

Г. М. Флейшер

**Пропедевтика
детской
ортопедической
стоматологии**

Руководство для врачей

Г. М. Флейшер

**Пропедевтика детской
ортопедической стоматологии.
Руководство для врачей**

«Издательские решения»

Флейшер Г. М.

Пропедевтика детской ортопедической стоматологии. Руководство для врачей / Г. М. Флейшер — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-966014-5

В данной монографии подробно разобран вопрос профилактики зубочелюстных аномалий у детей при преждевременном удалении зубов с помощью ортопедических конструкций. Также даны показания к зубному протезированию детей и уточнен патогенез зубочелюстных аномалий из-за преждевременного удаления зубов раньше физиологической смены у детей. В монографии представлены критерии как к съёмным, так и несъёмным ортопедическим конструкциям у детей. Данный опыт автора представлен впервые для обсуждения клиницистам.

ISBN 978-5-44-966014-5

© Флейшер Г. М.
© Издательские решения

Содержание

Об авторе	6
Глава 1. Влияние преждевременного удаления зубов на формирование зубочелюстных аномалий у детей и подростков	9
Конец ознакомительного фрагмента.	15

Пропедевтика детской ортопедической стоматологии Руководство для врачей

Г. М. Флейшер

© Г. М. Флейшер, 2019

ISBN 978-5-4496-6014-5

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Об авторе

Доктор Флейшер Григорий Михайлович – псевд. Гершон Флейшер (Dr Grigori Fleicher, pseudonym Dr. Gershon Fleicher) родился 11 января 1970 году в Перми. лето 1977—1978 гг. – школа юнг Краснознаменный Черноморский Флот СССР (г. Одесса). В 1980 г. награждён именной настольной медалью и кортиком-ручкой. 1987 г. – окончил школу №77 с углубленным изучением английского языка, г. Пермь. 1993 г. – окончил стоматологический факультет Пермского государственного медицинского института, г. Пермь. 1995—1996 гг. – член Международной Ассоциации Молодых Стоматологов (Young Dentists Worldwide, YDW). 1995—1996 гг. – член Международной Ассоциации Стоматологов (FDI World Dental Federation). с 1997 г. по н.в. – действительный член Международной Академии Пародонтологии (International Academy of Periodontology, IAP, New-York). с 1997 г. по н.в. – член Стоматологической Ассоциации России (СтАР). 2017 г. – Диплом за вклад в современную поэзию (Интернациональный Союз писателей). 2018 г. – Диплом номинанта Международного литературного конкурса Гомера (Интернациональный Союз писателей).



В 2001 году была совместно написана и опубликована работа с проф. Г. А. Пашиным (г. Москва). Д-р Г. М. Флейшер является учеником профессоров А. В. Алимского и Г. В. Банченко (ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» МЗ РФ, г. Москва). Совместно были написаны и опубликованы в различных медицинских изданиях работы, посвященных изучению заболеваний слизистой оболочки полости рта, гальванозу, гигиенистам стоматологическим и детской стоматологии

Впервые в России с 1999 по 2010 гг на базе Стоматологического центра КМСЧ ОАО НЛМК Д-р Г. М. Флейшер на общественных началах организовал кабинет профилактики сто-

матологических заболеваний, в котором находилась Выставка средств гигиены полости рта. Целью создания кабинета была пропаганда и программа обучения правильной чистке зубов, языка, выполнение гигиенических манипуляций, выбор необходимой зубной пасты, щетки, ополаскивателя и т. д., обучение пациентов рациональному использованию средств и методов ухода за зубами, пропаганда здорового образа жизни и т. п. Также на базе кабинета проходили обучение и стажировку студенты (гигиенисты стоматологические) Липецкого медицинского колледжа.

Д-р Г. М. Флейшер проводил тематические уроки среди школьников в школах г. Липецка, выступал на Липецком радио, телевидении. Область научных интересов: судебная медицина, стоматология (история, развитие, организация, управление стоматологии, пародонтология, детская стоматология, ортопедическая стоматология, имплантология, ортодонтия). Двукратный рекордсмен Мировой Книги Рекордов Гиннесс, рекордсмен Книги рекордов России, писатель, поэт, автор и соавтор более 200 научных публикаций, в том около 50 книг. Дети: дочь – Кристина (19.04.1994).

С 1993 г. по н.в. проживает в Липецке и работает врачом-стоматологом (работал – врачом-судебно-медицинским экспертом-стоматологом в Липецком областном бюро судебно-медицинской экспертизы, преподавателем – учебный центр КМСЧ ОАО НЛМК, Липецкий медицинский колледж). Липецкий стоматолог Д-р Г. М. Флейшер – Двукратный рекордсмен Мировой Книги Рекордов Гиннесса, трёхкратный рекордсмен Книги рекордов России.

В 2008 г он попал на страницы всемирно известного издания как обладатель самой большой в мире коллекции зубных щеток. Коллекция насчитывала тогда 1320 различных единиц. Коллекция насчитывала – более 3000 единиц. Сейчас она значительно выросла. Помимо зубных щеток в коллекции Д-ра Г. М. Флейшер – зубные пасты, спреи, ополаскиватели, зубочистки и другие средства гигиены полости рта, всего – свыше 4500 экземпляров.

Благодаря своей коллекции Д-р Г. М. Флейшер является также четырехкратным рекордсменом Ассоциации «Русские рекорды» в номинации «Рекорды коллекционирования». Коллекция пополняется собственными приобретениями Д-ра Г. М. Флейшер и подарками друзей. Из-за отсутствия условий для работы в 2010 г Флейшер Григорий был уволен с места работы и Выставка средств гигиены полости рта была закрыта.

С 2014 г публикует свои книги в Германии, с 2017 г – в России. Подвергался уголовному преследования со стороны главного стоматолога Липецкой области и принудительному лечению в Липецком психоневрологическом диспансере. Сейчас публикуется в медицинских журналах за рубежом России.

Глава 1. Влияние преждевременного удаления зубов на формирование зубочелюстных аномалий у детей и подростков

Профилактика стоматологических заболеваний детского населения признана общегосударственной задачей и проводится на федеральном и территориальном уровнях в виде составной части комплексной программы оздоровления населения. Здоровье полости рта ребенка рассматривается как часть общего состояния его здоровья. Стоматологическая помощь детям включает в себя не только систематическую санацию полости рта и гигиеническое просвещение детей и их родителей по вопросам профилактики, но и назначение специальных средств профилактики стоматологических заболеваний.

Доказано, что профилактика стоматологических заболеваний является одним из эффективных методов, позволяющим снизить уровень распространенности основных стоматологических заболеваний. Во всех развитых странах мира профилактическая работа осуществляется силами специального персонала со средним медицинским образованием – гигиениста стоматологического.

Зубочелюстная система (ЗЧС) человека динамически изменяется в процессе роста и развития организма под действием целого комплекса взаимосвязанных и взаимообусловленных факторов. Общеизвестно, что аномалии развития ЗЧС являются предрасполагающим фактором, а нередко и причиной развития самой разнообразной соматической патологии. Более того, аномалии развития ЗЧС наносят существенный ущерб и социальной адаптации человека, поскольку лицевая эстетика оказывает значительное влияние на восприятие индивидуума в современном обществе. В структуре распространенности стоматологических заболеваний у детей зубочелюстных аномалий (ЗЧА) занимают третье место после кариеса и заболеваний пародонта. Анализ современных эпидемиологических данных в России и за рубежом свидетельствует о сохраняющейся тенденции к росту числа больных с ЗЧА.

Стоматологическая помощь – один из самых массовых видов специализированной помощи, как взрослому, так и детскому населению. Большим достижением отечественного здравоохранения явилось внедрение в практику детской стоматологии комплексной программы первичной профилактики. Стоматологическая помощь детскому населению это один из самых массовых видов специализированной помощи в нашей стране.

Профилактика основных видов стоматологических заболеваний детского населения в нашей стране признана общегосударственной задачей и проводится на федеральном и территориальном уровнях в виде составной части комплексной программы оздоровления населения. В этой программе здоровье полости рта ребенка рассматривается как часть общего состояния его здоровья. При этом она включает в себя не только систематическую санацию полости рта и гигиеническое просвещение детей и их родителей по вопросам профилактики, но и назначение специальных средств профилактики стоматологических заболеваний.

В настоящее время в нашей стране проводится внедрение в практику проект Федеральной государственной программы первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России, которая была разработана рабочей группой Стоматологической Ассоциации России (СтАР).

Наряду с усилением внимания к санитарно-гигиеническому воспитанию, одним из аспектов данной программы является проведение целого ряда профилактических мероприятий, направленных на раннее устранение факторов риска развития патологии ЗЧС в разные физиологические периоды детства.

Во всех развитых странах мира профилактическая работа осуществляется силами персонала со средним медицинским образованием – гигиениста стоматологического, многолетняя практика которых убедительно показала, что профилактика основных стоматологических заболеваний является одним из эффективных методов, позволяющего снизить уровень распространенности данных заболеваний.

Активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья как практически здоровых лиц, так и больных с хроническими заболеваниями в современной медицине принято называть диспансеризацией. Так, например, под диспансеризацией детей у ортодонта понимается динамическое наблюдение за детьми с целью раннего выявления нарушений формирования ЗЧС и последующего восстановления (реабилитации) ее морфологической и функциональной норм с помощью лечебно-профилактических мероприятий у лиц со сформированной патологией.

Однако, несмотря на всеобщее признание необходимости проведения профилактики раннего выявления и лечения ЗЧА, в современной специализированной литературе фактически отсутствуют какие-либо серьезные обоснования (медицинское, экономическое, социальное и пр.) предлагаемого комплекса данных мероприятий.

Рост и развитие ЗЧС системы ребенка находятся под влиянием множества взаимозависимых факторов. Влияние каждого из этих факторов, а также характер их взаимодействия в этом процессе до настоящего времени изучены недостаточно и, более того, не оценены количественно. Кроме того, принципиальные вопросы ортодонтической помощи – организация планирования, определение объема работы врача-ортодонта, анализ ее эффективности – представлены в современной литературе весьма разноречиво.

Высокая распространенность зубочелюстных аномалий у детей и подростков, а также сопутствующие им осложнения со стороны твердых тканей зубов, пародонта, височно-нижнечелюстного сустава и, кроме того, существенные материальные затраты на ортодонтическое лечение, определяют актуальность проблемы раннего выявления и профилактики ЗЧА.

Вместе с тем для нормального физиологического роста и развития ребенка правильное формирование зубочелюстно-лицевой системы (ЗЧС) имеет очень важное значение. При этом необходимость сохранения временных зубов обусловлена их ролью в процессе становления высоты прикуса; правильного формирования зубных рядов и обеспечении их нормального роста; а также своевременного прорезывания и правильного размещения постоянных зубов в альвеолярном отростке.

В связи с этим возникает необходимость разработки новых подходов в оказании стоматологической ортопедической помощи различным группам населения, в том числе детям в различные возрастные группы: в молочном, сменном и постоянном прикусах. Частота встречаемости дефектов зубных рядов, вызванных преждевременной потерей зубов, у детей в различные возрастные периоды (%) представлена на рис.1.

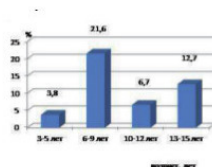


Рис.1. Частота встречаемости дефектов зубных рядов, вызванных преждевременной потерей зубов, у детей в различные возрастные периоды (%)

Несмотря на всеобщее признание необходимости раннего выявления, профилактики и устранения вторичных деформаций зубных рядов и окклюзионных нарушений, в современной литературе не полно освещены вопросы частоты и структуры дефектов коронок зубов

и зубных рядов, а также не определена нуждаемость детей в профилактическом протезировании и не оценена эффективность лечебных и профилактических мероприятий. Кроме того, до настоящего времени не разработана методология использования функциональных аппаратов нового поколения, например, из эластомеров для профилактики вторичных деформаций зубных рядов при раннем удалении временных зубов.



Рис. 2. Факторы, влияющие на распространенность преждевременного удаления зубов

Сорокоумовой Г. В. в результате проведенного эпидемиологического обследования 1492 дошкольников установлено, что количество детей с преждевременно удаленными временными молярами составило 16,89%, из них с удаленными первыми молярами – 9,25%. Наибольшее значение потеря временных моляров достигает к 6 годам и составляет 30,45% от числа осмотренных (из них у 14,88% детей удалены первые временные моляры). Установлено, что в среднем нуждаемость в профилактическом протезировании приходится на 5 лет (1,32 протеза на одного нуждающегося).

Рост и развитие ЗЧС системы находятся под влиянием множества взаимозависимых факторов. Влияние каждого из них на развитие ЗЧС ребенка, характер их взаимодействия в этом процессе до настоящего времени изучены недостаточно и, более того, не оценены количественно. Принципиальные вопросы ортодонтической помощи – организация планирования, определение объема работы врача-ортодонта, анализ ее эффективности – представлены в современной литературе весьма разноречиво.

Высокая распространенность ЗЧА у детей и подростков, сопутствующие им осложнения со стороны твердых тканей зубов, пародонта и височнонижнечелюстного сустава, существенные материальные затраты на диагностику и ортодонтическое лечение, определяют актуальность и значимость проблемы раннего выявления и профилактики ЗЧА в число актуальных и значимых.

Зубочелюстные аномалии у детей и подростков занимают одно из ведущих мест в структуре общей стоматологической патологии и выявляются у 32% детей и подростков России, в крупных промышленных городах – у 37,2%.

Опыт последнего десятилетия показал, что решение проблемы зубочелюстных аномалий у пациентов различных возрастных групп возможен лишь на основе укрепления профилактической работы среди детского населения.

Несмотря на всеобщее признание необходимости профилактики, раннего выявления и лечения нарушений окклюзии у детей, в современной литературе не достаточно освещена проблема профилактики и устранения вторичных деформаций зубных рядов и окклюзионных нарушений у детей с преждевременно удаленными временными зубами по поводу осложненного кариеса.

Рост и развитие ЗЧС системы находятся под влиянием множества взаимозависимых факторов. Влияние каждого из них на развитие зубочелюстной системы ребенка с преждевременно удаленными молочными зубами, характер взаимодействия этих факторов в этом процессе до настоящего времени изучены недостаточно и, более того, не оценены количественно.

Потерю временных зубов больше чем за 1 год до периода их физиологической смены считают преждевременной. В результате потери возникают характерные морфологические

и функциональные нарушения: смещаются соседние с дефектом зубы корпусно или наклонно, укорачивается зубная дуга, происходит ее сужение, так как зубы смещаются мезиально в более узкую ее часть. Односторонняя потеря отдельных зубов приводит к асимметричной деформации зубоальвеолярной дуги. В области зубов, противостоящих дефекту, происходит зубоальвеолярное удлинение, которое продолжается до тех пор, пока зубы не достигнут противоположной челюсти. После ранней потери временных моляров нарушается миодинамическое равновесие между языком и щеками, возникают специфические вредные привычки, например, прокладывание языка между зубными рядами в область дефекта, сосание языка. Межокклюзионное положение мягких тканей задерживает прорезывание постоянных зубов и может способствовать развитию глубокого прикуса.

В результате раннего удаления молочных моляров соседние зубы наклоняются или корпусно перемещаются в сторону дефекта, при этом зубная дуга укорачивается и нередко сужается. В результате преждевременного удаления молочных зубов нередко может наблюдаться раннее прорезывание постоянных или задержка их прорезывания, изменение положения зачатков постоянных зубов, в частности клыков.

Однако, достаточно часто, особенно в период прикуса временных зубов и в начальном периоде смены зубов, состояние усугубляется ранним удалением временных зубов и наличием дефектов зубных рядов. В таких ситуациях перед врачом-ортодонтом возникает проблема последовательности оказания медицинской помощи: замещать дефекты зубных рядов с целью предотвращения их деформации или проводить нормализацию окклюзии, чтобы предупредить усугубление аномалий ЗЧС и возникновение деформаций, характерных для аномалий окклюзии в сагиттальном направлении.

Особенно страдают дети с третьей степенью активности кариозного процесса. По данным Л. И. Хихинашвили (1988) на 1000 обследованных детей г. Волгограда количество удаленных зубов составило 59,1. Дефекты зубных рядов в области первых постоянных моляров составляли $80,0\% \pm 4,78\%$ от всех видов дефектов, встречающихся в детском возрасте. Следует отметить, что в возрасте

– 11 лет, то есть до прорезывания вторых постоянных моляров, $0,7\% \pm 0,2\%$ от числа обследованных детей, имели дефекты зубного ряда, обусловленные ранним удалением первого постоянного моляра.

У детей количество комбинаций признаков дефектов зубных рядов значительно больше, чем у взрослых, что обусловлено сложными анатомопографическими взаимоотношениями между временными и постоянными зубами, незавершенностью роста и развития челюстно-лицевой области. В связи с этим представляет определенную сложность классифицировать зубные ряды с дефектами, встречающиеся в различные возрастные периоды. Причины появления дефектов зубных рядов у детей представлены в Таблице 1.

Таблица 1.

Причины появления дефектов зубных рядов у детей

Причины появления дефектов зубных рядов у детей						
Место	I	II	III	IV	V	VI
Причины	кариес	травма	адентия	онкологические и воспалительные заболевания	ретенция	инфекционные заболевания
%	57,6	32,6	6,3	2,3	1	0,2

По данным Миняевой В. А. (2003) при преждевременной потере временных зубов прорезывание постоянных задерживается или наблюдается ретенция, поскольку расположенные в толще альвеолярного отростка зачатки постоянных зубов покрываются сверху толстым слоем кости, препятствующим прорезыванию. При гистологическом исследовании слизистой оболочки полости рта, иссеченной над непрорезавшимися зубами, отмечено увеличение количества коллагеновых волокон в подслизистом слое десны. Изменение сроков прорезывания зубов после преждевременного удаления временных зависит от характера патологии, обусловившей раннюю потерю последних. Исследователи свидетельствуют, что после раннего удаления временных зубов наблюдается нарушение гистогенеза зубных тканей. Удаление временных зубов может привести к воспалительному и травматическому повреждению слоя амелобластов, к нарушению развития эмали коронок постоянных зубов: преждевременно прорезавшиеся зубы имеют на буграх тонкий слой необызвествлённой эмали и недоразвитый корень.

Экспериментальные исследования и клинические наблюдения подтверждают сведения о том, что удаление временного зуба с осложнённой формой кариеса задолго до физиологической смены может способствовать формированию не только деформаций ЗЧС, но и вызывать в дальнейшем структурные изменения твёрдых тканей постоянных зубов и ослаблять их устойчивость к кариесу.

По данным ряда авторов, при преждевременной потере временных зубов происходит замедление роста альвеолярных отростков по причине влияния на зоны роста, которые локализируются вокруг зачатков временных зубов, а также из-за снижения жевательной функции. Поступление меньшего количества механических импульсов раздражения на беззубый участок альвеолярного отростка ведёт к ослаблению деятельности рефлекторных дуг, идущих от нервных окончаний периодонта удалённых зубов. В результате этих изменений происходит недоразвитие альвеолярного отростка, возникает дефицит физиологического раздражения, который так необходим для развивающегося жевательного аппарата ребёнка. В случаях одностороннего удаления зубов происходит ассиметричное укорочение и сужение зубного ряда со смещением центра в сторону дефекта, уменьшается место удалённого зуба, что приводит к ретенции или прорезыванию постоянных зубов вне дуги. Лишенные антагонистов зубы меняют своё положение вместе с альвеолярным отростком в вертикальном направлении – происходит денто-альвеолярное удлинение, что согласуется с мнениями Yonezu T., Machida Y. (1997). Неартикулирующие постоянные зубы под воздействием окружающих мышц отклоняются в сторону отсутствующих. По данным Baroni C., Franchini A., Rimondini L. (1994) мезиальное смещение боковых зубов приводит к укорочению зубных рядов, а также к сужению их, так как зубы смещаются в узкую часть зубной дуги. Кроме того, зубы наклоняются, линия центра их смещается вокруг продольной оси, между зубами образуются диастемы и тремы.

В периоде сменного прикуса почти у половины детей обнаружены дефекты зубных рядов, обусловленные преждевременным удалением временных зубов и у каждого шестого ребенка удалены первые постоянные моляры, имеющие важное значение в правильном формировании челюстно-лицевой области.

Большинство исследователей считает, что при удалении временных моляров у детей в возрасте 4—7 лет происходит укорочение боковых сегментов, что зачастую приводит к ретенции постоянных зубов, а с возрастом деформации становятся более выраженными.

По данным Г. И. Худоногова (1963) удаление первых постоянных моляров у детей приводит в 100% случаев к укорочению зубного ряда за счет мезиального сдвига второго моляра. В 39,1% происходит смещение средней резцовой линии, и формируются вертикальные деформации. Проблема первого постоянного моляра в специальной литературе рассматривается во многих аспектах и в частности с позиций профилактики и лечения деформаций челюстно-лицевой области.

Еще в 1913 году Engle писал, что «... потеря никакого другого зуба не влечет таких многочисленных и вредных последствий, как удаление первого моляра. Его величина и положение в зубной дуге, как и его соотношение с другими зубами таково, что к нему следует относиться с величайшей заботой, чтобы сохранил, сию как можно дольше». Для основоположника мировой ортопедической школы не существовало дилеммы: восстанавливать или не восстанавливать первый моляр.

А. Канторович (1931) выделяет три периода преждевременного удаления первого постоянного моляра: 6, 9 и 12 лет. В зависимости от возраста, в котором произведено удаление зуба, он различает нарастающую тяжесть вредных последствий для жевательного аппарата. Удаление первого моляра в 6 лет приводит к асимметрии зубного ряда, смещению средней линии в сторону удаленного зуба. При удалении первых моляров в 9 лет также возникает асимметрия в зубной дуге, но несколько менее выраженная. Клиническая картина при одностороннем удалении этих зубов к 12 годам более выражена.

Прорезавшийся седьмой зуб полностью замещает дефект, образовавшийся после удаления первого постоянного моляра. Зубная дуга настолько асимметрична, что средняя линия проходит между центральным и боковым резцами на той стороне, где сохранился первый постоянный моляр. Удаление первого постоянного моляра в возрасте старше 12 лет, когда закончился активный рост челюсти, не вызывает асимметрии зубной дуги. Место удаленного шестого зуба занимает седьмой.

К сожалению, А. Канторович рассматривает патологическое состояние жевательного аппарата после удаления первого постоянного моляра только с точки зрения сагиттального перемещения зубов, ограничивая дефект, не указывая при этом на изменения в области зубов-антагонистов, альвеолярных отростков, височно-нижнечелюстных суставов.

Т. В. Шарова (1980) свидетельствует о наличии и других (кроме сагитальных перемещений) морфологических и функциональных осложнений после раннего удаления первых моляров – снижение функции жевания, блокировка движений нижней челюсти, атрофия альвеолярного отростка и задержка роста челюстей на «беззубых» участках, снижение высоты прикуса и уменьшение межальвеолярной высоты, тенденция к формированию патологического прикуса.

Следовательно, при раннем удалении первого постоянного моляра также происходит задержка роста челюсти, возможно появление аномалий прикуса в вертикальном направлении, поскольку они удерживают межальвеолярную высоту прикуса.

О тяжелых последствиях для челюстно-лицевой области, возникающих после удаления первых постоянных моляров указывают многие специалисты. Причем наибольшая склонность к развитию деформаций выражена в период активного роста, хотя грубые деформации зубных рядов чаще и встречаются у лиц более старшего возраста, но их происхождение всегда связано с удалением зубов в молодом возрасте.

Е. И. Еаврилов (1973) считает, что одним из ведущих симптомов клиники частичной потери зубов являются «вторичные деформации окклюзионной поверхности зубных рядов». Указывая на высокую распространенность деформаций, автор обращает внимание на то, что их частота и характер проявлений зависит от возраста, величины дефекта, времени с момента удаления зубов и других факторов.

Известно, что сформированные деформации значительно затрудняют проведению ортопедических вмешательств и требуется длительное ортодонтическое лечение, о чем свидетельствуют данные отечественных и зарубежных специалистов.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.