

УДК 616.314-089.23-053.3-039.57  
DOI: 10.33454/1728-1261-2021-1-66-72

## Профилактика зубочелюстных аномалий в раннем возрасте. Диспансеризация

А. В. Карелова<sup>1</sup>, О. С. Тимоненко<sup>1</sup>, Л. Е. Васяева<sup>1</sup>, О. Г. Рыбак<sup>2</sup>, С. В. Тармаева<sup>2</sup>

<sup>1</sup> КГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 22» МЗ ХК, 680023, г. Хабаровск, ул. Краснореченская, 177а; тел.: +7 (4212) 33-71-08, 33-71-10; e-mail: 22vita.khv@mail.ru

<sup>2</sup> КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

## Prevention of dentoalveolar anomalies at an early age. Preventive check-ups

A. V. Karelova<sup>1</sup>, O. S. Timonenko<sup>1</sup>, L. E. Vasyayeva<sup>1</sup>, O. G. Rybak<sup>2</sup>, S. V. Tarmayeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Children's Dental Clinic No. 22, 177a Krasnorechenskaya Street, 680023, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 33-71-08, 33-71-10; e-mail: 22vita.khv@mail.ru

<sup>2</sup> Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, 680009, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Статья посвящена организационным мероприятиям, обеспечивающим профилактику зубочелюстных аномалий в системе диспансерного наблюдения, которые должны строиться с учетом возрастных периодов развития ребенка.

**Ключевые слова:** профилактика; зубочелюстные аномалии; вредные привычки; нарушение функций: носового дыхания, глотания, жевания, речи.

The article is focused on organizational measures that ensure the prevention of dentoalveolar anomalies in the system of dispensary observation, which should be set up taking into account the age periods of the child's development.

**Key words:** prevention; dentoalveolar anomalies; bad habits; dysfunctions: nasal breathing, swallowing; chewing, speech.

### Актуальность

Одним из значимых показателей стоматологического здоровья является распространенность зубочелюстных аномалий и потребность населения в ортодонтическом лечении. Известно, что в структуре стоматологической заболеваемости детей зубочелюстные аномалии (ЗЧА) занимают третье место после кариеса зубов и заболеваний пародонта. По данным отечественных авторов, в различных регионах России среди детского населения ЗЧА встречаются от 41,8 до 77,0 % [1, 3, 5]. ЗЧА развиваются вследствие многих неблагоприятных факторов, встречающихся в процессе роста и развития организма ребенка [6]. Нарушение функций мышц лицевой и ротовой области – мощный этиопатогенетический фактор в возникновении аномалий положения зубов и развития верхней и нижней челюстей. Орфациальные миофункциональные расстройства (OMDs) включают ряд специфических характеристик, которые могут оказать негативное воздействие на состояние оральных поз и функций [2, 7]. Так, в возникновении и развитии аномалий зубочелюстной системы

общепринятыми факторами считаются влияние патологии органов дыхания, вредных привычек, кариеса зубов и его осложнений, общесоматической патологии.

Профилактические мероприятия должны строиться с учетом возрастных периодов развития ребенка. Наиболее благоприятным для профилактики зубочелюстных аномалий является период активного роста челюстей, связанный с формированием молочного прикуса, что совпадает с ранним дошкольным и дошкольным возрастом ребенка. В эти возрастные периоды определяются клинические признаки основных этиологических факторов, относящихся к функциональным нарушениям и способствующих развитию зубочелюстных аномалий. В период сменного прикуса профилактические мероприятия становятся менее эффективными. У детей с постоянным прикусом диагностируются сформированные зубочелюстные аномалии, требующие трудоемкого лечения [4, 6]. Поэтому определение активно действующих причин и их устранение уже не могут иметь профилактической направленности.

Принципы планирования лечебно-профилактических мероприятий на всех этапах развития зубочелюстной системы и вопросы организации профилактической стоматологической помощи включают важный аспект диспансеризации.

Диспансеризация стоматологических больных является комплексным методом раннего выявления больных, нуждающихся в долгосрочном динамическом наблюдении, их обследования и лечения, проведения медицинской и социально-педагогической профилактики стоматологических заболеваний, по поводу которых осуществляется наблюдение больных (Янушевич О. О., Вагнер В. Д., Персин А. С. и др., 2012) [4].

Значительная распространенность ЗЧА у детей различных возрастных периодов и, как следствие, лиц молодого возраста диктует необходимость совершенствования методов профилактики предрасполагающей ортодонтической патологии.

#### **Цель**

Формирование алгоритмов профилактических мероприятий зубочелюстных аномалий в раннем возрасте в системе диспансерного наблюдения.

#### **Материал и методы**

Изучены материалы, которые базируются на данных исследований ведущих специалистов в области стоматологии. Данные методические указания построены следующим образом: по периодам детства будут сформулированы наиболее часто встречающиеся этиологические факторы и представлены меры их предупреждения.

#### **Результаты и обсуждение**

По данным литературы, в период временного прикуса обращаемость за ортодонтической помощью низкая (до 5 пациентов в год) и возрастает к позднему сменному прикусу, так как именно в эти периоды возможна саморегуляция зубочелюстных аномалий [5]. Поэтому важным элементом служит выявление, устранение и профилактика этиологических факторов развития и прогрессирования ЗЧА у детей в ante- и постнатальном периодах жизни [6].

### **1. Внутриутробный период**

**Этиологические факторы, имеющие место в период внутриутробного развития плода, можно разделить на эндогенные и экзогенные.**

К эндогенным факторам относятся:

– наследственное предрасположение (в последние годы обнаружена ассоциация генов системы H1A, т.е. наличие этих генов является

фактором развития аномалий и пороков развития зубочелюстной системы);

– семейное предрасположение к развитию зубочелюстных аномалий (частичная или полная адентия, сверхкомплектные зубы, индивидуальная микро- или макроденция, нарушение структуры эмали зубов, микро- или макрогнатия, про- или ретрогнатия, врожденное несращение в челюстно-лицевой области, аномалии величины и прикрепления уздечек языка, губ; макроглоссия).

К экзогенным факторам необходимо отнести следующие:

– механические (травма, ушиб беременной женщины; тесная одежда будущей матери; неправильное предлежание плода);

– химические (алкоголизм и курение будущих родителей);

– профессиональные вредности (работа с лаками, красками, химическими реактивами);

– биологические (перенесенные заболевания беременной женщиной, особенно опасны для плода возбудители туберкулеза, сифилиса, возбудитель коревой краснухи, эпидемического паротита, некоторые формы гриппа, токсоплазмоз);

– психические (неблагоприятное влияние на развитие ребенка оказывают стрессовые ситуации у матери в первом триместре беременности);

– радиационные факторы (рентгеновское облучение, связанное с профессиональными вредностями, или пребывание беременной в районах с повышенным уровнем радиации).

#### **Профилактические мероприятия**

1. Медико-генетическое консультирование будущих родителей с целью определения величины генетического риска рождения ребенка с той или иной врожденной патологией челюстно-лицевой области при наличии ее у близких родственников.

2. Организация рационального режима труда, отдыха, питания беременных женщин. Проведение санитарно-просветительной работы среди них. Необходимо добиться понимания каждой женщиной важности обращения к детскому стоматологу на первом году жизни ребенка, если беременность протекала с осложнениями, ребенок родился с низкой массой тела, были осложнения в родах, т.е. когда очень высок риск возникновения самых различных заболеваний, в том числе стоматологических.

### **2. Дети первого года жизни (период начала прорезывания временных зубов)**

#### **Этиологические факторы:**

– искусственное вскармливание – данный вид вскармливания используется как сред-

ство выбора при отсутствии у матери молока, при этом не требуется значительных усилий мускулатуры и состояние младенческой ретрогении, т.е. наличие сагиттального несоответствия между верхней и нижней челюстями, во фронтальном отделе сохраняется, создается тенденция к дистальной окклюзии;

– неправильно проводимое искусственное вскармливание, т.е. использование жесткой и длинной соски, которая может вызвать травму слизистой полости рта, или, наоборот, очень мягкой, с одним большим отверстием на конце – данный вариант не требует от ребенка усилий при кормлении; помимо этого, некоторые родители оставляют ребенка «один на один» с бутылочкой. При этом она горлышком оказывает давление на альвеолярный отросток, деформируя его;

– родовая травма – в виде насильственного извлечения плода за нижнюю челюсть, при этом страдает зона роста – мышечковый отросток;

– рахит – заболевание, связанное с недостатком витамина группы D, проявляющееся в слабой минерализации костей, в том числе лицевого скелета, следствием которой может быть различной степени тяжести деформация как верхней, так и нижней челюсти: I – нижняя челюсть приобретает четырехугольную форму, при этом теряется контакт во фронтальном отделе и формируется глубокий прикус; II – верхняя челюсть приобретает V-образную или седловиднообразную форму; III – деформируется нижняя челюсть, угол челюсти подтягивается кверху, т.е. возможно формирование аномалии как в сагиттальной, так и в вертикальной плоскости – открытого прикуса;

– перенесенные заболевания; особенно тяжелые осложнения вызывает гематогенный остеомиелит, при этом возбудитель заболевания оседает в основном в зонах роста: на верхней челюсти – скуловой и лобный отростки, на нижней челюсти – суставной отросток;

– дыхание через рот в силу недостаточной очищенности носовых ходов от корочек или вследствие частичной или полной атрезии.

#### **Профилактические мероприятия:**

– естественное вскармливание – акт сосания груди является мощным стимулятором для роста костной ткани. При сосании нижняя челюсть изменяет положение в переднезаднем направлении за счет сокращения мышц. Мышцы, сухожилиями вплетаясь в надкостницу, передают давление костным балкам и кровеносным сосудам, питающим их. В результате зоны роста получают импульс с достаточным питанием кровеносных сосудов – так происходит физиологический процесс роста. В период вскармливания язык ребенка, придавливая со-

сок груди матери к нёбу, оказывает давление и обеспечивает рост и увеличение в объеме верхней челюсти;

– правильное искусственное вскармливание – соска на бутылочке должна имитировать по форме сосок груди матери, быть, соответственно, эластичной, упругой, иметь три маленьких отверстия, которые следует делать раскаленной иглой. Оптимальное время для высасывания порции еды из бутылочки емкостью 200,0 мл не менее 15 минут. Меньшая продолжительность «гимнастики» во время сосания приводит к недоразвитию нижней челюсти. При кормлении нужно держать ребенка под углом, как при грудном вскармливании. Бутылочку располагают также под углом, чтобы она не давила на нижнюю челюсть малыша;

– профилактика рахита должна проводиться врачами-педиатрами в зависимости от стадии заболевания (назначение профилактической или лечебной дозы витамина D);

– предупреждение гнойничковых заболеваний кожных покровов должно строиться на правилах гигиены челюстно-лицевой области;

– своевременное удлинение укороченной уздечки языка;

– регламентированное пользование соской-пустышкой – не более 15–20 минут после еды, если полученная порция пищи не вызвала удовлетворения сосательного рефлекса и ребенок ведет себя беспокойно, соску-пустышку дают также на период засыпания ребенка. Во время сна, бодрствования пользование соской-пустышкой не рекомендуется.

### **3. Дети 2-го и 3-го года жизни (период завершения формирования молочного прикуса)**

#### **Этиологические факторы:**

– вредные привычки (сосание пальцев, пустышки, различных предметов, прием пищи с помощью соски);

– рахит – недостаток витамина D;

– отсутствие в рационе ребенка жесткой пищи – «лень жевания»;

– затрудненное носовое дыхание;

– язык в покое располагается между зубами.

#### **Профилактические мероприятия:**

– устранение вредных привычек – на время сна ограничить движение рук с помощью рукавичек и жестких налокотников; при необходимости отучить ребенка от соски, используя гель (состав: 6 % альгинат натрия в 7,0–10,0 % настое травы полыни горькой), представляющий собой вязкую массу темнокоричневого цвета со специфическим запахом введенного лекарственного вещества (запах свежей травы).

Гель, в зависимости от характера вредной привычки у ребенка, наносят на поверхность резиновой части соски, на кожу пальцев рук ребенка, грудной сосок матери, предметы (карандаш, ручка и др.). Он быстро впитывается (в течение 1–2 минут) с последующим образованием прозрачной тонкой равномерной толщины пленки. Чаще гель наносят перед сном или кормлением ребенка грудью до устранения вредной привычки и закрепления результатов лечения. Необходимо, чтобы дети не видели процедуру нанесения геля на соски-пустышки, грудь матери и др. Если ребенок часто облизывает губы, то красную кайму губ следует 5–6 раз в сутки смазывать нейтральным жиром или оксолиновой мазью. Необходимо следить за правильным дыханием и настойчиво приучать ребенка дышать через нос; если во время бодрствования и сна преобладает дыхание через рот, следует проконсультироваться с оториноларингологом для исключения заболеваний носоглотки. При их отсутствии можно подвязать нижнюю челюсть бинтом. Если рот ребенка постоянно открыт, то для активации круговой мышцы рта можно проводить массаж. Ребенок не должен спать, подложив под щеку руку, кулачок, это может вызвать искривление челюстей. Если подбородок у ребенка выдается вперед, нижние зубы перекрывают верхние – это результат того, что во время сна подбородок прижат к груди. Вредно спать с запрокинутой головой, такое положение задерживает развитие и рост нижней челюсти. Нормальная поза во время сна – на спине или на боку (попеременно на правом и левом) с закрытым ртом;

- использование профилактических аппаратов с заслонкой для языка с целью предотвращения неправильного положения последнего;
- педиатрическая коррекция рахита;
- с 1,5 года жизни ребенка необходимо включать в рацион жесткий компонент пищи;
- пластика уздечки языка с целью правильного формирования функции речи;
- формирование навыков по гигиене полости рта.

#### **4. Дети в возрасте 3–6 лет (период сформированного молочного прикуса)**

##### **Этиологические факторы:**

– нарушение функции носового дыхания – проявляется в виде смешанного или ротового дыхания. В зависимости от сочетания с другими факторами способствует формированию различных аномалий – открытого, прогенического, глубокого, прогнатического прикусов и аномалий зубного ряда. Нарушение данной функции бывает связано с инфантильным способом глотания и несмыканием губ. Этим

взаимосочетанием и определяются его клинические признаки: рот полуоткрыт, корень языка смещен назад и вниз, что изменяет профиль лица ребенка – проявляется двойной подбородок. При дыхании заметно напряжение крыльев носа, изменение конфигурации ноздрей, в состоянии физиологического покоя отмечается увеличение нижней трети лица.

В результате неправильного дыхания нарушается динамическое равновесие мышц околоротовой области и языка. При ротовом дыхании изменяется форма верхней челюсти: она суживается в боковых отделах в результате неправильного положения языка и давления щек. Одновременно с сужением челюсти изменяется форма носовых ходов, искривляется носовая перегородка, а эти деформации в свою очередь поддерживают ротовое дыхание;

– нарушение функции глотания – проявляется тем, что в начальный момент глотания язык занимает межзубное положение и упирается во внутреннюю поверхность одной или обеих губ, что приводит к значительному напряжению тканей в окружности ротовой щели – симптом наперстка.

В норме процесс глотания претерпевает изменения от рождения до формирования молочного прикуса. Ребенок рождается с хорошо развитым рефлексом глотания и достаточной активностью языка, особенно его кончика. В покое язык располагается между десневыми валиками и бывает вытянут преимущественно вперед, что обеспечивает его готовность к работе. С появлением первых молочных зубов возникает перестройка процесса глотания в стадии «отправного толчка», при этом кончик языка отталкивается уже от появившихся зубов. С установлением полного молочного прикуса в возрасте 2,5 года у ребенка в норме заканчивается преобразование инфантильного способа глотания в соматический.

При нормальном (соматическом) способе глотания губы сложены спокойно, зубы сжаты, кончик языка упирается в передний участок твердого нёба за верхними резцами.

При неправильном (инфантильном) способе глотания губы не сжаты и кончик языка контактирует для «отправного толчка» с нижней губой, при сокращении подбородочной мышцы – симптом наперстка, а иногда и других мимических мышц, что отражается на конфигурации лица: заметна протрузия губ, подбородок приобретает вид наперстка, иногда наблюдается сморщивание лба, закрывание глаз и вытягивание шеи вперед для облегчения проглатывания;

– нарушение функции жевания – является активным фактором формирования открытого,

перекрестного, прогенического и других видов патологического прикуса. Наблюдается в различных вариантах:

1. Вялое жевание – жевание, при котором ребенок медленно и долго разжевывает пищу, не развивая достаточных усилий и запивая ее. Причинами такого жевания могут быть: ротовое дыхание, несвоевременное включение в рацион жесткой пищи, тяжелые соматические и инфекционные заболевания, длительное кормление ребенка с помощью соски-рожка, кариес.

2. Привычка жевать пищу на одной стороне. Наблюдается при раннем разрушении и удалении жевательных зубов на одной стороне, наличии зубов с осложненным кариесом, неравномерной стираемостью временных зубов, после травмы челюстей.

3. Привычка жевать передними зубами. Возникает после ранней утраты жевательных зубов или разрушения их вследствие кариеса, при патологическом стирании зубов со снижением высоты прикуса, врожденной множественной адентии;

– нарушение функции речи – для определения взаимосвязи данной функции и аномалий прикуса выявляются нарушения не только в произношении отдельных звуков, но также и в артикуляции, в частности в положении языка (межзубной сигматизм);

– нарушение физиологического стирания молочных зубов. Стираемость временных зубов – физиологический процесс, обусловленный, с одной стороны, возникающими функциональными нагрузками в связи с развитием активной функции жевания, а с другой – изменением структуры и свойств эмали временных зубов, вызванным резорбцией их корней. Первые признаки физиологического стирания появляются на резцах в 3-летнем возрасте, к 4–5 годам оно распространяется на клыки и моляры. Благодаря стиранию бугорков временных зубов обеспечивается плавное скольжение нижнего зубного ряда по отношению к верхнему, создаются оптимальные условия для полноценного жевания и формирования правильного прикуса.

**Профилактические мероприятия.** Регуляция функции дыхания включает следующие виды мероприятий:

1. Консультация ребенка у оториноларинголога.

2. Консультация и лечение ребенка у педиатра при наличии заболеваний органов дыхания.

3. Консультация специалиста ЛФК и назначение комплекса дыхательных упражнений.

4. Назначение массажа крыльев носа.

5. Изготовление головной шапочки и поддерживающей нижнечелюстной повязки для

пользования в ночное время при наличии привычки спать с открытым ртом;

– профилактика и нормализация функции глотания включает следующие мероприятия:

1. Лечение ребенка у оториноларинголога и нормализация носового дыхания.

2. Обучение ребенка правильной методике глотания с соблюдением основных правил: губы и зубы сомкнуты, мышцы лица и шеи максимально расслаблены, кончик языка прижат к переднему участку нёба;

– профилактика нарушений функции жевания заключается в проведении разъяснительной работы с родителями и персоналом дошкольных учреждений о необходимости и пользе включения в рацион ребенка жесткой пищи, своевременное устранение вредной привычки, изъятие соски. Важное значение имеет качественное лечение временных зубов и своевременное их возмещение в случаях ранней утраты, сошлифовывание нестершихся бугорков временных зубов, нормализация носового дыхания;

– профилактика зубочелюстных аномалий, возникших вследствие нарушений речи, заключается в раннем логопедическом обучении, своевременной нормализации носового дыхания, устранении привычек сосания сосок и пальцев;

– коррекция миодинамического равновесия с помощью миогимнастики;

– зубное протезирование при наличии дефектов зубного ряда;

– подшлифовывание бугров молочных зубов.

## **5. Дети 7–13 лет (период сменного прикуса)**

### **Этиологические факторы:**

– функциональные нарушения (дыхания, глотания, жевания, речи);

– задержка стирания бугров молочных зубов;

– нарушения в порядке смены зубов;

– наличие сверхкомплектных зубов;

– макродентия;

– низкое прикрепление уздечки верхней губы;

– наличие дефектов осанки, искривление позвоночника;

– множественный кариес.

### **Профилактические мероприятия:**

– регуляция функций дыхания, жевания, глотания и речи;

– регуляция миодинамического равновесия мышц челюстно-лицевой области;

– подшлифовка бугров молочных зубов;

– удаление задержавшихся молочных зубов и сверхкомплектных;

Таблица 1

**Диспансерное наблюдение за детьми с целью профилактики зубочелюстных аномалий**

Диспансерная группа	Состояние и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Особое внимание обращается на	Основные пути оздоровления
0 (I)	Дети с нормальным прикусом	Общее развитие организма, формирование прикуса, поражение зубов кариесом	Гигиеническая гимнастика, рациональное питание, правильный уход за полостью рта
I (II)	Дети, имеющие предрасположение или фоновые процессы для формирования аномалий зубочелюстной системы с: – вредными привычками – патологией лор-органов – неправильным глотанием – нарушением речи – последствиями рахита – короткими уздечками верхней губы и языка – мезиальным или дистальным соотношением молочных моляров – дефектами коронок зубов и зубных рядов – нестершимися буграми молочных клыков – патологической стираемостью зубов – несмыкающейся ротовой щелью	Борьбу с вредными привычками, регуляцию дыхания, жевания, глотания, речи, миодинамического равновесия, отсутствие дефектов осанки	Те же, а также: – санация носоглотки и нормализация дыхания – нормализация жевания, речи, глотания – удлинение уздечки языка – удлинение уздечки верхней губы после прорезывания 1/1 – подшлифовка бугров молочных клыков у детей старше 4,5 года – устранение вредных привычек – логопедическое обучение – замещение дефектов коронок зубов – стабилизация высоты прикуса
IIa (III)	Дети, имеющие нерезко выраженные (без лицевых симптомов) аномалии прикуса, с неправильно прорезывающимися отдельными зубами, с дефектами зубных рядов	Правильное формирование функций, своевременное устранение этиологических факторов	Дыхательная, корригирующая гимнастика, использование давящих повязок на губу, подбородочной пращи, вестибулярных пластинок, массаж пальцевой в области неправильно прорезывающихся зубов, гимнастика шпателем, профилактическое зубное протезирование
IIб (IV)	Дети с выраженными зубочелюстными аномалиями, сопровождающимися лицевыми симптомами и функциональными нарушениями, дефектами зубного ряда и аномалиями прикуса, последствиями травм, опухолей, воспалительных процессов, расщелиной верхней губы и нёба	Устранение этиологического фактора, регуляция функций жевания, дыхания, глотания и речи, формирование правильной осанки	Устранение этиологического фактора, дыхательная и корригирующая гимнастика, специальная гимнастика, аппаратное ортодонтическое лечение

– френопластика – пластика уздечки верхней губы в возрасте не ранее 7–8 лет, т.е. после прорезывания боковых резцов на верхней челюсти);

- углубление преддверия полости рта;
- серийное удаление зубов по Хотцу.

Исправление функциональных нарушений затрудняется ввиду того, что проявляется устойчивая взаимообусловленность патологически измененных функций и отклонений в морфологическом строении органов полости рта.

Медицинским аспектом профилактики является диспансеризация, которая представлена в виде работы лечебно-профилактических уч-

реждений, обеспечивающая предупреждение болезней, раннее их выявление и лечение при систематическом наблюдении за больными.

Диспансеризация предусматривает обязательное во все возрастные периоды ребенка проведение плановой санации полости рта, профилактических мероприятий в отношении кариеса зубов и аномалий прикуса, создание благоприятных условий для формирования и созревания тканей зуба, пародонта, контроль за воспитанием гигиенических навыков.

Диспансеризацию ортодонтических больных осуществляют республиканские, краевые, областные, городские, межрайонные, район-

ные детские стоматологические поликлиники. Укрупненные поликлиники, обслуживающие до 150 тысяч детей, приближают помощь к детям и подросткам путем создания дошкольно-школьных стоматологических участков и обеспечивают детей всеми видами специализированной медицинской помощи в базовом учреждении.

Мероприятия по диспансеризации проводятся поэтапно, с учетом потребности в профилактической и лечебной помощи на участках. Детей группируют по формам зубочелюстных аномалий.

**Первый этап** – регистрация пациентов. Врач должен знать контингент больных, учитывать их пол, возраст и общее состояние здоровья.

**Второй этап** – специализированный осмотр каждого ребенка и санация полости рта. Полученная информация является основой для формирования диспансерных групп и последующего наблюдения за ними.

**Третий этап** – распределение пациентов по группам для ортодонтической диспансеризации и составление плана работы врача на участке.

**Четвертый этап** – наблюдение за пациентами, санация полости рта, проведение уроков гигиены и других массовых профилактических мероприятий.

**Пятый этап** – изучение эффективности ортодонтической диспансеризации, определение форм и средств совершенствования этой работы.

Комплекс лечебно-профилактических мероприятий, намеченных при осмотре ребенка, регистрируется в карте диспансеризации, после чего распределяют детей по диспансерным группам по А. Д. Осадчему (I, II, III, IV) и ВОЗ (0, I, IIa и IIб), которые представлены в таблице 1.

### **Выводы**

1. ЗЧА имеют сложные патогенетические механизмы развития и многофакторную природу, основными из которых являются миофункциональные нарушения – наиболее существенный постнатальный фактор, влияющий на формирование окклюзии и способствующий нарушению социальной адаптации ребенка.

2. В своевременном выявлении и устранении факторов риска, способствующих возникновению зубочелюстных аномалий, важное значение имеет активное участие родителей, медицинского персонала и воспитателей детских дошкольных учреждений.

3. Непременным условием в профилактике ЗЧА является осведомленность родителей, медицинского персонала и воспитателей детских дошкольных учреждений по всему аспекту вопросов, касающихся причин возникновения стоматологических заболеваний у детей, включая зубочелюстные аномалии.

4. Мы считаем необходимым разработку программ санитарного просвещения в отношении профилактики ЗЧА у детского населения с целью повышения стоматологической грамотности и мотивации родителей, медицинского персонала и воспитателей детских дошкольных учреждений.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Арзуманян, А. Г. Изучение распространенности и структуры зубочелюстных аномалий среди детей и подростков (обзор литературы) / А. Г. Арзуманян, А. В. Фомина // *Вестн. новых мед. технологий*. – 2019. – № 1. – С. 14–18.
2. Игнатьева, Л. А. Влияние миофункциональных нарушений челюстно-лицевой области на формирование патологии окклюзии у детей / Л. А. Игнатьева, Н. Х. Хамитова // *Казан. мед. журн.* 2019. – Т. 100, № 3. – С. 422–425.
3. Мохамед, И. С. Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у детей и подростков / И. С. Мохамед, В. М. Водолацкий. – Текст: электронный // *Вестн. новых мед. технологий*. – 2020. – № 1. – Публ. 1-1. – URL: [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_42618657\\_14806191.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_42618657_14806191.pdf) (дата обращения: 12.01.2020).
4. *Ортодонтия : учеб.* / А. Н. Карпов, М. А. Постников, Г. В. Степанов. – Самара: Изд.-полиграф. комплекс «Право», 2020. – 319 с.
5. *Оценка структуры зубочелюстных аномалий у детей, обратившихся за ортодонтической помощью* / А. В. Уфимцева, К. О. Кудрина, А. О. Гезамян, Л. Р. Саран // *Ин-т стоматологии*. – 2019. – № 1 (82). – С. 22–23.
6. *Стоматология детского возраста : учеб. пособие* / под ред. Ад. А. Мамедова, Н. А. Генне. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 184 с.
7. Чебыкина, Ю. В. *Комплексный подход в работе логопеда при формировании моторной базы речи* // *Наука третьего тысячелетия : материалы Междунар. (заочной) науч.-практ. конф. – Нефтекамск, 2020. – С. 903–908.*