



УДК 616.314-089.23

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР – ВАЖНОЕ ЗВЕНО ОПРЕДЕЛЕНИЯ НУЖДАЕМОСТИ В ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

С.Н. ГОНТАРЕВ^{1,2}
Ю.А. ЧЕРНЫШОВА²

¹⁾ *Белгородский государственный
национальный
исследовательский университет*

²⁾ *Муниципальное автономное
учреждение здравоохранения
«Детская стоматологическая
поликлиника» г. Белгорода*

e-mail: zmaisng@mail.ru

Основной задачей органов здравоохранения является забота об улучшении здоровья населения, особенно детского. В этой связи развитие и совершенствование ортодонтической помощи детям является одной из важнейших задач, стоящих перед детской стоматологической службой г. Белгорода и Белгородской области.

Изучение распространенности зубочелюстных аномалий в разные периоды формирования прикуса представляет для нас значительный научный и практический интерес. Такого рода исследования используются для разработки принципов профилактики зубочелюстных аномалий и организации специализированной лечебной помощи. В данной статье изложено значение первичного осмотра для определения нуждаемости в ортодонтическом лечении на примере работы врачей-ортодонтотв МАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника» г. Белгорода.

Ключевые слова: первичный осмотр, нуждаемость, ортодонтическое лечение.

Эстетический недостаток, сопровождающий неправильное положение отдельных зубов, отрицательно влияет на психоэмоциональный статус маленьких детей, подростков и взрослых. Важно учитывать эстетические нарушения, имеющиеся у пациентов, так как причиной обращения большинства из них в клинику являются жалобы на неправильное положение зубов, заметное при разговоре и улыбке. Улыбка в значительной мере определяет имидж человека, неправильно расположенные зубы могут привести к трудностям социальной адаптации и способствовать развитию негативных комплексов, особенно в молодом возрасте.

Изучение распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций и эффективности их лечения является актуальной проблемой, так как это позволяет определить нуждаемость населения в лечебных и профилактических ортодонтических мероприятиях, рассчитать необходимый объем ортодонтической помощи и на основе данных мониторинга судить об эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий (Л.С. Персии, 1999; Ф.Я. Хорошилкина, 1999; Г.Б. Оспанова, 2002).

Анализ эпидемиологических данных о распространенности зубочелюстных аномалий на территории России и за рубежом свидетельствует о явной тенденции к их дальнейшему росту (Образцов Ю.Л., 1994; Малыгин Ю.М. и др., 2002; Duagne Z. et al., 2000). Согласно результатам многолетних и систематически проводимых исследований, у 54,0% детей и подростков имеются аномалии, подлежащие лечению (Тураев Р.Г., 1998; Легович М., Новосел А., Легович А., 2001; Алимский А.В., 2007).

Как известно, аномалии прикуса могут явиться причиной нарушения функции зубочелюстной системы (Курляндский В.Ю., 1968; Хорошилкина Ф.Я., 1984; Щербатов А.С., 1987; Персин Л.С., 1999; Frenkel R., 1964). Подобные поражения различной степени тяжести нередко сопровождаются сочетанными деформациями лицевого скелета. В последние годы появляется много тяжелых форм патологии, требующих сложного, длительного и дорогостоящего лечения.

В МАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника» за 2010 год врачами-ортодонтами было проведено 3740 первичных осмотров из них детей до 14 лет – 3492; подростков – 248.

На консультации и первичном осмотре мы выясняем нуждаемость пациента в ортодонтическом лечении. Целью обследования является постановка диагноза и раз-

работка плана лечения. Обследование начинаем с опроса: выясняем жалобы, мотивацию к лечению, ожидания, а также общемедицинский и стоматологический анамнез.

Ортодонтические проблемы являются, как правило, результатом развития зубочелюстной системы, поэтому очень важно выявить процессы, которые неблагоприятно повлияли на формирование окклюзии, или наследственные факторы. Мы задаем вопросы, касающиеся развития ребенка в раннем возрасте, перенесенных заболеваний раннего возраста, общих заболеваний, операций, травм, состояния здоровья на данный момент, развития зубочелюстной системы (прорезывание зубов, ранняя потеря временных, постоянных зубов, кариес), наследственности, патологии у родственников. Нами собираются данные о бытовых условиях, особенностях питания, характере жевания (жует быстро, медленно, на одной стороне, на обеих сторонах). Обязательно выясняем способ дыхания днем и ночью (через рот или через нос, спит с открытым или закрытым ртом), излюбленное положение ребенка во время сна, вредные привычки (сосание пальцев, языка, обкусывание ногтей, карандаша и т. п.).

Во время опроса врачи-ортодонты обращают внимание на способ глотания (при правильном глотании губы спокойно сложены, зубы сжаты и кончик языка упирается в твердое небо за верхними резцами), положение языка и губ во время разговора, чистоту произношения звуков. Пристальное внимание уделяется наличию у ребенка навыков гигиены полости рта. Выявляется, проводилось ли какое-либо профилактическое лечение. Представляет интерес вид прикуса близких родственников, так как возможно наследование аномалии. Паспортные данные и анамнез вносятся в карту ортодонтического пациента.

На приеме пациента в ортодонтическом кабинете, при осмотре обращаем внимание на телосложение, физическое развитие, форму рук, головы. Изучаем особенности конфигурации лица: выраженность носогубных и подбородочной складок, сглаженность контуров лица, зияние ротовой щели, выстояние альвеолярного отростка, губ и подбородка, укорочение нижней части лица и его асимметрию. Путем пальпации нами определяется мышечный тонус губ и толщина слоя мягких тканей. Походка больного и его манера держаться, осанка также учитываются при осмотре.

При осмотре лица в фас врачами-ортодонтами оцениваются симметрия, вертикальные пропорции (нижняя высота уменьшена или увеличена), линия улыбки, положение зубов относительно средней линии, выраженность носогубных и подбородочных складок, смыкание губ.

Осмотр в профиль дает нам более глубокие сведения о пропорции лица в сагитальной и вертикальной плоскостях: прямой, выпуклый, вогнутый профиль; протрузия, ретрузия губ, подбородка; величина назолабиального угла и угла нижней челюсти.

При осмотре полости рта нами в первую очередь оценивается гигиена. Неудовлетворительная гигиена полости рта является противопоказанием для ортодонтического лечения. Осмотр мягких тканей состоит из оценки состояния красной каймы и слизистой губ, щек, языка; состояния десневого края и краевого пародонта; правильности прикрепления уздечки верхней губы, языка; подвижности слизистой в области нижней губы; глубины преддверия полости рта, небных миндалин. Затем при помощи зеркала осматриваем внутреннюю поверхность щек. Обращаем внимание на цвет и увлажненность слизистой оболочки щеки. По линии смыкания зубов в заднем отделе располагаются слюнные железы (железы Фордайса), которые не следует принимать за патологию. Это бледно-желтого цвета узелки диаметром 1-2 мм, не возвышающиеся над слизистой оболочкой, а иногда видимые только при ее натяжении. На уровне верхних вторых больших коренных зубов (моляров) имеются сосочки, на которых открываются выводные протоки околоушных слюнных желез. (Иногда их принимают за признаки заболевания.) На слизистой оболочке могут быть отпечатки зубов.

Также при осмотре определяем положение уздечек верхней и нижней губ, языка, его форму и величину, размах движений, глубину свода твердого неба, развитие альвеолярных отростков, челюстей и апикального базиса по сравнению с зубной и альвеолярной дугой. Подробно изучаем форму, величину и количество зубов, их состояние и расположение в зубном ряду, соотношение челюстей и зубных дуг, вид прикуса. После этого заполняем зубную формулу. Проверяем смыкание зубов и функцию височно-нижнечелюстного сустава (путем аускультации и пальпации) при



различных движениях нижней челюсти, обращая внимание на характер движений нижней челюсти (прямо, волнообразно, ступенчато, со смещением в сторону) при открывании и закрывании рта, а также возможность перемещения ее вперед, назад или в сторону.

Также мы оцениваем дентальный возраст пациента, состояние твердых тканей, наличие или отсутствие каких-либо зубов, смещение средней линии, форму зубных дуг, смыкание в боковых участках (класс по Энглу), величину сагиттальной щели и вертикального перекрытия, положение нижней челюсти в привычной окклюзии.

Для определения нуждаемости в ортодонтическом лечении МАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника» используется разработанный в Великобритании Индекс нуждаемости в ортодонтическом лечении (IOTN), который объединяет зубной и эстетический компоненты.

Классы нуждаемости в ортодонтическом лечении по IOTN:

1. Класс 5 (очень высокая степень нуждаемости):

- нарушение прорезывания зубов (кроме третьих моляров) из-за скученности, смещений, наличия сверхкомплектных зубов, персистентных молочных зубов и других патологических случаев;
- выраженная гиподонтия с нуждаемостью в реставрации (более 1 зуба на квадрант) с предварительной ортодонтической подготовкой;
- сагиттальная щель более 9 мм;
- обратная сагиттальная щель более 3,5 мм с нарушением жевания и фонации;
- расщелина губы и нёба и другие челюстно-лицевые аномалии;
- погруженные молочные зубы.

2. Класс 4 (высокая степень нуждаемости):

- менее выраженная гиподонтия, требующая предортопедической ортодонтической подготовки или закрытия промежутка от отсутствующего зуба (1 зуб на квадрант);
- сагиттальная щель $>6 \text{ мм} \leq 9 \text{ мм}$;
- обратная сагиттальная щель больше 3,5 мм, без нарушения жевания и фонации;
- обратная сагиттальная щель более 1 мм, но меньше 3,5 мм, с нарушением жевания и фонации;
- обратная резцовая окклюзия или перекрестная окклюзия с нарушением контакта между зубами более 2 мм;
- односторонняя или двусторонняя лингвоокклюзия без функционального окклюзионного контакта;
- смещение контактных точек зубов более 4 мм;
- вертикальная дизокклюзия во фронтальном или боковом участке более 4 мм;
- полное резцовое перекрытие с травмой десны или нёба;
- частично ретенированные зубы, упирающиеся в соседние зубы;
- сверхкомплектные зубы.

3. Класс 3 (средняя/пограничная степень нуждаемости):

- сагиттальная щель $>3,5 \text{ мм} < 6 \text{ мм}$, с несмыканием губ;
- обратная сагиттальная щель $>1 \text{ мм} < 3,5 \text{ мм}$;
- обратная резцовая окклюзия или перекрестная окклюзия с нарушением контакта между зубами 2 мм и менее;
- смещение контактных точек зубов $>2 \text{ мм} < 4 \text{ мм}$;
- вертикальная дизокклюзия во фронтальном или боковом участке зубов $>2 \text{ мм} < 4 \text{ мм}$;
- полное резцовое перекрытие до контакта с десной или нёбом, но без травмы.

4. Класс 2 (низкая степень нуждаемости):

- сагиттальная щель $>3,5 \text{ мм} < 6 \text{ мм}$ со смыканием губ
- обратная сагиттальная щель $>0 \text{ мм} < 1 \text{ мм}$;
- обратная резцовая окклюзия или перекрестная окклюзия с нарушением контакта между зубами 1 мм и менее;
- смещение контактных точек зубов $>1 \text{ мм} < 2 \text{ мм}$;

- вертикальная дизокклюзия во фронтальном или боковом участке зубов >1 мм <2 мм;
- резцовое перекрытие <3,5 мм без контакта с десной;
- пограничные окклюзии без других аномалий.

5. Класс 1 (не нуждается)

- совсем небольшие отклонения, смещение контактных точек менее 1 мм.

В начале любого ортодонтического лечения нами выполняется процедура получения диагностических записей. Полный их набор позволит ортодонту адекватно оценить сложившуюся ситуацию, составить план лечения и при повторной консультации наглядно объяснить пациенту или его родителям тип и объем предполагаемой ортодонтической помощи.

В ходе обследования из 3740 человек обратилось с ортодонтической патологией 3466 человек; взято на диспансерный учет 1762 человека; взято на аппаратурное лечение 1467; запротезировано 237 человек.

С целью повышения эффективности оказания ортодонтической помощи детскому населению мы проводим первичные осмотры для выявления зубочелюстных деформаций или факторов, способствующих их формированию, с последующим ортодонтическим лечением или постановкой на диспансерный учет.

Таким образом, первичный осмотр является в МАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника» основой для получения информации о пациенте, клиническом состоянии полости рта и необходимости в ортодонтической коррекции патологии прикуса.

Литература

1. Аболмасов, Н.Г. Ортодонтия / Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов. – М.: Медпресс-информ, 2008.
2. Алимский, А.В. Состояние временного прикуса и нуждаемость в стоматологической помощи / А.В. Алимский, А.И. Хамчишкин, // Стоматология для всех. – 2002. – № 2.
3. Дистель, В.А. Основы ортодонтии / В.А. Дистель, В.Г. Сугизов, В.Д. Вагнер. – М: Медицина; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001
4. Нанда, Р. Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии / Р. Нанда. – М.: Изд-во: Медпресс-информ, 2009
5. Хорошилкина, Ф.Я. Ортодонтия / Ф.Я. Хорошилкина. – М: Медицинское информационное агенство, 2006.
6. Экермен, М.Б. Ортодонтическое лечение. Теория и практика / М.Б. Экермен. – М: Медпресс-информ, 2010.

THE PRIMARY INSPECTION – AS AN IMPORTANT ELEMENT DETERMINING THE NEED FOR ORTHODONTIC TREATMENT.

S.N. GONTAREV^{1,2}

YU. A.CHERNYSHOVA²

¹⁾Belgorod National
Research University

²⁾ Municipal independent establishment of public health services
«Children's stomatologic polyclinic» of a city of Belgorod

e-mail: znamisng@mail.ru

The main task of the bodies of public health services is to be concerned of improvement of the health of the population, especially for children. In this regard, the development and improvement of orthodontic care for children is one of the major problems facing children's dental service d. Belgorod and the Belgorod region.

The study of the prevalence of зубочелюстных anomalies in different periods of formation of a bite for us is a considerable scientific and practical interest. Such studies are used to develop the principles of prevention dental anomalies and the organization of the specialized medical aid. In this article the value of the initial examination to determine the need for orthodontic treatment on the example of the work of the doctors- orthodontists Municipal independent establishment of public health services "Children's dental clinic" Belgorod is set out.

Key words: initial examination, tested, orthodontic treatment.