

УДК 616.314-007

## ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПЛАНУВАННЯ ОРТОДОНТИЧНОЇ ДОПОМОГИ

*Бадюл Н.А., Мурланова Т.П.*

Дорожня клінічна лікарня № 1 станції Київ, Київ

**Ключові слова:** ортодонтитична допомога, організація, профілактика зубощелепних аномалій.

Проблема надання ортодонтитичної допомоги залишається актуальною у зв'язку із значною поширеністю зубощелепних аномалій (у середньому 53,5%), великими матеріальними затратами на лікування вже сформованої патології, зростанням вартості медичної допомоги з появою новітніх технологій в умовах недостатнього бюджетного фінансування. Зростання вимог до якості медичної допомоги та її відповідності світовим стандартам вимагає прогресивних організаційних змін, психологічної перебудови мислення та діяльності лікарів [2, 5].

За даними дитячої поліклініки ДКЛ № 1 станції Київ, останнім часом на 1000 дітей припадають 478-593 випадки виявлення зубощелепних аномалій, а лікування потребують 226-263 із 1000 дітей. З літературних джерел відомо, що кількість аномалій у період від початку формування молочного прикусу до початку змінного збільшується на 25%, у період формування постійного прикусу вона зменшується на 14%, тобто саморегуляція зубощелепних аномалій в середньому спостерігається в 11% досліджуваних. У віці від 0 до 3 років 49% дітей потребують ортодонтитичної профілактики і 3% — ортодонтитичного лікування. Серед дітей віком від 3 до 6 років 37% потребують профілактики і 12% — спеціалізованого лікування. У віці від 7 до 9 років відповідно 25% і 38%. Діти від 10-14 років потребують у 7% випадків ортодонтитичної профілактики і у 40% випадків ортодонтитичного лікування [6]. Визначення потреби в ортодонтитичній допомозі є важливим для добору засобів медичного обслуговування дітей.

З 1999 року ми ставили за мету визначення ефективності ранньої діагностики й запровадження перспективної програми профілактики зубощелепних аномалій та ортодонтитичної реабілітації дітей від 0 до 7 років в умовах дефіциту фінансування. Перевагою методики цієї програми є простота і доступність.

Основний акцент у своїй роботі ми перенесли на вікову групу від 0 до 7 років, тому що:

- стоматологічна захворюваність у дітей цього віку вища, це зумовлене відхиленнями у фізіологічному перебігу вагітності, високою захворюваністю дітей раннього віку, особливостями вигодовування;

- інтенсивність карієсу вища, більше вад розвитку твердих тканин;

- у цьому віці формуються зубощелепні аномалії;

- гігієнічне виховання і навчання дітей від раннього віку забезпечує природне вироблення стійких навичок та мотивацій у майбутньому.

Для виявлення зубощелепних аномалій та чинників їхнього розвитку ми проводили огляди дітей від 0 років: 1) у «кімнаті здорової дитини», де спеціально підготовлена медсестра, розпитуючи батьків, відбирала дітей на консультацію до ортодонта, проводила гігієнічне навчання та виховання батьків та дітей, пропагувала здоровий спосіб життя; 2) у лікувально-профілактичному стоматологічному кабінеті, де дитячий стоматолог та медсестра роз'яснювали батькам питання профілактики зубощелепних аномалій та пропагували доступні та ефективні методи профілактики. Розширення функцій спеціально підготовленого середнього медичного персоналу дало нам змогу охопити наглядом більшу кількість дітей.

Під нашим наглядом перебували 795 дітей (60 дітей до 1 року, 328 дітей до 3 років і 407 дітей до 7 років), із них 398 потребували ортодонтитичної профілактики, 197 — ортодонтитичного лікування.

Пацієнтам, що потребували раннього втручання, своєчасне лікування допомогло змінити ріст щелеп, привести їх у правильне положення, досягти нормальної ширини зубних рядів, виправити схему прорізування зубів, виправити наслідки шкідливих звичок, естетичний вигляд зубів та підвищити самооцінку дитини, спростити подальше ортодонтитичне лікування, усунути проблеми з мовленням, зберегти або створити місце для прорізування постійних зубів.

Поширюється думка про взаємозв'язок зубощелепних аномалій із загальними порушеннями в організмі (дитячий організм — неподільне ціле). Тому організація ортодонтитичної допомоги вимагає якісно нового підходу до цього питання. Проведення ортодонтитичних заходів має враховувати стан організму дитини, закони формування, росту і розвитку дитячого організму та стан зубощелепної системи (стадія розвитку, дефекти структури внаслідок порушення ембріонального або внутрішньощелеп-

ного періодів гістогенезу, час після прорізування). Треба пам'ятати, що морфологія випереджає функцію на рік. Слід враховувати якісну відмінність норми та хворобливих проявів у дитячому і дорослому організмі, віковий аспект норми і захворювання органів порожнини рота у дітей. У дитячому віці активність патологічного процесу завжди виявлена яскравіше, тому ортодонтична допомога дає найбільший ефект, якщо надана безпосередньо після прорізування зубів і в період активного росту щелеп. Практичний досвід та теоретичні засади доводять, що розв'язати проблему ортодонтичної допомоги неможливо без співпраці із спеціалістами педіатричного профілю, які спостерігають за дитиною від народження [2, 5, 6].

Проведення ранньої діагностики зубощелепних аномалій потребує тісної співпраці з педіатричною службою — з педіатром і дитячим стоматологом. За наявності загальних захворювань організму частота зубощелепних аномалій збільшується до 74,6% [2]. Аномалії прикусу поєднуються з карієсом, гінгівітами та поганим гігієнічним станом ротової порожнини, зумовлюючи синдром взаємного ускладнення. Своєчасна та якісна робота дитячого стоматолога, спрямована на збереження зубів, знижує аномалії прикусу на 18,2% [2]. У нашій дитячій поліклініці у диспансеризації дітей із зубощелепними аномаліями бере участь дитячий стоматолог — провідний спеціаліст з організації оздоровлення порожнини рота у дітей.

З нашого досвіду, 19% дітей до 7 років потребують хірургічної допомоги з приводу корекції прикріплення м'яких тканин до альвеолярного відростка щелеп, 36% дітей під час підготовки до школи потребують нормалізації функції дихання, ковтання, змикання губ, виправлення мови за участю логопеда, 72% — допомоги інструктора з міогімнастики. Втручання отоларинголога потребують 78% дошкільнят, 13% — допомоги психоневролога і 86% — ортопеда. З названими спеціалістами в нашій поліклініці відпрацьовано організаційно-методичні заходи. Ортодонт контролює призначення спеціалізованого лікування. Щороку ортодонт навчає лікарів, залучених до програми первинної профілактики зубощелепних аномалій, знайомить їх з питаннями етіології зубощелепних аномалій (спадковість; внутрішньоутробні вади; неправильне вигодовування дітей; надкомплектність, адентія зубів; рахіт, туберкульоз, ендокринні, нервові захворювання; дисгармонія у розвитку м'яких тканин порожнини рота; шкідливі звички; раннє видалення молочних та постійних зубів; нерівномірне стирання зубів; парафункції порожнини рота), визначає методику потрібних профілактичних і лікувальних заходів. У більшості дітей зубощелепні аномалії виникають внаслідок дії кількох (2-3) еті-

ологічних чинників. Ліквідація чинників ризику у дітей віком 1,5 — 3 роки зменшує в майбутньому кількість аномалій на 38% [3]. За нашими даними, етіопатогенетичне лікування дошкільнят у 43% випадків зумовлює формування ортогнатичного прикусу. Постійний нагляд за здоров'ям дитини — з перших днів її життя, наступність і комплексність у роботі лікарів усіх спеціальностей, етапність у лікуванні забезпечують високий рівень надання ортодонтичної допомоги. Приміром, своєчасне лікування у отоларинголога дітей до 7 років у 15% випадків завершується саморегуляцією і поліпшенням клініки аномалій, відновленням функцій органів ротової порожнини. Усі спеціалісти, залучені до програми ортодонтичної реабілітації, беруть участь у програмі гігієнічного виховання і навчання дітей та батьків.

Своєчасне і правильне проведення первинної профілактики сприяє самоусуненню окремих аномалій зубощелепної системи у дитячому віці без застосування більш складних ортодонтичних засобів.

Виявлені аномалії, особливо деформації, потребують тривалого комплексного лікування від 6 місяців до 2,5 року, довгострокового періоду підтримання досягнутих результатів і обов'язкового контролю у критичні періоди розвитку щелеп. Тому обов'язково проводимо психологічну підготовку батьків і дітей щодо ортодонтичного лікування. Успіх лікування залежить від бажання дитини та батьків співпрацювати з лікарем. За нашими даними, тільки 7% дітей не закінчують ортодонтичного лікування.

Таким чином, запровадження методів первинної профілактики зубощелепних аномалій, участь у диспансеризації дітей із зубощелепними аномаліями дитячого стоматолога, рання діагностика зубощелепних аномалій від 0 років, розширення участі різних спеціалістів педіатричного профілю і середнього медперсоналу у здійсненні програми ортодонтичної реабілітації, проведення психологічної підготовки батьків і дітей до ортодонтичного лікування, активна участь у програмі гігієнічного виховання і навчання батьків та дітей сприяє поліпшенню якості надання ортодонтичної допомоги та стану стоматологічного здоров'я дітей.

Сучасні методи лікування не спроможні знизити зростання кількості зубощелепних аномалій. Цю проблему можна розв'язати, лише здійснюючи кваліфіковану профілактику зубощелепних аномалій, основною метою якої є своєчасне усунення причин та умов виникнення і розвитку захворювань, а також підвищення стійкості організму дитини до впливу несприятливих чинників навколишнього середовища. Саме тому профілактика зубощелепних аномалій складається з комплексу взаємопов'язаних організаційних та лікувально-профілактичних заходів.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. *Виноградова Т. Ф.* Стоматология детского возраста. — Москва, 1987. — С. 526.
2. *Григорьева Л. П.* Прикус у детей. — Полтава, 1995. — С. 232.
3. *Куроедова В. Д., Сірик В. А., Смаглюк Л. В., Карасюнок О.О.* Чинники ризику виникнення та лікування зубощелепних аномалій залежно від віку // Мат. 1 з'їзду Асоціації стоматологів України. — Полтава, 1999. — С. 449.
4. *Немиш Т.Ю.* Саморегуляція зубощелепних аномалій у дітей з тяжкими порушеннями мови // Мат. 1 з'їзду Асоціації стоматологів України. — Львів, 1999. — С. 453—454.
5. *Сунцов В. Г., Леонтьев В. К., Дистель В. А., Вагнер В. Д.* Стоматологическая профилактика у детей. — Москва, 2001. — С. 344.
6. *Хорошилкина Ф. Я.* Руководство по ортодонтии. — Москва, 1982. — С. 455.

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ПЛАНИРОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**Бадюл Н.А., Мурланова Т.П.**

В статье представлена эпидемиология ортодонтической патологии у детей, наблюдающихся в ДКБ № 1 станции Киев, выявлена взаимосвязь челюстно-лицевых аномалий с общесоматической патологией, разработана и предложена программа организации и планирования ортодонтической помощи детям в возрасте от 0 до 7 лет.

**ORGANIZATION AND PLANING OF THE ORTODONTAL AID**

**Badyl N.A., Murlanova T.P.**

In the article that represented the epidemiology of ortodontical pathology among children who were under observation in Ambulance of clinical Hospital No 1 of Kiev Station was revealed a close interact of malocclusion with popular somatic pathology. The program of organization and planing of the ortodontical aid to the children at the age of 0 up to 7 years was worked out and suggested.