

Тема: Этиология. Основные направления и методы профилактики зубочелюстных аномалий и деформаций. Диспансеризация детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями.

В лекции рассматривается ряд причин, обуславливающих возникновение зубочелюстных аномалий. Принято деление причин на две большие группы: эндогенные (внутренние) и экзогенные (внешние). Среди эндогенных факторов различают генетические, на долю которых приходится 25% всех зубочелюстных аномалий, и эндокринные. По времени действия причины могут быть пренатальными (действующими до рождения ребенка) и постнатальными (действующими при его жизни). Среди тех и других можно выделить общие и местные причины возникновения зубочелюстных аномалий.

Эндогенные факторы:

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ: Ребенок наследует от родителей особенности строения зубочелюстной системы и лица. Это касается размера и формы зубов, размера челюстей, особенностей мышц, функции и строения мягких тканей и т.д., а также модели их формирования. Возможно, ребенок унаследует все параметры от одного родителя, но возможно, что, например, размер и форма его зубов будут как у матери, а размер и форма челюстей - как у отца, что может вызвать нарушение соотношения размеров зубов и челюстей (например, крупные зубы при узкой челюсти приведут к дефициту места для них в зубном ряду). Наследственные заболевания, пороки развития приводят к резкому нарушению строения лицевого скелета. К этой группе заболеваний относятся врожденные расщелины верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, синдром Ван-дер-Вуда (сочетание расщелины неба и свищей нижней губы), болезнь Шеришевского, группа дизостозов, одним из ведущих симптомов которых является врожденное недоразвитие челюстных костей (одно или двустороннее), синдромы Франческетти, Гольденхара, Робена, болезнь Крузона, гипогидротическая эктодермальная дисплазия.

Различные исследования показали, что от трети до половины детей с расщелиной неба имеют наследственную форму этого порока развития. Тяжелые системные врожденные заболевания также могут сопровождаться пороками развития зубов и челюстей. Так, например, при эктодермальной ангиодротической дисплазии и кранио-ключичном дизостозе наблюдаются врожденные аномалии зубов верхней и нижней челюсти, нарушение правильной анатомической формы сформировавшихся и прорезавшихся зубов. При остеохондродистрофии отмечается порок развития челюстных костей в различной форме: увеличение размеров верхней челюсти, двойной альвеолярный отросток и др. Наследственными являются нарушения развития эмали зубов (несовершенный амелогенез), дентина (несовершенный дентиногенез), а также наследственное нарушение эмали и дентина, которое известно как синдром Стентона-Капдепона. По наследству передаются и аномалии размера челюстей (макро- и микрогнатия), а также их положение в черепе (прогнатия, ретрогнатия).

Аномалии зубов и челюстей генетического характера влекут за собой нарушения смыкания зубных рядов, в частности нарушение смыкания в сагиттальной плоскости. По наследству может передаваться вид нарушения смыкания зубных рядов по вертикали (вертикальная резцовая дизокклюзия, глубокая резцовая дизокклюзия и окклюзия).

Диастема (латеральное положение центральных резцов), низкое прикрепление уздечки верхней губы, короткая уздечка языка, нижней губы, мелкое преддверие полости рта, а также адентия - все эти аномалии могут передаваться по наследству.

Существует определенная взаимосвязь между аномалиями органов полости рта и зубочелюстной системы. Так, низко прикрепленная уздечка верхней губы может явиться причиной диастемы, а вследствие короткой уздечки языка задерживается развитие нижней челюсти в переднем участке, нарушается речевая артикуляция. Мелкое преддверие полости рта и короткая уздечка нижней губы приводят к обнажению шеек нижних резцов и возникновению пародонтита.

Эндокринные факторы: Эндокринная система имеет исключительное значение в развитии растущего ребенка, она существенно влияет на формирование зубочелюстной системы. Действие эндокринных желез начинается на ранних стадиях внутриутробного развития ребенка, поэтому нарушение их функций может явиться причиной врожденных аномалий зубочелюстной системы. Однако дисфункция желез внутренней секреции может наблюдаться и после рождения. Отклонения в функционировании разных желез внутренней секреции вызывают соответствующие отклонения в развитии зубочелюстной системы. При гипотериозе- понижение функции щитовидной железы- происходит задержка развития зубочелюстной системы, наблюдается несоответствие между этапом развития зубов , челюстных костей и возрастом ребенка. Клинически отмечается задержка прорезывания молочных зубов, период смены молочных зубов на постоянные задерживается на 2-3 года. Наблюдается множественная гипоплазия эмали, корни постоянных зубов формируются значительно позже. Задерживается развитие челюстей (остеопороз), возникает их деформация. Отмечаются адентия, атипичная форма коронок зубов и уменьшение их размеров. При гипертериозе- повышение функции щитовидной железы- наблюдается западение средней и нижней трети лица, что связано с задержкой сагиттального роста челюстей. Наряду с изменением морфологического строения зубов, зубных рядов и челюстей нарушается функция жевательных, височных мышц и мышц языка, что в совокупности приводит к нарушению смыкания зубных рядов, наблюдается также более раннее прорезывание зубов.

При гиперфункции паращитовидных желез повышается сократительная реакция мышц, в частности жевательных и височных. В результате нарушения кальциевого обмена происходит деформация челюстных костей, формирование глубокой окклюзии. Кроме того, отмечаются рассасывание межальвеолярных перегородок, истончение коркового слоя челюстных и других костей скелета.

Гипофункция коры надпочечников приводит к нарушению сроков прорезывания зубов и смены молочных зубов. У больных с врожденным андрогенитальным синдромом отмечается ускоренный рост костно-хрящевых зон лицевого скелета. Это проявляется в развитии основания черепа и нижней челюсти в сагиттальном направлении. Цереброгипофизарный нанизм сопровождается непропорциональным развитием всего скелета, в том числе черепа. Мозговой череп достаточно развит, тогда как лицевой скелет даже у взрослого напоминает детский. Это связано с уменьшением турецкого седла, укорочением средней части лица, верхней макрогнатией, что приводит к нарушению соотношения размеров зубов и челюстей. Характерна задержка прорезывания зубов, а иногда их ретенция.

Экзогенные факторы: Экзогенные причины могут действовать внутриутробно и после рождения, быть общими и местными. Соответственно они называются пренатальными и постнатальными.

Пренатальные факторы: К пренатальным общим причинам относится неблагоприятная окружающая среда. К факторам внешней среды относятся недостаток фтора в питьевой воде, недостаточное ультрафиолетовое облучение, чрезмерный радиоактивный фон. В последнее время выявлено значительное увеличение числа зубочелюстных аномалий в зонах повышенной радиоактивности. К врожденным нарушениям зубочелюстной системы могут привести неправильное положение плода, давление амниотической жидкости на плод, несоответствие между объемом амниона и плода, амниотические тяжи. К местным пренатальным факторам относится работа беременной на химическом производстве, в рентгеновском отделении, тяжелая физическая работа. Установлено, что расщелина губы и неба может иметь ненаследственную природу, а явиться следствием неблагоприятных пренатальных причин, а также токсикозов беременной, курения, стрессовых ситуаций, вирусных заболеваний (корь, краснуха), приема некоторых медикаментов.

Постнатальные факторы:

Затрудненное носовое дыхание приводит к нарушению жизнедеятельности организма и рассматривается как причина расстройства умственного и физического развития. Нарушение психического развития в сочетании с общей слабостью, бледностью, пониженной резистентностью к инфекции является клинической характеристикой детей с аденоидными разрастаниями в носоглотке, затрудняющими носовое дыхание. По

наблюдениям Л.В.Ильиной-Маркосян, у большинства детей, болевших рахитом, увеличены миндалины, отмечается затрудненное носовое дыхание. Под влиянием силы мышц, прикрепляющихся к нижней челюсти, происходит деформация челюстных костей. Нижний зубной ряд приобретает трапецевидную форму в результате уплощения переднего отдела. Верхний зубной ряд приобретает седловидную форму в результате давления щечной мускулатуры на зубные ряды в области премоляров. Формируется вертикальная резцовая окклюзия. Нарушение носового дыхания может быть связано с патологическими процессами в носу и носоглотке: гипертрофией небных и глоточных миндалин, наличием полипов в носу, искривлением носовой перегородки, аденоидными разрастаниями.

РОТОВОЕ ДЫХАНИЕ: приводит к нарушению деятельности мимических и жевательных мышц, круговой мышцы рта, языка. У детей, дышащих через рот, губы не сомкнуты, рот полуоткрыт). Язык изменяет свое положение, располагается на дне рта, что приводит к сужению и деформации верхней челюсти. У таких детей формируется дистальная окклюзия зубных рядов. Установлена связь между способом дыхания и развитием черепа, что играет немаловажную роль в возникновении зубочелюстных аномалий. А.А.Гладков определил увеличение высоты неба у лиц с нарушенным носовым дыханием, а также возникновение аномалий прикуса при искривлении носовой перегородки. Причиной возникновения аномалий могут быть аллергические реакции, появляющиеся в носоглотке. Установлено их влияние на развитие носонебных дуг и области верхних носовых ходов, в результате чего сужается верхняя челюсть, отмечаются протрузия верхних зубов, нижняя ретрогнатия. А.А.Погодина также считает, что гипертрофия небных миндалин, аденоиды нижних носовых раковин приводят к зубочелюстным аномалиям. У таких детей формируются дистальная окклюзия зубных рядов и вертикальная резцовая дизокклюзия. Механизм возникновения аномалий у детей с нарушением носового дыхания изучала и М.М.Ванкевич, которая обнаружила, что при ротовом дыхании изменяется миодинамическое равновесие мышц антагонистов и синергистов. Изменяется также положение языка, повышается активность жевательных и щечных мышц, что приводит к формированию вертикальной резцовой дизокклюзии.

Все болезни детского возраста, вследствие ослабленного организма ребенка, могут приводить к задержке роста челюстей. Выделяя местные причины возникновения зубочелюстных аномалий, следует рассмотреть нарушение естественного вскармливания. Известно, что у новорожденного нижняя челюсть расположена дистально (младенческая ретрогения). На первом году жизни ребенка в результате акта сосания при естественном вскармливании происходит активный рост нижней челюсти. Для того чтобы получить молоко из груди матери, ребенок, выдвигая нижнюю челюсть, губами захватывает сосок груди матери. В полости рта возникает отрицательное давление и в результате функциональной активности мышц челюстно-лицевой области, определяющих ритмичность движения нижней челюсти, ребенок получает молоко из груди матери. Естественное вскармливание способствует правильному развитию не только зубочелюстной системы, но и всего организма, так как ребенок получает с молоком матери полноценное питание. При искусственном вскармливании родители обычно делают в соске большое отверстие для того, чтобы ребенок получил больше молока, и ему приходится это молоко быстро проглатывать. Вследствие этого преобладают глотательные, а не сосательные движения нижней челюсти. Мышцы челюстно-лицевой области не принимают активного участия в акте сосания.

Способствуют развитию зубочелюстных аномалий форма и размер соски. Длинная круглая соска изменяет положение языка, нарушает миодинамическое равновесие между жевательной мускулатурой и мышцами языка. Функция круговой мышцы повышена, при пользовании соской щеки втягиваются.

Правильное положение головы ребенка играет важную роль в развитии зубочелюстной системы. Во время искусственного кормления голова ребенка часто располагается неправильно- она запрокинута. Поэтому у детей, находящихся на искусственном вскармливании, задерживается рост нижней челюсти, формируется дистальная окклюзия. Искусственно вскармленный ребенок легче подвержен инфекционным, аллергическим заболеваниям. Поэтому искусственное вскармливание нельзя рассматривать только как неблагоприятный фактор местного действия.

Оказывает ли влияние тот факт, что ребенок вскормлен грудью, на его будущую сексуальность ? Материнская грудь насыщает не только тело, но и душу. Поэтому матери, предлагающие ребенку вместо груди резиновую пустышку, фактически разрушают естественный процесс развития чувственности мужчины или женщины. И это не может не сказаться отрицательно на его дальнейшей личной жизни. Еще древние греки считали, что кормление грудью- весьма эротичный ритуал как для младенца, так и для самой матери. Кроме того, в младенческом возрасте человек начинает обращать внимание на отношения между матерью и отцом и даже их анализировать. Объятия, прикосновения и ласки помогают младенцу обрести чувство близости со своими родителями.

Зубочелюстные аномалии могут явиться следствием кормления ребенка старше 3 лет мягкой пищей. Зубочелюстная система не получает достаточной нагрузки, результатом чего является отсутствие трем и последующее скученное положение постоянных зубов. Установлено, что при отсутствии трем между молочными фронтальными зубами тесное положение постоянных зубов обнаруживается в 80% случаев, тогда как у детей с тремами оно наблюдается только в 7.7% случаев.

Ю.А.Гиоева, О.П.Бирюкова определили взаимосвязь сагиттальных аномалий окклюзии с нарушением осанки. По данным исследований, проведенных Новосибирским НИИТО Министерства здравоохранения РФ, установлено (РИС):

:до 37% детского населения страдают предсколиотическим состоянием и сколиозом 1 степени.

: До 3.5% имеют выраженную 2 степень сколиоза.

: До 1-2% страдают 3 степенью сколиоза.

: До 0.05-0.1% имеют 4 степень сколиоза.

Выводы: 1) У детей с сагиттальными аномалиями окклюзии нарушения осанки встречаются чаще, чем в среднем по стране. 2) У пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов преобладают нарушения осанки в сагиттальной плоскости. 3) у детей с мезиальной окклюзией зубных рядов преобладают сколиозы различной степени выраженности. 4) Нарушение осанки и положения тела оказывает влияние на размеры, положение и направление роста челюстей, а также на наклон зубов, зубоальвеолярные высоты и сагиттальную щель. 5) У детей с мезиальной окклюзией большее влияние оказывает положение тела, а у детей с дистальной-кифоз и лордоз. 6) Направление роста челюстей у детей с мезиальной окклюзией зубных рядов зависит от положения тела.

Одной из причин, приводящих к аномалиям зубочелюстной системы, являются вредные привычки. .В.П.Окушко дает определение вредных привычек как « часто повторяющиеся сокращения мышц околоротовой области языка, движения нижней челюсти, связанные с сосанием и прикусыванием пальцев, губ, щек, предметов, и привычки, связанные с нарушением функции жевания, глотания, дыхания и речи, а также привычки, связанные с нарушением позы тела, осанки, нарушением положения нижней челюсти, языка».

По наблюдениям В.Я.Дымшиц, частота зубо-челюстных аномалий у детей с вредными привычками вдвое больше, чем без них. Частота вредных привычек с возрастом уменьшается: от 24% в 1-3 года до 7.6% у 6-7-летних детей, тогда как частота зубочелюстных аномалий увеличивается. Уменьшение частоты вредных привычек с возрастом связано, по мнению многих авторов, с угасанием сосательного рефлекса. По мнению ряда авторов, вредные привычки сосания возникают вследствие длительного (больше года) пользования пустышкой. Каждая привычка сосания приводит к определенной аномалии.

Появление вредных привычек связано не только с нарушением процесса вскармливания. Они могут появиться в тяжелых семейных ситуациях- при разводах, алкоголизме, смерти родителей, на фоне астенического или невротического характера ребенка, при поступлении в сад, школу. Вредные привычки чаще встречаются у детей с детским церебральным параличом и другими заболеваниями центральной нервной системы, при задержке умственного развития.

Существует ряд других вредных привычек, также приводящих к неправильному росту челюстей. Привычка спать с запрокинутой головой сопровождается длительным смещением челюсти назад, что способствует формированию дистальной окклюзии. Привычка спать с низко опущенной на грудь головой сопровождается смещением нижней челюсти вперед и формированием мезиальной окклюзии. Привычка спать в одной позе- на спине, животе, боку, а также подложенной под щеку рукой- способствует несимметричному развитию челюстей, сужению или смещению нижней челюсти.

Положение головы ребенка впереди вертикальной оси туловища приводит к аномалиям прикуса, в то время как при правильной осанке голова и туловище находятся на одной вертикали. Неправильное положение туловища в положении сидя, поддержание головы ладонями или упор подбородком на твердый предмет приводят к зубочелюстным аномалиям. (Ф.Я.Хорошилкина).

Зубочелюстные аномалии возникают вследствие кариеса, его осложнений и связанного с ним раннего удаления молочных зубов. Чаще всего удаляют молочные моляры, что приводит к смещению соседних зубов и мезиальному прорезыванию первых постоянных моляров. В последующем места для прорезывания премоляров будет недостаточно. Раннее удаление передних зубов верхней челюсти происходит вследствие травмы, что также приводит к смещению соседних зубов, нарушению строения зубного ряда, формированию неправильной окклюзии. Кариес и его осложнения приводят к деформации зубных рядов, зубоальвеолярному удлинению, формированию аномалий окклюзии. Осложнение кариеса может привести к воспалительным заболеваниям челюстей, в том числе остеомиелиту. Он может возникнуть также вследствие травмы и гематогенно. При остеомиелите возможна гибель зачатков молочных и постоянных зубов, а иногда и гибель обширных участков кости. Гибель мыщелкового отростка нижней челюсти в детском возрасте всегда приводит к замедлению или остановке продольного роста кости на стороне повреждения с развитием тяжелых деформаций.

К асимметричному росту челюстей, несимметричной форме зубных рядов и как следствие- асимметрии лица приводит жевание на одной стороне. Эта привычка может возникать по причине разрушенных зубов на другой стороне или их удаления. Следствием может также явиться односторонняя гипертрофия жевательных мышц.

Причиной тяжелых костных деформаций нередко является дефект какого-нибудь отдела кости, образовавшийся вследствие патологического процесса или в результате операционной травмы. В период роста челюстных костей дефекты альвеолярного отростка тела челюсти способствуют развитию вторичных деформаций и повреждений противоположной стороны челюсти. Потеря зачатков молочных и постоянных зубов, удаление молочных зубов в раннем возрасте всегда приводит к нарушению роста и формообразования альвеолярного отростка и развитию деформации зубного ряда.

Одним из важных факторов, определяющих развитие зубочелюстной системы, является действие мышц челюстно-лицевой области как во время жевания, глотания, дыхания и речи, так и в состоянии относительного физиологического покоя нижней челюсти. Сохранение миодинамического равновесия между мышцами антагонистами и синергистами создает условия для нормального развития зубочелюстной системы. Искажение функции жевания в результате изменения миодинамического равновесия мышц антагонистов и синергистов является мощным этиологическим фактором аномалий положения зубов и челюстей, приводящим к аномалиям окклюзии.

Нарушение миодинамического равновесия наблюдается между щечной, жевательной, височной мускулатурой и надподъязычными мышцами. Миодинамическое равновесие может быть нарушено между круговой мышцей рта, подбородка и мышцами дна полости рта, а также между последними и жевательной и щечной мускулатурой. У детей с аномалиями окклюзии наблюдается изменение миодинамического равновесия мышц антагонистов и синергистов, повышаются биопотенциалы надподъязычных мышц в состоянии относительного физиологического покоя нижней челюсти и при жевании. В то же время в жевательных и височных мышцах снижается биоэлектрическая активность. На начальном этапе изменения функции жевания миодинамическое равновесие и координированная деятельность мышц могут быть не

нарушены, а происходит увеличение периода жевания и количества жевательных движений. Уменьшение высоты нижнего отдела лица сопровождается повышением амплитуды электромиограммы (ЭМГ) жевательной и мимической мускулатуры. Функциональная недостаточность круговой мышцы рта может быть причиной увеличения длины верхнего зубного ряда и степени выраженности дистальной окклюзии. Это объясняется тем, что при функциональной недостаточности круговой мышцы рта ослабляется ее давление на верхние резцы, тогда как давление языка на них начинает превалировать и резцы смещаются в губном направлении, увеличивая тем самым длину зубного ряда и величину сагиттальной щели. При дистальной окклюзии изменяется положение нижней губы: соприкасаясь с небной поверхностью верхних резцов, она способствует смещению их вестибулярно. Установлено, что функциональное состояние круговой мышцы связано с длиной верхнего зубного ряда, длиной апикального базиса верхней челюсти и величиной сагиттальной щели. При аномалиях окклюзии зубных рядов биоэлектрическая активность круговой мышцы рта в несколько раз повышается по сравнению с нормой, а выносливость мышцы существенно снижается. При относительном физиологическом покое нижней челюсти тонус круговой мышцы рта больше, чем мышц языка. Язык оказывает влияние на положение резцов: чем выше биоэлектрическая активность мышц языка, тем больше протрузия верхних резцов. Нарушение функции языка может привести к дистальной или мезиальной окклюзии. Функциональное состояние мышц языка взаимосвязано с сагиттальными размерами верхнего зубного ряда: длиной переднего отрезка, апикального базиса, проекционной длиной всего зубного ряда. Установлено, что чем уже зубной ряд и апикальный базис нижней челюсти, чем меньше объем рта, тем выше биопотенциалы мышц языка. Язык является сильным мышечным органом, который существенно влияет на формирование зубочелюстной системы. Макроглоссия (увеличение размеров языка) приводит к деформации челюстных костей и возникновению резцовой дизокклюзии. Язык может изменять свое положение у детей с заболеваниями носоглотки, когда затруднено носовое дыхание.

Большое значение в возникновении зубочелюстных аномалий имеет функционирование мышц, участвующих в глотании. Функция глотания, осуществляемая группой мышц, претерпевает перестройку на разных этапах развития ребенка. После рождения ребенка и до прорезывания молочных зубов ему присущ инфантильный тип глотания. Язык во время глотания упирается в мягкие ткани губ и щек. С начала и до окончания полного прорезывания зубов происходит изменение типа глотания. Формируется соматический тип глотания. Глотание осуществляется при сомкнутых зубных рядах и язык упирается в оральную поверхность зубов, а его кончик – в небную поверхность верхних передних зубов. Создается миодинамическое равновесие. Если инфантильный тип глотания сохраняется и после полного прорезывания молочных зубов, кончик языка проскальзывает между зубами. Начинает превалировать функция подбородочной мышцы. Наблюдается деформация зубных рядов: зубоальвеолярное укорочение нижней челюсти в переднем участке, протрузия верхних передних зубов и зубоальвеолярное удлинение верхней челюсти в боковых участках- формируется дизокклюзия.

Для детей с инфантильным типом глотания характерны определенные лицевые признаки: несмыкание губ, напряжение подбородочной мышцы (симптом наперстка), мышцы лица принимают участие в акте глотания.

Однако не всегда в клинических условиях у конкретного больного удается определить, что первично: нарушение формы или нарушение функции, либо то и другое развивается параллельно. Так, например, доказано, что ограничение подвижности височно-нижнечелюстного сустава, обусловленное его заболеванием, выявляет резкое нарушение координации жевательных мышц: значение биопотенциала мышц, поднимающих челюсть, снижается, а опускающих- резко возрастает по сравнению с нормой.

Привычка детей избегать жесткой пищи для облегчения жевания и проглатывания, длительное кормление ребенка жидкой пищей могут привести к нарушению функции глотания.

Нарушение положения нижней челюсти при ее относительном физиологическом покое приводит к зубочелюстным аномалиям. Нижняя челюсть может быть опущена в связи с нарушением мышечного равновесия между задними и передними шейными мышцами, а также с изменением функции жевательных мышц и круговой мышцы рта. Неправильное положение нижней челюсти может быть связано с

нарушением функции языка и такими вредными привычками, как выдвигание нижней челюсти или смещение ее в сторону. Таким образом, существует много факторов, способствующих формированию зубочелюстных аномалий. Они часто сочетаются, иногда действуют последовательно, не всегда можно четко разделить их на общие и местные, наследственные и экзогенные. Поэтому можно сказать, что деление причин аномалий на группы часто бывает условным. Однако доля наследственных аномалий значительно меньше, чем возникновение их под влиянием экзогенных причин. Поэтому основное внимание следует уделять изучению и устранению этиологических факторов внешней среды, а также способствовать правильному течению беременности и развитию ребенка.

Диспансеризация.

Диспансеризация – это метод медико-санитарного обслуживания населения, включающий необходимый комплекс оздоровительных социально-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий с целью сохранения и укрепления здоровья и повышения трудоспособности диспансеризуемых континентов. Идея диспансеризации у стоматолога в нашей стране выдвинута А.И. Евдокимовым. Для успешного проведения профилактических и лечебных мероприятий необходимо организовать диспансеризацию детей в дошкольных учреждениях и школах. Организатором работы в диспансерных группах детей является участковый детский стоматолог. Ортодонт закрепляется за несколькими участками. При диспансеризации детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями они группируются по нозологическим формам.

Основные организационные мероприятия при диспансеризации следующие:

- 1) Обследование детей для выявления зубочелюстных аномалий и деформаций и установление предрасполагающих факторов и причин их развития.
- 2) Определение диспансерных групп и составление плана профилактических и лечебных мероприятий.
- 3) Своевременное направление детей со сформированными аномалиями на лечение.
- 4) Контроль за началом и проведением специализированного лечения, контакт с родителями и воспитателями.
- 5) Контроль за устранением выявленных факторов возникновения аномалий и деформаций.
- 6) Организация и проведение в детских коллективах обучения детей и их родителей, педагогического и медицинского персонала содержанию и методике мероприятий, направленных на воспитание гигиенических навыков и заботу о здоровом состоянии органов полости рта.
- 7) Организация и проведение миогимнастики.

При ортодонтической диспансеризации дети, кроме объединения по нозологическим формам, группируются по признаку этапности развития патологии. Рассмотрим наиболее широко применяемую схему:

1 группа: Дети с нормальным строением жевательного аппарата, правильным смыканием губ, нормальными основными функциями (откусывание и разжевывание пищи, глотание, дыхание, речь). Возможные незначительные отклонения в строении жевательного аппарата можно рассматривать как вариант нормы. Этим детям проводится воспитание гигиенических навыков, способствующих здоровому состоянию органов полости рта. Дети этой группы осматриваются участковым детским стоматологом один раз в год.

2 группа: Дети, не имеющие существенных морфологических изменений зубочелюстной системы, но имеющие нарушение функций (осанки, способа дыхания, речи, мимики, положения и артикуляции языка, губ, щек, мышц дна полости рта и мышц околоротовой области). Сюда же относятся дети имеющие вредные привычки. То есть у детей второй группы имеются факторы риска, предрасположение к развитию зубочелюстных аномалий. Эти дети нуждаются в устранении причинных факторов. В комплексе проводимых мероприятий значительное место у детей этой группы должно быть отведено миогимнастике. Назначаются как миогимнастические упражнения общего характера, так и специальные, устраняющие нарушенную функцию данного ребенка. Дети второй диспансерной группы активно наблюдаются в течении трех месяцев. После полного устранения причин развития зубочелюстных аномалий и нормализации всех функций они, как правило, переводятся в первую группу. К сожалению, некоторая часть детей переходит в третью диспансерную группу.

3 группа: Дети имеющие не сильно выраженные зубочелюстные аномалии: неправильное положение зубов, изменения формы зубных рядов, небольшие отклонения в соотношении челюстей. При этом у них имеются активно действующие причинные факторы. Дети этой группы нуждаются в устранении причинных факторов и несложном лечении с помощью простых ортодонтических аппаратов и миогимнастики. Если во второй диспансерной группе миогимнастика является самостоятельным

методом лечения, то в третьей комбинируется с аппаратурным методом. После устранения причин и признаков аномалий эти дети осматриваются, как и дети первой группы один раз в год.

4 группа: В неё входят дети с выраженными зубочелюстными аномалиями. Причинные факторы у них устраняются по методике, определенной для детей второй и третьей групп, и проводится весь комплекс ортодонтического лечения. Исключение из этой группы проводится после окончания ретенционного периода. Миогимнастика в этой группе может применяться как в период активного лечения, так и в ретенционный период (в комбинации с аппаратурными и хирургическими методами).

При такой структуре диспансерных групп имеется возможность по мере излечения или улучшения переводить больного из группы в группу с последующим постоянным преобладанием признаков первой группы, то есть в группу здоровых детей. Не всегда врач-ортодонт после осмотра может принять больного на активное лечение. В таком случае ребенок попадает в преддиспансерную группу, где он также находится под контролем и ему рекомендуется ряд профилактических мероприятий (консультация и лечение у отоларинголога, общеукрепляющая гимнастика, занятия с логопедом, консультация и лечение у окулиста). Ежемесячно врач, работающий в отделении 2-3 года, заканчивает лечение от 6 до 8 детей, они не снимаются с диспансерного учета, а переводятся в группу здоровых детей и остаются под наблюдением. Постоянно из 3-4 групп часть детей с улучшением переходит в группу 2и1, освобождая место для вновь выявленных. Таким образом метод диспансеризации, не только метод лечебной работы, но и организационная форма, помогающая рационально построить работу врача-стоматолога ортодонта.

Профилактические мероприятия

Разработка комплексной стоматологической профилактики и ортодонтической диспансеризации - один из основных путей совершенствования ортодонтической помощи. Профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций, в том числе ранней потери зубов и связанных с этим осложнений, - это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение и устранение этиологических и патогенетических факторов, способствующих возникновению аномалий зубочелюстной системы. В задачи профилактики входят организационные и лечебные мероприятия, обеспечивающие выявление и устранение аномалий зубочелюстной системы у детей, подростков и взрослых. Критически анализируя сложившуюся практику профилактической работы врачей-ортодентов, Образцов отмечает, что осуществление этой работы начинают слишком поздно, когда факторы риска уже реализовали свое действие и появились признаки формирования аномалий. Кроме того, проводимые мероприятия имеют сугубо специальный (узко ортодонтический) характер и не являются частью мероприятий по воспитанию здорового ребенка, проводимых участковыми педиатрами. Очевидно, что осуществляемая ортодонтами профилактическая работа по своему содержанию не отвечает целям первичной профилактики и представляет собой, по сути дела, не профилактику аномалий, а их раннее лечение. Следовательно, система профилактики аномалий, во-первых, должна предусматривать высокий уровень интеграции в деятельности врача-ортодонта, педиатра и акушера-гинеколога. Во-вторых, ее следует ориентировать на работу с детьми первых трех лет жизни, когда происходят наиболее значимые процессы роста и развития челюстно-лицевой области. Ориентация врачей-ортодентов должна быть направлена на дифференцированный, индивидуальный подход, предусматривающий интенсивную профилактику прежде всего у детей групп высокого риска. Профилактика аномалий у взрослых включает такие меры, как регулярная санация полости рта, соблюдение гигиены полости рта, восстановление коронок разрушенных зубов, замещение отсутствующих зубов путем протезирования. В связи с взаимообусловленностью качества гигиены рта и поражаемости зубов кариесом, количества разрушенных и удаленных зубов, заболеваний пародонта и височно-нижнечелюстных суставов, а также возникновения, развития и выраженности зубочелюстно-лицевых аномалий следует уделять большое внимание стоматологическому просвещению и гигиеническому воспитанию населения и мотивации к ведению здорового образа жизни. Для выполнения основных задач профилактики зубочелюстно-лицевых аномалий у детей выделено 7 периодов формирования зубочелюстной системы с учетом ее физиологических, морфологических и функциональных изменений:

- 1) Период: внутриутробное развитие эмбриона и плода. Рациональный режим отдыха и труда беременных. Сбалансированное питание беременных. Регулярная гигиена и санация полости рта у

беременных с использованием средств гигиены специального назначения. Пользование одеждой, не стесняющей развитие плода у беременной. Выявление особенностей положения плода. Санитарное просвещение по вопросам причин развития зубочелюстных аномалий и деформаций, их проявлений и способам профилактики. Выявление зубочелюстных аномалий у родственников жены, мужа. Выявление врожденной расщелины в челюстно-лицевой области, синдрома Робена и другой патологии, разъяснение особенностей ухода за младенцами и взятие их на диспансерный учет врачом-ортодонтом. Рациональный режим и сбалансированное питание матери и ребенка.

- 2) Период: от рождения до 6 месяцев. Правильное искусственное вскармливание ребенка, правильная его укладка при кормлении, предотвращение давления горлышка бутылки на альвеолярный отросток, регулирование усилий ребенка при сосании за счет сжатия пальцами материнской груди, правильного подбора отверстия в соске, длины соски и степени ее введения в рот, наблюдение за регулярностью глотания. Выявление преждевременно прорезавшихся зубов и определение показаний к их удалению. Применение по показаниям нагубных повязок и внеротовой тяги.
- 3) Период: от 6 месяцев до 3 лет. Массаж альвеолярного отростка при затрудненном прорезывании молочных зубов. Наблюдение за последовательностью прорезывания молочных зубов и их установлением в зубную дугу. Пластика укороченной уздечки языка. Применение лечебных сосок и стандартных вестибулярных пластинок, оказывающих давление на чрезмерно развитый участок челюсти. Задерживание роста челюсти с помощью пращи, повязки внеротовой эластичной тяги. Борьба с вредными привычками сосания пальцев или предметов. Выявление привычной неправильной позы, нарушенной осанки, плоскостопия и направление на консультацию к врачу-ортопеду. Нормализация смыкания губ, носового дыхания. Протезирование при врожденном дефекте неба после вейлопластики и стимулирование роста верхней челюсти по краям расщелины.
- 4) Период: от 3 до 6 лет. Пластика укороченной или неправильно прикрепленной уздечки языка. Комплексы лечебно-гимнастических упражнений для нормализации смыкания губ, расположения нижней челюсти и языка в покое и во время функции. Борьба с вялым жеванием, отказом от употребления относительно жесткой пищи, обучение правильному глотанию. Плановая санация и гигиена рта с использованием средств специального назначения. Замещение отсутствующих зубов с помощью пластиночных протезов при множественной или полной адентии.
- 5) Период: от 6 до 9 лет: Выявление детей с зубочелюстными аномалиями и направление их на ортодонтическое лечение. Плановая санация рта и регулярная гигиена с использованием средств специального назначения. Наблюдение за последовательностью прорезывания первых постоянных моляров, резцов и массаж альвеолярного отростка. Избирательное пришлифовывание нестершихся бугров молочных зубов. Пластическая операция укороченной или неправильно прикрепленной уздечки языка. Удаление задержавшихся молочных резцов. Замещение путем протезирования, по показаниям, рано потерянных молочных зубов, ретенированных и отсутствующих в результате адентии. Борьба с вредными привычками сосания и прикусывания пальцев, губ, щек, языка. Направление детей с ротовым дыханием на консультацию к отоларингологу. Удаление аденоидов и небных миндалин при резко выраженных нарушениях окклюзии.
- 6) Период: от 9 до 12 лет: Выявление детей с зубочелюстными аномалиями и направление их на консультацию к врачу-ортодону. Плановая санация полости рта и регулярная гигиена. Удаление молочных зубов при хроническом гранулирующем периодонтите, а также задержавшихся молочных моляров и клыков. Наблюдение за последовательностью прорезывания премоляров, выявление адентии вторых премоляров и решение вопроса о сохранении или удалении задержавшихся молочных моляров. Наблюдение за последовательностью прорезывания вторых постоянных моляров и массаж в их области. Наблюдение за последовательностью прорезывания постоянных клыков, совпадение средней линии между верхними и нижними центральными резцами и срединной линией лица.
- 7) Период: от 12 до 15 лет: Выявление нарушенной осанки, плоскостопия, кривошеи и направление к ортопеду. Борьба с вредными привычками. Выявление заболеваний пародонта и направление больных в пародонтологическое отделение.

В более старшем возрасте необходимы: санация и соблюдение правил гигиены полости рта. Своевременное зубочелюстное протезирование. Пластика укороченной уздечки языка. Наблюдение за установлением в зубные ряды третьих моляров.

С учетом периодов формирования зубочелюстной системы в программе профилактических мероприятий должны принимать участие: В первом периоде: Администрация предприятий и женская консультация. Врач-ортодонт, медико-генетическая консультация. Акушер-гинеколог. Диетолог.

Во втором периоде: Женская консультация, врач-ортодонт, прикрепленный к женской консультации, яслям, медсестра. Стоматолог-хирург, педиатр. Врач-ортодонт центра лечения детей с врожденной расщелиной челюстно-лицевой области.

В третьем периоде: тот-же персонал и стоматолог детского возраста.

4 тот-же персонал, а также воспитатели детского сада, стоматолог-хирург, врач-ортодонт, врач-ортопед, педагог-логопед.

5 тот-же персонал.

6 тот-же персонал и врач ортодонт после планового осмотра школьников.

7 тот-же персонал, отоларинголог и психоневролог по рекомендации врача-ортодонта. Ведущая роль принадлежит врачу-ортодонт.

Использованная литература:

Л.С. Персин. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.