

Особенности ортодонтической помощи детям с детским церебральным параличом

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научный руководитель: асс. Кочетова М.С.

Резюме

Частота встречаемости детей с детским церебральным параличом в мире достаточно высока. У таких детей развитие зубочелюстных аномалий частое явление, что связано с особенностями как психо-эмоционального, так и физического развития. Для исправления аномалий прикуса и, следовательно, социальной адаптации детей с ДЦП требуются совместные усилия многих специалистов (неврологи, психиатры, психологи, педиатры, стоматологи-ортодонты). Один из вариантов ортодонтического лечения является применение трейнеров.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, зубочелюстные аномалии у детей с ДЦП, ортодонтические трейнеры

Исследования, проведенные Семеновой К. А., показали, что в течении 2002-2004 гг. было зарегистрировано 196 на 10 тысяч в возрасте от 0 до 15 лет детей с ДЦП. Среди подростков от 15 до 18 лет заболеваемость ДЦП в 2002г. увеличилась более чем в 3 раза по сравнению с 1992 г [2] [7].

Анализ результатов эпидемиологических исследований показывает, что частота ДЦП в развитых странах составляет 2-2,5 на 1000 населения (в частности, в США ДЦП отмечается у 1-2 новорожденных). Распространенность ДЦП на постсоветском пространстве, согласно опубликованным данным (The Cerebral Palsies, Causes, Consequences and Management. Ed. G. Miller and G. D. Clark. Butterworth-Heinemann. – 1998. – P. 368.), достигает от 6 до 13 на 1000 новорожденных. [6]

Термином «церебральные параличи» объединяются синдромы, возникшие в результате повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза и проявляющиеся неспособностью сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения.

Часто двигательные расстройства (параличи, парезы, нарушения координации) сочетаются с изменениями психики, речи, зрения, слуха, судорожными припадками, расстройствами чувствительности. [1]

Различают несколько форм ДЦП. Наиболее тяжелой является спастическая тетраплегия. Эта форма сопровождается патологией черепных нервов, микроцефалией; тяжелый двигательный дефект рук и отсутствие мотивации исключает самообслуживание и простую трудовую деятельность.

Спастическая диплегия – эта форма наиболее благоприятна в отношении возможностей социальной адаптации.

Гемиплегическая форма - характеризуется задержкой психического и речевого развития, эпилептическими приступами.

Среди причин, приводящих к ДЦП, 40,2% составляют различные осложнения в родах: слабость сократительной деятельности матки во время родов (23,6%), стремительные роды (4%), кесарево сечение (11,36%), затяжные роды (24%), длительный безводный период (5%), ягодичное предлежание плода (5-6,25%), инструментальное родовспоможение (5-13%). (Felix J., Badawi N., Kurinczuk J. et al. Birth defects in children with newborn encephalopathy // Dev. Med. Child Neurol. – 2000; 42: 803-808)

В последние годы учитываются интоксикация плода, нарушение питания матери, перенесенные ею заболевания. В 40% случаях при ДЦП обнаруживаются острые или хронические экстрагенитальные заболевания у матери. [8]

Наиболее частой причиной перинатальных повреждений ЦНС являются гипоксически-ишемические поражения мозга (47%) (Шабалов, Н. П. Неонатология: Учебн. пособие: В 2т. – Т. 1. – М: МЕДпресс-информ, 2006.-608с.), последствия которых занимают ведущее место в структуре заболеваемости у детей неонатального периода и раннего возраста. Главным повреждающим фактором у недоношенных детей является гипоксия, которая приводит как к гипоксемии, так и к ишемии мозга.

У детей с различными формами ДЦП выявлена достаточно высокая распространенность зубочелюстных аномалий.

Из аномалий окклюзии зубных рядов чаще всего встречаются сочетание вертикальной и саггитальной резцово-дизокклюзии и дистальная окклюзия, что можно считать характерным для данного контингента больных.

Так же характерна задержка прорезывания молочных и постоянных зубов, сужение и удлинение зубных рядов, смешанная гипоплазия временных и постоянных зубов, патологическая стираемость. [9] [6]

Развитие данных аномалий связано с тем, что дети с ДЦП не могут в полной мере осуществлять произвольные артикуляционные движения. Это обусловлено поражением корково-ядерных путей и черепных нервов и проявляется синдромами в виде нарушения дыхания, глотания, голосообразования, ограниченной подвижности языка, затрудненного жевания и т. д. Произвольные движения губ ограничены, а иногда и вовсе не возможны. [1] [10]

Грудно-ключично-сосцевидные мышцы у детей с церебральными параличами могут быть спастически напряжены с одной или обеих сторон, что обеспечивает неправильное положение головы ребенка. Напряжение мышц шеи еще более ограничивает подвижность мышц дна полости рта и корня языка, а также движение нижней челюсти.

В случае гипотонии артикуляционных мышц губы вялые, плотно не смыкаются, рот полуоткрыт, выражена саливация, язык тонкий, распластаный в полости рта [1].

Помимо нарушения прикуса у детей с церебральными параличами часто встречаются такие заболевания как кариес и его осложнения, заболевания пародонта (хронический гингивит). Это объясняется неспособностью многих пациентов осуществлять адекватный уход за полостью рта.

Большую роль в развитии заболеваний пародонта играет диета. Дети, испытывающие трудности с жеванием и глотанием, употребляют мягкую, легкопроглатываемую пищу, которая обычно богата углеводами.

Из вредных привычек наиболее часто встречаются прикусывание губ, щек, прокладывание языка между зубами, а также сосание пальца. [11]

Лечение детей с ДЦП должно осуществляться под контролем невролога и обязательным участием детского психолога или психиатра.

Для исправления неправильного прикуса у детей с ДЦП, имеющих психику способную для сотрудничества, стоматолог-ортодонт может использовать лечебно-профилактические аппараты, например, преортодонтические трейнеры.

Их основное достоинство состоит в том, что они устраняют причины неправильного прикуса: корректируют положение языка, речевые дефекты, решают проблему глотания и ротового дыхания. Трейнеры для зубов выполняют роль своеобразного тренажера – с его помощью мышцы привыкают функционировать правильно.

Применению трейнеров у детей с ДЦП исключает возможность травмирования слизистой оболочки (в отличие от съемных аппаратов и брекет-систем), заглатывания мелких частиц, асфиксии.

При их использовании легче осуществлять должный гигиенический уход за полостью рта. При невозможности амбулаторного лечения кариеса и его осложнений назначается оперативное лечение в условиях стационара.

Но в ряде случаев ортодонтическое лечение у детей с церебральными параличами невозможно (спастическая тетраплегия).

- плохая гигиена и, как следствие, осложненный кариес;
- не всегда могут держать рот закрытым (при гипотонии артикуляционных мышц);
- при недостаточной эффективности глотания;
- опасность асфиксии (при повышенном тоне мышц неба и глотки);
- нежелание идти на контакт с врачом;
- невозможность доставки ребенка в стоматологический кабинет.

Заключение

Для детей с церебральными параличами характерны такие зубо-челюстные аномалии, как сочетание вертикальной и саггитальной резцовой дизокклюзии, дистальная окклюзия. В связи со сложностью ортодонтической патологии и некоторыми особенностями контакта с ребенком, а так же плохой гигиеной стандартные виды ортодонтического лечения применять не целесообразно. Поэтому на сегодняшний день оказание стоматологической помощи детям с церебральным параличом является актуальной проблемой, которую нужно решать в комплексном подходе с помощью не только стоматологов, но и неврологов, психиатров и детских психологов.

Литература

1. Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина «Детские церебральные параличи»; Изд. «Здоровья» 1988г – 324с.
2. Семёнова, К. А. Восстановительное лечение у детей с перинатальными поражениями нервной системы и ДЦП/ К. А. Семёнова. – М., 2007. – 263с.
3. The Cerebral Palsies, Causes, Consequences and Management. Ed. G. Miller and G. D. Clark. Butterworth-Heinemann. – 1998. – P. 368.
4. Felix J., Badawi N., Kurinczuk J. et al. Birth defects in children with newborn encephalopathy // Dev. Med. Child Neurol. – 2000; 42: 803-808.
5. Шабалов, Н. П. Неонатология: Учебн. пособие: В 2т. – Т. 1. – М: МЕДпресс-информ, 2006.-608с.
6. О. В. Деньга, Б. Н. Мирчук, Т. Д. Брунич «Распространенность зубо-челюстных аномалий у детей с ДЦП»; ГУ «Институт стоматологии АМН Украины» Одесский национальный медицинский университет, - «Вісник стоматології», №4, 2010
7. Струповец И. Н. « Минимальные повреждения ЦНС в раннем неонатальном периоде и их роль в развитии ДЦП у недоношенных детей», УО «гомельский государственный медицинский университет», 2011г.
8. Ширалиева Р., Мамедова М., «Современные представления о детском церебральном параличе», 2010г.
9. Слуцкий Д. Б. «Состояние зубо-челюстной системы у детей, страдающих различными формами ДЦП», Москва – 2005г.
10. Кударина А. С., Садвакасова Н. А. «Особенности речевого развития детей с детским церебральным параличом», «Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований» №2, 2015г.
11. Галева Р. Р., Чуйкин С. В., «Стоматологическая заболеваемость и биохимические показатели ротовой жидкости у детей, страдающих церебральным параличом», 2011г.
12. Куруптурсунов А. А. «особенности ведения стоматологического амбулаторного приема у детей с ДЦП», Бюллетень медицинских Интернет-конференций, Том 4. №4, 2014г.
13. Фирсова И.В., Суетенков Д.Е., Давыдова Н.В., Олейникова Н.М. Взаимосвязь и взаимовлияние уровня стоматологического здоровья и средовых факторов //Саратовский научно-медицинский журнал.- 2011.- Т. 7. № 1. -С. 239-245.
14. <http://zubzone.ru/ortodontija/trejner-dlja-zubov.html>