

Naša iskustva u pedodontološkom tretmanu duševno i tjelesno zaostale djece

Š. Kordić

U općem napretku socijalne i zdravstvene zaštite u našoj zemlji pokazale su se i neke nejednakosti u razvoju, te zaštite pa je tako došlo do zastoja u razvitku zaštite duševno i tjelesno zaostale djece. — Doduše, ulažu se napore da se odgojni, socijalni i fizički status defektne djece poboljša, te se u tu svrhu osnivaju zasebne ustanove i rehabilitacioni centri, ali u pogledu zaštite njihovih zubi i liječenja karioznih lezija ne poduzimaju se potrebne mjere. Međutim, nama je poznato da u nekim naprednim zemljama postoje za tu službu posebni stomatološki zavodi s naročito školovanim pomoćnim medicinskim osobljem, pa se čak osnivaju i naučno-istraživački instituti u odnosu na probleme koji se javljaju u hendikepirane djece.*

Poteškoće u pedodontološkom radu postoje i kod sasvim normalnog djeteta, što je lako shvatljivo jer pojam liječnika ostaje u bolnoj uspomeni svakom djetetu još od najranijeg djetinjstva. Obavezna cijepjenja injekcijama ili skarifikacijom u prvoj, a zatim u drugoj i četvrtoj godini života, opravdavaju strah s kojim dijete pristupa svakoj osobi u bijelom, pa i zubnom liječniku. Osim toga, dijete nije u stanju shvatiti vrijednost i značenje našeg rada, te na naše poduhvate instink-

tivno i redovito reagira odbijanjem. Česta je pojava da i ona djeca koja su ranije bila dobra i poslušna najednom počnu odbijati naše intervencije, što očito govori da je dječja psiha neizgrađena i da se ona postepeno formira stjecanjem novih dojmova u djetetovom domu i u školi (2). Radovi uvaženih psihologa Bakwina (3), Gesella i Ilga (4) znatno su osvijetlili kompleksnost dječje psihe. Bakwin kaže da nije u mogućnosti shvatiti izvjesne pojmove dok nije dostiglo odgovarajući tjelesni i duševni razvitak. Gesell i Ilg ističu da je tok i stupanj duševnog razvoja djeteta determiniran određenim prirodnim faktorima, a na koje faktore utječe i okolina: pozitivno ili negativno, tj. bilo da ih pojača ili oslabi. Prema tome, svaka se osoba izgradi u zasebnu ličnost, čija su iskustva i dojmovi stečeni u ranom djetinjstvu od osobitog interesa za njen budući odnos sa drugim osobama. Zbog toga je za pedodontologa korisno da uoči sve one specifičnosti psihološkog razvoja koje postoje u pojedinim godinama dječje dobi, da bi mogao način svog postupka uskladiti prema stupnju duševnog razvitka svakog pojedinog djeteta.

Prirodno je da se pri prvom pregledu zubi i usne šupljine i potpuno zdravo dijete uplaši, jer je obično pod impresi-

* Izvod iz predavanja prilikom habilitacijskog postupka održanog 10. prosinca 1965. godine pred fakultetskim vijećem Stomatološkog fakulteta u Zagrebu.

jom ambulatnog ambijenta i raznovrsnih predrasuda koje nanj neki put u tolikoj mjeri utječu da je teško izvršiti i običan pregled zubi, za razliku od drugih medicinskih pregleda (rendgenološki, pedijatrijski), koji — kako — tako — uspijevaju. Zbog toga prvom našem susretu s djetetom poklanjamo posebnu pažnju: bilo da tom prigodom izvršimo neki bezbolan rad (uzimanje otiska u vosku) ili da obavimo samo inspekciju usne šupljine i nađeno stanje registriramo u bolesnički karton. Pri tom radu također vodimo računa da ne bismo dijete povrijedili s instrumentom, mentom, jer bismo time pojačali strah koji ga pri prvom pregledu skoro uvijek prati. Ne manje je važan i odnos roditelja prema djetetu: njihova prevelika strogost, popustljivost ili prijetnja djetetu da će mu liječnik dati injekciju ukoliko ne bude dobar, negativno utječe na obavljanje pedodontološkog tretmana. No u svakom slučaju, ljubazan nastup liječnika i pomoćnog medicinskog osoblja učinit će da će uskoro i ono dijete koje je razmaženo, plašljivo ili tvrdoglavlo postati dobar pacijent.

Sasvim su druge okolnosti rada kod duševno i tjelesno zaostale djece koja ne shvaćaju i s nama redovito ne surađuju u pedodontološkom tretmanu, te svaki pojedini slučaj iziskuje posebno razmatranje i poseban postupak. Činjenica je da su ta djeca vrlo često socijalno, medicinski i profesionalno zanemarena (5). Kao stomatološki pacijenti oni se oskudno ili nikako ne tretiraju, iako bi se u većini slučajeva uz primjenu savremenih psihopedagoških metoda mogli liječiti u svim našim zubnim ustanovama. To je tim važnije spomenuti jer je broj duševno i tjelesno ometene djece u stalnom porastu, a što naoko predstavlja kontradikciju s napretkom opće zdravstvene službe. Naime, treba spomenuti da savremena dječja zaštita, uspijeva u tome da veliki broj defektne djece ostaje na životu, za razliku od pro-

šliih decenija kad dječja zaštita nije bila mnogo više umirala.

Na inicijativu predsjednika Kennedya osnovana je 1963. godine u SAD specijalna institucija, odnosno društvena organizacija (panel of mental retardation) koja vodi brigu o mentalno zaostalim osobama i koja okuplja sve one koji su zainteresirani tim problemima, počevši od roditelja defektne djece, pa do liječnika, ortopeda i naučnih radnika (6). Iz statističkih podataka saznajemo da u SAD ima oko 5 milijuna duševno zaostalih osoba (7), a kad im se pribroje i tjelesno defektna lica, onda je taj broj znatno veći. Opće je prihvatljivo mišljenje da 1—30% na današnjoj visini kad su defektna djeca cjelokupnog pučanstva predstavlja duševno zaostale osobe, dok su 1—20% tjelesno defektni (8). Koliki je broj psihofizički defektnih osoba u našoj zemlji ne znamo, jer ne postoji točna evidencija, ali ako uzmemo gornji kriterij, onda bismo mogli reći da ih ima oko 700 tisuća, odnosno u SR Hrvatskoj oko 180 tisuća. Prema podacima Suića (Kotarski zavod za zaštitu zdravlja Split) ukupan broj psihosomatski defektnih osoba na području Dalmacije iznosi oko 30 tisuća, od kojih je kategorizirano 2165 (djece i omladine do 18 godine života), budući da se zasad podvrgavaju komisijskim pregledima uglavnom socijalno osigurane osobe (9). Tako znatan broj hendikepiranih osoba diktira nužnost njihove kategorizacije, kako bi se i prema njima mogli s uspjehom primjenjivati socijalni, medicinski i pedodontološki postupci. Želim, naime, naglasiti ovo: kad je Savezni Pravilnik o kategorizaciji i evidenciji djece ometene u psihičkom i fizičkom razvoju iz 1960. godine (10) predvidio formiranje komisije za kategorizaciju, sastavljene od stručnjaka raznih specijalnosti — nije uzeo u obzir konzultanta iz pedodontološke s truke. To jasno govori o manjku tog Pravilnika i samog postupka kategorizacije, te smatram da bi ga trebalo korigirati na taj način da se

povremeno i po potrebi u tu komisiju poziva kao konzultant i pedodontolog.

U čemu se sastoji važnost kategorizacije?

Kategorizaciju djece izvršili su mnogi autori, psiholozi, od kojih spominjem: JORDANA (11), HEINRICHA, FÜRSTENHEIMA i KÜRERA (12). Oni su na temelju konstitucije, inteligencije i karaktera, te duševnog i tjelesnog razvoja, svu djecu podijelili u manji ili veći broj skupina, s namjerom da bi se psihološkim osobinama djece koristili u praktičnom radu. Ali kako su stanovišta pojedinih autora u tom pogledu vrlo različita, to sve te skupine nemaju osobite vrijednosti za pedodontološku praksu. Naime, za nas je najvažnije kako se dijete ponaša za vrijeme dok mu liječimo zube (13). Zbog toga smatram da je najprikladnija ona kategorizacija koja vodi računa o stupnju psihofizičke defektnosti u odnosu na poteškoće koje se javljaju za vrijeme dentalnog tretmana. I na temelju takvog kriterija podijelio sam sve duševno i tjelesno zaostale osobe u 3 grupe: teške, srednje-teške i lake slučajeve (tablica 1).

U teške slučajeve psihofizičke defektnosti spominjem na prvom mjestu one s posljedicama cerebralne dječje kljenuti (jedne od najtežih formi psihofizičkih obo-

ljenja), gdje razni faktori mogu prouzrokovati oštećenja centara centralnog nervnog sistema, koja se manifestiraju s različitim paralizama, parezama i promjenama funkcije muskulature u vidu spazmiditeta rigiditeta, atetoze i drugim. Na drugom mjestu dolaze sistemna mišićna oboljenja koja se javljaju s distrofijom ili atrofijom skeletne i žvačne muskulature. Zatim navodim duševnu zaostalost koja nekada dolazi kao zasebno oboljenje, premda češće u kombinaciji s drugim sindromima. I na kraju, manifestnu epilepsiju koja se može očitovati u obliku različitih kliničkih formi koje variraju od malih pa do velikih i učestalih napada uz trajne duševne promjene — od kojih ove posljednje predstavljaju za stomatološku praksu posebne poteškoće. — U grupu srednje teških slučajeva duševno i tjelesno zaostalih osoba ubrajam: osobe s ortopedskim anomalijama koje su najčešće posljedice poliomielitisa, zatim gluhe i gluhonijeme, slijepi, heilognatopalatoshize i razne druge anomalije razvitka (nakaznosti). — U treću grupu spadaju slučajevi lakšeg stupnja psihofizičke retardacije i defekti razne geneze. Jasno je da pacijenti koji su po dijagnozama uvršteni u I i II grupu, u slučaju manje izražene simptomatologije spadaju u III grupu, tj. u lake slučajeve.

Tablica 1

KATEGORIZACIJA DUŠEVNO I TJELESNO ZAOSTALIH OSOBA
(Autor modificirao za pedontološku praksu)

I grupa Teški slučajevi	II grupa Srednje-teški slučajevi	III grupa Laki slučajevi
<ol style="list-style-type: none"> 1. Posljedice cerebralne dječje kljenuti 2. Sistemna mišićna oboljenja 3. Duševna zaostalost 4. Manifestna epilepsija 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopedske anomalije najčešće posljedice poliomielitisa 2. Gluhi i gluhonijemi 3. Slijepi 4. Anomalije razvitka heilognatopalatoshize i druge nakaznosti 	Svi slučajevi lakog stupnja psihofizičke retardacije i defekti razne geneze

jom ambulatnog ambijenta i raznovrsnih predrasuda koje nanj neki put u tolikoj mjeri utječu da je teško izvršiti i običan pregled zubi, za razliku od drugih medicinskih pregleda (rendgenološki, pedijatrijski), koji — kako — tako — uspijevaju. Zbog toga prvom našem susretu s djetetom poklanjamo posebnu pažnju: bilo da tom prigodom izvršimo neki bezbolan rad (uzimanje otiska u vosku) ili da obavimo samo inspekciju usne šupljine i nađeno stanje registriramo u bolesnički karton. Pri tom radu također vodimo računa da ne bismo dijete povrijedili s instrumentom, mentom, jer bismo time pojačali strah koji ga pri prvom pregledu skoro uvijek prati. Ne manje je važan i odnos roditelja prema djetetu: njihova prevelika strogost, popustljivost ili prijatna djetetu da će mu liječnik dati injekciju ukoliko ne bude dobar, negativno utječe na obavljanje pedodontološkog tretmana. No u svakom slučaju, ljubazan nastup liječnika i pomoćnog medicinskog osoblja učinit će da će uskoro i ono dijete koje je razmaženo, plašljivo ili tvrdoglavo postati dobar pacijent.

Sasvim su druge okolnosti rada kod duševno i tjelesno zaostale djece koja ne shvaćaju i s nama redovito ne surađuju u pedodontološkom tretmanu, te svaki pojedini slučaj iziskuje posebno razmatranje i poseban postupak. Činjenica je da su ta djeca vrlo često socijalno, medicinski i profesionalno zanemarena (5). Kao stomatološki pacijenti oni se oskudno ili nikako ne tretiraju, iako bi se u većini slučajeva uz primjenu savremenih psihopeda- goških metoda mogli liječiti u svim našim zubnim ustanovama. To je tim važnije spomenuti jer je broj duševno i tjelesno ometene djece u stalnom porastu, a što naoko predstavlja kontradikciju s napretkom opće zdravstvene službe. Naime, treba spomenuti da savremena dječja zaštita, uspijeva u tome da veliki broj defektne djece ostaje na životu, za razliku od pro-

šliih decenija kad dječja zaštita nije bila mnogo više umirala.

Na inicijativu predsjednika Kennedya osnovana je 1963. godine u SAD specijalna institucija, odnosno društvena organizacija (panel of mental retardation) koja vodi brigu o mentalno zaostalim osobama i koja okuplja sve one koji su zainteresirani tim problemima, počevši od roditelja defektne djece, pa do liječnika, ortopeda i naučnih radnika (6). Iz statističkih podataka saznajemo da u SAD ima oko 5 milijuna duševno zaostalih osoba (7), a kad im se pribroje i tjelesno defektna lica, onda je taj broj znatno veći. Opće je prihvatljivo mišljenje da 1—30/0 na današnjoj visini kad su defektna djeca cjelokupnog pučanstva predstavlja duševno zaostale osobe, dok su 1—20/0 tjelesno defektni (8). Koliki je broj psihofizički defektnih osoba u našoj zemlji ne znamo, jer ne postoji točna evidencija, ali ako uzmemo gornji kriterij, onda bismo mogli reći da ih ima oko 700 tisuća, odnosno u SR Hrvatskoj oko 180 tisuća. Prema podacima Suića (Kotarski zavod za zaštitu zdravlja Split) ukupan broj psihosomatski defektnih osoba na području Dalmacije iznosi oko 30 tisuća, od kojih je kategorizirano 2165 (djece i omladine do 18 godine života), budući da se zasad podvrgavaju komisijskim pregledima uglavnom socijalno osigurane osobe (9). Tako znatan broj hendikepiranih osoba diktira nužnost njihove kategorizacije, kako bi se i prema njima mogli s uspjehom primjenjivati socijalni, medicinski i pedodontološki postupci. Želim, naime, naglasiti ovo: kad je Savezni Pravilnik o kategorizaciji i evidenciji djece ometene u psihičkom i fizičkom razvoju iz 1960. godine (10) predvidio formiranje komisije za kategorizaciju, sastavljene od stručnjaka raznih specijalnosti — nije uzeo u obzir konzultanta iz pedodontološke s truke. To jasno govori o manjku tog Pravilnika i samog postupka kategorizacije, te smatram da bi ga trebalo korigirati na taj način da se

povremeno i po potrebi u tu komisiju poziva kao konzultant i pedodontolog.

U čemu se sastoji važnost kategorizacije?

Kategorizaciju djece izvršili su mnogi autori, psiholozi, od kojih spominjem: JORDANA (11), HEINRICHA, FÜRSTENHEIMA i KÜRERA (12). Oni su na temelju konstitucije, inteligencije i karaktera, te duševnog i tjelesnog razvoja, svu djecu podijelili u manji ili veći broj skupina, s namjerom da bi se psihološkim osobinama djece koristili u praktičnom radu. Ali kako su stanovišta pojedinih autora u tom pogledu vrlo različita, to sve te skupine nemaju osobite vrijednosti za pedodontološku praksu. Naime, za nas je najvažnije kako se dijete ponaša za vrijeme dok mu liječimo zube (13). Zbog toga smatram da je najprikladnija ona kategorizacija koja vodi računa o stupnju psihofizičke defektnosti u odnosu na poteškoće koje se javljaju za vrijeme dentalnog tretmana. I na temelju takvog kriterija podijelio sam sve duševno i tjelesno zaostale osobe u 3 grupe: teške, srednje-teške i lake slučajeve (tablica 1).

U teške slučajeve psihofizičke defektnosti spominjem na prvom mjestu one s posljedicama cerebralne dječje kljenuti (jedne od najtežih formi psihofizičkih obo-

ljenja), gdje razni faktori mogu prouzrokovati oštećenja centara centralnog nervnog sistema, koja se manifestiraju s različitim paralizama, parezama i promjenama funkcije muskulature u vidu spazmiditeta rigiditeta, atetoze i drugim. Na drugom mjestu dolaze sistemna mišićna oboljenja koja se javljaju s distrofijom ili atrofijom skeletne i žvačne muskulature. Zatim navodim duševnu zaostalost koja nekada dolazi kao zasebno oboljenje, premda češće u kombinaciji s drugim sindromima. I na kraju, manifestnu epilepsiju koja se može očitovati u obliku različitih kliničkih formi koje variraju od malih pa do velikih i učestalih napada uz trajne duševne promjene — od kojih ove posljednje predstavljaju za stomatološku praksu posebne poteškoće. — U grupu srednje teških slučajeva duševno i tjelesno zaostalih osoba ubrajam: osobe s ortopedskim anomalijama koje su najčešće posljedice poliomijelitisa, zatim gluhe i gluhonijeme, slijepa, heilognatopalatoshize i razne druge anomalije razvitka (nakaznosti). — U treću grupu spadaju slučajevi lakšeg stupnja psihofizičke retardacije i defekti razne geneze. Jasno je da pacijenti koji su po dijagnozama uvršteni u I i II grupu, u slučaju manje izražene simptomatologije spadaju u III grupu, tj. u lake slučajeve.

Tablica 1

KATEGORIZACIJA DUŠEVNO I TJELESNO ZAOSTALIH OSOBA
(Autor modificirao za pedontološku praksu)

I grupa Teški slučajevi	II grupa Srednje-teški slučajevi	III grupa Laki slučajevi
1. Posljedice cerebralne dječje kljenuti 2. Sistemna mišićna oboljenja 3. Duševna zaostalost 4. Manifestna epilepsija	1. Ortopedske anomalije najčešće posljedice poliomijelitisa 2. Gluhi i gluhonijemi 3. Slijepi 4. Anomalije razvitka heilognatopalatoshize i druge nakaznosti	Svi slučajevi lakog stupnja psihofizičke retardacije i defekti razne geneze

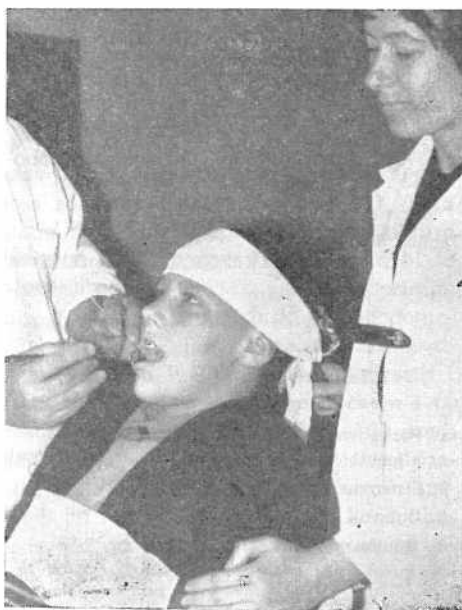
Još prije nego pristupimo dentalnom tretmanu potrebno je saznati detaljan historijat bolesti pacijenta. Na taj način upoznajemo njegove mentalne sposobnosti kao i dosadašnju terapiju osnovnog oboljenja. Te ćemo podatke dobiti od pacijentove pratnje. Tek nakon toga vršimo pregled pacijenta, i to pažljivo i s razumijevanjem, jer su defektne osobe vrlo osjetljive i umanjeno kontaktibilne. Doduše, duševno defektna djeca znaju biti i dobri pacijenti upravo zbog njihove duševne anestetičnosti, ali neki put i veoma loši. Posebno mjesto zauzimaju gluhonijemi, koje u pravilu ne možemo ubrojiti među duševne bolesnike, ali zbog njihove mane sigurno među osobe posebnog duševnog razvitka. S njima je teško uspostaviti dobar kontakt, jer su zatvorena i povučena u sebe i ne doživljavaju okolni svijet kao normalna djeca (često jauču i postavljaju suvišna pitanja). To ističem zato jer se moja praktična iskustva u dentalnom tretmanu hendikepirane djece uglavnom odnose na gluhonijeme pacijente.

Da bismo mogli uredno obaviti pregled zubi i usne šupljine, pacijenta je potrebno smjestiti na zubarski stolac i postići da ostane miran i da drži otvorena usta. To nam u velikom broju slučajeva uspijeva uz suradnju psihologa (ili odgojitelja) i uz pomoć zubne asistentice koja fiksira pacijentovu glavu uz naslon zubarskog stolca. Ali ako se radi o nemirnom pacijentu, tada smo primorani primijeniti posebne mjere. Tako na slici 1 vidimo gluhonijema pacijenta za kojeg smo za obavljanje pregleda i kasnijeg liječenja zubi bili prisiljeni aplicirati jedan široki pojas oko grudi i pričvrstiti ga za zubarski stolac.

U drugom slučaju smo imali pacijenta s nekontroliranim pokretima muskulature kojemu smo pored navedenog pojasa oko grudi bili primorani fiksirati i glavu uz naslog zubarskog stolca pomoću jedne platnene povesti (slika 2).



Slika broj 1



Slika broj 2

Za onu djecu s kojom smo se teško sporazumijevali, često smo se koristili slijedećom metodom: roditelj (ili odgojitelj) za vrijeme pregleda i liječenja djeteta sjedne na zubarski stolac, dijete drži u krilu i svojim rukama pridržava ruke djeteta, dok je djetetova glava naslonjena na improvizirani naslon koji je montiran za konstrukciju zubarskog stolca (slika 3).

Ako se radi o naročito teškom pacijentu, onda se koristimo operacionom dvoranom i operacionim stolom, jer se kod takvih bolesnika dentalni tretman ionako vrši u općoj anesteziji.



Slika broj 3

Prilikom pregleda zubi i usne šupljine duševno i tjelesno zaostalih osoba često smo pored karioznih defekata nalazili gingivalna i parodontalna oboljenja raznog stupnja i oblika, kao i druge patološke promjene, pogotovo težih bolesnika. Tako smo u nekih pacijenata s posljedicama cerebralne dječje kljenuti i mišićne distrofije mogli ustanoviti postojanje uzetosti

mišića obraza, usta i ždrijela, uslijed čega je dolazilo do nekontroliranog izlaza slina iz usta, otežanog govora i otežanog gutanja, a posljedica takvog stanja bila je nedovoljna ishranjenost, te mineralna i vitaminska insuficijencija. Kod mentalno defektnih osoba općenito smo nalazili lošu higijenu usne šupljine i prisustvo obimnih naslaga zubnog kamenca, neki put atriciju zubi uslijed bruksomanije, te česte parodontalne upale. Sve je to utjecalo na lošu mastifikaciju i pomanjkanje funkcionalnih stimulansa za pravilan razvoj zubi i čeljusti, pa je razumljivo da je pridonijelo nastanku karioznih procesa i ortodontskih anomalija različitog stupnja i forme, i to u znatno većoj mjeri nego u normalnih osoba. Možemo kazati da su naša vlastita zapažanja bila u skladu s navodima stranih autora (14), iako raspolažemo s relativno malim brojem teških slučajeva.

Pedodontološko liječenje hendikepiranih osoba je otežano zbog njihovih psihičkih i fizičkih defekata. Doista, ono se usmjerava — kao i kod normalne djece — u dva pravca: profilaktični i sanacioni. Ali zbog poteškoća u liječenju uvijek smo savjetovali roditeljima da što prije počnu s primjenom profilaktičkih mjera, i to onih koje se mogu vršiti u kućnoj njezi: kvakodnevna i uredna higijena usne šupljine i pravilna ishrana. Obično su roditelji popustljivi prema defektnoj djeci i daju im hranu s mnogo rafiniranih ugljikovih hidrata, uvjereni da je ona njihovoj djeci korisna i lakše probavljiva. Stoga smo roditeljima objasnili kariogeni utjecaj takve hrane, kao i to da se koncentrirani ugljikovi hidrati mogu i trebaju nadomjestiti svježim voćem i povrćem koje se može konzumirati u nekuhanu stanju.

Sanacione mjere provodili smo posebnim metodama rada, a određivali smo ih prema stupnju psihofizičke defektnosti pacijenta (tablica 1). Doduše, lakše slučajeve smo tretirali u zubnoj ambulanti pod normalnim prilikama i uobičajenim me-

tođama rada, pa u ovom izlaganju nemam namjere o njima govoriti. Osvrnut ću se na liječenje srednje teških slučajeva koje smo također tretirali ambulantno, ali u relaksirajućem stanju i uz suradnju psihologa (ili odgojitelja), kao i teške slućajeve psihofizićke defektnosti, koje se lijećilo u bolnićkom odjelu u općoj anesteziji i uz suradnju anesteziologa.

Najprije iznosim metode rada s kojima smo se koristili u ambulantom lijećenju srednje teških slučajeva duševno i tjelesno zaostalih osoba. Uvijek smo pripremali pacijente da se prije početka rada odstrani njihovo emocionalno stanje i strah, kao i da se smanji muskularna tenzija. Analogno kao i u općoj medicini, to se postiglo upotrebom psihosedativnih sredstava: trankvilizatora i neuroplegika (15). Njihovo je doziranje individualno i ovisi o fizićkoj kondiciji i tjelesnoj težini pacijenta, te naravi i stupnju bolesti i toleranciji organizma. Ako su djeca nemirna, potrebne su općenito veće doze tih sredstava, a ta je pojava redovita i u hendikepiranih osoba. — Od mnogobrojnih farmakoloških preparata koji se u tu svrhu upotrebljavaju spominjem samo one koji imaju jako izraženo relaksirajuće djelovanje i koji su nam bili pristupaćni. Od trankvilizatora navodim: atarax (hidroksizinski derivat), meproamat i paraflex (derivati propandiola), te njima srodne medikamente: dixorazin (esucos) i sedoxazin. A iz grupe neuroplegićnih sredstava: largactil ili chlorpromazin (fenotiazinski derivat), plivaphen i phenergan. Treba naglasiti da sva spomenuta sredstva imaju jako izraženu antispastićku komponentu i smanjuju strah pacijentu. Nisu hipnotici i u doziranju nema opasnosti od intoksikacije, tako da se mogu dati i veće doze (16, 17). Djeci od 4—7 godine obićno se za pripremu daje (podijeljeno u 2 doze) 1—2 tablete, a od 8—14 godine 2—4 tablete. Pri izboru i doziranju preparata potrebno je poznavanje općeg zdravstvenog stanja pacijenta kao i dosadašnje

terapije njegove osnovne bolesti. Budući da neki autori preferiraju male doze, a drugi veće, to je korisno posjedovati i vlastita iskustva. Izbjegavali smo preskripciju barbiturata s razloga što postoji velika razlika u efektu njihova djelovanja u praksi sa djecom: jedni postanu mamurni od malih doza barbiturata, drugi od iste kolićine s pavaju, a treći ne osjećaju baš nikakove promjene. Poznato je da osobito veliku toleranciju na barbiturate pokazuju epileptićari koji ih redovito uzimaju (18). Isto je tako važna spomenuti da nam je iskustvo pokazalo kako je najprikladniji naćin davanja medikamenta hendikepiranoj djeci oralnim putem u obliku tekućine, jer nerado gutaju tablete. Ako odbiju i takav naćin uzimanja lijeka, onda pribjegavamo parenteralnoj aplikaciji. Što se tiće lokalne anestezije, ona se naroćito ne preporuća, jer se često dogodi da dijete ugrize anestezirani jezik i usnicu, ćime nam rad još više komplicira. Zbog toga smo lokalnu anesteziju upotrebljavali samo za totalnu ekstirpaciju zubne pulpe, te za vađenje zubi i za operativne zahvate.

Baveći se ovom problematikom niz godina, registrirao sam izvršeni dentalni tretman 112 psihofizićki defektnih osoba, starosti 8—16 godina. Budući da je veći broj tih osoba pripadao grupi lakih slučajeva, to je za njihovu obradu bila dovoljna psihićka priprema, s kojom smo uspostavili dobar kontakt s pacijentom i na taj naćin smirili njegov emocionalno stanje. Manji broj naših pacijenata bili su iz grupe srednjeteških slučajeva psihofizićke defektnosti: gluhi i gluhonijemi (24 slućaja), osobe s ortopedskim anomalijama kao posljedicama poliomijelitisa (10 slućajeva) i mentalno zaostalih (7 slućajeva), ukupno 41 slućaj (tablica 2). Za njihovo lijećenje bila je potrebna suradnja s psihologom (ili odgojiteljem), kao i medikamentozna priprema bolesnika. Priprema je uvijek izvršena domicilijarno, tako da je pacijent bio doveden u ordina-

ciju u relaksirajućem stanju. Upotrebljavali smo domaće preparate: meprobamat, ataraks i largaktil, i to na taj način da smo inteligentnijim roditeljima (ili odgovjitelju) savjetovali da jedan dan ranije nego što smo odredili izvršiti tretman dade djetetu određenu količinu relaksirajućeg sredstva u dvije doze: prvi dio doze (1—2 tablete) navečer prije spavanja, najradije tablete otopljene u nekom sirupu, a drugi dio doze (1—2 tablete) sutradan 1 sat prije odlaska u ordinaciju. Nakon toga pacijent je bio doveden k nama u relaksirajućem stanju i mogli smo bez čekanja početi raditi. — U slučaju da pacijent nije dobio relaksirajuće sredstvo u svojoj kući, onda smo roditelju (ili odgovjitelju) predali određenu količinu medikamenta i savjetovali da ga u obližnjoj slastičarni dade djetetu u nekom napitku. Nakon kraće šetnje, dijete je bilo dovedeno u ordinaciju u relaksirajućem stanju

i moglo se pristupiti tretmanu. — Mi u principu zastupamo mišljenje da se priprema pacijenta obavi kod kuće, nipošto ne u ambulanti, jer bi svako čekanje djeteta do nastupa djelovanja relaksirajućeg sredstva bilo popraćeno nestrpljenjem i još više ga uznemirilo. — Dentalni tretman obavili smo kao i onaj u redovitom radu, samo s tom razlikom što smo svaki put nastojali da u jednoj seansi izvršimo sanaciju usne šupljine u potpunosti. Unosili smo trajna punjenja (ne privremena) i čuvali mliječne zube, jer defektne osobe ne podnose protetske naprave. Za vrijeme rada nismo doživjeli nikakav teži incident s pacijentom, a nakon završenog liječenja uputili smo njihove roditelje u postoperativnu njegu.

Naša iskustva s upotrebljenim relaksirajućim sredstvima bila su slijedeća: meprobamat smo ordinirali lakšim slučajevima akutnog straha i pojačane muskularne ten-

BROJ TRETIRANIH PACIJENATA PO DIJAGNOZAMA PSIHOFIZIČKE DEFEKTNOSTI

Tablica 2

Godina života	Ukupan broj pacijenata			Ukupno
	Otopedske anomalije — posljedice poliomijelitisa	gluhi i gluhonijemi	Duševno zaostali	
8	—	1	—	1
9	—	—	—	—
10	—	2	—	2
11	2	3	2	7
12	1	3	—	4
13	2	4	1	7
14	—	5	2	7
15	2	2	1	5
16	3	4	1	8
Ukupno: 10		24	7	41

zije. Primijenili smo ga kod 28 pacijenata (67⁰/₀ svih naših slučajeva) u količini od 2—4 tablete (0,8—1,6 gr), podijelili u 2 doze, i to navečer i ujutro. Nepoželjne pojave u obliku mučnine i umora primijetili smo u nekoliko pacijenata, a alergične smetnje pod slikom urtikarije kod 2 oso-

be. Nakon davanja injekcije kalcija i ferrogana te su smetnje ubrzo prestale. — Ataraks smo upotrijebili za 5 pacijenata (13⁰/₀ svih naših slučajeva) i za iste indikacije kao i prethodni preparat, te s isto tako dobrim uspjehom i bez štetnih posljedica. — Largaktil smo primijenili za 8

bolesnika (200/0 svih naših slučajeva) kod kojih je bilo nužno smiriti stanje akutnog straha i jaku emocionalnu uzbuđenost. Pri tom smo vidjeli da se nikako ne smije pridržavati shematizirane terapije, određujući svakom pojedinom pacijentu jednake količine largaktila, već smo dozu odmjerili individualno prema stupnju zastrašenosti i mišićne napetosti. Tako smo za teže slučajeve dali do 100 mg (4 tablete), a za lakše samo 25 mg (1 tableta) largaktila,

također podijeljeno u 2 doze: navečer i ujutro. Bilo je slučajeva kad smo odgovarajuću dozu medikamenta morali primijeniti u obliku injekcije ili supozitorija. Primijetili smo da je largaktil u naših pacijenata redovito izazvao pospanost i umor.

Tretirane slučajeve registrirali smo po broju izvršenih stomatoloških zahvata (tablica 3) i po broju zahvata u odnosu na dobne skupine i dijagnozu psihofizičke defektnosti (tablica 4).

Tablica 3

BROJ IZVRŠENIH STOMATOLOŠKIH ZAHVATA PO DIJAGNOZAMA PSIHOFIZIČKE DEFEKTNOSTI

IZVRŠENI ZAHVAT	Broj stomatol. zahvata po dijagnozama			Ukupno
	Ortopedske anomalije posljedice poliomijelitisa	Gluhi i gluhonijemi	Duševno zaostali	
Vađenje zubi	15	43	5	63
Cementno punjenje zubi	3	11	3	17
Amalgamsko punjenje zubi	10	51	5	66
Punjenje zubnog korjena	2	3	—	5
Čišćenje zubnog kamenca	4	12	2	18
Incizija gnojnog procesa	1	3	2	6
Ukupno:	35	123	17	175

Tablica 4

BROJ IZVRŠENIH STOMATOLOŠKIH ZAHVATA PO DOBNIM SKUPINAMA I PO DIJAGNOZAMA PSIHOFIZIČKE DEFEKTNOSTI

Godina života	Broj stomatoloških zahvata po dijagnozama			Ukupno
	Ortopedske anomalije — posljedice poliomijelitisa	Gluhi i gluhonijemi	Duševno zaostali	
8	—	4	—	4
9	—	—	—	—
10	—	7	—	7
11	9	13	5	27
12	3	16	—	19
13	4	18	3	25
14	—	32	2	34
15	8	11	4	23
16	11	22	3	36
Ukupno: 35		123	17	175

Napomena: Američki autori vrše pripremu pacijenta demerolom, koji ima osobine sedativa i analgetika, te vrlo dobro zamjenjuje morfij. Tako lampshire (19) primjenjuje demerol (50 mg) u kombinaciji s lokalnom anestezijom, i to ne samo za defektnu već i za plašljivu i tvrdoglavu djecu. Isto tako album (20) upotrebljava demerol u malim dozama (25 mg) s barbituratom (2 gr) i skopolaminom (1/300 gr), koje se doze inače utvrđuju pojedinačno prema godinama života i tjelesnoj težini pacijenta. — Oba autora iznose dobre rezultate s navedenim postupkom.

Teške slučajeve duševno i tjelesno zaostalih osoba moglo se tretirati samo u bolničkom odjelu uz suradnju anesteziologa i pomoćnog medicinskog osoblja. Dijete se obično 2 dana prije zahvata hospitaliziralo i kroz to vrijeme izvršio se detaljan liječnički pregled, u prvom redu pregled kardiovaskularnog sistema, zatim rendgenoskopija pluća, razne laboratorijske pretrage i drugi nalazi koji su se učinili potrebni da bismo sa sigurnošću ustanovili da ne postoji nikakva kontraindikacija za primjenu opće anestezije. Anesteziologu je potrebno poznavanje opće zdravstvenog stanja pacijenta da bi mogao izabrati odgovarajuću premedikaciju, anesteziju i tehnička pomagala. Treba napomenuti da se opća anestezija daje uz posebne kautele s obzirom na primarnu leziju centralnog nervnog sistema i jer se narkotično sredstvo veže s lipidima nervnih moždanih stanica koje su u ovih pacijenata inače oštećene.

U skladu s iznesenim principima imao sam prilike upoznati 2 interesantna slučaja teško hedekepiranih osoba, hospitaliziranih na neuropsihijatrijskom odjelu Opće bolnice Split (šef odjela Doc. dr Uglešić), kod kojih je uz posebne poteškoće u postavljanju dijagnoze i sanacije izvršeno liječenje zubi i usne šupljine:

I. Bolesnik J. S., star 13 god., primljen na odjel 15. III 1964. godine. Dijagnoza: Leucoencephalitis. U toku boravka na odjelu uz konstantnu progresiju stanja bolesti zapaža se u pacijentu izrazita psihička depravacija, znaci opće inapetencije i bolne grimase na licu. Laboratorijskim i drugim pretragama nije se moglo ništa otkriti osim povećanog broja leukocita u krvi. Budući da se stanje pogoršalo, konzultirao se stomatolog koji je u ustima pacijenta ustanovio 2 potpuno destruirana zuba sa znacima akutnog periodontitisa i nekoliko karioznih defekata na ostalim zubima. Kako nije bilo izgleda da bi sanacija pod uobičajenim uvjetima uspjela, pristupilo se općoj anesteziji. Iako se radilo o teškom oboljenju centralnog nervnog sistema, nije postojala kontraindikacija da se uz potrebne kautele primijeni opća anestezija. — Uz prethodni sporazum s anesteziologom utvrđen je slijedeći način tretmana: za premedikaciju je upotrebljen petantin s atropinom i fenerganom (uvijek manjim dozama nego za zdrave pacijente). Nakon 1/2 do 3/4 sata uvelo se pacijenta u opću anesteziju s kemitalom (1/2 do 1 gr) i odmah otpočelo s oksigenizacijom. Zatim je dano relaksirajuće sredstvo leptosukcin i izvršena intubacija, i to nazalna, jer na taj način pacijentova usta ostaju slobodna za vrijeme rada, a postavljanjem jednog jačeg tampona u ždrijelo osiguralo se pacijenta od aspiracije krvi i drugih predmeta u dišne puteve. Nakon toga se nastavilo davanje opće anestezije u slijedećoj kombinaciji: fluotan 1/20^g s dušičnim oksidulom i kisikom 2:1. Na ovaj način postignuta opća anestezija omogućila je temeljiti zubni tretman bez žurbe i opiranja pacijenta. Planirani zadatak obavljen je prema utvrđenom programu: najprije su izvršene preparacije i punjenja zubnih kaviteta u gornjoj čeljusti, a onda u donjoj ($\frac{64}{6}$). Tek nakon toga pristupilo se vadenju 2 destruirana zuba s periodontalnim gnojnim žarištima ().

uredni. Nakon 2 dana sve su tegobe usne Sam zahvat i postoperativni tok bili su šupljine prestale, pacijent je smiren, uzima hranu i nema bolova.

II. Bolesnik K. J., star 14 god., primljen na odjel 6. IX 1964. godine. Dijagnoza: Lues congenita, oligophrenia (idiotica), epilepsia, sindroma Little (paraparesis spastica), — pacijent od ranije poznat psihijatrijskom odjelu. Sada je primljen zbog neprekidnog zapomaganja, jakih bolova u glavi i odbijanja hrane više dana. Pregledom usne šupljine u predjelu donjeg desnog prvog kutnjaka ustanovljena je oteklina i još 2 kariozna procesa na prvom i drugom gornjem desno kutnjaku. Uz primjenu opće anestezije (na isti način kao i kod prvog pacijenta) najprije je izvršena preparacija i punjenje zubnih kaviteta na gornjim zubima, a zatim incizija gnojnog procesa u predjelu donjeg desnog prvog kutnjaka i njegova ekstrakcija. Postoperativni tok: uz antibiotska sredstva simptomi koji su uvjetovali hospitalizaciju, ubrzo su nestali.

Kod opisanih slučajeva sve su intervencije izvršene bez štetnih posljedica za pacijenta, iako se na početku davanja opće anestezije kod prvog pacijenta zapazila lakša dispneja. Dobrim rezultatima ovakvog postupka sigurno je u izvjesnoj mjeri pridonijela upotreba petantina (umjesto morfija), fenergana (kao ganglioplegičnog sredstva) i fluotana u navedenoj kombinaciji.

Poznato mi je da je na kirurškom odjelu Vojne bolnice Split izvršena sanacija zubi i usne šupljine nekoliko teških slučajeva psihofizički defektnih osoba. Rad je s uspjehom obavila ekipa sastavljena od osoblja kirurškog i stomatološkog odjela.

U Sjeverno Američkim Državama se u gornju svrhu često primjenjuje postupak po albumu (Dječja bolnica u Filidelfiji): za premedikaciju daje se morflj-skopolamin (ili demerol-skopolamin) i nembital, a doza

se određuje prema godinama života i tjelesnoj težini pacijenata. Nakon toga se pacijent uvodi u opću anesteziju s fluotanom ($1/2-1 1/2^0/0$) u kombinaciji sa dušičnim oksidulom i kisikom 2:1 (ili s pntotal-natrijumom). Zatim se daje sukcinilholin i izvrši intubacija. Nakon toga se nastavlja davati anesteziju: fluotan ($1/2^0/0$) i dušični oksidul s kisikom 2:1. Iz objavljenih rezultata američkih autora saznajemo da su sa gornjom metodom zadovoljni (22).

I na kraju nekoliko riječi o današnjem stanju pedodontološkog tretmana duševno i tjelesno zaostalih osoba u našoj zemlji. U mnogim našim gradovima postoje specijalne škole, odgojni zavodi i rehabilitacioni centri za defektnu djecu, a za teške slučajeve bolnički odjeli. Međutim, nije mi poznato da li je u kojoj od spomenutih ustanova organizirana zubna zaštita tih osoba u smislu provođenja sanacionih i preventivnih mjera, osim ekstrakcije zubi i urgentnih zubno-lijekničkih intervencija. Isto tako mi nije poznato da li je što pisano u našoj stručnoj literaturi o zubnom tretmanu hendikepiranih osoba uz primjenu relaksirajućih sredstava ili opće anestezije.

ZAKLJUČAK

Znatan broj hendikepiranih osoba u našoj zemlji ukazuje na to da se ne bi smjelo dopustiti propadanje njihova zubala, jer se radi o osobama koje su već na neki način duševno i tjelesno defektna, a ovo bi im u svakom slučaju pojačalo defekt i još više ih hendikepiralo. To je tim važnije istaknuti jer te osobe ne poklanjaju dovoljnu pažnju higijeni usne šupljine i pravilnoj ishrani, te na taj način imaju pojačane uvjete za nastanak i razvitak zubnog karijesa.

Sanacijom zubi spriječili bi se ne samo bolovi pacijenta nego i nastanak različitih patoloških procesa usne šupljine kao i posljedice karioznih oboljenja. Očuvanjem mliječnog zubala omogućio bi se pravilan

dentofacijalni razvoj i osigurao dobar izgovor koji je za defektnu djecu od osobite koristi. Uporedo s tim bila bi uspostavljena dobra mastikacija za koju znamo da pogoduje dobrom općem razvoju organizma i ima pozitivan utjecaj na psihičko stanje hendikepirane osobe.

Prema tome, nameće se potreba da u procesu rehabilitacije psihofizički defektnih osoba pored psihičke, socijalne i profesionalne komponente bude adekvatno zastupljena i medicinska, u koju spada i zubna zaštita. Dajući osobitu važnost sanaciji zubi i usne šupljine defektnih oso-

ba, želim ukazati na to da bi taj faktor znatno prodrnio da te osobe postanu zadovoljne i aktivni članovi zajednice. Na to me je ponukala činjenica što se na području kotara Split ozbiljno prišlo sagledavanju i rješavanju problema djece i omladine ometene u psihofizičkom razvoju.

Iskazujem zahvalnost šefu neuropsihijatrijskog odjela opće bolnice Split i ostalima koji su mi svojom susretljivošću pomogli u detaljnijem proučavanju iznesenih problema.

Z u s a m m e n f a s s u n g

UNSERE ERFAHRUNGEN BEI PEDODONTOLOGISCHER BEHANDLUNG SEELISCH UND KÖRPERLICH DEFEKTER KINDER

Eine beträchtliche Anzahl von seelisch und körperlich defekter Kinder stellt die zahnärztliche Behandlung vor eine besondere Aufgabe. Diese Kinder vernachlässigen in der Regel die Hygiene ihrer Mundhöhle, sind selten richtig ernährt, was die Zahnfäule besonders fördert.

Die medizinisch sachgemässe Behandlung der Zähne behebt Zahn Schmerzen und verhindert die Folgen kariöser Erkrankungen und anderer pathologischer Prozesse in der Mundhöhle. Die Erhaltung der Milchzähne bis zu ihrer physiologischen Grenze, sichert eine normale dentofaciale Entwicklung und gute Ausprache. Eine genügende Mastikation fördert die allgemeine Entwicklung des Organismus und hat auch einen guten Einfluss auf den Seelenzustand solcher Patienten.

Zur Rehabilitation seelisch und körperlich zurückgebliebener Kinder darf die Pflege und Sanierung der Zähne, nebst vieler anderer Aufgaben, nicht vernachlässigt werden.

Dieser Faktor kann, wesentlich dazu beitragen defekte Patienten zu zufriedenen und aktiven Mitgliedern der Gesellschaft zu machen.

Das haben uns unsere Untersuchungen und Sanierungen der Mundhöhle, die wir im Bezirk Split durchgeführt haben, zur Genüge bewiesen.

S u m m a r y

PEDODONTIC TREATMENT OF MENTALLY AND PHYSICALLY HANDICAPPED CHILDREN

A considerable number of handicapped persons in this country indicates that continuous routine dental treatment should be provided for them in order to protect and maintain their teeth. Lack of dental care which results in decayed teeth and a

premature loss of teeth means an additional handicap to an already handicapped individual. Adequate dental treatment for such persons is even more important as they generally lack oral hygiene and proper nutrition, factors which contribute to the prevalence of dental caries.

Routine dental care would not only eliminate the patients' pains but also some pathological processes of the oral cavity, of frequently caused by dental caries. The preservation of primary teeth would facilitate regular dento-facial development and ensure correct speech which is an extremely important factor in handicapped children. This would further result in proper mastication and general improvement of the physical and emotional make-up of the handicapped child.

LITERATURA

1. **Cohen, M. M., Album, M. M., Malvin, F. W.:** Pediatric Dentistry, Mosby Co., St. Louis, 1961, 286—305.
2. **Brauer, J. C.:** Dentistry for children, Mc Graw-Hill Book Co., New-York, 1959, 21—40.
3. **Bakwin, Ruth M., and Hary Bakwin:** Psychologic Care During Infancy and Childhood. Appleton-Century-Crofte, Inc., New-York, 1942.
4. **Gesell, Arnold, and F. L. Iig:** Infant and Child in the Culture of Today, 5th ed. Harper et Brothers, New-York, 1943.
5. **Uglešić B.:** O problemima djece ometene u psihofizičkom razvoju, Biblioteka Zdravstvenog centra kotara Split, br. 1, Split, 1963.
6. **Panel of mental retardation,** Department of Health, Education, and Welfare, Washington, 25, D. C.
7. **Cohen, M. M.:** Pediatric Dentistry, Mosby Co., St. Louis, 1961, 288.
8. **Leavell, and Clark:** Preventive Medicine for the Doctor in his Community, M. C. Graw-Hill Book Co., New-York—Toronto—London, 1958, 399—400.
9. **Suić, M.:** Neki socijalno-medicinski problemi Dalmacije (još neobjavljen rad)
10. **Službeni list FNRJ br. 27/1960:** Pravilnik o kategorizaciji i evidenciji djece ometene u fizičkom i psihičkom razvoju
11. **Jordan, W. A., Snyder, J. R. and Knopp, J. J.:** Mental Problems of Noninstitutionalized Mentally Retarded Children, Nerth-West Dent. 32:123, 1960.
12. **Kürer, J.:** Die Behandlung der Kinderzähne, Urban et Schwarz., Berlin—Wien, 1934.
13. **Krušić, V.:** Otroško zobozdravstvo, Idel, Ljubljana, 1964.
14. **Finn, B. S.:** Clinical Pedodontics, W. B. Saunders Co., Philadelphia and London, 1957, 406—418.
15. **Tomić, D.:** Farmakoterapija, Zagreb i Beograd, 1964.
16. **Adamson, W. S.:** The Use of tranquillizers for Mentally Deficient Patient, A. M. A. J. Dis. Child., 96:154, 1958.
17. **Blažević, D.:** Postupak kod stanja akutnog straha, Liječnički vjesnik, br. 10, Zagreb, 1958.
18. **Lopašić, R., Bethem, S., Dogan, S.:** Psihijatrija, Beograd i Zagreb, 1961.
19. **Lampshire, E. L.:** Premedication for Children, J. Am. Dent. A., 41:411, 1950.
20. **Album, M. M.:** Premedication for Handicapped Patients, Dental Clinics of North America, Philadelphia, 1960, W. B. Saunders Co., p. 429.
21. **Album, M. M.:** General Anesthesia and Premedication in Dentistry for Children, J. Dent. Children, 24:215, 1957.

Viša Stomatološka Škola
Split

Doc. Dr. Š. Kordić