

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

«Утверждаю»
Заместитель министра здравоохранения
Удмуртской Республики


Л.А. Гузницева
« » 2014 г.



ПРОФИЛАКТИКА
ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ОККЛЮЗИИ У ДЕТЕЙ

Информационное письмо

Ижевск 2014

УДК 616.315 – 007 – 053.2 – 08 (044)

Составители: зав. кафедрой стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО ИГМА д.м.н., доцент Шакирова Р.Р., ассистент кафедры Гильмутдинова Л.В.

Рецензенты: главный врач МУЗ ДКСП №2, к.м.н. Пермякова Н.Е.; зав. кафедрой ортопедической стоматологии профессор, д.м.н. Рединов И.С.

В информационном письме отражены данные о факторах риска формирования вторичных деформаций окклюзии у детей с врожденными расщелинами губы и/или неба. Описан алгоритм оказания стоматологической помощи детям с данной патологией.

Предназначены для стоматологов детских, ортодонт, педиатров, слушателей факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки.

Утверждено к изданию Советом ФПК и ПП ГОУ ВПО ИГМА

Изучение распространенности зубочелюстных аномалий и их отдельных нозологических форм в разные периоды формирования прикуса представляет особый интерес. Результаты этих исследований позволяют разрабатывать организационные принципы профилактики зубочелюстных аномалий и оказания специализированной лечебной помощи. Для формирования профилактических мероприятий по предупреждению осложнений со стороны зубочелюстной системы, в частности патологии окклюзии, у детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области (ВПР ЧЛО) особый интерес вызывает выявление влияния постнатальных факторов и степени их воздействия на данный процесс.

Выделяя причины возникновения зубочелюстных аномалий нужно отметить нарушение естественного вскармливания младенца. У детей с ВПР ЧЛО с первых дней жизни возникают трудности при кормлении, отсутствует активное сосание. Одной из первых проблем, с которыми сталкиваются родители сразу после рождения ребенка – это проблема кормления.

С целью подробного изучения влияния процесса кормления на развитие зубочелюстной системы нами была разработана анкета. В результате анкетирования было выявлено, что большинство обследованных детей с пороками развития челюстно-лицевой области (ЧЛО) находились на искусственном вскармливании с момента рождения – 56,6% (13,3% здоровых детей, $p < 0,05$). Лишь пятая часть детей с патологией ЧЛО находились на грудном вскармливании, что в 3,5 раза меньше данного показателя у здоровых детей. Наряду с грудным вскармливанием с момента рождения были вынуждены вводить прикорм 21,7% матерей детей с данным пороком и 10,0% матерей здоровых детей, $p < 0,05$. При опросе родителей детей с врожденной патологией ЧЛО было выявлено, что 100% матерей нуждались в специальном обучении навыкам кормления и уходу за полостью рта ребенка.

Ребенок рождается с безусловным рефлексом сосания. К 2—4-м суткам закрепляются условные рефлексы сосания и его активность постепенно возрастает. К 1,5-2 годам функция сосания должна постепенно угасать.

При нарушении формирования или угасания рефлекса сосания у детей может развиться привычка сосания предметов (соска), языка, губ, пальцев, которая при этом не зависит от чувства голода. Среди обследованных нами детей с ВПР ЧЛО 59,3% имели подобные вредные привычки, что в 2,7 раз больше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

У многих детей в период молочного и сменного прикуса в связи с заболеваниями ЛОР-органов нередко возникает и закрепляется в качестве вредной привычки ротовой тип дыхания, мешающий нормальному физиологическому развитию и ведущий к формированию аномалий зубочелюстной системы. В группе наблюдения он встречался в 60,0%, что в 5 раз превысило встречаемость в группе сравнения 12,0%.

Вредная привычка закусывания языка и давления им на зубы может быть обусловлена увеличением его размеров и неправильным положением в полости рта. Размеры языка у детей с ВПР ЧЛО отличаются от размеров языка у детей без данной патологии.

Так, у детей с ВПР ЧЛО после рождения язык выполняет функцию obturатора, разделяя полость рта и носа. Дети, инстинктивно приспосабливаясь к своему дефекту, вынуждены сдвигать тело языка назад, как бы закрывая расщелину корнем языка.

Результаты наших исследований показали, что длина и высота языка, а так же степень максимального выдвижения языка со стремлением дотянуться до нижнего контура подбородка у детей, которым проводили профилактические мероприятия, начиная с момента рождения, была достоверно больше, чем у детей с такой же патологией и здоровых детей, но не получавших данный вид стоматологической помощи ($p < 0,05$).

Ограничение подвижности языка зачастую происходит из-за укороченной уздечки. У детей, которым проводили профилактические мероприятия, начиная с момента рождения, в 35,9% случаев встречался первый тип, в 36,1% - второй и в 28,0% – третий тип уздечек языка. У детей с ВПР ЧЛО, не получавших профилактические мероприятия третий вид встречался в 1,9 раз чаще, чем первый ($p < 0,05$), а четвертый тип – в 1,9 раз чаще чем третий.

Таким образом, по результатам измерения размеров языка и его уздечки доказано, что проведение профилактических мероприятий с момента рождения у детей с патологией позволяют приблизить размеры языка и его уздечки к размерам здоровых детей.

У детей с ВПР ЧЛО постоянное попадание жидкой и мягкой пищи в носовую полость вызывает раздражение слизистой оболочки носа и носоглотки, что приводит к развитию стойких очагов хронического воспаления органов дыхания. Болезни органов дыхания выявлены у 66,7% детей группы наблюдения и 18,7% детей группы сравнения ($p < 0,05$).

Поддержанию воспаления в полости носа способствует плохая гигиена полости рта. Анализируя полученные данные по результатам анкетирования, нами было выяснено, что большинство родителей считают, что ортодонтическое лечение требует более пристального внимания к гигиене полости рта. Практически у всех родителей гигиенический уход за ортодонтической аппаратурой не вызывает никаких сложностей, но лишь 80,3% родителей выполняют все рекомендации врачей. Необходимость использовать в уходе за полостью рта флоссы (зубные нити) отметили половина родителей детей с врожденными пороками развития ЧЛО, что в 1,7 раза меньше, чем в группе сравнения, а 27% родителей вообще не знали что это такое. И только 10% детей группы наблюдения их в действительности используют, в группе сравнения же при 85% убеждении в необходимости их применения не использовал никто. Необходимость применения пенки отметили 17% родителей

в группе наблюдения и 25% в группе сравнения, остальные родители не знали, что подобное средство гигиены вообще существует. В арсенале средств гигиены полости рта у большинства детей обеих групп не присутствуют ополаскиватели для полости рта (80-87%).

Плохая гигиена полости рта также способствует развитию кариеса зубов. В период формирования прикуса молочных зубов (от 6 месяцев до 3 лет) очень высокий УИК и высокий УИК имели дети с ВПР ЧЛО в 5 и 2 раза, соответственно, превышающий таковой у здоровых детей ($p < 0,05$).

В период сформированного прикуса молочных зубов (от 3 до 6 лет) и в конечном периоде прикуса смены зубов (10 – 12 лет) в обеих группах по индексу УИК над всеми уровнями преобладал очень высокий ($p < 0,05$).

В периоде прикуса постоянных зубов (от 12 лет) у детей с ВПР ЧЛО очень высокий УИК в 3,8 раза был выше, чем у здоровых детей ($p < 0,05$) и в 3,8 раза больше, чем низкий УИК в своей группе.

При несвоевременном или неправильном лечении кариес зубов может стать причиной потери зубов в результате его осложнений, что в свою очередь приводит к появлению вторичной деформации зубных рядов. В ходе нашего исследования обратило на себя внимание, что в возрасте до 3х лет уже зарегистрированы удаленные молочные зубы. А доля удаленных постоянных зубов в возрасте от 12 лет у детей с ВПР ЧЛО в 4,5 раз превысила таковую у здоровых детей ($p < 0,05$).

Удаление молочных в раннем возрасте всегда приводит к нарушению роста и формообразования альвеолярного отростка и развитию деформации зубного ряда, а также влечет за собой формирование неправильного прикуса.

Наличие в полости рта ребенка не леченных молочных зубов является источником хронической инфекции, которая отрицательно влияет на формирование зачатка постоянного зуба, что может явиться причиной развития

местной гипоплазии эмали. В группе детей с ВПР ЧЛО гипоплазия эмали постоянных зубов встречалась в 6 раз больше.

Из аномалий зубов также можно выделить позднее прорезывание. В результате исследования было выявлено, что у детей с ВПР ЧЛО чаще наблюдалась задержка прорезывания постоянных зубов (на 1-2 года), причем, как на верхней, так и на нижней челюсти в равной степени – в 82,6%. Реже наблюдалась задержка прорезывания молочных зубов, которая преимущественно встречалась на верхней челюсти – 47,2% ($p < 0,05$).

В числе аномалий зубов, влияющих на формирование вторичных деформаций окклюзии присутствует частичная адентия. В группе наблюдения частичная адентия зафиксирована преимущественно отсутствием резцов верхней челюсти в области расщелины.

Наряду с адентией у детей с ВПР ЧЛО наблюдались сверхкомплектные зубы, как среди молочных, так и среди постоянных зубов. При чем сверхкомплектных молочных зубов (14,3%) было зарегистрировано в 2 раза больше, чем постоянных ($p < 0,05$).

Устранение послеоперационных деформаций ЧЛО при лечении детей сложная задача, требующая порой проведения неоднократных хирургических вмешательств. Рубцы оказывают избыточное давление на альвеолярный отросток, вызывая с годами деформацию альвеолярной дуги верхней челюсти. Рубцовые изменения верхней губы имели 55,7% детей с ВПР ЧЛО. Короткая уздечка и рубцовые изменения верхней губы наблюдалась у 66,9% детей с пороками и 13,0% здоровых детей (только короткая уздечка верхней губы), $p < 0,05$. Рубцовые изменения твердого и мягкого неба имели 76% детей после проведенных хирургических манипуляций по закрытию дефекта.

Ввиду того, что рубцевание тканей происходит как следствие врачебного вмешательства, но при этом, оперативные мероприятия имеют неизбежный характер, данный фактор можно отнести к условно устраняемым. Так как

частично снизить его негативное влияние можно за счет повторных коррекций и рассасывающей терапией, за исключением пациентов с предрасположенностью к рубцам.

В процессе анализа было проведено выявление степени влияния выявленных факторов риска развития вторичных деформаций окклюзии у детей с ВПР ЧЛО и их вклада в формирование осложнений патологии окклюзии (табл. 1).

Таблица 1.

Факторы риска формирования вторичных деформаций окклюзии

№	Риск – факторы	χ^2	Q	OP
Социально-экономические				
1.	Низкий уровень образования родителей	9,55	0,81	10,63
2	Низкий уровень материального благосостояния	12,12	0,83	7,70
Социально-гигиенические и социально-психологические				
3	Нерациональное питание	3,63	0,60	4,01
4	Злоупотребление матери и отца алкогольными напитками	11,24	0,61	3,72
5	Психологические проблемы общения детей	6,92	0,61	3,84
Медико-биологические				
6	Позднее прорезывание зубов	5,76	0,85	7,25
7	Нарушение структуры эмали	7,15	0,66	4,95
8	Первичная адентия	10,71	0,41	2,53
9	Сверхкомплектные зубы	5,92	0,40	2,43
Медицинские				
10	Рубцовые изменения в полости рта	9,42	0,86	13,59
11	Раннее удаление молочных зубов	9,67	0,84	11,66
12	Очень высокий УИК молочных зубов	9,92	0,78	8,10
13	Раннее удаление постоянных зубов	3,11	0,70	5,65
14	Очень высокий УИК постоянных зубов	8,63	0,65	4,69

15	Низкий уровень стоматологической помощи	7,54	0,63	4,51
16	Короткая уздечка языка	10,74	0,61	4,15
17	Заболевания ЛОР-органов	5,72	0,45	3,82
18	Искусственное вскармливание	9,56	0,79	8,50
19	Низкий уровень гигиенической грамотности родителей	2,11	0,43	5,73
20	Ротовое дыхание	2,77	0,45	5,45
21	Вредные привычки ребенка	2,23	0,70	5,38

Примечательно, что, не смотря на среднюю степень связи, такие факторы как очень низкий уровень гигиенической грамотности родителей, высокий УИК постоянных зубов, короткая уздечка языка, ротовое дыхание и нарушение структуры эмали по величине относительного риска являются значимыми.

Для выявления детей, входящих в группу риска, и своевременного проведения целенаправленной профилактической работы и необходимых лечебных мероприятий, факторы риска были разделены на две группы (рис.1).





Рис. 1. Управляемые и неуправляемые факторы риска формирования вторичных деформаций окклюзии.

Первую группу и наиболее весомую составили управляемые факторы риска, на которые могут повлиять медицинские работники (медицинские), вторую – неуправляемые, которые либо не поддаются коррекции – первичная адентия, позднее прорезывание, сверхкомплектные зубы, нарушение структуры эмали, либо их устранение не возможно по не зависящем от медицинских работников причинам – искусственное вскармливание.

Управляемые факторы риска в основном были связаны с низким качеством стоматологической помощи детям и низкой медицинской активностью семьи, важной частью которой является гигиеническая грамотность и активность родителей в процессе ухода за полостью рта ребенка,

- факторы на которые могут воздействовать средний медицинский персонал и врачи стоматологического профиля в процессе работы с семьей.

Соотношение управляемых факторов риска формирования вторичных деформаций окклюзии с неуправляемыми составило 3:1.

Выявленные нами факторы риска свидетельствуют о необходимости акцентирования внимания при лечении детей, в первую очередь, на мероприятиях первичной и вторичной профилактики, таких как:

- формирование акта сосания;
- пред- и послеоперационное лечение у ортодонта;
- своевременная коррекция аномалий прикрепления мягких тканей;
- санация ЛОР - органов, достижение длительной ремиссии;
- своевременная санация полости рта с использованием экзо- и эндогенных методов фторпрофилактики, реминерализующих средств;
- санитарно-просветительная работа с родителями.

Таким образом, медицинские работники в большинстве случаев могут повлиять на частоту возникновения вторичных деформаций окклюзии, путем устранения факторов риска, приводящих к ним. Это дает основание считать, что проблема предупреждения возникновения вторичных деформаций окклюзии в большей степени устранима.

Список использованной литературы:

1. Леус, П.А. Профилактическая коммунальная стоматология / П.А. Леус. – М.: Медицинская книга, 2008. – 444с
2. Персин, Л.С., Елизарова В.М., Дьякова СВ. Стоматология детского возраста / Л.С. Персин, В.М. Елизарова, С.В. Дьякова — Изд. 5-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2003. — 640 с.
3. Улитовский, С.Б. Индивидуальная гигиена полости рта / С.Б. Улитовский. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 192 с.

4. Хорошилкина, Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. 2-е изд., испр. и доп. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. - 592с.