

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

*ОРГАНИЗАЦИЯ, ПРОФИЛАКТИКА,
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И РЕАБИЛИТАЦИЯ В СТОМАТОЛОГИИ*

МАТЕРИАЛЫ
IV СЪЕЗДА СТОМАТОЛОГОВ
БЕЛАРУСИ



Витебск, 2000

УДК 616.31:658:061.3—03(476)
ББК 56.6
М 34

Под редакцией доктора мед. наук, профессора **И. К. Луцкой**

Редакционная коллегия:

Доктор мед. наук, профессор **И. К. Луцкая** (отв. редактор), доктор мед. наук, профессор **А. С. Артюшкевич**, доктор мед. наук, профессор **П. А. Леус**, доктор мед. наук, профессор **Э. М. Мельниченко**, канд. мед. наук, доцент **С. А. Наумович** (ответственный секретарь), канд. мед. наук, доцент **А. Г. Третьякович**, **В. В. Варганов**, **Н. В. Кравцова**

Материалы IV съезда стоматологов Беларуси.

М 34 Организация, профилактика, новые технологии и реабилитация в стоматологии (под редакцией проф. **И. К. Луцкой**).—Витебск: Витебская областная укрупненная типография им. Коминтерна, 2000 г.—496 с.

ISBN 985-6323-49-5

© Министерство здравоохранения
Республики Беларусь, 2000 г.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

К. С. Тристенъ, В. Н. Тристенъ

Детская стоматологическая поликлиника, г. Барановичи

Лечение зубочелюстных аномалий сложное, длительное и успех его зависит от контакта ребенка с родителями и врачом-ортодонтом, от сложности аномалии и выбора метода лечения.

Нуждаемость в ортодонтическом лечении у детей составляет от 39% (Т. Д. Головач, 1997) до 70% (А. Н. Чумаков, 1989; Т. Н. Терехова, 1997).

С целью определения методов лечения, применяемых врачом-ортодонтом, поликлиникой изучены амбулаторные карты стоматологического здоровья 350 детей в возрасте от 4 до 16 лет, получивших ортодонтическую помощь. На каждого ребенка заполнялась карточка, в которую вносились анкетные данные, диагноз врача-ортодонта, дата начала и окончания лечения или отметка о том, когда ребенок прекратил лечение. Мы отмечали вид примененного аппарата или метод лечения, число посещений врача-ортодонта, консультации пародонтолога, хирурга-стоматолога, терапевта-стоматолога, детского гинеколога; переделки ортодонтических аппаратов по инициативе врача-ортодонта по плану лечения или в результате утери, поломки ортодонтического аппарата ребенком; осложнения в процессе лечения.

Всего изучены карточки на 132 мальчиков и 218 девочек. Всех детей лечил один врач-ортодонт поликлиники.

Анализ показал, что 101 ребенок (28,8%) лечился с различными дистальными прикусами: дистальный, дистальный глубокий, дистальный открытый.

С мезиальным прикусом лечились 44 ребенка (12,5%); с глубоким—56 детей (16,0%); с открытым—всего 5 детей (1,4%); с перекрестным—8 детей (2,3%).

С аномалиями положения отдельных зубов лечились 23 ребенка (6,6%) и 99 (28,3%)—с сужением верхней челюсти.

Из 350 детей, выбранных нами, было по несколько случаев с зубоальвеолярным удлинением, фронтальной прогенией, скученностью зубов и с врожденной расщелиной твердого неба.

Врач-ортодонт применял следующие виды лечения: миотерапия, аппаратное лечение, комплексное, хирургическое и ортопедическое лечение.

Избирательная пришлифовка зубов проводилась 9 детям (2,57%); миотерапия—10 (2,86%).

329 детей (94,0%) получили аппаратное лечение. Этим детям применено 411 различных аппаратов, из которых 373 (90,75%)—внутриротовые и 38 (9,25%)—внеротовые в составе комплексного лечения.

По принципу действия механически действующих аппаратов было 116 (28,2%); функционально-направляющих—67 (16,3%); функционально-действующих—8 (1,95%) и сочетанных—153 (37,23%).

Комплексное лечение—сочетание аппаратного с хирургическим (удалением зубов, пластикой преддверья, компактостеотомией)—проведено 67 (16,3%) детям.

Ортопедическое лечение проведено 2 детям (2,57%).

Аппаратами, механически действующими, были пластинки со сложной дугой и кламмерами Адамса, пластинки с вестибулярной дугой, винтом и кламмерами; функционально-направляющими—пластинки с наклонной плоскостью и аппарат Брюкля, пластинки с накусочной площадкой, коронки Катца; функционально-действующие представлены аппаратом Андресена-Хойпля.

Сочетанно действующие аппараты сочетали механически действующие винты, протракционные пружины с наклонной плоскостью, окклюзионными накладками. Чаще это были пластинки с вестибулярной плоскостью, винтом и разобщающие пластинки с протракционной пружиной.

Таким образом, проведенный анализ работы ортодонтического кабинета показал, что при лечении разнообразных ортодонтических аномалий у детей использовались различные методики, доступные для бесплатного оздоровления.

ЧАСТОТА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ г. БАРАНОВИЧИ

К. С. Тристень, Н. Г. Шинкарева

Детская стоматологическая поликлиника, г. Барановичи

При планировании и организации профилактики стоматологических заболеваний у детей необходимо учитывать и ортодонтическую помощь им ввиду высокого уровня распространенности зубочелюстных аномалий и влияния их на состояние здоровья детей и тканей полости рта в том числе.

По данным разных авторов, аномалии зубочелюстной системы встречаются от 33,7% (Ф. Я. Хорошилкина, А. Н. Кушнер) до 51—54% (Е. Ю. Симановская, Т. Д. Головач).

Цель нашего исследования—изучение частоты зубочелюстных аномалий у детей города, употребляющих питьевую воду с низким содержанием фтора (0,02 мг/л).

Обследование проводилось в стоматологических кабинетах школ, группе детсада в 1998 и 1999 годах. Всего обследовано 1692 ребенка в возрасте от 2 до 14 лет включительно, из них 860 мальчиков и 832 девочки. Для диагностики мы пользовались классификацией Д. А. Калвелеса. Результаты исследования представлены в таблице.

Установлено, что у 769 человек из 1692 ($45,45 \pm 1,2\%$) обследованных были аномалии зубочелюстной системы. Из числа всех аномалий $40,3 \pm 1,8\%$ составляли аномалии зубных рядов; $33,9 \pm 1,7\%$ —аномалии прикуса; $25,8 \pm 1,5\%$ —аномалии отдельных зубов. Существенной разницы в распространенности зубочелюстных аномалий у детей разного пола не выяв-