



08.10.1928 – 24.06.2015

### Памяти профессора Тамары Федоровны Виноградовой

Редакция журнала «Клиническая стоматология» с глубочайшим прискорбием сообщает читателям, что 24 июня 2015 года на 86 году ушла из жизни Тамара Федоровна Виноградова.

Всю свою сознательную жизнь профессор Виноградова посвятила детской стоматологии. И до последних дней беспокоилась о ее судьбе в нашей стране, огорчаясь разрушительным преобразованиям и радуясь достижениям. Являясь профессором, доктором наук, заслуженным врачом РСФСР, заведующей кафедрой стоматологии детского возраста РМАПО, Тамара Федоровна создала целую школу, вырастив большое количество преданных учеников и последователей. Ее перу принадлежит Руководство «Стоматология детского возраста», монографии «Диспансеризация детей у стоматолога», «Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей», «Болезни пародонта и слизистой полости рта в детском возрасте». Под редакцией Тамары Федоровны переведены и отредактированы более 10 учебников, руководств, справочников, атласов

и монографий, посвященных терапевтической и детской стоматологии.

Профессор Виноградова решительно отстаивала интересы детской стоматологии в нашей стране, участвуя во всех съездах и пленумах стоматологов, являясь Главным внештатным специалистом Минздрава по стоматологии, представляла детскую стоматологию за рубежом: Тамара Федоровна работала в ВОЗ.

Отличаясь большой человечностью, добротой, ответственным отношением к делу, трудолюбием, любовью к детям, умом, умением масштабно мыслить и добиваться результатов задуманного, остроумием, а также великолепным красноречием, Тамара Федоровна снискала любовь и уважение коллег-стоматологов, педиатров, учеников, детей и их родителей.

*Светлая память замечательному врачу, ученому и доброму человеку — Тамаре Федоровне Виноградовой.*

Т.Ф. Виноградова,

заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор

## Состояние органов и тканей рта у ребенка дошкольного возраста глазами педиатра, семейного врача и врача-стоматолога детского

**Резюме.** В лекции охарактеризованы: состояние органов полости рта, заболевания и отклонения у ребенка в дошкольном возрасте, задачи педиатра и стоматолога в профилактике и лечении стоматологических заболеваний, а также задачи и обязанности стоматолога при работе в детском дошкольном учреждении.

**Ключевые слова:** дошкольный возраст, состояние полости рта, задачи педиатра, задачи стоматолога

Серьезные изменения, произошедшие в последние годы в экономике нашей страны, резко изменили идеологию системы оказания стоматологической помощи детям. Резко сократились объем и содержание инициативной лечебно-профилактической работы в детских дошкольных учреждениях и школах по линии государства. Большая часть заботы о стоматологическом здоровье детей легла на плечи родителей. По многим причинам, в том числе и в связи с недостаточной грамотностью населения, родители обращаются к стоматологу только при появлении у детей острой боли,

**Summary.** The lecture described the state of the oral cavity organs, diseases and anomalies of the child at preschool age, the task of the pediatrician and the dentist in the prevention and treatment of dental diseases, as well as the tasks and responsibilities of a dentist at work in kindergartens.

**Key words:** preschool age, condition of the oral cavity, the task of the pediatrician, the task of the dentist

которая часто является признаком запущенного патологического процесса.

Разрушенные кариозные зубы, отягощенные воспалением костной ткани челюсти, формируют очаги одонтогенной инфекции, которые оказывают серьезное влияние на возникновение и развитие очагово-обусловленных состояний и заболеваний (коллагенозов, артритов, болезней почек и др.) и диагностируются у практически «здоровых» детей более чем в 10% случаев. И если о кариесе зубов родителям напоминает обилие в торговой сети средств гигиены полости рта, а также

СМИ, то о заболеваниях пародонта и аномалиях прикуса у детей информация минимальна.

Цель этой лекции состоит в том, чтобы охарактеризовать клинические проявления наиболее часто встречающихся заболеваний органов полости рта у детей разного возраста, обратить внимание на факторы риска их развития и рассказать о возможностях их устранения.

### СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА, ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОТКЛОНЕНИЯ У РЕБЕНКА В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Стоматологический статус детей в возрасте 4–7 лет характеризуется появлением первых постоянных моляров, так называемых шестых зубов (рис. 1).

Эти зубы прорезаются, начиная с 4,5–5 лет, позади молочных моляров; вначале прорезываются нижние, затем — верхние зубы. По виду они отличаются от молочных величиной коронки и количеством бугров. Одновременно с первыми постоянными молярами (или вскоре после них) на смену нижним молочным центральным резцам (которые расшатываются и выпадают) прорезываются постоянные резцы. Они шире молочных и имеют зубчатый режущий край. После первых нижних резцов прорезываются боковые нижние резцы, а затем — резцы верхней челюсти (рис. 2).

К моменту смены молочных зубов постоянными при правильном развитии челюсти между молочными зубами появляются промежутки — тремы. Это хороший признак, он свидетельствует о том, что в альвеолярном отростке челюсти смогут разместиться постоянные зубы, которые имеют большую величину. Если к 5 годам молочные зубы располагаются так же плотно друг к другу, как при прорезывании, то есть основания предполагать недостаточное развитие челюсти. В этих случаях можно прогнозировать тесное (аномалийное) положение постоянных зубов, вначале резцов, а затем — других групп зубов.

При недостатке места в челюсти постоянные резцы нижней и верхней челюсти нередко прорезаются за молочными зубами, и в течение какого-то периода времени в челюсти присутствует двойной ряд зубов. Молочные зубы в этих случаях подлежат удалению, хотя корни у них могут оказаться нерезорбированными, а сами зубы — устойчивыми.

Создавшаяся ситуация объясняется особенностями закладки постоянных зубов, при которой корни молочного зуба и фолликул постоянного не имели контакта.

В тех случаях, когда центральные резцы прорезаются повернутыми вдоль своей оси на 60–90°, следует сделать рентгеновский снимок и выяснить причину поворота зубов. Убедившись, что такой причиной является недостаток места в челюсти, для постоянных зубов освобождают место путем удаления боковых молочных зубов. Дальнейшее регулирование прорезывания зубов должен проводить ортодонт. Однако при недостаточном развитии



Рис. 1. «Шестые» зубы — первые постоянные моляры

челюсти, причиной которого мог быть неправильный режим кормления ребенка, возникает несоответствие между величиной зубов и величиной челюсти. В подобных случаях иногда приходится удалять постоянные зубы, чаще — постоянные премоляры. В зависимости от того, сколько места недостает в челюсти, удаляют 1, 2, 3 или все 4 зуба.

Окончательно решать эти вопросы приходится, когда ребенок находится в школьном возрасте, но первые признаки, позволяющие прогнозировать данную ситуацию, обнаруживаются у детей в возрасте от 4 до 7 лет.

Прорезыванию 20 постоянных зубов предшествует выпадение молочных. Между выпадением интактного молочного зуба и прорезыванием постоянного проходит 3–4 мес. В тех случаях, когда молочный зуб удаляют по медицинским показаниям, сроки прорезывания постоянного зуба изменяются (удлиняются или укорачиваются).

В связи с этим очень важно правильно определить тактику в отношении «преждевременного» удаления молочных зубов. Молочные моляры, если они не поражены кариесом, могут служить ребенку до 8–9 лет.

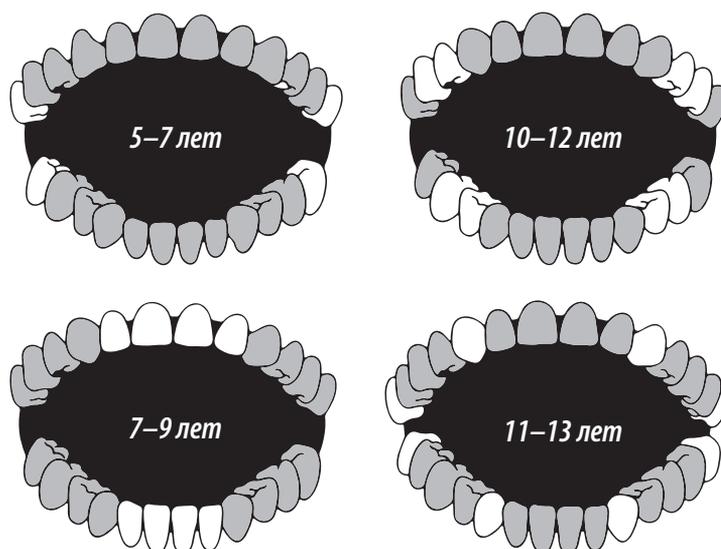


Рис. 2. Сроки прорезывания постоянных зубов



Рис. 3. Хронический остит у корней второго временного моляра

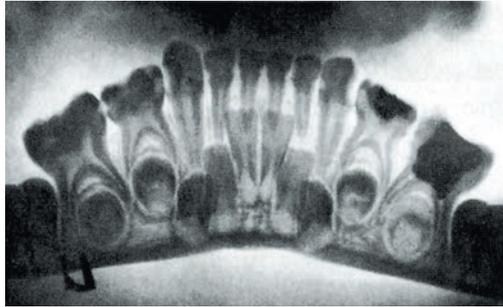


Рис. 4. Соотношение корней временных зубов и зачатков постоянных

Если молочные зубы не просто имеют разрушенную коронку, но и погибшую пульпу, и тем более свищевой ход на десне, свидетельствующий о наличии воспалительного процесса в области корней молочного зуба, то молочный зуб независимо от сроков его смены подлежит удалению (рис. 3, 4).

Если период формирования и минерализации этих зубов внутри челюсти омрачается неблагоприятными факторами, то прорезавшиеся зубы могут иметь уродливую форму, измененный цвет и низкую сопротивляемость внешним кариесогенным факторам. Такую патологию называют молярорезцовой гипоплазией. Глубина пороков развития этой группы зубов бывает разной. Патологический процесс в одних случаях может ограничиться только пороком развития коронок, в других случаях в него могут вовлекаться корни зубов. Зубы с порочно развитыми корнями подлежат удалению.

Для устранения пороков развития только коронок с успехом используются современные реставрационные материалы. Важно своевременно обратить внимание на состояние здоровья этой группы зубов.

Лечение описанных пороков в период постоянного прикуса преследует цель устранения эстетических дефектов, что возможно благодаря пломбированию зубов современными композитными материалами или их покрытию коронками или накладками (винирами) из фарфора или специальных реставрационных материалов.

Наиболее частой патологией у детей 4–7 лет является кариес. Кариес — это не просто дефект в зубе, а хронический патологический процесс микробного происхождения, клиническим признаком которого является кариозная полость.

Как всякая хроническая патология, кариес может проявляться в разной форме и с различной степенью тяжести, обостряться и стабилизироваться. Задача педиатра и стоматолога состоит в том, чтобы объединить усилия в достижении стойкой ремиссии этого патологического процесса именно в период формирования постоянного прикуса.

Жевательная поверхность первых постоянных моляров имеет разную архитектуру. Фиссуры — разную форму и глубину, многие очень глубокие, и являются местами высокого риска развития кариеса, так как их дно

к моменту прорезывания может быть недостаточно обызвествлено и покрыто эмалью, кроме того, в каждой фиссуре скапливаются пища, зубной налет, микробы.

При плохой гигиене полости рта и беспорядочном потреблении углеводов все это способствует развитию кариозной полости — фиссурного кариеса. В связи

с этим рекомендуется при чистке зубов обращать внимание на тщательность ухода за жевательной поверхностью, особенно это относится к зубам, расположенным в конце зубного ряда. Стоматологи в детских садах, школьных стоматологических кабинетах принимают меры для укрепления фиссур путем покрытия коронок фторсодержащими лаками и их заливки специальными композитами — герметиками. Методика заливки фиссур предусмотрена в программе профилактических мероприятий, утвержденных стандартами стоматологической помощи детям.

Среди заболеваний слизистой оболочки рта у детей в возрасте 4–7 лет преобладают рецидивирующие афты. От ОГС (острого герпетического стоматита) эта форма патологии отличается рецидивирующим течением от 1–2 до 10 обострений в течение 1 года. Заболевание не сопровождается повышением температуры, лимфаденитом и гингивитом. После перенесенных бактериальных или вирусных инфекций, расстройств функции ЖКТ, стрессовой ситуации, переохлаждения, переутомления и т.д. на слизистой оболочке рта в переднем ее отделе появляется чувство жжения или покалывания. Вскоре появляются очаги некроза и образуются афты. Элементы поражения единичны, могут располагаться на слабо гиперемизованном основании. Они умеренно болезненны. Эволюция элемента занимает 2–3 дня.

Наиболее часто встречающимися отклонениями в развитии органов полости рта у детей этого возраста являются аномалии прикрепления уздечки языка, верхней и нижней губы, мелкое преддверие полости рта, сверхкомплектные зубы, обуславливающие развитие аномалий прикуса.

Функциональные нарушения, связанные с неправильным прикреплением уздечки языка, могут определяться с первых дней жизни ребенка и проявляться затруднением или даже невозможностью сосательных движений из-за ограниченной подвижности языка (рис. 5).

Такое нарушение требует срочной коррекции, которую следует проводить в младенческом возрасте. Метод заключается в рассечении уздечки языка в том отделе, где она представляет собой дубликатуру слизистой оболочки и не включает кровеносных сосудов и мышц. Это вмешательство обеспечивает экскурсии языка,

достаточные для сосания, но в ряде случаев полностью не нормализует положение и функцию языка и носит скорее паллиативный характер.

Ограничение подвижности языка вызывает изменение артикуляции и нечеткое произношение отдельных звуков.

Нарушение функции речи выявляется на 2–3-м году жизни, но степень этого нарушения удается определить несколько позднее, в период формирования осознанной речи. Этот возрастной период (3–6 лет) и следует считать наиболее целесообразным для повторного оперативного вмешательства.

Операция проводится в амбулаторных условиях и заключается в рассечении уздечки в верхней трети языка, что позволяет мобилизовать ткань в сторону дна полости рта и избежать травмы выводных протоков слюнных желез. Затем осуществляется тупое расслаивание мышц, вплетающихся в уздечку языка в горизонтальном и вертикальном направлении, до появления свободных движений языка и отсутствия выраженного натяжения тканей с язычной стороны альвеолярного отростка. Рана ушивается в вертикальном направлении. Для формирования более эластичного рубца и скорейшего увеличения объема движений языка после рассасывания швов показан курс миогимнастики. При необходимости дополнительно проводят занятия с логопедом по отработке дифференцированных движений, необходимых для произношения отдельных звуков.

Если аномалия положения уздечки языка не сопровождается клинически определяемыми признаками формирующейся патологии и является только фактором риска, то лечение начинают с миогимнастики. Затем в возрасте 3–6 лет проводится оперативное вмешательство. При выявлении формирующейся к этому времени аномалии прикуса назначают ортодонтическое лечение.

Аномалия прикрепления уздечки верхней губы может вызывать нарушение смыкания губ, способствовать формированию диастемы (промежутка между центральными резцами), препятствовать ортодонтическому лечению при использовании аппаратов с вестибулярной дугой (рис. 6).

У детей в период молочного прикуса пластика уздечки верхней губы проводится только в случае ее хронической травмы. Операция заключается в отсечении уздечки от альвеолярного отростка в пределах мягких тканей и смещении ее в сторону губы.

После прорезывания постоянных верхних центральных резцов для определения плана лечения необходимо рентгенологическое исследование, которое позволяет установить положение зачатков боковых резцов, выраженность (мощность) срединного шва, степень сформированности корней центральных и боковых резцов и др. В сочетании с клиническими признаками полученные данные диктуют объем и содержание хирургического и ортодонтического лечения.

Правильное положение зачатков боковых резцов создает условия для саморегуляции. Оперативное

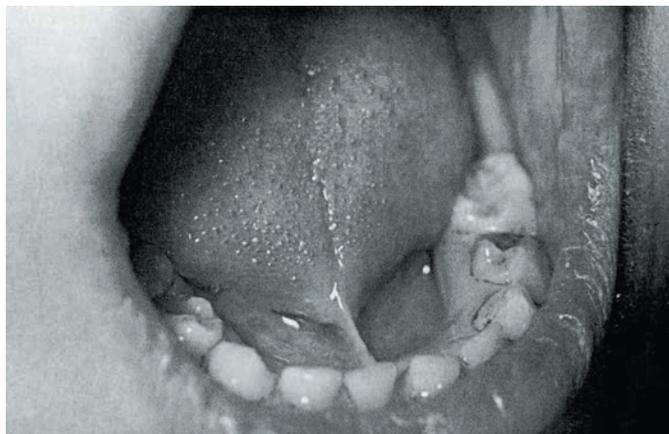


Рис. 5. Аномалия прикрепления уздечки языка

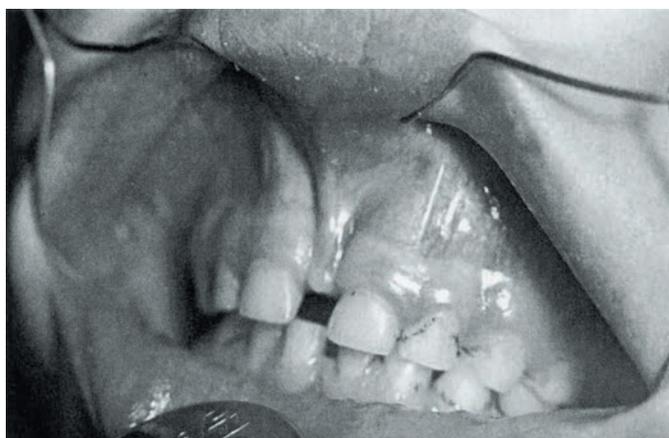


Рис. 6. Аномалия прикрепления уздечки верхней губы

вмешательство в этих случаях ограничивается простым рассечением мягких тканей уздечки с выскабливанием фиброзных тяжей, вплетающихся в срединный шов.

Небное положение боковых резцов в сочетании с диастемой и низким прикреплением уздечки верхней губы требует более радикального и комплексного (хирургического и ортодонтического) лечения. Пластика уздечки верхней губы может сочетаться с компакт-остеотомией и проводится в период, когда завершился рост корней резцов в длину. В этих случаях хирургическое лечение может предшествовать ортодонтическому или сочетаться с ним.

Одной из достаточно частых причин, приводящих к нарушению прорезывания зубов и изменению их положения, являются сверхкомплектные зубы.

Сверхкомплектные — это дополнительные зубы, которые не встречаются в нормальном прикусе, включая 32 зуба. Довольно часто сверхкомплектные зубы находятся во фронтальном отделе, в этой связи они могут либо задерживать прорезывание комплектного зуба, либо быть причиной его прорезывания в несвойственном ему месте. Диагностируется этот порок развития, как правило, в период прорезывания соответствующей группы зубов (4–7 лет). Удаление сверхкомплектных зубов проводится после длительного наблюдения, в течение которого становится очевидным патологическое

влияние сверхкомплектного зуба на положение комплектных зубов и формирование челюсти. В случае отсутствия такого влияния в удалении сверхкомплектного зуба необходимости нет.

Адензия — врожденное отсутствие зубов — это патология, противоположная сверхкомплектным зубам. Обычно отсутствуют верхние латеральные резцы, и для закрытия образовавшихся промежутков требуется ортодонтическое лечение. В некоторых случаях латеральные резцы находятся на месте, но имеют неправильную, коническую форму (шиповидный резец). Также встречается адензия третьих моляров и вторых премоляров. Аномалия, при которой отсутствует всего лишь несколько зубов, — гиподонтия — наблюдается наиболее часто.

При отсутствии боковых резцов и выраженно эстетического дефекта рекомендуется наблюдение у стоматолога, цель которого — своевременно провести коррекцию дефекта. Можно отпрепарировать клыки под боковые резцы, можно временным съемным ортодонтическим аппаратом заместить отсутствующие резцы до полного прорезывания остальных постоянных зубов. В последующем отсутствующие резцы следует заменить имплантированными. В настоящее время это делают с большим успехом.

#### **ЗАДАЧИ ПЕДИАТРА И СТОМАТОЛОГА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Задачи профилактики стоматологических заболеваний у детей в дошкольном возрасте значительно сокращаются по сравнению с его задачами в возрасте от 1 года до 3 лет, и, соответственно, возрастает роль стоматолога, ибо почти  $\frac{1}{3}$  детей к 3 годам с появлением раннего кариеса переходит под его наблюдение. Тем не менее, даже при активной работе детской стоматологической службы ряд мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний у детей в дошкольном возрасте может быть реализован только при правильном понимании существа вопроса и заинтересованности педиатра.



Рис. 7. Обучение гигиене полости рта в детском дошкольном учреждении

В широком внедрении дыхательной гимнастики в комплексное лечение заболеваний ЛОР-органов заинтересованы и стоматологи, ибо нарушенное носовое дыхание, сочетающееся с ЛОР-патологией, обуславливает развитие диспропорции челюстей, формирование аномалий прикуса.

В развитии аномалий прикуса большую роль играет положение языка, которое, в свою очередь, зависит от величины миндалин. В то же время гипертрофия миндалин без признаков хронического воспаления или хронический тонзиллит, протекающий без обострений, по мнению оториноларингологов, не являются показаниями к хирургическому лечению.

Задача педиатра состоит в том, чтобы при решении вопросов о санации носоглотки учитывать интересы ребенка в целом, предусматривать проведение мероприятий, направленных как на устранение очага инфекции, так и на нормализацию функций дыхания, глотания, предупреждение аномалий прикуса.

Педиатр видит свою задачу в воспитании у ребенка правильной осанки, поэтому посещает детей во время сна, приема пищи, игр и т.д. В формировании правильной осанки заинтересован и стоматолог, ибо правильная поза ребенка — это серьезная мера профилактики зубочелюстных аномалий.

По данным Е.К.Бирюковой, много лет проработавшей в специальном интернате ЦИТО, у детей, больных сколиозом, частота челюстно-лицевых деформаций составляет  $67,0 \pm 8,8\%$ , в то время как у детей этого же возраста без патологии позвоночника —  $29,34\%$ . Для детей со сколиозом характер деформаций челюстей специфичен: преобладают сужение зубных рядов в области первых премоляров и нижних моляров, увеличение длины апикального базиса обеих челюстей, уменьшение ширины апикального базиса нижней челюсти. Проявляется это глубоким фронтальным перекрытием нижних зубов верхними, возникновением глубокого травмирующего прикуса.

Автор считает, что лечение указанных деформаций прикуса следует начинать с момента установления первых признаков сколиоза, а профилактика должна состоять в воспитании у ребенка правильных поз во время сна и бодрствования.

Для воспитания навыков правильной осанки у детей необходима правильная организация всей жизни в детском дошкольном учреждении.

Стол и стул для детей подбирается по росту. Высота стола считается нормальной, если он на 2—3 см выше локтя ребенка, стоящего рядом. При сидении его спина должна касаться спинки стула, предплечья — свободно лежать на столе, а ноги, согнутые в коленных суставах под прямым или тупым углом, упираться в перекладину стола или стоять на полу. Если стол низкий, ребенок сутулится; высокий стол способствует возникновению искривления позвоночника. Все нарушения позы во время приема пищи, игр за столом могут привести к формированию неправильной осанки.

Матрац и подушка должны способствовать формированию правильной позы во время сна. Рекомендуется плоский матрац и низкая подушка. Однако некоторым детям полезно положить подушку так, чтобы во время сна голова несколько запрокидывалась и выдвигалась нижняя челюсть. За этим должен следить педиатр на основе осмотра детей и заключения стоматолога.

Формированию правильных рабочих поз у детей в значительной степени способствуют подвижные игры. В старших группах детского сада ребенку нужно показать, как правильно сидеть за столом, ходить и стоять. Нужно давать им носить различные предметы, перекладывая их из одной руки в другую.

Во время отдыха рекомендуется лежать на спине и на животе.

Наряду с вышесказанным, врач-педиатр должен активно участвовать в воспитании у детей гигиенических навыков по уходу за полостью рта, содействовать проведению ее санации и реализации диспансеризации всех детей у стоматолога.

Для повышения эффективности мер профилактики стоматологических заболеваний в детских дошкольных учреждениях необходимо:

- во все занятия по физическому воспитанию включать упражнения по укреплению мышц языка, губ, жевательной и мимической мускулатуры приротовой области;
- в комплекс игровых занятий включать игры по воспитанию навыков гигиены полости рта, рационального употребления сладостей, овощей, фруктов, молочных продуктов и т.д.;
- обучать детей правильному уходу за полостью рта, используя зубную пасту и щетку;
- регулярно проводить санацию полости рта (в соответствии с рекомендациями стоматолога) и мероприятия по профилактике кариеса;
- по специальным рекомендациям обеспечивать условия для лечебной миогимнастики, массажа жевательной и мимической мускулатуры и занятий с логопедом.

Ежегодные этапные эпикризы детского стоматолога должны быть обобщены в эпикризе (стоматологическом

статусе) ребенка, поступающего в школу, который должен включать:

- динамику диспансерного наблюдения по кариесу, аномалиям прикуса и другим заболеваниям;
- данные об экзогенной и эндогенной профилактике;
- данные о сроках, парности, последовательности прорезывания постоянных зубов, состоянии их тканей;
- гигиенический индекс;
- состояние прикуса;
- принадлежность ребенка к соответствующей диспансерной группе по данным стоматологического и общепедиатрического статуса.

### **Задачи и обязанности стоматолога при работе в детском дошкольном учреждении**

Организационно-подготовительная работа начинается со знакомства с контингентом детей (по историям развития), выделения детей в группы риска по развитию стоматологических заболеваний. Если дети осматривались стоматологом в конце первого года жизни, то группировка проводится на основании первого этапного эпикриза. В группу риска входят:

- дети, родившиеся от матерей с экстрагенитальными заболеваниями (пороки сердечно-сосудистой системы, гипертония, нефропатии, сахарный диабет, туберкулез, токсикоз беременных и др.);
- дети, у одного из родителей которых отмечается декомпенсированная форма кариеса;
- дети, родившиеся недоношенными;
- дети, перенесшие в период новорожденности и грудной период гемолитическую болезнь, пневмонию, гнойно-септические заболевания, рахит, гипервитаминоз D, болевшие более четырех раз ОРЗ, с пороками развития;
- дети из ближнего зарубежья.

Затем готовится вся необходимая документация: санационная карта для диспансеризации детей у стоматолога, для записи нуждающихся в консультации и лечении у ЛОР-специалиста, психоневролога, ортодонта, хирурга, проведения миотерапии с использованием специальных комплексов.