

# РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Михайловская В.П., Остроменцкая Т.К., Клевцова Э.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Беларусь*

**Введение.** Морфологические особенности строения лица, а также функции зубочелюстной системы в значительной степени определяют индивидуальность человека. Считают, что функции челюстно-лицевой области являются наиболее существенными среди постнатальных факторов, влияющих на формировании прикуса. Нарушение осанки, функций челюстно-лицевой области, вредные привычки относятся к факторам риска ортодонтической патологии. Развитие функций и парафункциональных привычек предопределено генетически. Одни функции являются врожденными рефлексам (дыхание, глотание, сосание), другие формируются в определенные сроки жизни ребенка (жевание, речь). В процессе развития ребенка практически все они подвергаются физиологическим или патологическим изменениям, поэтому рассматриваются как управляемые факторы риска возникновения зубочелюстных аномалий. Эти факторы составляют большую группу причин в формировании патологии зубочелюстной системы. При нарушении прикуса затрудняется откусывание,

пережевывание пищи, изменяется внешность, что может привести к снижению социальной адаптации ребенка.

**Цель работы** – выявить нарушение функций челюстно-лицевой области, как факторов риска возникновения патологии прикуса у детей 5-6 лет.

**Объекты и методы.** Проведено клиническое стоматологическое обследование 85 детей 5-6-летнего возраста в детских садах г. Минска. Осмотр полости рта проводили визуально с помощью стоматологического зеркала и зонда. При осмотре полости рта учитывали наличие кариозных полостей в зубах, число удаленных и непрорезавшихся зубов определяли стираемость временных зубов, отсутствие трем и диастем, а также фиксировали стирание бугорков временных зубов.

Диагностику нарушений функций осуществляли путём сбора анамнеза, визуальной оценки, дополнительных методов обследования у каждого конкретного пациента.

Симптомы нарушения функции дыхания выявляли визуально по следующим признакам: приоткрытый рот, сухая красная кайма губ, широкая переносица, «готическое небо», плоские, со щелевидными входами ноздри. Кроме того детей просили закрыть рот на 10-15 секунд, или набрать в рот воды и попробовать при этом дышать.

Нарушение функции глотания определяли по следующим симптомам: симптомом «наперстка», прокладывание языка между зубами, упор языка в зубы при глотании.

Диагностику нарушения функции жевания проводили с учётом анамнеза (о пищевых привычках: любит ли ребенок твёрдую или протертую пищу, не оставляет ли корочек хлеба, запивает ли пищу водой). Наблюдали за детьми и во время еды.

Соотношение челюстей оценивали в положении центральной окклюзии в трёх плоскостях: сагитальной, вертикальной и горизонтальной, зафиксировав их во время глотания в положении центральной окклюзии, по соотношению ключевых зубов – антагонистов в трёх плоскостях: сагитальной, вертикальной и горизонтальной.

**Результаты.** В процессе обследования выявлены нарушения функции зубочелюстной системы (дыхания, глотания, жевания) у 65 человек ( $77\% \pm 5,2$ ). Патология функции дыхания выявлена у 11 ( $13\% \pm 0,06$ ) детей, из них у 9 ( $88\% \pm 0,89$ ) – прикус нарушен. У 15 детей, что составляет  $17,6\% \pm 4,6$  от общего числа, нарушена функция жевания, из них у 5 ( $33\% \pm 5,8$ ) выявлена патология прикуса, а у 10 обследованных ( $67\% \pm 5,8$ ) нарушений не констатируется.

Нарушение функции глотания отмечено у 65 (77%±5,2) от общего числа детей, из которых у 43 (66%±5,8) диагностирована патология прикуса.

Необходимо отметить, что в процессе исследования у 53 (62,3%±6,0) детей выявлены сочетанные нарушения нескольких функций: у 42 (49,4%±6,2) детей отмечено нарушение функций глотания и жевания, у 8 (9,4%±3,6) нарушена функция глотания и дыхания, и у 3 (3,5%±2,3) нарушена функция глотания, дыхания и жевания.

**Заключение.** Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о нарушении функции зубочелюстной системы у 77%±5,2 обследованных 5-6-летних детей. Учитывая данные обследования, стоматолог обязан своевременно выявить наличие управляемых факторов риска зубочелюстных аномалий, организовать и осуществлять мероприятия по их устранению.

Литература.

1. Воропаева, М.И. Взаимосвязь состояния зубочелюстной системы ребенка с особенностями антенатального периода развития: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.21 / М.И. Воропаева; ММСИ. - М., 1998.
2. Генятуллин, И.И. Факторы риска в возникновении, развитии и профилактики кариеса зубов у детей дошкольного возраста: автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.00.21 / И.И. Генятуллин; КГМИ. - Казань, 1994.
3. Дистель, В.А. Пособие по ортодонтии / В.А. Дистель, В.Г. Сунцов, В.Д. Вагнер. - М., 2000.

## **ОБРАЩАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С РУБЦОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЗА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

**Петрович Н.И., Горбачева К.А., Адамчук М.С.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Беларусь*

**Введение.** У детей, перенесших травматическое повреждение мягких тканей челюстно-лицевой области, а также после оперативных вмешательств при лечении доброкачественных опухолей возникают проблемы, связанные с деформациями, грубыми и обезображивающими рубцами, которые обуславливают в дальнейшем нарушение функции и эстетики [2].

В настоящее время для профилактики и лечения рубцов проводится общее и местное лечение, применяются различные физиотерапевтические методы, хирургическая коррекция. При лечении рубцовых деформаций необходимо учитывать срок давности их образования, так как рубцовая ткань в ближайшие сроки после образования до конца не сформирована, и назначение соответствующих