

производится после формирования культи зуба.

Все компоненты внутри канала соединяются между собой в результате химической адгезии, образуя при этом прочную и безопасную монолитную внутриканальную культевую вкладку.

Таким образом, в различных клинических ситуациях требуется использование различных адгезивных систем.

УДК 616.314-089.23

О.А. Шугаева¹, Г.Б. Куленова²

¹КГКП «Детская стоматологическая поликлиника», г. Усть-Каменогорск.

²Восточно-Казахстанский государственный университет имени С. Аманжолова, г. Усть-Каменогорск

ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Мақалада тіс-жақ ауытқуларының пайда болуының ең жиі кездесетін этиологиялық факторлары жайында мәліметтер келтірілген және жасқа байланысты олардың алдын алу шаралары қарастырылған.

The article presents data on the most common etiologic factors of dentofacial anomalies and measures to prevent them, depending on age.

Профилактика – это система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья [2, 3, 5].

Профилактические мероприятия в ортодонтии должны строиться с учетом возрастных периодов развития ребенка. Наиболее благоприятным для профилактики зубочелюстных аномалий является период активного роста челюстей, связанный с формированием молочного прикуса, что совпадает с ранним дошкольным и дошкольным возрастом ребенка. В эти возрастные периоды определяются клинические признаки основных этиологических факторов, относящихся к функциональным нарушениям и способствующих развитию зубочелюстных аномалий.

В период сменного прикуса профилактические мероприятия становятся менее эффективными. У детей с постоянным прикусом диагностируются сформированные зубочелюстные аномалии, требующие трудоемкого лечения. Поэтому определение активно действующих причин и их устранение уже не могут иметь профилактической направленности. Исправление функциональных нарушений затрудняется ввиду того, что проявляется устойчивая взаимообусловленность патологически измененных функций и отклонений в морфологическом строении органов полости рта [1].

В связи с этим, целью настоящей работы явилась – ознакомление с часто встречающимися этиологическими факторами возникновения зубочелюстных аномалий, и мерами их предупреждения по периодам детства.

Шығыстың аймақтық хабаршысы

1 Внутриутробный период.

Этиологические факторы, имеющие место в периоде внутриутробного развития плода, можно разделить на эндогенные и экзогенные.

К эндогенным факторам можно отнести:

- наследственное предрасположение;
- семейное предрасположение к развитию зубочелюстных аномалий.

К экзогенным факторам необходимо отнести следующие:

- механические (травма, ушиб беременной женщины; тесная одежда будущей матери; неправильное предлежание плода);
- химические (алкоголизм и курение будущих родителей);
- профессиональные вредности (работа с лаками, красками, химическими реактивами);
- биологические (перенесенные заболевания беременной женщиной, особенно опасны для плода возбудители туберкулеза, сифилиса, возбудитель коревой краснухи, эпидемического паротита, некоторые формы гриппа, токсоплазмоз);
- психические (неблагоприятное влияние на развитие ребенка оказывают стрессовые ситуации у матери в первом триместре беременности);
- радиационные факторы (рентгеновское облучение, связанное с профессиональными вредностями или пребывание беременной в районах с повышенным уровнем радиации).

Профилактические мероприятия в этом периоде сводятся к следующим:

1) Медико-генетическое консультирование будущих родителей с целью определения величины генетического риска рождения ребенка с той или иной врожденной патологией челюстно-лицевой области при наличии ее у близких родственников;

2) Организация рационального режима труда, отдыха, питания беременной женщины. Проведение санитарно-просветительной работы среди них. Необходимо добиться понимания каждой женщиной важности обращения к детскому стоматологу на первом году жизни ребенка, если беременность протекала с осложнениями, ребенок родился с низкой массой тела, или были осложнения в родах, т.е., когда очень высок риск возникновения самых различных заболеваний, в том числе и стоматологических.

2 Дети первого года жизни (период начала прорезывания временных зубов).

Этиологические факторы:

- неправильно проводимое искусственное вскармливание, т.е. использование жесткой и длинной соски, которая может вызвать травму слизистой полости рта или наоборот очень мягкой с одним большим отверстием на конце; помимо этого некоторые родители оставляют ребенка один на один с бутылочкой, при этом она горлышком оказывает давление на альвеолярный отросток, деформируя его;
- родовая травма – в виде насильственного извлечения плода за нижнюю челюсть;
- недостаток витамина “Д”;
- перенесенные заболевания;
- дыхание через рот.

Профилактические мероприятия:

– естественное вскармливание – акт сосания груди является мощным стимулятором для роста костной ткани;

– правильное искусственное вскармливание - соска на бутылочке должна имитировать по форме сосок груди матери, быть соответственно эластичной, упругой, иметь три маленьких отверстия, которые следует делать раскаленной иглой. Оптимальное время для высасывания порции еды из бутылочки емкостью 200,0 мл не менее 15 минут. Меньшая продолжительность “гимнастики” во время сосания приводит к недоразвитию нижней челюсти. При кормлении нужно держать ребенка под углом, как при грудном вскармливании. Бутылочку располагают также под углом, чтобы она не давила на нижнюю челюсть малыша;

– профилактика рахита должна проводиться врачами-педиатрами в зависимости от стадии заболевания (назначение профилактической или лечебной дозы витамина “Д”;

– предупреждение гнойничковых заболеваний кожных покровов должна строиться на правилах гигиены челюстно-лицевой области;

– своевременное удлинение укороченной уздечки языка;

– регламентированное пользование соской-”пустышкой” – не более 15-20 минут после еды.

3 Дети 2-го и 3-го года жизни (период завершения формирования молочного прикуса.

Этиологические факторы:

– вредные привычки (сосание пальцев, пустышки, различных предметов, прием пищи с помощью соски);

– недостаток витамина “Д”;

– отсутствие в рационе ребенка жесткой пищи – “лень жевания”;

– затрудненное носовое дыхание;

– язык в покое располагается между зубами.

Профилактические мероприятия:

– устранение вредных привычек – на время сна ограничить движение рук с помощью рукавичек и жестких налокотников; при необходимости отучить ребенка от соски, используя гель. Если ребенок часто облизывает губы, то красную кайму губ следует 5-6 раз в сутки смазывать нейтральным жиром или оксалиновой мазью. Необходимо следить за правильным дыханием и настойчиво приучать ребенка дышать носом; если во время бодрствования и сна преобладает дыхание через рот, то следует проконсультироваться с оториноларингологом для исключения заболеваний носоглотки. При их отсутствии можно подвязать нижнюю челюсть бинтом. Если рот ребенка постоянно открыт, то для активации круговой мышцы рта можно проводить массаж.

Ребенок не должен спать, подложив под щеку руку, кулачок, это – может вызвать искривление челюстей. Если подбородок у ребенка выдается вперед, нижние зубы перекрывают верхние, это результат того, что во время сна подбородок прижат к груди. Вредно спать с запрокинутой головой, такое положение задерживает развитие и рост нижней челюсти. Нормальная поза во время сна – на спине или на боку (попеременно на правом и левом) с закрытым ртом;

– использование профилактических аппаратов с заслонкой для языка с це-

люю предотвращения неправильного положения последнего;

– педиатрическая коррекция рахита;

– с 1,5 лет жизни ребенка необходимо включать в рацион жесткий компонент пищи;

– пластика уздечки языка с целью правильного формирования функции речи;

– формирование навыков по гигиене полости рта.

4 Дети в возрасте 3-6 (период сформированного молочного прикуса).

Этиологические факторы:

– нарушение функции носового дыхания – проявляется в виде смешанного или ротового дыхания. В зависимости от сочетания с другими факторами способствует формированию различных аномалий – открытого, прогенического, глубокого, прогнатического прикусов и аномалий зубного ряда. Нарушение данной функции бывает связано с инфантильным способом глотания и несмыканием губ. Этим взаимосочетанием и определяются его клинические признаки: рот полуоткрыт, корень языка смещен назад и вниз, что изменяет профиль лица ребенка – проявляется “двойной подбородок”. При дыхании заметно напряжение крыльев носа, изменение конфигурации ноздрей, в состоянии физиологического покоя отмечается увеличение нижней трети лица. В результате неправильного дыхания нарушается динамическое равновесие мышц окологротовой области и языка;

– нарушение функции глотания – проявляется тем, что в начальный момент глотания язык занимает межзубное положение и упирается во внутреннюю поверхность одной или обеих губ, что приводит к значительному напряжению тканей в окружности ротовой щели – “симптом наперстка”.

В норме процесс глотания претерпевает изменения от рождения до формирования молочного прикуса. Ребенок рождается с хорошо развитым рефлексом глотания и достаточной активностью языка, особенно его кончика. В покое язык располагается между десневыми валиками и преимущественно бывает, вытянут вперед, что обеспечивает его готовность к работе. С появлением первых молочных зубов возникает перестройка процесса глотания в стадии “отправного толчка”, при этом кончик языка отталкивается уже от появившихся зубов. С установлением полного молочного прикуса в возрасте 2,5 лет у ребенка в норме заканчивается преобразование инфантильного способа глотания в соматический.

При нормальном (соматическом) способе глотания губы сложены спокойно, зубы сжаты, кончик языка упирается в передний участок твердого неба за верхними резцами.

При неправильном (инфантильном) способе глотания зубы не сжаты и кончик языка контактирует для “отправного толчка” с нижней губой, при сокращении подбородочной мышцы – симптом “наперстка”, а иногда и других мимических мышц, что отражается на конфигурации лица: заметна протрузия губ, подбородок приобретает вид “наперстка”, иногда наблюдается сморщивание лба, закрытие глаз и вытягивание шеи вперед для облегчения проглатывания;

– нарушение функции жевания – является активным фактором формирования открытого, перекрестного, прогенического и других видов патологического прикуса. Наблюдается в различных вариантах:

1 Вялое жевание – жевание, при котором ребенок медленно и долго разжевывает пищу, не развивая достаточных усилий и запивая ее. Причинами такого жевания могут быть: ротовое дыхание, несвоевременное включение в рацион жесткой пищи, тяжелые соматические и инфекционные заболевания, длительное кормление ребенка с помощью соски-рожка, кариес.

2 Привычка жевать пищу на одной стороне. Наблюдается при раннем разрушении и удалении жевательных зубов на одной стороне, наличии зубов с осложненным кариесом, неравномерной стираемости временных зубов, после травмы челюстей.

3 Привычка жевать передними зубами. Возникает после ранней утраты жевательных зубов или разрушения их вследствие кариеса, при патологическом стирании зубов со снижением высоты прикуса, врожденной множественной адентии.

– нарушение функции речи – для определения взаимосвязи данной функции и аномалий прикуса выявляются нарушения не только в произношении отдельных звуков, но также и в артикуляции, в частности в положении языка;

– нарушение физиологического стирания молочных зубов.

Профилактические мероприятия:

– регуляция функции дыхания включает следующие виды мероприятий:

а) консультация ребенка у ЛОР-врача;

б) консультация и лечение ребенка у педиатра при наличии заболеваний органов дыхания;

в) консультация специалиста ЛФК и назначение комплекса дыхательных упражнений;

г) назначение массажа крыльев носа;

д) изготовление головной шапочки и поддерживающей нижнечелюстной повязки для пользования в ночное время при наличии привычки спать с открытым ртом.

– профилактика и нормализация функции глотания включает следующие мероприятия:

а) лечение ребенка у ЛОР-специалиста и нормализация носового дыхания;

б) Обучение ребенка правильной методике глотания с соблюдением основных правил: губы и зубы сомкнуты, мышцы лица и шеи максимально расслаблены, кончик языка прижат к переднему участку неба.

– профилактика нарушений функции жевания заключается в проведении разъяснительной работы с родителями и персоналом дошкольных учреждений о необходимости и пользе включения в рацион ребенка жесткой пищи, своевременное устранение вредной привычки, изъятие соски. Важное значение имеет качественное лечение временных зубов и своевременное их возмещение в случаях ранней утраты, сошлифовывание нестершихся бугорков временных зубов, нормализация носового дыхания;

– профилактика зубочелюстных аномалий, возникших вследствие нарушений речи, заключается в раннем логопедическом обучении, своевременной нормализации носового дыхания, устранении привычек сосания сосок и пальцев;

– коррекция миодинамического равновесия с помощью миогимнастики;

– зубное протезирование при наличии дефектов зубного ряда;

– подшлифовывание бугров молочных зубов.

5 Дети 7-13 лет (период сменного прикуса).

Этиологические факторы:

– функциональные нарушения (дыхания, глотания, жевания, речи);

– задержка стирания бугров молочных зубов;

– нарушения в порядке смены зубов;

– наличие сверхкомплектных зубов;

– макродентия;

– низкое прикрепление уздечки верхней губы;

– наличие дефектов осанки, искривление позвоночника;

– множественный кариес.

Профилактические мероприятия:

– регуляция функций дыхания, жевания, глотания и речи;

– регуляция миодинамического равновесия мышц челюстно-лицевой области;

– подшлифовка бугров молочных зубов;

– удаление задержавшихся молочных зубов и сверхкомплектных;

– френопластика – пластика уздечки верхней губы в возрасте не ранее 7-8 лет, т.е. после прорезывания боковых резцов из верхней челюсти);

– углубление преддверия полости рта;

– серийное удаление зубов по Хотцу.

Медицинским аспектом профилактики является диспансеризация, которая представлена в виде работы лечебно-профилактических учреждений, обеспечивающая предупреждение болезней, раннее их выявление и лечение при систематическом наблюдении за больными. Диспансеризация предусматривает обязательное во все возрастные периоды ребенка проведение плановой санации полости рта, профилактических мероприятий в отношении кариеса зубов и аномалий прикуса, создания благоприятных условий для формирования и созревания тканей зуба, пародонта, контроль за воспитанием гигиенических навыков.

Таким образом, в своевременном выявлении и устранении факторов риска, способствующих возникновению зубочелюстных аномалий, важное значение имеет активное участие родителей, медицинского персонала и воспитателей детских дошкольных учреждений. Непременным условием этого участия является их осведомленность по всему аспекту вопросов, касающихся причин возникновения стоматологических заболеваний у детей, включая зубочелюстные аномалии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Хорошилкина С.Я. Ортодонтия / М.: Мед-Информ Агентство, 2006. – С. 100-109.
- 2 Хинс Р. Профилактика зубочелюстных аномалий в раннем возрасте // Журнал ортодонтии. – 2006. – № 2. – С. 27-30.
- 3 Справочник по стоматологии / М.: Медицина, 1993. – С. 456-461.
- 4 Виноградова П.В. Стоматология детского возраста / М.: Медицина, 1987. – С. 34-37.
- 5 Справочник по ортодонтии / Под ред. проф. М.Г. Бушана. – Кишинев, 1990. – С. 50-55.