

*Окончание. Начало читайте в КС №№ 1–4/2014 и 1–2/2015.*

**Максимова Ольга Петровна**

*Улыбайтесь, господа, улыбайтесь!*

**Настольная книга для  
стоматологов, педиатров,  
учителей и родителей.**



**Национальная Академия эстетической стоматологии  
TBI Company**

## Глава 4. Воспитательные традиции для сохранения здоровья (продолжение)

Еще одним важным аспектом нарушений сосания и глотания является срыгивание. Этот симптом всегда очень беспокоит родителей, но не все знают те простые правила, соблюдение которых позволяет уменьшить или вовсе избежать срыгивания.

Срыгивание — это заброс желудочного содержимого в пищевод и полость рта. В отличие от рвоты срыгивание не сопровождается напряжением мышц брюшного пресса и диафрагмы и несильно беспокоит ребенка. Почему же это происходит?

Первая причина — это анатомическое строение системы пищеварения. У детей первых месяцев желудок имеет не вытянутую, а круглую форму, а пищевод короткий и широкий. Поэтому пища так легко эвакуируется через него из желудка в рот.

Вторым обстоятельством является почти постоянно горизонтальное положение малыша, что способствует затеканию содержимого желудка в пищевод.

Третья причина состоит в следующем. В интервалах между приемами пищи в желудке скапливается воздух, который во время кормления вытесняется пищей и провоцирует срыгивание. Однако оно бывает довольно редким, незначительным и воспринимается как вариант нормального развития. Ситуация усугубляется при негармоничном формировании мышц околотротова области. У здорового ребенка с хорошо развитыми мышцами губ обеспечивается плотный, почти герметичный хват соска, и воздух не попадает в желудок вместе с молоком. Если же круговая мышца рта развита слабо и герметизм при сосании нарушен, вместе со струей молока малыш захватывает воздух. Его количество становится неизмеримо большим, и срыгивание сопровождает каждое кормление, нередко бывая обильным. Это нарушает питание и рост ребенка, сильно беспокоит его и, конечно, родителей.

Итак, если необильные срыгивания отмечаются 1–2 раза в день, а ребенок спокоен и хорошо растет и прибавляет в весе, беспокоиться не стоит. Но если срыгивания происходят часто, обильно, после каждого кормления — необходимо принимать меры. Вот действия, которые могут предпринять сами родители:

- Перед кормлением малыша необходимо выкладывать на животик. Это прочно должно войти в привычку и стать рефлексом подготовки к приему пищи. Достаточно несколько минут, а если ребенок доволен, то можно и дольше.
- Головную часть кровати ребенка нужно приподнять на 20–30 градусов.
- Кормить также в полувертикальном положении, давая маленькому передышки, чтобы отрыгнуть проглоченные порции воздуха. Если после кормления отрыжки воздуха долго не происходит, можно снова

положить ребенка в горизонтальное положение на несколько минут и вновь поднять. Воздушный пузырь переместится и потом легко эвакуируется.

- Сразу же после рождения воспитывать правильное носовое дыхание и функцию смыкания губ, обеспечивающую плотный захват соска и тем самым предотвращение аэрофагии. Это прочно взаимосвязанные функции, и их гармоничное формирование очень важно для обеспечения здоровья ребенка. О развитии этих функций речь шла выше.

Наконец, имеет значение и характер пищи. Идеальным для большинства детей является грудное молоко. Но если малыш вскармливается искусственно, то для устранения срыгивания ему не показаны кисломолочные смеси. Для таких детей разработаны специальные более густые продукты. В качестве загустителя применяется либо крахмал, либо клейковина рожкового дерева, содержащая особые пищевые волокна, которые не перевариваются в кишечнике ребенка, помогая к тому же при запорах и коликах. Густая пища не так легко поддается эвакуации, и срыгивания прекращаются.

Все эти меры способны принять родители, но желательно посоветоваться с педиатром и стоматологом, который может дать профессиональные рекомендации и грамотно наблюдать за развитием зубочелюстной системы, начиная с самого раннего периода, когда «еще нет зубов», что вызывает обычно изумление.

### Функция жевания

Является одной из важных функций обеспечения жизни человека (рис. 1). Назначение еды состоит в следующих моментах: 1) алиментарный фактор, жизненно необходимый, 2) вкусовое наслаждение и 3) эстетическое удовольствие.

Функция жевания развивается по мере формирования прикуса, начиная с первого полугодия, когда появляются первые временные зубы. И с этого возраста, т.е. с самого раннего детства, необходимо учить



Рис. 1. Приготовление пищи — неотъемлемая часть жизни человека

ребенка употреблению твердой пищи — учить откусывать ее и пережевывать, соблюдая правила «хорошего тона». Эти правила не что иное, как «концентрат» вековых традиций обеспечения жизни и здоровья человечества. В чем же они состоят?

Прежде всего в оптимальном ритме, максимально соответствующем биологическим часам и объемам расходуемой энергии. Рекомендации по кормлению ребенка в первые месяцы жизни изложены в разделе, посвященном функции сосания.

Включение в режим питания пюреобразной и кашцеобразной пищи (густой консистенции) рекомендуется уже с 6–9-месячного возраста. Малыш постепенно приучается к ложке. Вначале его надо угощать с ложки любимой едой — соком, фруктовым пюре. Это делается для того, чтобы он тянулся к ней и научился снимать пищу с ложки губами и не поперхивался. Для этого постепенно переходят от жидкой к более густой пище. Ничего не надо форсировать, а спокойно и планомерно понемногу предлагать еду с ложки, которая к концу первого года жизни становится для него основным столовым прибором. Теперь, со второго полугодия, когда малыш не так сосредоточивается на сосательном, доминантном рефлексе, а ест с ложки, его сознание обогащается вниманием к окружающему, не тормозятся двигательные рефлексы, т.е. происходит дальнейшее психическое и интеллектуальное развитие. Несмотря на то, что при кормлении из ложки на первых порах ребенок языком и губами производит похожие на сосание движения, но это уже не сосание. Кормление грудью и из соски оставляют для вечера, особенно если маленький устал, раскапризничался, сосательный рефлекс его успокоит.

В более старшем возрасте в кормлении используют уже две ложки: одну, большего размера, дают ему в ручку (он размахивает ею, понемногу приучается сам набирать в ложку еду), а другой осуществляют основное кормление. Первые самостоятельные попытки донести до рта еду обычно заканчиваются неудачей: ложка не слушается и угождает в щеку. Постепенно движения, направляемые рефлексом насыщения, оттачиваются, и малыш все более точно действует ложкой. Чтобы эти действия были эффективными, надо использовать ложки «правильной» формы (рис. 2).

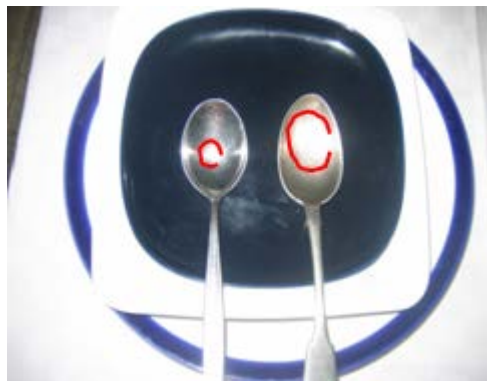


Рис. 2. Требования к «правильной» (на фото — справа) ложке: имеет объем в один глоток чая или супа; имеет достаточное углубление и бортик, благодаря чему сохраняет объем при перенесении от тарелки или чашки ко рту; удобна в использовании, эргономична; экологична и эстетична

К сожалению, при производстве современных ложек решение об их форме принимают дизайнеры, порой стремящиеся превзойти существующие варианты, руководствуясь коммерческими, а не функциональными соображениями. На рисунке ложка слева имеет довольно плоскую форму с небольшим углублением (отмечено красным маркером), что не позволяет сохранить объем доставляемой к губам пищи. Она расплескивается, создавая эффект неряшливости. В связи с этим можно нередко наблюдать то обстоятельство, что домашние хозяйки предпочитают белой скатерти клеенку.

Что касается пользования вилок и ножом, то мнения воспитателей расходятся. Часть из них считает опасным применять их в дошкольном возрасте, другие, и это мнение автора, напротив — за раннее привитие навыков цивилизованной еды. В условиях детского сада это, бесспорно, сложно, но при индивидуальном воспитании — только похвально (рис. 3).

Ребенок находится под наблюдением и с 3–4 лет может осваивать специальные детские вилку и нож. Он радуется, когда его хвалят за красивое поведение за столом. Помощниками в измельчении пищи и подготовке ее к перевариванию являются столовые приборы — вилка и нож. Время, используемое для измельчения пищи ножом и вилок, является желательным



Рис. 3. Навыки «правильной» еды должны формироваться с детства

для «подготовки аппетита», т.е. выработки пищеварительных ферментов. При этом оптимальном времени принятия пищи сокращается и ее потребляемый объем, насыщение наступает своевременно, а не с опозданием.

Очень полезным приемом является использование белой салфетки на столе, на которую помещают тарелку, чашку и столовые приборы (лучше на специальную подставку). По окончании трапезы на салфетке подсчитывают крошки и пятна. С течением времени стремятся к их сокращению и даже исчезновению. Это может служить моментом своеобразного соревнования и, конечно, победителю полагается поощрение.

Наряду с тем, чтобы ребенок освоил функцию жевания, его надо научить делать это правильно. Процесс еды, в той или иной мере доставляющий всем удовольствие, имеет в конечном итоге главную цель — переваривание пищи. Пищеварение заключается в механической и химической переработке пищи, извлечении из нее питательных веществ и их всасывании. Поступающие с пищей белки, жиры и углеводы, витамины и минеральные вещества находятся в сложных малорастворимых соединениях, которые в таком состоянии не усваиваются тканями и клетками организма. В процессе пищеварения они превращаются в растворимые в воде соединения: белки расщепляются до аминокислот, углеводы до моносахаридов, жиры до глицерина и жирных кислот. Они легко всасываются в кровь и лимфу, откуда извлекаются клетками и тканями организма.

Схематически систему пищеварения можно подразделить на 4 фрагмента: рот, пищевод, желудок, тонкий и толстый кишечник. Их разделяют 4 сфинктера: кардиальный — между пищеводом и желудком, пилорический между желудком и тонким кишечником, илеоцекальный между тонким и толстым кишечником и анальный. Мускулатура органов пищеварения имеет самостоятельную перистальтику и исследована еще недостаточно. Перистальтические движения — это волнообразные сокращения, распространяющиеся от начальной границы органа к выходу, благодаря чему в том же направлении происходит перемещение содержимого. Одиночная перистальтическая волна представляет собой кольцевое сужение просвета органа, передвигающееся по его длине. Впереди сужения стенки органа всегда расслаблены, перистальтическая волна как бы продавливает содержимое по направлению своего движения.

Перистальтические волны следуют друг за другом непрерывно с определенным ритмом и скоростью, подобно эскалатору, движущемуся независимо от того, есть ли на нем пассажиры или нет. Ритм перистальтики желудка составляет 3 волны в минуту со скоростью 3 м в секунду. Кишечника — 6 волн в минуту. При некоторых заболеваниях этот ритм может нарушаться.

И если перистальтические движения, перемещающие пищу в желудке и кишечнике, происходят под влиянием осмотических и химических факторов, без участия нашего сознания, то в пищеварении в полости рта помимо безусловных рефлексов действуют условные, «воспитываемые» рефлексы, выработка которых

происходит под влиянием сознания. Отрезок времени, используемый для механического измельчения, смачивания и размягчения твердой пищи с целью формирования пищевого комка для осуществления глотания, ферментативного, а также бактерицидного воздействия слюны, зависит от нашего сознания и привычек.

При его недостатке могут сформироваться нарушения пищеварения на последующих этапах. Так, привычка поспешно пережевывать пищу (7–10 жевательных движений) приводит к недостатку механического измельчения, размягчения и смачивания ее слюной, а следовательно, к недостатку ферментативного расщепления углеводов, бактерицидного воздействия и обеспечения нейтрального рН.

Это обстоятельство значимо для последующего этапа переваривания пищи. От величины рН поступающей в желудок пищи зависит количество вырабатываемого желудочного сока, имеющего кислую среду, а также моторная функция желудка. При поступлении имеющей щелочную реакцию пищи необходимо большее количество соляной кислоты, а при низких значениях рН пищевого комка выработка соляной кислоты подавляется, а вслед за этим наступают дальнейшие преобразования всего процесса переваривания. Очень наглядно проявляется роль слюны в регулировании рН на примере употребления кислой пищи. Так, например, даже мысленное представление лимона приводит к выработке большого количества слюны. Такое слюноотделение обеспечивает нейтрализацию кислоты для того, чтобы в желудок поступила пища с нейтральной реакцией.

При оптимальной длительности жевания (30–33 движения) в желудок поступает как химически, так и механически хорошо подготовленная пища. Если тот или иной способ пережевывания пищи используется изо дня в день, из года в год, то характер пищеварения приобретает оттенок соответственно гипер- или нормацидности. В этой связи хочется привести, может быть, не полностью уместное сравнение пищеварения хищников и жвачных. Волки и тигры не разжевывают пищу, они рвут ее острыми зубами и проглатывают кусками. Обладая гиперацидностью, они переваривают ее в основном в желудке, благодаря продуцированию в нем большого количества соляной кислоты. Овцы и прочие жвачные сильно перемалывают пищу в полости рта. Да и пища их сильно различается. Каждому стилю пищеварения соответствует и рельеф жевательной поверхности их зубов.

Желудок представляет собой эластичное мешковидное расширение пищеварительного тракта, граничащее в начальной части с пищеводом, а в нижней — с двенадцатиперстной кишкой. В желудке продолжается не только химическая, но и механическая обработка пищи. Форма, объем и размеры желудка зависят от конституции человека, функционального состояния нервной системы, тонуса стенок, степени наполнения, от состояния и воздействия соседних органов (печени, поджелудочной железы, селезенки, кишечника), положения тела в пространстве (не зря шутят, что «стоя, больше

войдет»). Поэтому так важно сидеть за столом во время еды прямо, не сгибаясь, это обеспечивает наиболее оптимальное взаиморасположение органов и процессы пищеварения. Вместимость желудка индивидуальна и широко варьируется: у взрослого она составляет около 2 литров. При наполнении желудка формируется чувство насыщения. Однако оно бывает вызвано не только давлением на стенки желудка, но и биохимическим воздействием вследствие ферментации пищи.

Скорость наполнения желудка может значительно превышать скорость переваривания пищи, поэтому так важно поглощать пищу неторопливо и достигать сытости, не наполняя сильно желудок и, таким образом, не переедая. В этом добрым помощником служат многократные жевательные движения — до 30–33 раз для каждой порции пищи.

Стенка желудка состоит из 3 оболочек: внутренней — слизистой, средней — мышечной и наружной — серозной. Выстилающая желудок изнутри слизистая оболочка имеет мощный подслизистый слой и собственную мышечную пластину, независимую от мышечного среднего слоя, благодаря чему образуются довольно тонкие складки желудка. Они расположены хаотично, между ними находятся желудочные поля. На поверхности слизистой оболочки функционируют слизистые железки, а в глубоких слоях — железы, вырабатывающие желудочный сок. Его состав во многом зависит от pH поступившей в желудок пищи и меняется в различные фазы пищеварения: ферментативная активность сопряжена с чувством голода, после еды она резко падает. В этой связи необходимо отметить, что употребление жевательной резинки имеет смысл только после еды, но ни в коем случае не натощак. Ибо жевательные движения и большое количество проглатываемой слюны будут возбуждать выработку желудочного сока с большим количеством ферментов, а субстрата для них в желудок не поступает, и это может вызвать эффект «самопереваривания», т.е. эрозивное повреждение слизистой желудка.

Желудочный сок, равно как и ферменты других пищеварительных желез (поджелудочной, печени), имеет при общих характеристиках довольно индивидуальный характер. Именно этим и отличаются индивидуумы, являющиеся вегетарианцами или мясоедами, предпочитающие сладости или молоко, гречневую кашу или мучное, острую или пресную пищу, либо совсем не употребляющие названные продукты, либо славящиеся хорошим аппетитом по отношению к любой еде.

Система пищеварения у детей формируется медленно, начиная с очень примитивного уровня, когда способна усвоить лишь материнское молоко с очень нежным, легким для переваривания строением молекул белка, жиров и углеводов. Поэтому назначение толченой яичной скорлупы для укрепления будущих зубов едва ли целесообразно. Цельное коровье молоко не может хорошо перевариться, и поэтому маленькому дают кисломолочные продукты, уже частично подвергшиеся ферментированию, характерному для процессов переваривания в желудке. И, конечно, не может быть и речи об употреблении в пищу молока «долгоиграющего», ибо оно содержит консерванты, препятствующие брожению, т.е. пищеварению. Наиболее легким для пищеварения является парное молоко. Несколько уступает ему охлажденное, затем кипяченое. И чем больше препятствий для скисания обеспечивается, тем труднее

оно переваривается. Вот почему в летний период на даче или в деревне дети, отказывающиеся от молока в городе, с большим или меньшим удовольствием пьют деревенское парное молоко. А взрослые так и стремятся напоить ребенка молоком, в частности для укрепления зубов. В самом ли деле это так полезно? Клинические наблюдения за детьми, страдающими рецидивирующими афтами полости рта, а также поиск ответа на вопрос, почему это происходит, привели к заключению, что в их происхождении играют роль нарушения пищеварения, вследствие которых образуются продукты незавершенного метаболизма (см. главу 3 «Диагностика и лечение рецидивирующего стоматита у детей»).

Как же проверить своего ребенка, правильно ли он жует? Это несложно. Надо последить за ним и подсчитать число жевательных движений, которые он совершает во время еды. Дать ему кусочек черного хлеба, морковь или орех и посмотреть. Потом обратить его внимание, и если он не умеет еще считать, то сделать это за него, а он должен все эти 30 секунд разжевывать хлеб и почувствовать, каким он стал сладким (из-за расщепления углеводов до сахаров), а морковка или орешек стали кашцей. Сразу это не получится, но постепенно ребенок это может освоить, а заодно и Вы сами.

Такая привычка есть, не спеша, очень важна для здоровья будущего взрослого. И с точки зрения системы пищеварения, и с точки зрения обеспечения здоровья зубочелюстной системы — зубов и десен.

Объяснение этому кроется в особенностях кровообращения околозубных тканей (см. главу 3).

Под влиянием жевания происходит инволюция молочных зубов, проявляющаяся в стирании бугров и режущих краев. Эта стираемость обеспечивает нормальное прорезывание постоянных зубов и перемещение нижней челюсти для правильного развития всего челюстно-лицевого отдела. При недостатке жевательной активности бугры временных клыков не стираются и тем самым задерживают своевременное перемещение челюсти, способствуя развитию аномалий прикуса. При обращении к врачу-стоматологу, он для регулирования роста и развития челюстей сошлифовывает бугры и дает рекомендации по активированию функции жевания.

Еще одним нарушением является ленивое жевание. Дело в том, что обычное жевание имеет довольно высокий темп, продиктованный рефлексивно. А некоторые дети ленятся жевать, сидят долго с «набитым ртом», не глотая. При этом очень часто любят запивать еду. Это явный признак ленивого жевания. Причиной такого способа жевания может явиться несвоевременный переход к употреблению твердой пищи, который должен совпадать с периодом формирования временного прикуса. Многие родители, втянувшись в стереотип кормления ребенка из соски, укладывания спать с бутылкой кефира, и даже кормления во сне, не отдают себе отчета в том, что малыш уже повзрослел. Врачу-стоматологу, рекомендующему отучить от кормления через соску, возражают тем, что так ребенок лучше засыпает. Дело кончается тем, что повзрослевший малыш долго сидит за столом, ест остывшую еду и сердит этим родителей.

Для того чтобы отучить ребенка так есть, надо активизировать функцию жевания, развивать жевательные мышцы и делать специальную гимнастику для челюстей — учиться до 33 раз пережевывать каждую порцию.

### Функция речи

Речь — одна из важнейших функций и видовых особенностей homo sapiens. Две главных ее составляющих — интеллектуальная и артикуляционная тесно связаны между собой.

Речевой аппарат развивается постепенно, и та и другая составляющая формируются под влиянием тренировки: ребенок учится понимать речь взрослых, сопоставляя услышанное с одновременно получаемыми зрительными и тактильными ощущениями. Родители с первого года начинают обучать малыша произнесению слов, для начала легких: «ма-ма», «па-па» и т.д., тренируя мышцы речевого аппарата — язык, губы, щеки.

Не стоит забывать, что эти мышцы требуют направленной тренировки. Иногда у ребенка в результате родовой травмы или иных причин они могут быть слишком напряженными (гипертонус) или, наоборот, чересчур слабыми и вялыми (гипотонус). Поэтому в одном случае им нужно помочь расслабиться, а в другом — активизировать их.

Как правило, отслеживание речевой функции проводится родителями и воспитателями, а профессионально — логопедами. Первые слова — событие в жизни семьи. Первые отклонения в произнесении слов — забавное и привычное дело. Иногда это снисходительное отношение к детской речи затягивается и пропускается момент для коррекции. Профессиональное обследование проводится логопедом и заключается в определении слуха, голоса, его тембра и ритма речи в соответствии с возрастными нормами.

При этом важным моментом является выявление нарушений не только функций речи «на слух», но и в артикуляции, в особенности в положении языка. Артикуляционный аппарат — это сложный комплекс, в состав которого входят мышцы не только языка, но и щек и губ. Развитие этих мышц происходит постепенно с ростом ребенка. И для того, чтобы это развитие происходило гармонично, надо им заниматься. Не стоит забывать, что в тренировке нуждаются не только мышцы двигательного аппарата — руки, ноги, спина, шея. Надо хорошо позаботиться о развитии круговой мышцы рта и языка.

В трехлетнем возрасте ребенка необходимо исследовать профессионально — у логопеда. Однако для становления правильного мышечного тонуса и развития речи с самого начала нужно вводить тренировочные упражнения.

### Тренировка круговой мышцы рта

**Упражнение 1.** Между губами размещается какой-либо предмет (полоска бумаги, пластинка и т.п.). Предмет удерживается только губами. Продолжительность сжатия губ постоянно увеличивается от 30 секунд до 2 минут. Лучше это оформить в виде игры.

**Упражнение 2.** Губы сомкнуть, изобразив трубочку, усилить напряжение и дуть на подвешенный на шнурочке легкий предмет так, чтобы он отклонялся. Можно использовать также и вращающиеся предметы, например вертушку.

**Упражнение 3.** Губы сомкнуть, затем поочередно переместить их при сомкнутых зубах вправо и влево.

**Упражнение 4.** Губы сомкнуть, надуть щеки и переместить воздух за правую, левую щеки.

**Упражнение 5.** Губы сомкнуть, надуть воздух за верхнюю, затем за нижнюю губу.

Исходя из индивидуальных особенностей, в одном случае мышцам нужно помочь расслабить мышцы, а в другом — активизировать их. А это значит, что специальная гимнастика им просто необходима.

Для начала займемся перед зеркалом пением. Покажем ребенку и вместе с ним четко, немного даже утрируя, пропоем все гласные звуки.

«О» — «О-о-о...!»

«У-у-у...!»

«А» — «А-а-а...!»

«И» — «И-и-и...!»

«Э» — «Э-э-э...!»

«Ы» — «Ы-ы-ы...!»

После такой гимнастики малышу захочется зевнуть. И на здоровье! Процесс зевания хорошо отражается на работе мышц небно-глоточного кольца, развивая их, а также улучшает деятельность головного мозга и освобождает от нервного напряжения. Так что зевать очень полезно.

### Тренировка мышц языка

Нарушения в положении языка может быть вызвано разными причинами: и укорочением уздечки, и «леностью», и родовой травмой. Первая из них устраняется либо хирургическим путем, либо, как и вторая, — методами миотерапии. Решение о выборе метода принимает стоматолог.

Упражнения для языка см. также в разделе о функции глотания.

Однако все эти упражнения являются и проверкой формирующейся функции речи, и способом ее развития. Показать ребенка специалисту-логопеду в положенные сроки по направлению педиатра является обязательным. При необходимости малышу будет профессионально назначена специальная гимнастика.

Нет сомнения в том, что занятия миотерапией с маленьким ребенком могут показаться обременительными наряду с трудоемкостью обычного ухода за малышом. Часто такое восприятие мешает здоровому воспитанию. Поэтому главным аргументом в пользу вышеназванной миотерапии является «угроза» развития заболеваний, если ею пренебрегать. Но опыт таких «угроз» убедительно показал, что они вызывают обратный эффект и даже апатию.

Напротив, надо использовать более грамотную психологическую ориентацию на положительный результат. Например, тщательно очищая со всех сторон временные зубки надо представлять себе будущие жемчужные постоянные зубы и мысленно «холить» и те, и эти. Так йогини, разбивая, к изумлению наблюдателей, рукой кирпич, смотрят не на его поверхность, а под него, где должна оказаться, в конечном счете, рука. Подобным

же образом надо выхаживать все органы зубочелюстно-лицевой системы, включая в ассортимент ежедневного ухода рекомендованные врачом действия.

К большому сожалению, из-за ускорения темпов современной жизни, увеличения плотности информации мы сбрасываем со счетов «всякие мелочи»,

упраздняем целый ряд полезных для здоровья приемов воспитания! И чем это оборачивается?

Сутулая спина, приоткрытый рот, шепелявость, неопрятность за столом и многие другие признаки, от которых хотелось бы избавиться, когда это становится слишком заметным.... Но!

## Глава 5. Детский стоматолог. Заключение

Стоматология детского возраста — это раздел профессии, изучающий период, когда закладывается здоровье зубочелюстной системы и определяется его физиологическая программа.

Что может быть нужнее и закономернее? Увы, на словах это все понимают, но практика сегодня выглядит иначе. Так что же нам делать? Взглянем на историю... История зубо врачевания в России своими корнями уходит в средние века. До этого времени в Древней Руси помощь при болезнях зубов оказывали банщики, цирюльники, монахи, старцы, кудесники, «ведьмы» и шарлатаны. Первыми обученными специалистами были зубо врачеватели, приехавшие в Россию из Европы, где в XVII веке уже были известны и распространены «искусство и лекарства для утоления зубной боли». Вначале зубные врачи появились в западных областях России. В Москве первые права зубной практики были получены в 1710 году.

К концу века дело стало развиваться, а в 1810 году был принят закон, в соответствии с которым зубной лекарь должен быть экзаменован по «анатомии челюстей, зубов, обо всех зубных болезнях, болезнях десен, равно как и о тех, которые требуют операции; о веществах, преимущественно употребляемых для лечения зубных болезней. Сверх того он обязан сделать несколько зубных операций и уметь делать и вставлять искусственные зубы». В 1835 году правила для экзамена на звание дантиста были дополнены необходимостью обучения перед экзаменом у известного дантиста в течение 3 лет. В экзамен, наряду с теоретической частью, было включено практическое испытание в клинике («на мертвых телах и живых»).

Зубное дело по большей части воспринималось как ремесло, в лучшем случае — как искусство, общемедицинских знаний не требовалось.

Первым проповедником широкого медицинского образования для дантистов был Александр Карлович Лимберг. В 1891 году он защитил диссертацию и стал первым профессором медицины — дантистом. В 1896 году состоялся первый съезд одонтологов. К этому времени уже был поднят вопрос о болезнях зубов у детей и лиц молодого возраста. В 1879 году Н.В. Склифосовский одним из первых в России обратил внимание на высокий процент столичной молодежи, «страдающей зубами». Распространенность кариеса, по его данным, среди 400 учащихся и студентов — 72%. По данным того периода, заболевания зубов отмечены у 46,6% воспитанников Кадетского училища города Омска (доктор Пахомов). У 74,7% учеников гимназии и реального училища города Минска (Ляуфер). У 79,96% девочек и 82,2% мальчиков города Киева (Матвеева).

У 86% детей из дневных приютов и учащихся немецкого реального училища города Киева (доктор Бланк). У 93,75% детей приютов и Александровского института (доктор Фишер).

Однако попытка организовать зубо врачевную помощь детям носила долгое время филантропический характер. По убеждению А.К. Лимберга, помощь детям должна была рассматриваться как государственная обязанность. Он возглавил основанную на I Всероссийском съезде дантистов комиссию, впоследствии обратившуюся в Медицинский совет, где был рассмотрен этот вопрос и установлено, что «означенному делу надо дать законный ход». Был создан и подписан соответствующий проект: в каждом учебном заведении, где обучалось не менее 100 воспитанников, должна быть штатная должность зубного врача с окладом в 700 рублей в месяц и кабинет. Но проект остался под министерским сукном, а А.К. Лимберг, разочаровавшись в возможностях правительственного решения вопроса, предложил новый вариант.

По новому проекту предлагалось открытие зубо врачевных городских лечебниц для бесплатной общественно полезной работы начинающих врачей под руководством опытных специалистов. Такие амбулатории возникли, но их по всей России были единицы.

Неустанное обращение в России к вопросу о высокой заболеваемости зубов у детей и необходимости регулярного их лечения по инициативе стоматологов, а не самих детей и их родителей, продолжалось и в СССР. Более того, в порядок дня была введена социализация медицинской помощи, на почве которой идея плановой санации школьников начала реализовываться. Большой вклад в ее развитие и в становление в целом детской стоматологии внесли П.Г. Дауге, Н.И. Агапов, Т.И. Альбанская, А.И. Евдокимов, И.О. Новик, Л.В. Ильина-Маркосян, Н.В. Лысенко, В.Ф. Рудько. Особый вклад принадлежит первому Главному детскому стоматологу в нашей стране профессору Т.Ф. Виноградовой.

И пока есть дети и кариес — им нужны детские стоматологи. Их энтузиазм, верность своему делу



Заслуженный врач  
РСФСР,  
профессор  
Тамара Федоровна  
Виноградова



*Школьный доктор стоматолог. Энтузиазм, любовь к детям и своей профессии*

и покорность жизни без привилегий заслуживает причисления к скромной части интеллигенции России, развивающей и несущей одну из важнейших ветвей отечественной культуры — светлого и добросердечного аскетизма.

И что же мы находим сегодня в жизни детских стоматологов и детей, о которых они привыкли заботиться, не имея достаточных средств, в постоянном ожидании светлого будущего?

В стране перестроилась экономика, произошли существенные изменения в медицине, создаются федеральные программы, ведется поиск наиболее рациональных путей развития. В Библии о таком поиске сказано: «Остановитесь на путях ваших и рассмотрите, и расспросите о путях древних, где путь добрый, и идите по нему». Каждый должен быть по совести занят своим



*На консультации профессора Т.Ф. Виноградовой в период работы на кафедре стоматологии детского возраста ЦОЛИУВ*

делом. Стоматолог должен исполнять свою, лишь ему присущую партию в общем оркестре, ибо в любой исторический период профессионал должен быть занят своим профессиональным делом, исполнять его по мере сил и сигнализировать обществу о состоянии, тем более о неблагополучии или надвигающихся сложностях и проблемах. Иначе он не будет профессионалом, в этом состоит его гражданский долг.

Детская стоматологическая служба сформировалась в практическом здравоохранении к 60-м годам прошлого века. Она была представлена специалистами детских стоматологических поликлиник, детских отделений стоматологических поликлиник, кабинетов в школах и детских дошкольных учреждениях, детских санаториях, пионерских лагерях и соматических стационарах. В этих учреждениях работали специалисты, оказывавшие стоматологическую помощь только детскому населению.

Серьезный вклад в развитие и становление детской стоматологии в нашей стране внесла Т.Ф. Виноградова. Статус первого в истории внештатного Главного детского стоматолога Министерства здравоохранения СССР, а также международная деятельность в ранге эксперта ВОЗ снискали заслуженный авторитет среди отечественных и зарубежных коллег.



*Профессор Т.Ф. Виноградова в дни 85-летнего юбилея 8 октября 2014 г.*

Всю жизнь Тамара Федоровна посвящает любимой профессии — стоматологии детского возраста, избранной ею с самого начала своей красивой карьеры благодаря трудолюбию, ученическому прилежанию, добросовестности и большому сердцу. На протяжении 25 лет Тамара Федоровна руководила первой кафедрой стоматологии детского возраста, созданной ею в системе последиplomного медицинского образования и являвшейся головным учреждением по подготовке детских стоматологов нашей страны.

На кафедре, основанной в составе педиатрического факультета Центрального института усовершенствования врачей, подготовлены многочисленные кадры преподавателей и заведующих кафедрами ВУЗов и ГИДУВов, а также тысячи детских стоматологов, воспитанных



в духе единства педиатрических специальностей. Тамара Федоровна научила этому прежде всего сотрудников своей кафедры: «Детская стоматология является частью педиатрии и может существовать и развиваться только на базе знаний о закономерностях растущего детского организма».

В детской стоматологии, в отличие от взрослой, не произошло полного разделения специалистов на терапевтов, хирургов и всегда существовало тесное общение с ортодонтами, хотя на определенном этапе они и выделились в отдельную специальность. Поэтому детский стоматолог стал широко эрудированным специалистом, врачом общей практики для детского населения, способным комплексно смотреть на ребенка глазами терапевта, хирурга и ортодонта.

Взрослые стоматологи, дежурящие в пунктах неотложной помощи, зачастую отказываются принимать детей, объясняя это отсутствием специальных детских инструментов. Но и у детских стоматологов их нет! Это не детских инструментов нет, — нет достаточных знаний в педиатрической стоматологии (кто усомнится, что это специальные знания). Нет сердоболия, в достатке энтузиазма, чтобы преодолеть неохоту заняться маленьким пациентом с обилием капризов и слюны «за так».

Хорошо быть мастером своего дела, это во многом определяет счастливую жизнь человека, который, однажды узнав это, понимает ту меру добра, называемого энтузиазмом и сочувствием, которую проявляет детский врач по отношению к лечению ребенка. Так и в стоматологии — сочувствие, сострадание — это довольно мощный способ обезболивания всех лечебных процедур, но никак не метод лечения кариеса и периодонтита. Нужны острые боры, хорошие наконечники, не подводящие соперяживающего ребенку врача, нужны щипцы для удаления временных зубов, умещающиеся в кулаке врача и тем самым скрытые от глаз маленького пациента. Нужны специальные кресла в форме игры, представляющие пистолеты для воды и воздуха, напоминающие нечто знакомое и привлекательное для ребенка, например, приспособления для запуска игрушечных ракет (из стоматологических валиков и роликов).

Нужны люди, которые хотели бы, могли и занялись бы воспитанием здоровых детей. Это воспитание может и должно начинаться с пеленок!

Чтобы избежать сослагательного наклонения, надо понять, как и что надо воспитывать в ребенке, и тогда станет ясно, что это — удел всех, кто занимается детьми, любит их и, вкладываясь в растущее поколение, заботится о настоящем и будущем своей Родины. Это — родители, воспитатели, педиатры, губернеры, учителя и стоматологи детского возраста!

В ведении детского стоматолога судьба зубочелюстной системы малыша, временные зубные ряды, постоянные. Необходимость в смене зубов продиктована закономерностями роста ребенка. Было бы невероятным размещение крупных постоянных зубов в крошечной полости рта младенца. Смена прикуса происходит по мере роста лицевого скелета в течение довольно продолжительного времени, примерно с 5—6 до 12—14 лет. В числе первых меняются зубы резцовой группы. Затем шестые. В период всего детского возраста все зубы должны быть здоровы или вылечены, всем должно хватить места, все зубы должны работать с предназначенной им нагрузкой. Что это значит?

Нумерация зубов	1   1	2   2	3   3	54   45	76   67	8   8
		21   12	3   3	54   45	76   67	8   8
Коэффициент	1,25	1,0	1,5	1,75	3,0	2,0

Таблица выносливости различных групп зубов



«Печальная повесть» о молярах после удаления шестого

Смыкание зубов обеспечивается при перемещении нижней челюсти, которая приводится в движение жевательными мышцами, в первую очередь m.masseter. Она прикрепляется к нижней челюсти в области расположения моляров и развивает максимум силы в зоне первых постоянных жевательных зубов. Поэтому шестые зубы оказываются наиболее эффективными в процессе жевания. После прорезывания они занимают определенное место в челюсти, определяющее взаиморасположение и окклюзию верхних и нижних зубов. Недаром их называют «ключами окклюзии». Они могут выдерживать самую большую нагрузку, которая оценивается в диапазоне от 400 до 600 кг. Во второй половине XX века известным советским профессором ортопедии В.Ю. Курляндским методом гнадинамометрии была определена выносливость различных зубов и окружающих их тканей челюсти к нагрузке при здоровом пародонте. Из этой таблицы следует, что при отсутствии первых постоянных моляров жевательный аппарат лишается самой значительной части своей мощности!

Поэтому профилактика разрушения этих зубов является важной задачей в период детского возраста. Но если все-таки появляется кариес, то восстановление зуба должно быть своевременным и прочным, с использованием самых надежных методов.

А что происходит на самом деле? Прорезывание первых временных зубов встречается в семье как праздник, первых постоянных резцов — как признак повзросления и с шутками: где твои зубки? А первые постоянные моляры — шестые зубы появляются неприметно, нередко их принимают за временные! Этот момент нельзя упускать! Если после прорезывания показаться стоматологу, то можно определить степень резистентности и программу наблюдения и профилактики.

Так, если фиссуры после очистки, промывания и просушивания выглядят блестящими, гладкими при зондировании пуговчатым зондом или штопфером, то можно судить о высокой степени резистентности. Если часть фиссур имеет меловидную окраску, то — о средней, и если все фиссуры шероховатые и белесые, то о низкой. Соответственно этим степеням и подразделяется программа профилактики и повышения резистентности зубов к кариесу (глава 2). Но если все-таки развился кариес или тем более пульпит, то лечение и восстановление должно проводиться с «гарантией на 50 лет!» (Т.Ф. Виноградова).

Возвращаясь к словам из Библии: «...расспросите о путях древних, где путь добрый, и идите по нему», можно в настоящее время констатировать тенденцию возвращения к истокам плановой санации, к школьной стоматологии. В нашей стране большой вклад в осуществление этих благородных идей внесли профессор

Т.Ф. Виноградова, заслуженный врач России Г.А. Блехер, З.М. Акодис и другие.

Итак, концепция стоматологии детского возраста может быть, по нашему мнению, сформулирована следующим образом:

1. Лечение без страха.
2. Обучение гигиене с пеленок.
3. Постоянный и регулярный мониторинг и профилактика кариеса.
4. Отслеживание и воспитание полноценных функций зубочелюстной системы и окклюзии.
5. Шестые зубы с гарантией здоровья или лечения на 50 лет.
6. Регулярная проверка и санация полости рта.

Детские зубы и вся зубочелюстная система формируются постепенно, и если этот процесс контролировать, то большинство стоматологических заболеваний можно предотвратить, и ребенку обеспечена счастливая улыбка, соединяющая в себе как эстетику, так и здоровье и полноценную функцию всей системы!



Счастливые улыбки детей

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. **Боровский Е.В., Леус П.А.** Кариес зубов. — М.: Медицина, 1979. — 253 с.

2. **Виноградова Т.Ф., Блехер Г.А., Максимова О.П., Григорьева Е.Е.** Десятилетний опыт санации полости рта с кратностью, дифференцированной степенью активности кариеса. — *Стоматология*. — 1982; 5: 12—5.

3. **Виноградова Т.Ф.** Диспансеризация детей у стоматолога. — М.: Медицина, 1978. — 184 с.

4. **Зорян Е.В.** Конституциональные особенности современного человека в прогнозировании и профилактике кариеса зубов. — *Клиническая стоматология*. — 2007; 1: 20—2.

5. **Зорян Е.В., Ларенцова Л.И., Григорян К.Р., Зорян А.В.** Первый опыт лечения воспалительных процессов в челюстно-лицевой области препаратом Траумель С. — *Биологическая медицина*. — 1998; 1: 41—4.

6. **Зорян Е.В.** Использование комплексных гомеопатических препаратов в стоматологической практике. — *Клиническая стоматология*. — 2010; 4: 64—7.

7. **Кисельникова Л.П., Кириллова Е.В.** Современный взгляд на лечение кариеса зубов у детей раннего возраста. — *Профилактика сегодня*. — 2009; 10: 18—22.

8. **Корчагина В.В.** Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 168 с.

9. **Леонтьев В.К., Кисельникова Л.П.** Способ прогнозирования профилактического лечения фиссурного кариеса на стадии созревания эмали. — Патент РФ № 2099013. — 20.12.97.

10. **Максимова О.П.** Окклюзионное редактирование реставрированных зубов. — *Клиническая стоматология*. — 2002; 1: 22—4.

11. **Максимова О.П., Рыбникова Е.П.** Поверх барьеров в стоматологии. — *Клиническая стоматология*. — 2003; 3: 22—4.

12. **Максимова О.П., Рыбникова Е.В.** Обзор новостей в проблеме эндодонтического лечения. — *Клиническая стоматология*. — 2008; 4: 10—2.

13. **Рабинович С.А.** Особенности обезболивания при лечении стоматологических заболеваний у детей. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 120 с.

14. **Евдокимов А.И., Виноградов Т.Ф. (ред.).** Руководство по стоматологии детского возраста. — М.: Медицина, 1976. — 364 с.

15. **Bausch J.** Средства для проверки артикуляции и окклюзии. — Келн, 2002.

16. **Maksimova O.P., Vinogradova T.F.** Dispanserization der Kinder beim Zahnarzt in der UdSSR. — *Deutsche Stomatologie*. — 1979; 1.

17. **Nikiforuk G.** Understanding dental caries. — Basel, 1985.