



Редки Болести и Лекарства Сираци

Брой 4 / 2017 г.

ISSN 1314-3581
<http://journal.raredis.org>

Ролята на ортодонтската профилактика при ранна диагностика на малоклузиите

Кети Йовчева

Катедра по Ортодонтия, Факултет по Дентална медицина, Медицински университет – Пловдив

Резюме

Разпознаването на малоклузиите като важен проблем в обществените орални здравни грижи за деца предполага необходимост от рационално планиране на превантивни мерки, защото отклоненията в зъбно-челюстното развитие могат да имат пагубни последици върху качеството на живот на пациентите. Цел на настоящата публикация е да се изследва и подчертае ролята на ортодонтската профилактиката при ранна диагностика на малоклузиите, както и да се направи исторически преглед на развитието на тези мерки в България.

Ключови думи: малоклузии, профилактика

The role of orthodontic prophylaxis in early diagnosis of malocclusions

Keti Yovcheva

Department of Orthodontics, Faculty of Dental Medicine, Medical University of Plovdiv

Abstract

Recognizing malocclusions as an important problem in public oral health for children suggests the need for rational planning of preventative measures. Deviations in dental-jaw development may have detrimental effects on the quality of life of patients. The purpose of this publication is to investigate and highlight the role of prophylaxis in early diagnosis of malocclusions, as well as to make a historical review of the development of these measures in Bulgaria.

Keywords: malocclusions, prophylaxis

Кореспонденция:

Д-р Кети Йовчева, гм
e-mail: drketiyovcheva@gmail.com

Correspondence:

Dr. Keti Yovcheva, DD, PhD
e-mail: drketiyovcheva@gmail.com

Въведение

Данни на СЗО [1] показват, че малоклузията е третият по значение орален здравен проблем, след кариеса и заболяванията на пародонта. Малоклузията не се определя като болест и затова е трудно да се дефинира [2], но тя присъства в *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* от 1992 г. [3]. Тя е морфологична вариация, която може да е или да не е свързана с патологично състояние. Разпознаването на малоклузиите като важен проблем в обществените орални здравни грижи за деца, предполага необходимост от рационално планиране на превантивни мерки, защото отклоненията в зъбно-челюстното развитие могат да имат пагубни последици върху качеството на живот на пациентите [4-6].

Цел на проучването

Цел на настоящата публикация е да се изследва и подчертае ролята на ортодонтската профилактика при ранна диагностика на малоклузиите, както и да се направи исторически преглед на развитието на тези мерки в България.

Материал и методи

Осъществено е проучване на достъпната литература.

Резултати и обсъждане

В нашата страна се наблюдава увеличение броя на ортодонтските отклонения, което е вследствие липсата на реализация на национална програма за профилактика и на незаложено финансиране на такава в бюджета на Националната Здравноосигурителна каса. Опитът от последните десетилетия показва недвусмислено, че решаването на проблема със зъбно-челюстните деформации е възможен само на основа укрепване на профилактичната дейност сред децата, заложен в изработения стандарт „Ортодонтия“ [7]. В България се установява и липса на интердисциплинарен подход, както и колаборация между дентални лекари, медици, логопеди, ортодонти и др. До началото на 90-те години здравеопазването в нашата страна е централизирано и се прилагат различни профилактични мерки в детските ясли и училищата под формата на отчетност или прегледи [8]. След настъпването на промените, отговорността дали детето ще ходи на профилактични прегледи е прехвърлена изцяло на родителите. В новите условия лекарят по дентална медицина играе основна роля в ортодонтската профилактиката, за което той трябва да има нужните познания и да сътрудничи с останалите специалисти (ортодонти, медици, логопеди, генетици). В своите проучвания Гешева и Мутафчиев [9] използват класификацията на СЗО, в която ортодонтската профилактика се

Таблица 1. Видове ортодонтска профилактика по Гешева и Мутафчиев [9]

Първична ортодонтска профилактика	Вторична ортодонтска профилактика	Третична ортодонтска профилактика
Мероприятия, за недопускане или отстраняване действието на етиологични фактори, които могат да доведат до отклонение от нормалното развитие на съзъбието.	Свързана с лечение на някои начални форми на зъбно-челюстни деформации – профилактична мярка, спираща развитието и затвърдяването на по-тежки форми.	Насочена към факторите при вече клинично изявено отклонение; предприемане на мерки за отстраняване на дълготрайните ефекти на заболяването и промяна в прогнозата за пациента.

разделя на първична, вторична и третична (таблица 1).

В България е била разработена програма за организация на първична и вторична профилактика от временно до оформено постоянно съзъбие, която е включена в обучението по ортодонтия на студентите по дентална медицина. В програмата за организация на първичната профилактика на зъбно-челюстните деформации и аномалии на Мутафчиев [10, 11, 12], профилактичните мероприятия са разпределени по възраст на пациента:

- профилактика на бременната
- профилактика в кърмаческа възраст
- профилактика при деца до 3 годишна възраст
- профилактика при деца между 3 и 6 годишна възраст
- профилактика в ученическа възраст от 7 до 14 годишна възраст

През 1986 г. предложената програма от Мутафчиев [11] за първична ортодонтска профилактика стават част от „Национална комплексна програма за профилактика на стоматологичните заболявания при децата“, разработена от Атанасов Н и кол. [12]. Концепцията на Атанасов К [13] за масова ортодонтска профилактика включва: профилактични прегледи в детските ясли (които се дефинират като здравно-профилактични и възпитателни заведения) и в детските градини чрез участие на стоматолози, мощен медицински персонал, възпитатели и родители; първична (хигиена на ортодонтските апарати, флуорна ортодонтска профилактика, борба с вредните навици и др.) и вторична (миогимнастика, корекция на парафункции и др.) профилактика; борба с вредните навици, провеждане на активна образователна дейност чрез различни нагледни материали. Авторите включват към първичната профилактика и изпиляване на временни зъби.

Ефективността на ортодонтската профилактика е добре проучена в България от Атанасов К [13] и Мутафчиев и кол. [14-15]. Авторите доказват посочените фактори чрез резултатите от проследяването на 202 деца за период от две години (диаграма1). Те конкретизират и основните причини за затрудненото провеждане на профилактични мероприятия: липса на съдействие от



Диаграма 1. Модел за масова ортодонтична профилактика в обединени детски заведения [13]

страна на родителите, необходимост от определено ортодонтично лечение, непълно обхващане на децата в детската градина, нередовно и некачествено провеждане на миогимнастиката.

Те поставят тези причини в пряка връзка с подготовката, убедеността и активността на стоматолози, медицински сестри, педагози и родители, защото здравното възпитание по отношение на денталното здраве трябва да започне още от предоставянето на информация на бъдещите майки в женските консултации, да продължи в детските консултации, градини и училища, семейството (*принципа за развитие на лични умения, знания и възможности за укрепване на здравето*), както и да обхване цялото общество (*принципа за засилване на общественото участие в здравното дело*) [16].

Според данните от анкетно проучване на Мутафчиев, Динкова и Узунова [17] сред 610 родители, по-голямата част познават вредните навици, които водят до неправилно подреждане на зъбите, но половината от тях не знаят до какви смущения може да доведе ранната загуба на временни зъби. Авторите са на мнение, че липсва подходяща навременна информация и мотивация на родителите, за да могат своевременно да се справят с отстраняването на тези навици, а според анкетиранияте най-голяма роля за информираността на родителите по отношение за причините за ортодонтични деформации са прекият контакт с лекаря по дентална медицина и средствата за масова

информация.

Успешното участие на педагозите в осъществяването на ефективна профилактика на основните орални заболявания зависи от техните знания, мотивация, време, обучение, контрол на извършената дейност и стимули [18-20].

В развитите страни различни дентални съсловия и здравни организации предлагат насоки и ръководства за провеждане на ортодонтична профилактика [21-23]. American Academy of Pediatric Dentistry [AAPD] [22] препоръчва професионалната орална грижа да започне още в най-ранна детска възраст, като принципната им стратегия е концентрирана в първичната профилактика. Мониторинг на развиващото се съзъбие показва необходимост за ранното откриване, диагностицирането и лечението на ортодонтични отклонения. Те препоръчват първият ортодонтичен преглед да е не по-късно от 7 годишна възраст.

Canadian Paediatric Society [CPS] [23] толерира смученето на биберон-зальгалка пред смученето на палец/пръст, защото родителят по-лесно има контрол върху навика. CPS са против слагането на мед, захар или сироп върху биберона, защото има висок риск към кариес и обръщат внимание, че навикът за смучене трябва да се преустанови преди пробива на постоянните зъби. CPS заявява че продължителната употреба на биберон може да навреди на съзъбието и че по-лесно се отвиква от смучене на биберон отколкото от това на пръст.

Sporeg Kahl-Nieke u Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie [DGKFO] [24], индикации за ранно ортодонтико лечение във временно съзъбие има при изразени скелетни деформации и аномалии с тенденция към загълбочаване, които могат да пречат на нормалния растеж и развитие или такива, при които успешното късно лечение е трудно постижимо или невъзможно, или не могат да бъдат предотвратени с интерсептивни профилактични мерки. Такива деформации и аномалии са:

- Клас III деформации
- мандибуларна ретрогнатия с тежък овърджет
- странична кръстосана захалка с риск за нарушаване растежа на максилата
- изразени странична кръстосана и предна кръстосана захалка, които инхибират растежа на челюстите
- екстремни форми на предна отворена захалка
- травматично обусловени деформации (травми в областта на долночелюстната става)
- Вродени аномалии – цепки и синдроми (Down, Pierre Robin).

Köneke, Jagst & Adam [25] разглеждат старта на ортодонтичното лечение в зависимост от интензитета на растеж на тялото. Авторите обобщават, че максималната скорост на общ растеж е в периода на ранна детска възраст, а не през пубертета. На мнение са, че трябва да се провежда индивидуална функционална терапия с подходяща за възрастта апаратура, като ефективността от лечението зависи от възможно най-ранния му старт. А най-ранната възраст за започване на терапия се определя от менталното развитие на детето.

Sporeg Hinz, Senkel & Thouet [26] индикации за ранно ортодонтико лечение във временно съзъбие има при съответните морфологични критерии (таблица 2), но дори и при по-леки деформации, съпроводени с функционални смущения, които допълнително могат да влошат отклонението.

Таблица 2. Необходимост от лечение във временно съзъбие по Hinz et al. [26]

Отклонение	Симптом
Дълбока захалка	дълбока захалка с гингивален контакт
Овърджет	> 6 mm
Дистална захалка	1 PV и >
Отворена захалка	> 4 mm
Нарушена опорна зона	ранна загуба на временни зъби
Кръстосана захалка	всички случаи
Прогения	истинска, лъжлива

Mauck & Tränkemann [27] провеждат ранно лечение във временно съзъбие на 30 деца на средна възраст 4.5 години и ги проследяват до периода на постоянно съзъбие на средна възраст 15.4 години, като намират значима разлика в продължителността на времето за лечение при па-

циентите с Клас III отклонения или странична кръстосана захалка, което е по-кратко в сравнение с лечение на тези с Клас II или предна отворена захалка. Успешно излекуват 27 деца, като не откриват рецидив през периода на наблюдение, но при 24 от тях провеждат допълнително ортодонтико лечение за водене на пробива на постоянните зъби, за да предотвратят развитие на генто-алвеоларна деформация през този период. Авторите са на мнение, че предимствата на ранното лечение във временно съзъбие от една страна води до хармонизиране на оклузията и подобряване на скелетната морфология, а по този начин се реализира физиологичен растеж и развитие на зъбно-лицеви и черепно-лицеви структури.

Заклучение

Развитието на профилактичните мерки за отстраняване на малоклузиите е основа за правилното развитие на стабилна, функционална и естетична оклузия. Постигането на такава оклузия е основен компонент на оралните здравни грижи за децата, защото деформациите във временното съзъбие могат да имат пагубно влияние върху зъбно-челюстното развитие и върху качеството на живот на пациентите свързано с оралното здраве.

Библиография

1. World Health Organization (WHO): oral health surveys—basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization, 1997; 47–52
2. Nelson S. Epidemiology for the Practicing Orthodontist. Seminars in Orthodontics, 1999 Vol. 5, No 2: 77–84
3. Международна класификация на болестите (ICD 2010) - <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/K07>
4. Мусурлиева Н. Качество на живот при болни с хроничен пародонтит. Дисертация – Пловдив 2013.
5. Мусурлиева Н. Връзка между орално и общо здраве - клиничен случай на пациент с цитомегаловирус, токсоплазмоза и множествен кариез. Списание Редки болести и лекарства сираци 2016;7(2):26-7.
6. Мусурлиева Н. Представяне на клиничен случай на пациент с епилепсия и детски паралич-орални прояви. Списание Редки болести и лекарства сираци 2016;7(1):3-5.
7. Стойкова М, Мусурлиева Н. Нормативни документи свързани с денталната практика. МУ-Пловдив 2014. ISBN 978-619-7085-32-7
8. Стойкова М, Мусурлиева Н. Някои проблеми на профилактиката и промоцията на денталното здраве в България (обзор). Дентална медицина 2011; 93 (2):178-182.
9. Гешева, Н., Мутафчиев, В. Профилактика на зъбно-челюстните деформации. – Медицина и физкултура, 1980. 10-35
10. Декова Л, Мутафчиев В, Крумова В. Атлас по ортодонтична профилактика. Медицина и физкултура 1993, 171–173.
11. Мутафчиев В, Йорданов В, Крумова В. Ортодонтия. 2003
12. Атанасов Н и др. Място и роля на отглеждащите деца на в профилактиката на основните стоматологични заболявания при организирани контингенти. Стоматология 1992; 20(2), 24–25
13. Атанасов К. Масова ортодонтична профилактика. Автореф. Дис. ДМН, Пловдив 1989, 8–10, 23–24.
14. Мутафчиев В, Атанасов Н, Гърбузанова Л, Григорова С, Динкова М, Желева С, Александрова Т. Масова профилактика на зъбно-челюстните деформации в детските заведения – организация и проблеми. Габрово 1989, 19–30.
15. Мутафчиев В, Чаръкчиева Е, Динкова М. Резултати от профилактиката

- на зъбно-челюстните деформации в детските градини. Габрово 1989, 143–148.
16. Стойкова М, Мусурлиева Н. Модел за подобряване оралното здраве при възрастни пациенти. Проблеми на денталната медицина 2015. 41(2):26-30
 17. Мутафчиев В, Динкова М, Узунова Ст. Информираност на родителите за основните причини за зъбно-челюстни деформации. Стоматология, С., 1989; 4:43–46.
 18. Атанасов Н. Стоматологични профилактични програми. NBS Group 2003, 39–41
 19. de Sousa RV, Ribeiro GL, Firmino RT, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Prevalence and Associated Factors for the Development of Anterior Open Bite and Posterior Crossbite in the Primary Dentition. Brazilian Dental Journal, **2014;25(4): 336–342.**
 20. Shetty K, Acharya B, Higgins M. Anticipatory guidance in pediatric oral health. The Internet Journal of Pediatrics and Neonatology 2005; 6:1
 21. Togoo RA. Strategies for early interception of malocclusion. Guident 2012; January 36–40.
 22. American Academy of Pediatric dentists (AAPD). Guideline on Management of the Developing Dentition and Occlusion in Pediatric Dentistry. 2014
 23. Canadian Paediatric Society. Recommendations for the use of pacifiers. Paediatric Child Health. 2003;8: 515–9 <http://www.cps.ca/documents/position/pacifiers>
 24. Kahl-Nieke B (2014) Überarbeitung der Stellungnahme „Optimaler Zeitpunkt für die Durchführung kieferorthopädischer Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung der kieferorthopädischen Frühbehandlung“. Vorstand der DGKFO. http://www.dgkfo-vorstand.de/fileadmin/redaktion/stellungnahmen/Stellungnahme_Behandlungsbeginn.pdf
 25. Köneke A, Jagst C, Adam M. Wachstumsabhängiger Beginn kieferorthopädischer Behandlungen – Früh oder spät. Manuelle Medizin © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014; 52:402–410.
 26. Hinz R, Senkel H, Thouet M. Wann ist die kieferorthopädische Behandlung im Milchgebiss nötig? Zahnärztl Mitt 1992;79: 2429–38.
 27. Mauck C, Tränkmann J. Influence of orthodontic treatment in the primary dentition upon development of the dentition and craniofacial growth. Journal of Orofacial Orthopedics / Fortschritte der Kieferorthopädie, 1998; 59(4); 229–236