

О.П. Максимова,

к.м.н., доцент, научный редактор журнала «Клиническая стоматология», член эндодонтической секции СтАР, IFEA и ESE

## Стоматология детского возраста на современном этапе

*О стоматологе детском замолвите слово...*

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. Скажем прямо: наблюдается отток специалистов из этой сферы во взрослую стоматологию, более «хлебную», где работа врача оплачивается выше, где все более и более совершенствуется оснащение, да и с детьми работать непросто: попробуйте добиться, чтобы ребенок допустил к себе в рот! Так что же нам делать? Взглянем на историю...

История зубопротезирования в России своими корнями уходит в средние века. До этого времени в Древней Руси помощь при болезнях зубов оказывали банщики, цирюльники, монахи, старцы, кудесники, старухи, умевшие «заговаривать» зубы. Первыми обученными специалистами были зубопротезисты, приехавшие в Россию из Европы, где в XVII в. уже были известны и распространены «искусство лекарства для утоления зубной боли». Вначале зубные врачи появились в западных областях России. В Москве первые

права зубной практики были получены в XVIII в. К концу века дело стало развиваться, а в 1810 г. был принят закон, в соответствии с которым зубной лекарь должен быть «экзаменован по анатомии челюстей, зубов, должен был знать обо всех зубных болезнях, болезнях десен, равно как и о тех, которые требуют операции, о веществах, преимущественно употребляемых для лечения зубных болезней. Сверх того лекарь обязан сделать несколько зубных операций и уметь делать и вставлять искусственные зубы».

В 1835 г. 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 г. он защитил диссертацию и стал первым профессором медицины — дан-

тистом. В 1896 г. состоялся первый съезд одонтологов.

К этому времени уже был поднят вопрос о болезнях зубов у детей и молодежи. В 1879 г. 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 Омска (доктор Пахомов), 74,7% у учеников гимназии и реального училища Минска (доктор Ляуфер), у 79,96% девочек и 82,2% мальчиков Киева (доктор Матвеева), у 86% детей из дневных приютов и учащихся немецкого реального училища Киева (доктор Бланк), у 93,75% детей приютов и Александровского института (доктор Фишер).

Однако попытка организовать зубо-врачебную помощь детям носила долгое время филантропический характер. По убеждению 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 Лимберг предложил новый, разочаровавшись в возможностях правительственного решения вопроса. По новому проекту предлагалось открытие зубоорудительных городских лечебниц для бесплатной общественно полезной работы начинающих врачей под руководством опытных специалистов. Такие амбулатории возникли, но их были единицы по всей России.

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, кариес — им нужны детские стоматологи. Их энтузиазм, верность своему делу 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 (рис. 1).

И что же мы находим сегодня в жизни детских стоматологов и детей, о которых они привыкли заботиться?

В стране перестроилась экономика, произошли существенные изменения в медицине, создаются федеральные программы, ведется поиск наиболее рациональных путей развития.

Каждый должен быть, по совести, занят своим 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 неблагоприятии или надвигающихся сложностях и проблемах. Иначе он не будет профессионалом, в этом состоит его гражданский долг.

Детская стоматологическая служба в нашей стране 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 стоматологии детского возраста в нашей стране внесла проф. Тамара Федоровна Виноградова (рис. 2, 3), сформулировавшая важнейшие принципы детской стоматологии:

- **детская стоматология является частью педиатрии и может существовать и развиваться только на базе знаний о закономерностях растущего организма;**
- **ребенок на протяжении всего детского возраста, от рождения до 14 лет, должен регулярно наблюдаться детским стоматологом в союзе и сотрудничестве с педиатром. Режим этого наблюдения находится в зависимости от степени активности кариеса.**

Эта концепция была сформулирована и опубликована впервые в мире в 1972 г. Однако распространенность кариеса настолько велика, что намного превышает распространенность любых заболеваний детского возраста. В связи с этим стоматологические заболевания не включались педиатрами в общий перечень патологии. В научных работах проф. Т.Ф. Виноградовой было доказано, что «удостоится» этого должна лишь небольшая часть детей, имеющих кариозные зубы!

Именно в этой концепции кариес подразделяется на 3 формы по степени активности: I, II и III, или компенсированную, субкомпенсированную



Рис. 1. Старая фотография, на которой школьный стоматолог работает в стационарном кабинете детского дошкольного учреждения. Энтузиазм, любовь к детям и своей профессии!



Рис. 2. Профессор Тамара Федоровна Виноградова



Рис. 3. На консультации проф. Т.Ф. Виноградовой в период работы на кафедре стоматологии детского возраста

и декомпенсированную формы. Только те дети, у которых показатель интенсивности кариеса превышает средний в данном регионе более чем на 3 сигмальных отклонения, должны быть под регулярным наблюдением как стоматолога, так и педиатра! Это дети, у которых много кариозных зубов, не только жевательных, но и фронтальных, высокий темп прироста кариеса и развития осложнений — пульпита и периодонтита. Например, при компенсированной форме кариозные полости появляются 1 раз в несколько лет, а при декомпенсированной — несколько полостей в год, пульпиты или периодонтиты при I фор-

ме активности через 13 мес от момента проявления кариеса, а при III форме — уже через 3,3 мес (Е.Е. Григорьева-Маслак). Из этого следует, во-первых, то, что дети с III формой активности кариеса (декомпенсированная форма) должны более углубленно исследоваться у педиатра, ибо такая форма кариеса свидетельствует о неблагоприятии в общем состоянии здоровья. Таких детей примерно 10–15% в школах.

Во-вторых, они нуждаются в самом частом диспансерном наблюдении — 1 раз каждые 3 мес через равные промежутки времени, например в сентябре, январе и мае. Это наиболее практичный режим диспансерного наблюдения школьников. Хотя существуют и другие варианты. В частности, в руководстве для врачей «Оценка состояния здоровья детей» (Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., 2008) изложены «новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях». В разделе «профилактика кариеса и других стоматологических заболеваний» (проф. Э.М. Кузьмина) представлена более детализированная периодичность проведения профилактических мероприятий в зависимости от стоматологического статуса. Меры профилактики кариеса сгруппированы в комплексы в зависимости от интенсивности кариеса, уровня гигиены полости рта, наличия признаков воспаления тканей пародонта. За истекшее с 1972 г. время углубленно изучена декомпенсированная форма активности кариеса как в нашей стране, так и за рубежом, определены клинические признаки декомпенсации, дифференцированы средства профилактики и гигиены, пломбирочные и реставрационные материалы, уточнены методики кислотного препарирования зубов с разной степенью резистентности к кариесу.

Детские стоматологи в современных клиниках оснащены широким ассортиментом новых методов и технологий определения резистентности к кариесу, способов ее повышения, методов профилактики и лечения детей, делая счастливыми не только их, но и их родителей. По-прежнему остаются необходимыми и энтузиазм, и добросердечие, но теперь это не единственное оружие в борьбе с кариесом!

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 ребенку. Так и в стоматологии. Более того, сочувствие, сострадание долгое время оставалось довольно мощным способом обезболивания всех лечебных процедур (к счастью, теперь ситуация изменилась).

В настоящее время в детской стоматологии наблюдаются разные ситуации: в целом сократились объемы работы стоматолога в школах и детских садах, но, к сожалению, не за счет снижения распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний. Работа о состоянии зубов дошкольников и школьников теперь в большем объеме предоставлена родителям. Поэтому из-за недостаточной грамотности или по другим причинам нередко обращение к стоматологу происходит запоздало, когда зуб уже сильно разрушен и ребенок испытывает боль! Вместе с тем появляется все больше детских специализированных, современно оборудованных и оснащенных коммерческих и муниципальных клиник, которые дети посещают без страха, порой засыпают в кресле. Но все еще сохраняются детские стоматологические поликлиники, отделения, школьные стоматологические кабинеты, которым нужны и острые боры, и 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, 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, в том числе и гигиенические навыки.

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, вкладыва-

ясь в растущее поколение, заботится о настоящем и будущем своей Родины. Это — родители, воспитатели, педиатры, гувернеры, учителя и стоматологи детского возраста.

Очень важно, что в настоящее время призывы к профилактике болезней полости рта звучат и прописаны в современных официальных документах, не только стоматологического, но теперь и педиатрического профилей. К тому же налажен выпуск большого разнообразия средств профилактики кариеса, болезней пародонта и средств гигиены полости рта.

Чтобы их применение было эффективным, необходим союз и сотрудничество названных участников.

В ведении детского стоматолога судьба зубочелюстной системы малыша, начиная с первого года жизни, временные зубные ряды, постоянные. Необходимость в смене зубов продиктована закономерностями роста ребенка. Было бы невероятным размещение крупных постоянных зубов в крошечной полости рта младенца. Поэтому так важно, чтобы детский стоматолог, наблюдающий ребенка в процессе диспансеризации, своевременно направлял его к своему коллеге — ортодонту. 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 первые моляры. 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?

Окклюзия — это взаимное расположение зубов в результате взаимодействия компонентов жевательной системы: зубов и пародонта, височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.

Смыкание зубов обеспечивается при перемещении нижней челюсти, которая приводится в движение жевательными мышцами, в первую очередь *m.masseter*.

Жевательная мышца, помимо жевательных движений, принимает участие вместе с мимическими мышцами в артикуляции звуков речи, мимике, зевании, глотании. Можно сказать, что данная мышца находится в состоянии «хронического фитнеса».

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 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 400—600 кг. Во второй половине XX в. известным советским профессором ортопедии В.Ю. Курляндским методом гнатодинамометрии была определена выносливость различных зубов и окружающих их тканей челюсти к нагрузке при здоровом пародонте (см. таблицу). Из этой таблицы следует, что при отсутствии первых постоянных моляров жевательный аппарат лишается значительной части своей мощности (рис. 4). 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, к которому готовятся родственники, наперебой выбирая в подарок серебряную ложечку. А появление первых постоянных резцов — как признак взросления, с шутками: где твои зубки? В то же время первые постоянные моляры — шестые зубы прорезываются 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.

#### ВЫНОСЛИВОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ЗУБОВ

Группа	Коэффициент
1	1,25
2	1
3	1,5
4, 5	1,75
6, 7	3
8	2

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 меловую окраску, то о средней, и если все фиссуры шероховатые и белесые, то о низкой. Соответственно этим степеням и подразделяется программа профилактики.

Но если все-таки развился кариес или тем более пульпит, то лечение и восстановление должно проводиться с «гарантией на 50 лет!» (проф. Т.Ф. Виноградова).

Возвращаясь к Библии «...расспросите о путях древних, где путь добрый, и идите по нему», можно в настоящее время констатировать тенденцию возвращения к истокам плановой санации, школьной стоматологии и диспансеризации.

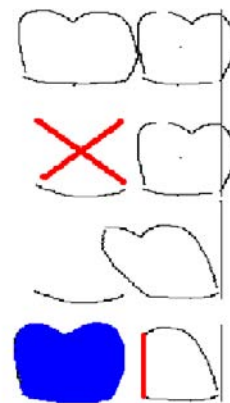


Рис. 4. «Печальная повесть» о молярах после удаления шестого зуба

Итак, концепция стоматологии детского возраста может быть, по моему 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. Диспансерное наблюдение, 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!

