургической практике имеют следующие шкалы:

— Spilberg — Child (шкала тревожности Спилбергера — Ханина, State — Trait Anxiety Inventory, STAI), в основе которой лежит представление о существовании тревоги как психического состояния и тревожности, рассматриваемой в виде черты личности. Опросник включает 20 кратких утверждений, ответить на которые предлагается по четырехбалльной шкале;

— шкала явной тревожности для детей (The Children's for Manifest Anxiety Scale), разработанная на основе шкалы тревожности Тэйлора для взрослых. Шкала выявляет тревожность у детей как устойчивое образование. Кроме тревоги и страха опросник указывает на раздражительность, скованность, усталость, нетерпеливость. Применяется в диагностике детей от 8 до 12 лет;

— PACBIS (Perioperative Adult Child Behavioral Interaction Scale) — поведенческая шкала взаимодействия, шкала для оценки периоперационного поведения детей и их родителей;

— MAS (Manifest Anxiety Scale) — единственная шкалово-балльная система проявления тревожности, разработанная для детской стоматологической практики. Несмотря на многие до-

стоинства психометрических шкал (объективность, точный подсчет баллов, легкость статистической обработки), они не идеальны. Главные недостатки — трудность восприятия вопросов детьми, невозможность применения при работе с малоконтактными детьми, с детьми младшего возраста.

Основные причины и условия повышенной тревожности ребенка на стоматологическом приеме:

1. Личностные факторы — биологические особенности (низкий уровень ГАМК); малый возраст; общие страхи и тревоги; особенности темперамента; неверное понимание ситуации; патология контроля поведения; психическая патология.

2. Внешние факторы — невысокое социальное положение семьи; этнические особенности; неблагоприятный стиль воспитания ребенка; место ребенка в семье и в обществе; высокая тревожность родителей.

3. Медицинские факторы — негативный опыт медицинских вмешательств; зубная боль; негативный опыт общения и лечения в стоматологическом кабинете.

Возраст — базовый фактор, определяющий поведение ребенка на приеме (табл. 2.1). Для построения психологического контакта врача с ребенком и снижения уровня его тревожности полезным

Таблица 2.1

Возраст, годы	Особенности психики	Тактика врача
15	Эмоциональные перепады; взрослые интеллектуальные концепции и ценности подвергаются сомнению; чувствительность и провокации	Относиться, как ко взрослому, проявлять много терпения
12	Требование объяснений для всего; стремление спорить; острое чувство справедливости; отказ принимать власть взрослых как должное	Обсуждать и объяснять все
9	Уважение ко взрослым; взрослая лексика без достаточного осмысления; заинтересованность в диалоге	Разговаривать, делиться мыслями
6	Физическая неутомимость; логическое, но негибкое мышление; увлеченность точными цифрами; эмоциональные перепады	Вести себя понятно, хвалить за конкретные действия
3	Достижение зрелости для лечения; способность сидеть спокойно; хорошая память; достаточное вербальное общение; социальная и эмоциональная устойчивость	Обеспечивать чувство защищенности, применять ролевые игры

является знание возрастных особенностей порогов чувствительности, тревожности, возможностей самоконтроля.

Присутствие родителей в кабинете во время проведения стоматологических процедур может иметь положительные (поддержание чувства защищенности у ребенка, создание у ребенка положительного отношения к врачу, поддержание мотивации к лечению, связанной со взаимоотношениями с родителями) и отрицательные (повышение тревожности ребенка при негативном отношении родителей к стоматологии, невозможность психологического контакта с ребенком при жестком давлении на него родителей, разделение внимания ребенка между врачом и родителями, ограничения в использовании аверсивных технологий менеджмента поведения ребенка) эффекты.

В зависимости от особенностей поведения детей на приеме у стоматолога различают четыре типа (группы) детей, менеджмент поведения которых следует осуществлять разными методами (табл. 2.2).

Коррекция поведенческих реакций необходима у 91 % дошкольников, у 86 % младших школьников, у 70 % детей школьного возраста.

При посещении стоматолога поведение детей 5–14 лет соответствует четырем типам личностной тревожности: активному,

Таблица 2.2. Типы поведения детей на стоматологическом приеме и тактика стоматолога

Характеристики группы по шкале Frankl		Задачи управления поведением
Самое негативное поведение	Отказывается от лечения; громко плачет/кричит; испуган, агрессивен; показывает другие признаки открытого негативизма	Нейтрализация протестного поведения
Негативное поведение	Демонстрирует нежелание лечиться и сопротивление; может быть замкнутым и угрюмым; не сотрудничает	Изменение отношения к стоматологии, изменение модели поведения
Позитивное поведение	Принимает лечение; временами настораживается; готов выполнять указания по ходу лечения; может сотрудничать (с некоторыми оговорками)	Формирование позитивного отношения, правильного поведения
Самое позитивное поведение	Хороший контакт со стоматологом; сотрудничает на всех этапах лечения; смеется, получает удовольствие от ситуации	Поддержание позитивного отношения, закрепление правильного поведения

гиперактивному, тревожному и аутичному. Во время повторного обращения тип личностной тревожности зависит от возраста: чем старше ребенок, тем тип его личностной тревожности менее изменчив.

Лабильная психика детей требует проведения лечебных мероприятий в максимально комфортных для пациента и стоматолога условиях. Негативное поведение детей во время лечения зубов ухудшает качество лечебной работы. Управление поведением пациента становится едва ли не главной составляющей работы стоматолога. Основными способами побороть страх являются установление доверительных отношений между ребенком и стоматологом, уменьшение болевой чувствительности при помощи анальгезии, седации, анестезии, релаксации.

Неотложная помощь при нарушении функции кровообращения

Острая сердечная недостаточность развивается по лево-, правожелудочковому и комбинированному типу. Причиной острой правожелудочковой недостаточности является тяжелая легочная патология. Левожелудочковая недостаточность чаще встречается у детей с ревматическими пороками сердца, острым миокардитом и нефритом.

Клинические симптомы острой сердечной недостаточности:

— тахикардия, которая возникает вначале как компенсаторная реакция сердца при снижении сократительной способности миокарда и уменьшении ударного объема, для поддержания адекватного минутного объема кровообращения;

— одышка, которая также возникает как компенсаторная реакция. Нарушение легочного газообмена при острой сердечной недостаточности еще больше увеличивает одышку с вовлечением в дыхание вспомогательных мышц;

— расширение границ сердца (важно не только определить наличие расширения сердца, но и установить, является ли это следствием дилатации, компенсаторной или миогенной гипертрофии);

— цианоз кожных покровов и слизистых оболочек, обусловленный сниженным кровоснабжением тканей и недостаточным их снабжением кислородом;

— пастозность и отеки кожных покровов вследствие застоя крови в большом круге кровообращения, изменения гидростати-