

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

SOME ISSUES IN THE ORGANIZATION OF ORTHODONTIC CARE FOR CHILDREN WITH DENTOALVEOLAR ANOMALIES

**F. Alimirzoev
U. Bigaeva
A. Alimirzoev**

Summary. A screening of the incidence of dentoalveolar anomalies in children in Makhachkala was carried out. It was revealed that 63% of children and adolescents have a pathology requiring treatment. An in-depth study of the effectiveness of the medical examination method showed that the main form of organizing orthodontic care for children is dynamic observation and rehabilitation by the medical examination method. As a result, the number of persons without pathology of the dentition increases by 8.3 times, the number of children with anomalies decreases by 7.2 times.

Keywords: orthodontics, dental care, dental system, fluoride, periodontal disease.

Алимирзоев Фарман Алиирзоевич

К.м.н., доцент, ФБГОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
alimirzoyev1976@mail.ru

Бигаева Умукусум Саидовна

Ассистент, ФБГОУ ВО «Дагестанский государственный Медицинский университет» МЗ РФ
bigaeva75@mail.ru

Алимирзоев Алим Фарманович

Ассистент, ФБГОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
alimirzoev89@mail.ru

Аннотация. Проведен скрининг заболеваемости зубочелюстными аномалиями у детей в Махачкале. Выявлено, что у 63% детей и подростков имеется патология, требующая лечения. Углубленное изучение эффективности метода диспансеризации показало, что основной формой организации ортодонтической помощи детям является динамическое наблюдение и реабилитация методом диспансеризации. В результате количество лиц без патологии зубочелюстной системы увеличивается в 8,3 раза, количество детей с аномалиями уменьшается в 7,2 раза.

Ключевые слова: ортодонтия, стоматологическая помощь, зубочелюстная система, фтор, заболевания пародонта.

Пациенты с аномалиями зубочелюстной системы (АЗЧС) страдают не только в связи с нарушением слуха и жевания, они имеют психологические проблемы: в связи с измененным внешним обликом, возникают ощущения ущербности, собственной неполноценности и, трудности общения вплоть до ограничений в выборе профессии. В структуре распространенности стоматологических заболеваний у детей АЗЧС занимает третье место после кариеса и заболеваний пародонта. Частота развития АЗЧС, по данным ВОЗ, составляет примерно 50% [8]. По заключению Национального института стоматологии США, у 40,0% всего населения имеют место АЗЧС, из них 17,0% лиц требуется оперативное вмешательство [7]. Однако оказываемая стоматологическая помощь не всегда отвечает потребностям и жители Республики Дагестан нуждаются в улучшении качества стоматологической помощи [2].

В связи с тем, что в ближайшее время не следует ожидать значительного увеличения объема финансирования здравоохранения, следует несколько изменить

приоритеты и уделить внимание профилактике стоматологических заболеваний, которая требует значительно меньших (5,6 раз) затрат, чем лечение [10].

Общеизвестно влияние кариеса и его осложнений на формирование зубочелюстнолицевой области в связи с преждевременной утратой зубов [1]. Существенное влияние на распространенность АЗЧС связано с содержанием фтора в питьевой воде [6]. Содержание фтора влияет не только на распространенность, сколько на выраженность клинической картины АЗЧС [2]. Установлены связь между ростом между частоты и выраженности АЗЧС и пиком социально-экономического развития [9] и зависимость распространенности зубочелюстных аномалий от загрязненности окружающей среды крупного промышленного города [3]. Патогенетические механизмы, удерживающие стабильный уровень распространенности в рамках популяции, связаны с факторами генетического характера, состоянием здоровья популяции, а также с социально-экономическими условиями [1].

Таблица 1. Возрастные особенности развития зубочелюстной системы детей и подростков г. Махачкала

Состояние зубочелюстной системы	Зрелость прикуса и возрастные группы									
	Временный		Начальный, смешанный		Второй период сменного прикуса		Доформирующийся, постоянный		Общее число детей и подростков	
	3–6 лет		7–9 лет		10–13 лет		14–16 лет		3–16 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гармоничное развитие	217	3,7	386	6,9	13,4	489	9,8	738	1920	32,3
Факторы риска	266	4,8	522	-	-	-	-	-	666	15,2
формирующиеся АЗЧС	167	3,1	678	218	3,9	-	-	218	1134	20,1
Сформированные АЗЧС	189	4,1	980	422	7,8	237	4,3	432	1845	34,3
Всего	821	14,9	2644	1280	25,2	736	13,3	1388	5609	100,0

Скрининг распространенности зубочелюстных аномалий в г. Махачкале показал, что у 63% детей и подростков имеются дефекты, проявляющиеся проявлениями [3, 5]. У детей, проживающих в Махачкале, высокоинфицированных АЗЧС колеблется от 41,3 до 42,9%, формирующихся — от 18,7 — до ДО — 22,3%, с факторами риска развития от 17,9 до 19,3% от общего числа обследованных [7, 9].

У подавляющего большинства детей (89,9%) АЗЧС сочетаются с отклонением от нормы других систем и органов: с рахитом (53,8%), нарушением осанки, сколиозом (72,9%), миопией (72,7%) [14]. Распространенность АЗЧС неравномерна в возрастном аспекте. В период временного прикуса аномалии встречаются у 26% детей, в периоде сменного — у 49%, в возрасте 17 лет (постоянный прикус) у 36% [16]. Наблюдается рост частоты АЗЧС в возрасте от 6 до 11 лет [4].

Наши исследования также свидетельствуют о возрастных различиях в распространенности АЗЧС. В период временного прикуса у детей 3–6 лет преобладают факторы риска развития АЗЧС — их почти в 2 раза больше, чем формирующихся (см. табл.).

У 26,4% обследованных нами дошкольников факторы риска формирования АЗЧС проявляются в виде вредных привычек (сосание соски, пальцев, игрушек и др.). Нарушение стираемости бугров наблюдается у 35% детей 5-летнего возраста. Высок процент формирующихся аномалий прикуса — 23,7 на 100 обследованных дошкольников. Среди сформированной патологии преобладали также аномалии прикуса, а в их структуре ограниченные у дошкольников 4–7 лет наиболее часто встречались прогнатия (45,0%), затем открытый (18,5%) и глубокий (17,4%) прикус. Прогения была зарегистрирована у 11,8% детей дошкольного возраста, а трансверзальные аномалии прикуса — у 5,1%. у детей в возрасте 3–6 лет сочетанная патология прикуса выявлена лишь у 12 из 708 человек.

Наше динамическое наблюдение за развитием зубочелюстной системы у детей подтвердило способность саморегуляции в 14,7% случаев в период сменного прикуса с 6 до 13 лет. Состояние здоровья ребенка, наследственность, конституция, тип лица (уравновешенный, массивный) являются весьма значимыми факторами в данном процессе. Отрицательное влияние оказывают множественный кариес и ранняя потеря временных зубов, наличие вредных привычек, хронические заболевания органов дыхания. При выявлении и устранении некоторых активно действующих причин нормализация состояния зубочелюстной системы происходит в 85,7% случаях. В связи с этим отмечена важность применения данного явления при организации ортодонтической помощи детям.

Для оценки результативности динамического наблюдения и последующего наблюдения за детьми у ортодонтотами нами было проведено углубленное исследование метода диспансерного наблюдения в сравнении с приемом по обращаемости. Плановыми лечебно-профилактическими мероприятиями были охвачены 1194 школьника начальных классов, а 787 школьников аналогичного возраста получали ортодонтическую помощь по обращаемости. По состоянию зубочелюстной системы школьники были разделены на 4 группы: здоровые, с факторами риска, с начальными стадиями формирования патологии, с выраженными АЗЧС. Весь комплекс оздоровительных мероприятий проводился в течение 4 лет — с 1 по 4 класс, затем дети находились под наблюдением участкового ортодонта до формирования регулярного прикуса. Лечение АЗЧС различной сложности и восстановления функций жевательного аппарата с помощью аппаратных и безаппаратных методов.

Активное выявление АЗЧС в начальной стадии развития позволило в 59,1% случаев устранить их с помощью безаппаратных методов (избирательное пришлифовывание, миогимнастика). Кроме традиционных ортодонти-

ческих устройств, применялись аппараты с системой пружинящих плоскостей. Эффективность этих устройств прямо пропорциональна степени сложности (трудоемкости) АЗЧС и возрасту пациентов.

Результативность диспансеризации детей с нарушениями развития зубочелюстной системы зависит от психологических особенностей личности и от силы мотивации в начале ортодонтического лечения. Анализ психологических особенностей в отношении ортодонтического лечения 345 учащихся младших классов с восьмицветового теста Люшера позволил сделать следующие выводы.

1. У большинства детей вылеченных успешно, ярко выражено желание произвести впечатление на окружающих стремление к признанию. В ряде случаев, даже на фоне напряжения, наблюдается стремление расширить сферу деятельности, выйти из неблагоприятной ситуации с путем активного решения проблемы, надеяться на лучшее.
2. У детей, отказавшихся от ортодонтической помощи и прервавших ортодонтическое лечение, выявлены психологические конфликты, сильное напряжение, тревожность, неуверенность в себе, ощущение неопределенности. Они уходят от ре-

шения проблем, от реальности, избегают конфликтов.

Успех ортодонтического лечения зависит от контакта пациента и его родителей с врачом и требует психологической подготовки ортодонта. В результате трехлетнего цикла диспансеризации детей у ортодонта число здоровых детей без нарушений развития жевательного аппарата возросло в 8,1 раз. Число больных с аномалиями уменьшилось в 5,2 раза. Результативность диспансеризации детей с АЗЧС в периоде начального сменного прикуса составила 67,3%, а работа врача ортодонта на приеме по обращаемости — 23,1%. При активном наблюдении и плановом лечении детей младшего школьного возраста с АЗЧС и деформациями на участке результативность работы ортодонта увеличилась в три раза по сравнению с таковой при приеме по обращаемости. Коррекция нарушений развития в оптимальные сроки позволяет в два раза сократить продолжительность и трудоемкость лечения по сравнению с аналогичными показателями при приеме по обращаемости. Целесообразно адаптировать разработанную и внедренную в практику схему диспансерных ортодонтических мероприятий к новым экономическим условиям на основе добровольного медицинского страхования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стоматологическая заболеваемость населения России. Эпидемиологическое обследование населения России М. 1999. — С. 85–88.
2. Сухорецкая Е.Н. Погодина А.А. и др. Труды VII Всесоюзного съезда стоматологов. Ташкент, 1981. — С. 352.355.
3. Хитров В.Ю., Анохина А.В. Материал III диагностического симпозиума: «Современные технологии в детской краниофасциальной хирургии». М. 2000. — С. 74–75.
4. Хорошилкина Ф.Я. Малыгин Ю.М. Руководство по ортодонтии. Под ред. Ф.Я. Хорошилкиной. М. 1982. -С 6–8.
5. Цинкер М.Н. Синицкий В.И., Граница Е.Н. // Энциклопедия тестов. М., 1997. С 204. 258.
6. Ялина З.Х. Клинико-статистическое и морфологическое обоснование выбора методов профилактики и раннего лечения зубочелюстных аномалий у детей дошкольного возраста: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Казань, 1992.
7. Костлин Я. Стоматологическое обслуживание в Европе. -Копенгаген, 1998.-С18–20.
8. Тураев Р.Г. Социально-гигиенический мониторинг зубочелюстных аномалий детского населения города. -Махачкала, 2001. -С.223–224.
9. Кузмин Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. Эпидемиологическое обследование населения России. Ташкент, 2005. -С.104–105.
10. Чикорин А.Б. Роль фтора в возникновении зубочелюстных аномалий и его влияние на некоторые физиологические показатели организма. -1999.-Т.7.-С.113–117.

© Алимйрзоев Фарман Алиирзоевич (alimirzoyev1976@mail.ru),

Бигаева Умукусум Саидовна (bigaeva75@mail.ru), Алимйрзоев Алим Фарманович (alimirzoev89@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»