

Шакирова Р. Р., Гильмутдинова Л. В., Николаева Е. В.
**ПРОФИЛАКТИКА ОТЯГОЩЕНИЯ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ОККЛЮЗИИ
У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-
ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

*Ижевская государственная медицинская академия Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Ижевск*

Резюме. В работе приведены материалы исследования по изучению эффективности комплекса лечебно-профилактических мероприятий детям с врожденными расщелинами губы и неба при лечении перекрестной окклюзии. В исследовании участвовало 3 группы детей по 30 человек в возрасте 7 лет. Дети первой группы были с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области и получали комплекс мероприятий, начиная с первых дней жизни. Вторая группа была сформирована детьми с данной патологией, по различным причинам получавших эпизодическое ортодонтическое лечение, без проведения мероприятий на раннем этапе. Третью группу составили практически здоровые дети. Анализ полученных результатов на этапе лечения выявил достоверные различия между группами. Пошаговая система оказания стоматологической помощи таким детям с использованием разработанных нами ортодонтических аппаратов, позволила увеличить трансверзальные размеры, длину переднего участка верхнего зубного ряда и приблизить их значения к физиологическим, уменьшить в 4 раза встречаемость перекрестной окклюзии II степени у детей с врожденными расщелинами губы и/или неба, при практическом отсутствии III степени.

Ключевые слова: лечебно-профилактические мероприятия; расщелина губы и (или) неба; перекрестная окклюзия.

Shakirova R. R., Gilmutdinova L. V., Nikolaeva E. V.
**PREVENTIVE MEASURES OF CROSS BITE OCCLUSION
AGGRAVATION IN CHILDREN WITH CONGENITAL DEFECTS OF
MAXILLO-FACIAL AREA**

*Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Izhevsk*

Summary. The paper presents a study on the evaluation of complex therapeutic and preventive measures for children with congenital cleft lip and palate in the treatment of cross-occlusion. The study involved 3 groups of children for 30 people at the age of 7 years. Children of the first group were with congenital malformations of the maxillofacial and received a set of measures, starting with the first days of life. The second group was composed of children with this pathology, for various reasons, receiving occasional orthodontic treatment, without taking measures at an early stage. The third group consisted of practically healthy children. Analysis of the results obtained at the stage of treatment revealed significant differences between the groups. Step-by-step system of dental care to these children by using our orthodontic

appliances has increased transversally size, the length of the front section of the upper dentition and to bring their values to physiological, to reduce 4 times the incidence of occlusion of the cross of the II degree in the children with GNR, in the substantial absence of III degree.

Keywords: medical outreach; cleft lip and / or palate; cross-bite occlusion.

Комплекс ортодонтических лечебно-профилактических мероприятий, который применяется детям с врожденными расщелинами губы и (или) неба, ответственный и достаточно сложный. Такие дети с первых дней жизни нуждаются в ортодонтической помощи для нормализации процесса кормления, профилактики дооперационных деформаций верхней челюсти, создания благоприятных условий для проведения оперативных вмешательств [3, 7–9]. Зубочелюстные деформации разной степени тяжести начинают формироваться уже с первых дней жизни ребенка [1], а под воздействием многих отягчающих факторов (таких как негативное влияние языка на несращенные фрагменты верхней челюсти, диастаз фрагментов под влиянием соски и др.) могут значительно увеличиваться [2]. Проведение необходимых хирургических вмешательств также может привести к усилению деформации верхней челюсти, поэтому главной задачей ортодонтического лечения является профилактика и лечение деформаций верхней челюсти [4–6].

Цель исследования. Профилактика отягощения перекрестной окклюзии у детей с врожденными расщелинами губы и/или неба (ВРГН) в рамках реализации программы профилактики вторичных деформаций окклюзии.

Материалы и методы. Проводилось многоэтапное исследование, на первом этапе которого проведен ситуационный анализ стоматологического обследования 300 детей, с ВРГН и без данного порока, проживающих в городах и районах Удмуртской республики. В возрасте от 0 до 15 лет. На основании выявленных, статистически достоверных факторов риска, вызывающих патологию зубочелюстной системы, осложняющих первичный порок составлена программа профилактики вторичных деформаций окклюзии окклюзии у детей с ВРГН, включающая мероприятия, снижающие влияние управляемых факторов риска и учетом уже имеющегося порока. Апробация лечебно-профилактических мероприятий проводилась с одной из трех групп, сформированной из детей с расщелиной губы и/или неба, начиная с двух недельного возраста. Вторую группу составили дети с ВРГН, получавших эпизодическую стоматологическую помощь, и третью – практически здоровые дети. Группы были уравновешены по возрасту и количеству.

Результаты и обсуждение. Анализ структуры патологии окклюзии показал, что чаще всего у детей с ВРГН, наряду с мезиальной окклюзией, встречались различные виды патологии в трансверсальной плоскости. При том, что перекрестная окклюзия встречалась у детей со всеми видами расщелин. Профилактические мероприятия для детей первой группы, такие, как назначение фторидов и рационального вскармливания, проводимых совместно

с врачами-педиатрами, определение уровня гигиенической грамотности родителей и подбор предметов и средств гигиены проводили с учетом особенностей больного ребенка.

1. Дооперационный период: выбор оптимального способа кормления в зависимости от вида расщелины; подбор специализированных сосок и пустышек с учетом возраста и патологии ребенка и контроль за формированием рефлекса сосания; обучение матерей массажу спинки языка и подъязычной области у ребенка; выявление короткой уздечки языка с последующей френулотомией (до 4 месяцев жизни ребенка); проведение раннего ортодонтического лечения (патент на полезную модель № 944441, № 94450).

2. После проведенного раннего ортодонтического лечения и ринопейлопластики для массажа спинки языка применялись специальные соски и прорезыватели. Для нормализации положения и функции языка использовались вестибулярные ортодонтические пластинки с проволочной заслонкой и пластинки с бусинкой.

3. В период раннего сменного прикуса ортодонтическое лечение проводили предпочтительно двучелюстными аппаратами, либо одночелюстным аппаратом межчелюстного действия (патент на полезную модель № 94451), минимизируя капповую фиксацию, покрывающих коронки опорных зубов на длительный период ношения аппарата.

Анализ полученных результатов на этапе лечения выявил достоверные различия. Результаты измерения гипсовых моделей челюстей представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Данные измерения гипсовых моделей верхней челюсти (мм)

Показатель	Расстояние между III-III ВЧ	Расстояние между IV-IV ВЧ	Расстояние между 1.6-2.6	Длина переднего участка ВЧ	Длина всего зубного ряда ВЧ
Первая группа	28,6±1,06	32,6±0,93	45,4±0,85	9,9±0,50	34,9±0,64
P(м/д 1 и 2 группами)	<0,05	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05
Вторая группа	23,0±1,06	27,5±1,22	42,7±0,95	8,7±0,66	32,9±0,82
P(м/д 2 и 3 группами)	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05	<0,05
Третья группа	30,2±0,73	36,2±0,60	43,2±0,59	10,9±0,30	39,4±0,45
P(м/д 3 и 1 группами)	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05

Так у детей первой группы к 7 годам расстояние между молочными клыками верхней челюсти было достоверно больше, чем у детей 2 группы и практически сопоставимо с детьми 3 группы.

Между всеми группами выявлены достоверные различия в расстоянии между первыми молочными молярами и в длине всего зубного ряда верхней челюсти. По данным таблицы 1 видно, что значения вышеуказанных параметров в первой группе приближены к таковым третьей группы. В расстоянии между первыми постоянными молярами выявлены достоверные различия между 1 и 2, 1 и 3 группами. Наибольшее значение отмечено в группе детей, охваченных лечебно-профилактическими мероприятиями с первых дней жизни.

Длина переднего участка верхней челюсти наименьшей была во второй группе. Достоверная разница выявлена между 2 и 3 группами. Несмотря на отсутствие достоверных отличий в первой и второй группах, значения данного показателя в первой группе были близки к таковым у практически здоровых детей.

Таблица 2

Данные измерения гипсовых моделей нижней челюсти (мм)

Показатель	Расстояние между III-III НЧ	Расстояние между IV-IV НЧ	Расстояние между 3.6-4.6	Длина переднего участка НЧ	Длина всего зубного ряда НЧ
Первая группа	25,9±0,50	34,9±0,64	48,8±0,83	5,4±0,32	32,3±0,65
Р (м/д 1 и 2 группами)	<0,05	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05
Вторая группа	24,5±1,06	32,8±0,41	46,7±0,58	5,3±0,33	31,8±0,47
Р (м/д 2 и 3 группами)	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05
Третья группа	26,0±0,61	34,5±0,50	46,9±0,41	5,7±0,23	34,9±0,30
Р (м/д 3 и 1 группами)	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05

Несмотря на наличие порока развития в области верхней челюсти, нами были выявлены нарушения формы и размера нижнего зубного ряда. Так расстояние в области нижних клыков и первых молочных моляров (в трансверсальной плоскости) у детей второй группы было достоверно меньше, чем в 1 и 3 группах.

Расстояние между первыми постоянными молярами было достоверно больше у детей 1 группы. Измерения длины переднего отрезка нижней челюсти

показывают, что значимых отличий между всеми группами не выявлено, несмотря на различие форм зубных дуг.

При изучении структуры патологии окклюзии у детей с различными врожденными пороками челюстно-лицевой области показало преобладание изменений в трансверзальной плоскости (таблица 3).

Таблица 3

Частота и степень тяжести перекрестной окклюзии у детей (%)

Степень выраженности патологии	Первая группа	Вторая группа	Третья группа
I	12,2	–	4,0
II	1,7	6,5	0,9
III	–	13,0	–
Всего	13,9	19,5	4,9

В результате проводимых мероприятий с детьми первой группы перекрестная окклюзия к 7 годам встречалась в 1,4 раза реже, чем во второй группе, и в основном представлена первой степенью отягощения патологии. Патология третьей степени не выявлена.

Во второй группе большая часть представлена патологией III степени тяжести, которая встречается только в этой группе.

Заключение. Полученные в результате проведенных исследований данные показывают эффективность лечебно-профилактических мероприятий, составленных с учетом устранения управляемых факторов риска формирования вторичных деформаций окклюзии и проводимых с первых дней жизни. При их составлении необходимо уделять пристальное внимание не только области порока, но и всем элементам зубочелюстной системы. Пошаговая система оказания стоматологической помощи таким детям с использованием разработанных нами ортодонтических аппаратов позволила увеличить трансверзальные размеры, длину переднего участка верхнего зубного ряда и приблизить их значения к физиологическим, уменьшить в 4 раза встречаемость перекрестной окклюзии II степени у детей с ВРГН, при практическом отсутствии III степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Арсенина, О. И.* Раннее ортопедическое лечение пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба до первичной хейлопластики / О. И. Арсенина, Н. В. Старикова, Е. И. Малашенкова // Ортодонтия. 2009. № 4. С. 46.

2. Долгополова, Г. В. Раннее ортопедическое лечение в комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба: дис. ...канд. мед. наук / Г. В. Долгополова. Екатеринбург, 2003. 272 с.

3. Ранняя комплексная реабилитация детей с полными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и неба / М. В. Егорова, Г. М. Карачунский, М. А. Амхадова и др. // Стоматология детского возраста и профилактика. 2010. № 4. С. 14–18.

4. Результаты комплексного лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / Е. Ю. Симановская, А. Н. Еловицова, Н. И. Захарова, А. П. Щеглова // Ортодонтия. 2003. N 2. С. 14–17.

5. Степина, С. В. Принципы ортодонтического лечения детей с односторонними и двусторонними врожденными расщелинами верхней губы и неба с учетом особенностей роста челюстных костей при данной патологии / С. В. Степина // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: материалы II Всерос. науч.-практ. конф. М.: МГМСУ, 2006. С. 275–276.

6. Сужение верхней челюсти при врожденных расщелинах. Комплексный хирургическо-ортодонтический метод изменения трансверсальных размеров верхней челюсти / М. Е. Зорич, О. С. Яцкевич, С. Ю. Иванов, А. А. Мураев // Ортодонтия. 2012. N 3. С. 50–53.

7. Сутулов, В. В. Оказание специализированной помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в современных условиях развития здравоохранения (на примере Пензенской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. В. Сутулов. М., 2006. 21 с.

8. Cleft lip and palate. Secondary unilateral cleft lip nasal deformity: functional and esthetic reconstruction Text / S. Berkowitz [et al.] // Journal of Craniofacial Surgery. 2003. Vol. 14, № 4. P. 584–593.

9. Nasal mucus transportability in children with cleft palate / S. H. Trindade, M. Macchione, E. T. Guimaraes, et al. // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2008. May. 72 (5). P. 581–585.