

Гиззатуллина Ф.В., Маннанова Ф.Ф.

Принципы профилактики и диспансеризации детей в периоде сменного прикуса для предупреждения развития тяжелых форм трансверсальных аномалий окклюзии

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

Gizatullina F.V., Mannanova F.F.

Principles of prophylactic and clinical examination of children in the mixed dentition to prevent the development of severe forms of transversal malocclusion

Резюме

В результате исследования причинных факторов риска развития трансверсальных аномалий окклюзии у детей определены основные методы профилактики, предупреждающие развитие тяжелых форм. Разработан алгоритм взаимодействия специалистов по профилактике и диспансеризации трансверсальных аномалий окклюзии у детей в сменном прикусе.

Ключевые слова: профилактика, диспансеризация, трансверсальная аномалия окклюзии, сменный прикус

Summary

The study of causal risk factors for transversal malocclusion in children identified the main methods of prophylactic, prevents the development of severe forms. The algorithm interaction prevention specialists and clinical examination of transversal malocclusion in children in the mixed dentition is developed.

Key words: prophylactic, clinical examination, transversal malocclusion, the mixed dentition

Введение

Трансверсальные аномалии окклюзии встречаются во все возрастные периоды жизни человека, а клиническая картина у взрослых при этом становится более выраженной, чем у детей. Обнаруженные в периоде прикуса временной окклюзии и смены зубов аномалии на этапе своего формирования с возрастом прогрессируют, а в постоянном прикусе стабилизируются и приводят к тяжелым формам аномалий окклюзии и деформациям челюстно-лицевой области. [1,2,3,4]

Трансверсальные аномалии окклюзии с нарушением положения нижней челюсти и смещением суставного отростка в суставной ямке объединены в суставную форму. По данным А.Б. Слабковской (2008) для суставной формы характерно резкое повышение частоты встречаемости в прикусе смены зубов и незначительное снижение в поздний период. [5]

Нижнечелюстное смещение, неисправленное в раннем возрасте, вызывает нежелательную модификацию роста верхней и нижней челюстей, зубоальвеолярную компенсацию, способствует развитию асимметрии мышц височно-нижнечелюстного сустава в результате

нового остеогенеза по направлению их роста, которые приводят в дальнейшем к реальной скелетной асимметрии лица и нарушению функций. [2,6]

Некоторые исследователи отмечают возможность саморегуляции трансверсальной аномалии окклюзии в раннем возрасте. [7,8] А другие авторы [9,10,11] свидетельствуют об отсутствии саморегуляции, несмотря на ранний возраст. Незамеченная в раннем возрасте асимметрия лица, сопутствующая трансверсальной аномалии окклюзии, у пациента затрудняет и ортодонтическое лечение. [12]

И. В. Гуненкова с соавт. (2005) считает, что нерешенные проблемы современной профилактики зубочелюстных аномалий и диспансеризации детей с зубочелюстными аномалиями в том, что ортодонты и детские стоматологи недооценивают значение консультаций специалистов других профилей медицины и роль применения профилактических аппаратов. Также мало внимания уделяется профилактическим осмотрам детей ортодонтами в детских садах и школах. [13]

В настоящее время в стране реализуются программы комплексной профилактики стоматологических забо-

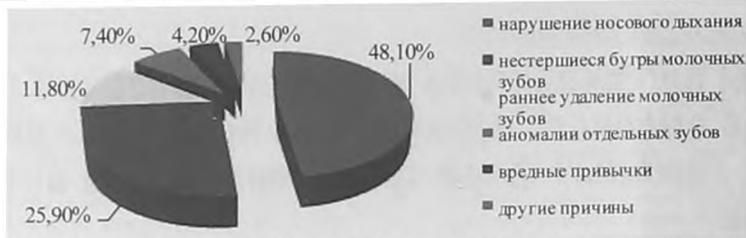


Рис. 1. Частота встречаемости этиологических факторов развития суставной формы трансверсальной аномалии окклюзии

Таблица 1. Частота встречаемости факторов риска среди пациентов с формирующейся трансверсальной аномалией окклюзии (n=20)

Патологические симптомы Контигент	Блокирующая окклюзия	Суперконтакты	Одностороннее жевание	Кариез и его осложнения	Нарушение носового дыхания	Аномалии положения зубов	Первичная и вторичная адентия	Вредные привычки
Дети от 5 до 14 лет	67,88%	63,15%	28,66%	34,12%	45,97%	6,33%	9,72%	23,45%
Подростки от 15 до 18 лет	89,74%	81,64%	21,83%	53,26%	41,22%	24,10%	4,57%	8,32%

леваний. Для разработки комплекса профилактических мероприятий используются результаты эпидемиологических исследований. В связи с этим, актуальна разработка мероприятий по профилактике и диспансеризации детей раннего возраста с учетом выявленной распространенности и этиологии зубочелюстных аномалий.

Цель исследования - разработка алгоритма профилактических мероприятий всех уровней (первичной, вторичной, третичной) в процессе диспансеризации детей в периоде сменного прикуса для предупреждения развития тяжелых форм трансверсальных аномалий окклюзии.

Материалы и методы

Было проведено клиническое обследование и ортодонтическое лечение 760 детей и подростков в возрасте от 5 до 18 лет обоего пола с различными зубочелюстными аномалиями. Для определения частоты встречаемости суставной формы трансверсальной аномалии окклюзии в периоде прикуса смены зубов и разработки профилактических мероприятий углубленное обследование и динамическое наблюдение проводили среди детей в возрасте от 7 до 10 лет. Среди 20 детей с формирующейся трансверсальной аномалией окклюзии и факторами риска провели лечебно-профилактические мероприятия и динамическое наблюдение в течение трех лет. Для определения смещений нижней челюсти в трансверсальном направлении использовали набор устройств для антропометрии лица (патент № 108275 от 20.09.2011г.) с предварительным определением кожной точки в центре подбородка и последующей оценкой степени смещения нижней челюсти в трансверсальном направлении. Нами разработаны мероприятия по профилактике и своевременному устранению выявленных факторов риска возникновения трансверсальных аномалий окклюзии у детей в сменном прикусе со смещением нижней челюсти.

Результаты и обсуждение

Среди обследованных 760 детей и подростков трансверсальные аномалии окклюзии выявлены у 82 (10,8±1,13%) пациентов, в том числе суставная форма в период прикуса смены зубов выявлена у 60 (7,9±0,83%) детей.

При обследовании 82 детей с трансверсальной аномалией окклюзии были выявлены следующие этиологические факторы возникновения данной аномалии окклюзии: нарушение носового дыхания (48,10%); нестершиеся бугры отдельных молочных зубов (25,90%); раннее удаление молочных зубов (11,80%); аномалии положения отдельных зубов (7,40%); вредные привычки (4,20%) и другие причины (2,60%). Обнаруженные факторы вызывали блокирование движений нижней челюсти, что приводило к смещению нижней челюсти, нарушению жевательной функции и изменению функции жевательных мышц (рис.1).

У 20 детей с формирующейся аномалией окклюзии в трансверсальной плоскости определили факторы риска (табл.1). Из данных таблицы можно заключить, что наибольшее влияние наряду с ЛОР-патологией, оказывают окклюзионные нарушения.

В качестве клинического примера приведем фотографии пациентки К., 7 лет, обратившейся к детскому врачу-стоматологу с целью профилактического осмотра (рис.2).

Лечебно-профилактические мероприятия у пациентки К., 7 лет в период прикуса смены зубов включали: избирательное пришлифовывание суперконтактов, выявленных на этапе диагностики, в процессе лечения, а также после ортодонтического лечения при установлении новых окклюзионных контактов под контролем аппарата T-Scan (рис.2ж,2и); нормализацию положения

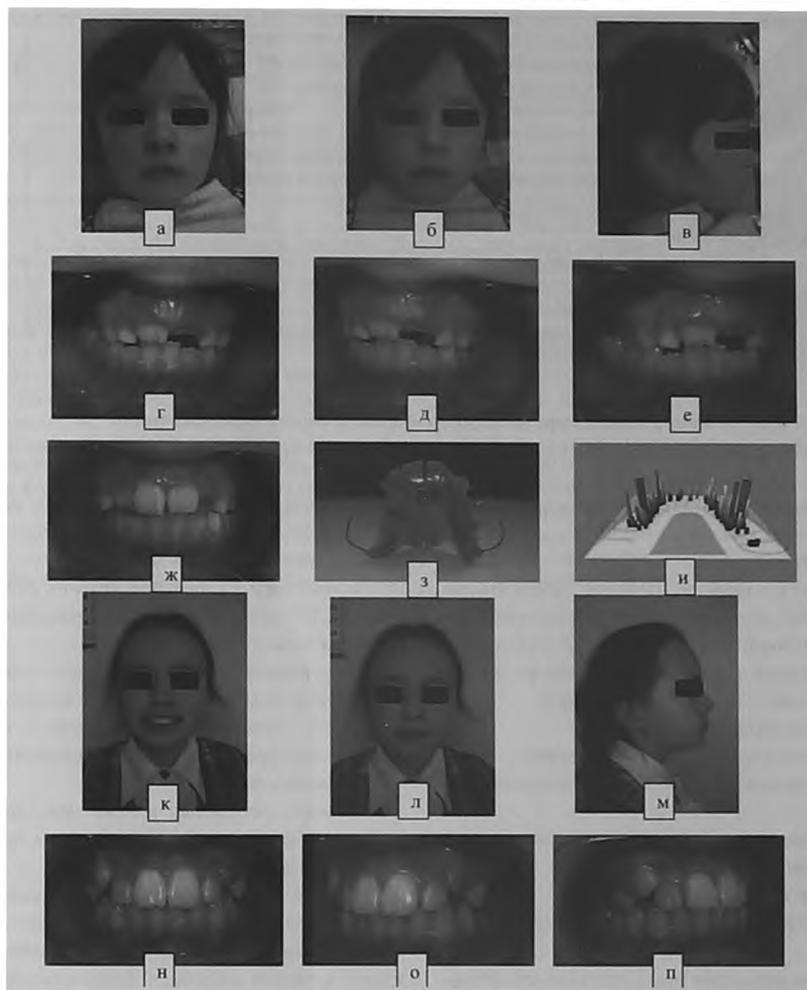


Рис. 2. Пациентка К., 7 лет с суставной формой трансверсальной аномалии окклюзии:

а, б, в – фото лица до лечения; г, д, е – окклюзия до лечения; ж – окклюзия после лечения; з – ортодонтический аппарат; и – сканограмма; к, л, м – фото лица через 3 года; н, о, п – окклюзия через 3 года после формирования прикуса постоянных зубов и центрации положения нижней челюсти. Ортодонтическое лечение продолжается

нижней челюсти относительно срединной линии лица и расширение челюстей при помощи съемного аппарата (патент №110256 от 20.11.2011 г.) (рис.2з) под контролем антропометра; коррекцию трансверсальной окклюзии; комплекс миогимнастических упражнений для устранения орофациальных дисфункций; проведение курса нейростимуляции жевательных мышц с помощью аппарата ДЭНС. Срок лечения составил 6 месяцев. Ретенционный период составил 12 месяцев; ретенционным аппаратом служил последний лечебный аппарат. Отдаленные результаты пациентки К., 7 лет через 3 года, когда она явилась на продолжение лечения, представлены на рис.2н,2о,2п. Пациентке рекомендовали жевание на обеих сторонах зубных рядов.

Согласно рекомендациям ВОЗ (1980) профилактика делится на: первичную; вторичную и третичную. Для программы профилактики возникновения трансверсальных аномалий окклюзии у детей и подростков также при-

меняма данная последовательность, которая изображена на рис.3.

Согласно разработанного нами алгоритма взаимодействия специалистов по профилактике и диспансеризации трансверсальных аномалий окклюзии у детей в сменном прикусе проводится программа по выявлению и устранению факторов риска и этиологических факторов с целью профилактики трансверсальных аномалий окклюзии и развития ее тяжелых форм:

1 этап. На приеме у врача-педиатра проводятся:

- раннее выявление этиологических факторов на основе диагностических признаков (категория детей: часто болеющих; с нарушением осанки; с нарушением произношения звуков; с нарушением функций дыхания и глотания; с наличием бруксизма, апное, ночного храпа; с наличием укороченных уздечек языка и аномалий уздечек губ);

- направление к детскому врачу-стоматологу.

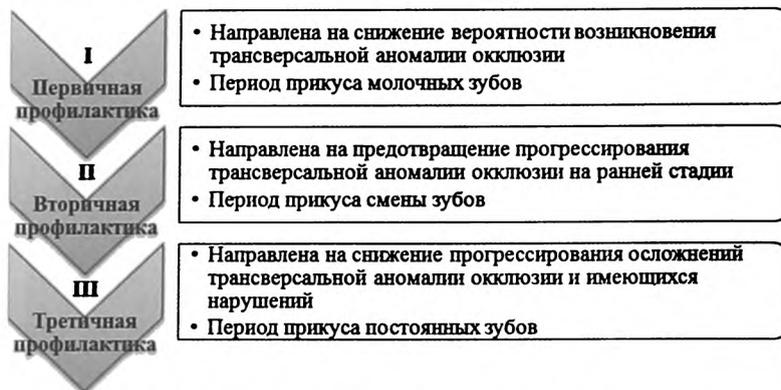


Рис. 3. Уровни программы профилактических мероприятий по предупреждению тяжелых форм трансверсальной аномалии окклюзии у детей

II этап. На приеме у детского врача-стоматолога проводятся:

- выявление кариозных зубов;
- выявление и устранение факторов риска и этиологических факторов развития аномалий окклюзии: наличие кариозных зубов и их осложнений; орофациальных дисфункций (ротовое или смешанное дыхание; инфантильный тип глотания; нарушенное жевание);
- выявление заболеваний пародонта;
- направление к детскому врачу-ортодонт.

III этап. На приеме у детского врача-ортодонта проводятся:

- диагностика доклинических форм зубочелюстных аномалий окклюзии;
- основные и дополнительные методы исследования с целью выявления клинических форм аномалий окклюзии;
- выявление рецидивов ранее устраненных зубочелюстных аномалий;
- выявление вредных привычек;
- выявление аномалий уздечек языка и губ; глубины преддверия полости рта;
- удаление молочных зубов по методу Хотца (по показаниям);
- выявление и удаление задержавшихся молочных и сверхкомплектных зубов;
- выявление вторичной адентии молочных зубов и замещение дефектов зубных рядов временными протезами;
- выявление заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и лечение с устранением этиологических факторов;
- если были обнаружены орофациальные дисфункции, то проводится курс миофункциональной коррекции;
- при наличии нарушения произношения звуков ребенок направляется к логопеду;
- при инфантильном глотании после пластики укороченной уздечки языка (по показаниям) проводится курс миогимнастических упражнений по отработке правильного глотания 1 курс в 20 дней;
- в состоянии ремиссии основного заболевания

ЛОР-органов или при вредной привычке дыхания через рот проводятся упражнения для формирования правильного дыхания (1 курс в 20 дней);

- при наличии тяжелого течения основного заболевания ЛОР-органов проводится направление к ЛОР-врачу для санации носоглотки;

• на ранних сроках обнаружения формирующейся суставной формы трансверсальной аномалии окклюзии проводится ортодонтическое лечение с применением съемного миофункционального профилактического и лечебного аппарата;

- после устранения ранних признаков трансверсальной аномалии окклюзии проводится тщательная ретенция и наблюдение в течение 2-3 лет.

Проведение диспансеризации детского населения в дошкольном и школьном возрасте будет являться тем эффективным методом, который обеспечит предупреждение и раннее выявление трансверсальных аномалий окклюзии. А своевременное ортодонтическое лечение и динамическое наблюдение в ретенционном периоде предупредит рецидивы.

Заключение

Таким образом, внедрение программы профилактики и принципов диспансеризации на местах будет являться действенным способом для обеспечения детского населения профилактической помощью с целью предупреждения тяжелых форм трансверсальных аномалий окклюзии в позднем периоде. ■

Гизатуллина Ф.В. – аспирант кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Уфа, Маннанова Ф.Ф. – д.м.н., профессор; заведующая кафедрой ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Уфа. Автор, ответственный за переписку – Гизатуллина Ф.В. 450000, г. Уфа, ул. Чернышевского 104, тел.89177540715, e-mail: fir19@rambler.ru

Литература:

1. Красюкова С.Н. Динамика показателей функционального состояния зубочелюстной системы у детей и подростков при лечении открытого прикуса [диссертация]. Краснодар; 2000. 1-20.
2. Проффит Уильям Р. Современная ортодонтия. М.; 2006. 560.
3. Bishara S.E. Growth and Development. Textbook of orthodontics. Philadelphia; 2001. p. 158-62.
4. Manfredini D., Chiappe G., Bosco M. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD) axis I diagnoses in an Italian patient population. *J. Oral Rehabil.* 2006; 551-8.
5. Слабковская А.Б. Трансверсальные аномалии окклюзии. Этиология, клиника, диагностика, лечение (диссертация). М.; 2008. 1-47.
6. Liu C., Kaneko S., Soma K. Effects of a Mandibular Lateral Shift on the Condyle and Mandibular Bone in Growing Rats. *Angle Orthodontist.* 2007; 787-93.
7. Лазарева Н.А. Состояние прикуса у детей раннего возраста и саморегуляция отклонений в соотношении зубных рядов и челюстей. Актуальные проблемы стоматологии. Всероссийская научно-практическая конференция. Материалы. 1998: 41-2.
8. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М, 2006. С.120-1.
9. Чернышова Л.Е. Первые симптомы трансверсальных аномалий окклюзии по данным ортопантомографии. Ортодонтия. 2008; (2): 12-4.
10. Kutin G., Hawes R.R. Posterior cross-bites in the deciduous and mixed dentitions. *AJO-DO.* 1969; (56): P.491.
11. Thilander B., Wahlund S., Lennartsson B. The effect of early interceptive treatment in children with posterior cross-bite. *Eur. J. Orthod.* 1984; (6): P.25-3.
12. Garcia A., Menendez M., Alonso L. Diagnosis and integral treatment of facial asymmetries. Abstract Book of 79-th Congress of the European Orthodontic Society. 2003: 431.
13. Гуненкова И. В., Пехов А. Ю., Новикова Т. Н., Антипова Н. В., Смолина Е. С. Методы первичной профилактики зубочелюстных аномалий, применяемые в лечебно-профилактических учреждениях РФ. Стоматология. 2005; (4): 47-50.