

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

**Вредные привычки. Классификация, профилактика, тактика  
ведения данных пациентов врачом-ортодонтом.**

Выполнил ординатор  
кафедры-клиники стоматологии ИПО  
по специальности «ортодонтия»  
Васильева Екатерина Игоревна  
рецензенты к.м.н.,  
Левенец Оксана Анатольевна

Красноярск, 2019

## Содержание:

Стр.		
1.	Введение .....	3
2.	Классификация .....	3
3.	Привычки сосания .....	4
4.	Аномалии функции .....	10
5.	Зафиксированные позы тонические рефлексы, определяющие неправильные положения частей тела в покое .....	12
6.	Характеристика типов глотания .....	14
7.	Методы профилактики .....	15
8.	Тактика ведения врачом-ортодонтом пациентов, имеющих вредные привычки .....	19
9.	Заключение .....	21
10.	Список литературы .....	22

## **Введение**

Вредные привычки у детей являются одной из причин возникновения и развития зубочелюстных аномалий и деформаций. Они способствуют парафункции мышц, окружающих зубные ряды, смещению нижней челюсти, вызывают нарушение положения отдельных зубов и их групп, изменение формы зубных рядов, нарушения прикуса в сагиттальном, трансверзальном и вертикальном направлениях. Эти нарушения закрепляются с возрастом и нередко приводят к изменению формы лица. Кроме того, они могут являться причиной заболеваний пародонта.

### **Классификация вредных привычек в работе врача-ортодонта**

Вредные привычки разнообразны. Попытки их систематизации относятся к первой трети XX в. Наиболее полные сведения в отечественной литературе были представлены В. П. Окушко, которая систематизировала разновидности вредных привычек и вызываемые ими зубочелюстные аномалии, а также обобщила опыт лечения таких больных. Предложенная автором классификация включает 3 группы.

I. Привычки сосания (зафиксированные двигательные реакции):

- 1) привычка сосания пальцев;
- 2) привычка сосания и прикусывания губ, щек, предметов;
- 3) привычка сосания и прикусывание языка.

II. Аномалии функции (зафиксированные неправильно протекающие функции):

- 1) нарушение функции жевания;
- 2) неправильное глотание и привычка давления языком на зубы;
- 3) ротовое дыхание;
- 4) неправильная речевая артикуляция.

III. Зафиксированные позотонические рефлексy, определяющие неправильное положение частей тела в покое:

- 1) неправильная поза тела и нарушение осанки;
- 2) неправильное положение нижней челюсти и языка в покое.

А. И. Бетельман, З. Ф. Василевская, Л. В. Ильина-Маркосян, А. Д. Мухина, В. П. Окушко, Ф. Я. Хорошилкина и другие авторы подчеркивают, что обычно вредные привычки сочетаются друг с другом (например, сосание большого пальца руки, ротовое дыхание и неправильное глотание). Иногда, после устранения одной вредной привычки появляется другая. Так, после длительного сосания соски дети начинают сосать язык, внутреннюю часть щек, губу.

### **Привычки сосания (зафиксированные двигательные реакции)**

В основном, вредная привычка сосания наблюдается в младшем дошкольном возрасте, у отдельных детей она возникает после тяжелых инфекционных болезней, что можно объяснить повышением нагрузки на нервную систему ребенка в результате ослабления его организма. У школьников вредные привычки иногда появляются в связи с подражанием сверстникам и старшим.

1) Привычка сосания пальцев. Ребенок рождается безусловным рефлексом сосания. К 2-4 суткам закрепляются условные рефлексy сосания и их активность постепенно возрастает. К 1,5-2 годам функция сосания постепенно угасает и лишь у отдельных ослабленных детей, особенно у лишенных материнского тепла, эта функция сохраняется до 3 лет или более. Сосание превращается во вредную привычку, при этом оно не зависит от чувства голода.

Сосание пальцев, в основном большого пальца правой руки, реже левой, встречается чаще других разновидностей вредных привычек. Нервное напряжение, эмоциональное беспокойство способствуют

возникновению этой вредной привычки. Такая привычка проявляется чаще у детей, находящихся на грудном вскармливании. Она нередко возникает после отнятия соски или отнятия от груди. Дети сосут палец во время засыпания и пробуждения, но при выраженной вредной привычке сосут ночью и днем.

Палец, который сосет ребенок, бывает чище других, тоньше, на его коже нередко заметны кровоизлияния, ноготь истончен. Дети, подростки и взрослые во время сосания пальца отворачиваются, стараются найти укромное место, чтобы избежать насмешек окружающих. Наиболее типичные зубоальвеолярные нарушения, развивающиеся в результате сосания пальца, заключаются в протрузии передних зубов верхней челюсти и зубоальвеолярном укорочении на этом участке, что нередко приводит к возникновению открытого прикуса. При длительном и интенсивном сосании нередко нарушается рост челюстей. Протрузия резцов чаще сочетается с образованием трем между ними, реже — с тесным их расположением. Выступление верхних резцов затрудняет смыкание губ и способствует ротовому дыханию. Передний участок нижней зубной дуги обычно бывает уплощенным в результате ретрузии нижних резцов или наблюдается их тесное расположение. Десневые сосочки бывают отечными и кровоточат. Зубные ряды деформируются по форме пальца, расположенного между ними. Если попросить ребенка показать, как он сосет палец, то можно убедиться в этом. Длительное сосание пальца и его давление на коронки зубов, альвеолярные отростки приводит к дистальному смещению нижней челюсти, отставанию ее роста. Этому способствует мезиальное перемещение верхних боковых зубов в область более узкой части зубной дуги, первые постоянные моляры нередко поворачиваются по оси вокруг их небного корня, что приводит к стойкому удлинению верхней зубной дуги.

Сужение верхнего зубного ряда, возникающее в результате повышения отрицательного давления в полости рта при сосании большого

пальца, усиливается. При этом превалирует давление щечных мышц на верхний зубной ряд, так как зубные ряды разобщены, а язык опущен и прилегает к нижнему зубному ряду. Сужение верхнего зубного ряда нередко приводит к развитию вестибулярного перекрестного прикуса. Формируется глубокий купол неба («готическое небо»), деформируется дно полости носа, искривляется носовая перегородка, что затрудняет носовое дыхание.

Вредная многолетняя привычка сосания большого пальца приводит к нарушению осанки — наклону головы вперед, к изменениям в шейном отделе позвоночника, вызванных нарушением функции мышц, окружающих зубные ряды, а также межреберных мышц. Вследствие этого наблюдаются уменьшение жизненной емкости легких, нарушения функции дыхания, кровообращения. В связи с этим вопросы ранней профилактики зубочелюстных аномалий, обусловленных вредной привычкой сосания большого пальца, приобретают социальное значение.

Кроме большого пальца, дети нередко сосут другие пальцы — один или несколько, но следует подчеркнуть, что положение в полости рта одного или нескольких пальцев бывает всегда одно и то же у каждого ребенка.

В результате сосания пальца или пальцев, в зависимости от их расположения, может наблюдаться привычное смещение нижней челюсти вперед в сторону — развитие мезиального или перекрестного прикуса при сосании согнутого указательного пальца или при расположении одного или двух пальцев в области угла рта.

Изменяется также расположение языка, нередко его кончик и корень смещаются кзади или язык занимает низкое (каудальное) положение. При последнем нарушении на основании осмотра лица в профиль можно увидеть кожную складку под подбородком («двойной подбородок»), свидетельствующую о низком расположении языка.

2) Привычка сосания и прикусывания губ, щек, различных предметов. Дети, чаще всего, сосут нижнюю губу, располагая ее между зубами. Под воздействием этой привычки наблюдаются вестибулярное отклонение верхних резцов, образование между ними трем, зубоальвеолярное укорочение в переднем участке верхней челюсти. Реже отмечается тесное положение верхних передних зубов. Нижние резцы наклоняются орально. Нередко образуется открытый прикус, повторяющий форму нижней губы. Постепенно нарушается соотношение боковых зубов, развивается дистальный прикус. Отклонение верхних и нижних резцов способствует стойкому изменению расположения губ и их несмыканию, что усугубляет нарушение прикуса.

Длительное прикусывание нижней губы приводит к скученному положению нижних передних зубов, недостатку места для отдельных зубов, недоразвитию зубного ряда и нижней челюсти.

Значительное нервное перенапряжение, страх, переживания ребенка могут проявляться сильным прикусыванием нижней губы. При прикусывании половины нижней губы возникают менее выраженные нарушения. Такая привычка способствует одностороннему отклонению верхних передних зубов и образованию более выраженной диастемы. Однако, такая привычка вызывает сопутствующие функциональные нарушения в зубочелюстной области и отучить от нее подростков бывает трудно.

Сосание или прикусывание верхней губы приводит к ретрузии верхних резцов, тесному их расположению, недоразвитию зубной дуги, протрузии нижних резцов с наличием между ними трем, привычному выдвиганию нижней челюсти. Кроме того, нередко она сочетается с неправильным глотанием и нечетким произнесением звуков речи.

Сосание щек или их втягивание внутрь полости рта и прикусывание чаще вызывает развитие симметрично выраженного нарушения прикуса. Лишь в редких случаях наблюдается одностороннее нарушение. Названная

привычка нередко является следствием ранней потери молочных моляров, Втягивание щек и одновременное прокладывание боковых участков языка в дефекты зубных дуг постепенно закрепляется. При прорезывании премоляров нередко в их области сохраняется зубоальвеолярное укорочение и, как его следствие— боковой открытый прикус.

При осмотре пациентов, всасывающих и прикусывающих внутреннюю часть щек, на их слизистой оболочке бывают заметны валики с отпечатками коронок боковых зубов и кровоизлияния. Те же явления нередко можно заметить и на боковой поверхности языка.

Сосание угла подушки, одеяла, воротника обычно сопровождается поворотом головы в сторону. Зубные ряды формируются, как правило, асимметрично, при длительной вредной привычке развивается асимметрия лица.

Из различных предметов дети чаще держат между резцами карандаш или ручку — возникает диастема.

У детей нередко отмечается привычка грызть семечки, что вызывает появление узур на режущих краях резцов и отклонение осей центральных резцов.

Постоянное употребление детьми жевательной резинки может приводить к возникновению вредной привычки давления языком на зубы, что способствует изменению их расположения.

3) Привычка сосания, прикусывания и прокладывания языка между зубными рядами. Такая привычка может быть самостоятельной или сочетаться с другими. Сосание языка, чаще наблюдаемое во время сна, сопровождается значительным напряжением мимических мышц, губы бывают плотно сжатыми, морщинистыми, заметно соприкосновение языка с нижней губой, которая нередко втягивается между зубами. В утренние часы во время пробуждения ребенка его подушка бывает мокрой от слюны. Кончик языка таких детей гладкий, сосочки не выражены, иногда заметны точечные кровоизлияния. Неправильное положение языка, особенно его

кончика, постепенно закрепляется. Под его давлением смещаются зубы, развивается открытый прикус.

Увеличенные небно-глочные миндалины и другие аденоидные разрастания смещают язык вперед, вызывают нарушение дыхания. При этом не только кончик, но и корень языка смещается вперед, что обеспечивает прохождение воздушной струи через носоглотку, кончик языка расплывается между верхними и нижними резцами.

Привычка держать язык между зубами наблюдается нередко и при укороченной или неправильно прикрепленной уздечке, ограничивающей его подвижность. Нередко наблюдается гипертрофия кончика языка, изменяется акт глотания, наблюдается сигматизм (шепелявость). Такие нарушения становятся причиной развития открытого прикуса и сопутствующих функциональных нарушений в челюстно-лицевой области. Открытый прикус, возникший в результате сосания языка, отличается от открытого прикуса, обусловленного сосанием пальца или других предметов. Он бывает обусловлен зубоальвеолярным укорочением как со стороны верхнего зубного ряда, так и со стороны нижнего. Щель между передними зубами бывает симметричной.

Сосание боковых участков языка с образованием бокового открытого прикуса — более редкое явление. Причиной появления этой вредной привычки чаще всего является ранняя потеря отдельных боковых зубов, адентия вторых премоляров или их стойкая ретенция. Еще реже наблюдаются случаи, когда дети загибают кончик языка кзади и прикусывают боковые участки языка. У таких детей бывает значительно выражена гипертрофия языка, а это, в свою очередь, приводит к стимулированию роста нижней челюсти, поскольку именно на нее оказывает давление язык. Постепенно развивается мезиальный прикус, между нижними передними зубами возникают промежутки. Этому способствует давление языком на зубы. На кончике языка появляются отпечатки передних зубов. Нарушения прогрессируют, присоединяются

другие функциональные отклонения нечеткое произнесение звуков, неправильное глотание, ротовое дыхание. Постепенно расшатываются передние зубы, в связи со значительными изменениями структур пародонта пациент рано теряет зубы.

### **Аномалии функции (зафиксированные неправильно протекающие функции)**

1) Неправильное глотание и привычка давить языком на зубы являются важными этиологическими факторами в развитии зубочелюстных аномалий.

В норме процесс глотания претерпевает определенные изменения от рождения до установления прикуса. Ребенок рождается с хорошо развитым рефлексом глотания и достаточной активностью языка, особенно его кончика. В покое язык свободно располагается между десневыми валиками и преимущественно бывает вытянут вперед, что обеспечивает его готовность к работе. Благодаря сокращению мышц губ, щек, языка, а также положительному давлению в молочной железе и отрицательному в полости рта ребенка, молоко поступает в его рот. Сократившиеся губные и щечные мышцы являются опорой для языка который, распластываясь между десневыми валиками и отталкиваясь от этой опоры, направляет молоко в ротоглотку.

С появлением первых временных зубов возникает перестройка процесса глотания в стадии «отправного толчка». В связи с тем, что в этом периоде начинается прикорм и появляются первые зубы, кончик языка отталкивается уже от появившихся зубов. С установлением полного временного прикуса в возрасте 2,5 лету ребенка в норме заканчивается преобразование инфантильного способа глотания в соматический. При нормальном (соматическом) способе глотания губы спокойно сложены, зубы сжаты, кончик языка упирается в передний участок твердого неба за верхними резцами. При инфантильном способе глотания зубы не сжаты и

для «отправного толчка» кончик языка контактирует с нижней губой при сокращении подбородочной мышцы, а иногда и других мимических мышц, что отражается на конфигурации лица: заметна протрузия губ, подбородок принимает «вид наперстка», иногда наблюдается сморщивание лба, закрывание глаз и вытягивание шеи вперед для облегчения проглатывания.

Неправильно протекающая функция глотания ведет к значительным изменениям в челюстно-лицевой области. Чаще других возникают такие отклонения, как сужение зубных рядов, уплощение фронтального участка зубной дуги нижней челюсти, открытый прикус.

2) Нарушение функции дыхания, имеющее значение в развитии аномалий прикуса, обуславливается затруднением прохождения струи воздуха через носовые ходы и определяется как ротовое или смешанное дыхание. Обычно такое состояние бывает связано с инфантильным способом глотания и несмыканием губ. Этим сочетанием и определяются его клинические признаки: рот полуоткрыт, корень языка смещен назад и вниз, что изменяет профиль лица ребенка — появляется «двойной подбородок». При дыхании заметно напряжение крыльев носа, изменение конфигурации ноздрей, в состоянии физиологического покоя отмечается увеличение нижней трети лица. В результате неправильного дыхания нарушается динамическое равновесие мышц окологубной области и языка.

При ротовом дыхании изменяется форма верхней челюсти: она сужается в боковых участках в результате неправильного положения языка и давления щечных мышц. Одновременно с сужением челюсти изменяется форма носовых ходов, искривляется носовая перегородка, а эти деформации в свою очередь поддерживают ротовое дыхание.

3) Нарушение функции жевания у детей принято характеризовать как «ленивое жевание». Причиной такого способа жевания может явиться несвоевременный переход к употреблению твердой пищи, который должен совпадать с периодом формирования временного прикуса. Отрицательно

влияет на становление функции жевания нарушение сроков и последовательности прорезывания зубов, наличие сверхкомплектных зубов, первичная адентия. Отсутствие временных зубов влияет и на положение языка.

Язык устремляется в область дефекта, появляются вредные привычки неправильного положения языка и сосания.

Особое значение для правильного роста и развития челюстей имеет сохранение временных моляров до нормального срока смены их постоянными зубами; при отсутствии моляров функция жевания у детей нарушается в значительной степени. Преждевременная потеря временных зубов вызывает перемещение соседних зубов в различных направлениях, а также привычное смещение нижней челюсти, что способствует развитию аномалий прикуса.

4) Нарушения функции речи определяются при разговоре путем логопедического обследования, в процессе которого выявляют состояние слуха, голоса, тембра и ритма речи, речевой деятельности согласно возрастным нормам (экспрессивная и импрессивная речь, состояние слоговой структуры слова, грамматические категории и формы, порядковый счет и др.).

### **Зафиксированные позотонические рефлексы, определяющие неправильное положение частей тела в покое**

1) Нарушения опорно-двигательного аппарата устанавливаются при осмотре ребенка: изменение осанки, искривление костей конечностей, деформация позвоночника и другие.

Формирование осанки или привычной позы начинается вскоре после рождения ребенка и продолжается в течение всего процесса развития.

Правильной осанкой считается такое положение тела, когда все изгибы позвоночника (шейный, грудной, поясничный) умеренно

выражены. Голова и туловище находятся на одной вертикали, плечи слегка отведены назад и несколько опущены, располагаются на одном уровне, грудная клетка развернута, слегка выдвинута вперед, лопатки не выступают, живот подтянут, коленные суставы выпрямлены; мышцы, удерживающие позвоночник в вертикальном положении, умеренно напряжены.

Различают следующие виды неправильной осанки: вялая осанка, плоская спина, плосковогнутая спина, сутуловатость, круглая спина, кругловогнутая спина. Формирование неправильной осанки связано с функциональными изменениями связочно-мышечного аппарата, что следует отнести прежде всего к порочному двигательному стереотипу.

2) Вырабатываемые в раннем детстве вредные привычки, как неправильное положение во время сна с откинутой назад или, наоборот, низко опущенной головой, подложенной под щеку рукой, при которых повторно и длительно оказывается давление на одни и те же участки челюсти и зубы, могут привести к искажению формы челюсти, нарушению роста.

Так, определенным вредным привычкам приписывают ведущую роль в развитии типичных деформаций. Привычка спать с откинутой назад головой сопровождается длительным смещением челюсти назад, что способствует формированию прогнатического соотношения зубных рядов. Привычка спать с низко опущенной головой приводит к смещению нижней челюсти вперед и формированию прогенического соотношения зубных рядов (табл 1).

Привычка подкладывать руку под щеку может привести к несимметричному развитию челюстных костей и формированию перекрестного прикуса.

## Характеристика типов глотания

	Нормальное глотание		Неправильное глотание (инфантильное)
	инфантильный тип (до 2-3 лет)	соматический тип(2,5-3 года)	
Характеристика лицевых признаков и положения языка	Язык отталкивается от сомкнутых губ, функция жевания находится в стадии становления	Язык отталкивается от сомкнутых зубных рядов и небного свода. Губы сомкнуты, мышцы лица не напряжены. Отмечается перистальтика мышц подбородочной области.	При значительном нарушении функции глотания определяется активность всех мимических мышц, а иногда мышц шеи, иногда дрожат веки, вытягивается и наклоняется голова. Симптом наперстка - точечные углубления в области углов рта и подбородка за счет напряжения мышц нижней челюсти, губы и подбородка.
Диагностическая проба а) проглатывание воды			Толчок кончика языка о внутреннюю поверхность губы и последующее ее взбухание.
б) Быстрое отодвигание губ после глотания			Язык располагается между зубными рядами (губы не сомкнуты), щеки являются опорой для языка.
Причина нарушения функции глотания			Вредная привычка, следствие аномалии и деформации зубочелюстной

			системы (прогнатический и открытый прикус) функциональные нарушения нервной системы и соматические заболевания
Связь аномалий зубочелюстной системы с нарушениями функции глотания			Неправильное положение языка приводит к открытому, прогеническому, прогнатическому, перекрестному, глубокому прикусу, в зависимости от направления силы действия мышц языка, на тот или иной участок челюсти.

Табл. 1

**Методы профилактики. Значение нормализации функций жевания, дыхания, глотания, организации питания в грудном возрасте, санации полости рта и носоглотки в предупреждении развития зубочелюстных аномалий у детей.**

Организация питания в грудном возрасте

1. Естественное вскармливание. Акт сосания груди является мощным стимулятором для роста костной ткани. При сосании нижняя челюсть изменяет положение в переднезаднем направлении за счет сокращения мышц. Мышцы, сухожилиями вплетаясь в надкостницу, передают давление костным балкам и кровеносным сосудам, питающим их. В результате зоны роста получают импульс с достаточным питанием

кровеносных сосудов — так происходит физиологический процесс роста. В период вскармливания язык ребенка, придавливая сосок груди матери к небу, оказывает давление и обеспечивает рост и увеличение в объеме верхней челюсти.

2. Искусственное вскармливание. Данный вид вскармливания используется, как средство выбора при отсутствии у матери молока, при этом не требуется значительных усилий мускулатуры и состояние младенческой ретрогении, т. е. наличие сагиттального несоответствия между верхней и нижней челюстями во фронтальном отделе сохраняется, создается тенденция к дистальной окклюзии: неправильно проводимое искусственное вскармливание, т.е. использование жесткой и длинной соски, которая может вызвать травму слизистой полости рта или, наоборот, очень мягкой с одним большим отверстием на конце. Данный вариант не требует от ребенка усилий при кормлении; помимо этого некоторые родители оставляют ребенка один на один с бутылочкой – при этом она горлышком оказывает давление на альвеолярный отросток.

Искусственное вскармливание, не приводящее к ортодонтическим аномалиям, когда соска на бутылочке имитирует по форме сосок груди матери, соответственно эластична, упруга, имеет три маленьких отверстия, которые следует делать раскаленной иглой. Оптимальное время для высасывания порции еды из бутылочки емкостью 200,0 мл не менее 15 минут. Меньшая продолжительность "гимнастики" во время сосания приводит к недоразвитию нижней челюсти. При кормлении нужно держать ребенка под углом, как при грудном вскармливании. Бутылочку располагают также под углом, чтобы она не давила на нижнюю челюсть малыша.

## **Нарушение функции дыхания и глотания**

Нарушение функции носового дыхания проявляется в виде смешанного или ротового дыхания. В зависимости от сочетания с другими факторами способствует формированию различных аномалий – открытого, прогенического, глубокого, прогнатического прикусов и аномалий зубного ряда. Нарушение данной функции бывает связано с инфантильным способом глотания и несмыканием губ. Этим взаимным сочетанием и определяются его клинические признаки: рот полуоткрыт, корень языка смещен назад и вниз, что изменяет профиль лица ребенка – проявляется "двойной подбородок". При дыхании заметно напряжение крыльев носа, изменение конфигурации ноздрей, в состоянии физиологического покоя отмечается увеличение нижней трети лица. В результате неправильного дыхания нарушается динамическое равновесие мышц околоротовой области и языка. При ротовом дыхании изменяется форма верхней челюсти: она сужается в боковых отделах в результате неправильного положения языка и давления щек. Одновременно с сужением челюсти изменяется форма носовых ходов, искривляется носовая перегородка, а эти деформации в свою очередь поддерживают ротовое дыхание. Нарушение функции глотания – проявляется тем, что в начальный момент глотания язык занимает межзубное положение и упирается во внутреннюю поверхность одной или обеих губ, что приводит к значительному напряжению тканей в окружности ротовой щели – "симптом наперстка".

### **Регуляция функции дыхания**

1. Консультация ребенка у оториноларинголога.
2. Консультация и лечение ребенка у педиатра при наличии заболеваний органов дыхания.
3. Консультация специалиста ЛФК и назначение комплекса дыхательных упражнений.

4. Назначение массажа крыльев носа.

5. Изготовление головной шапочки и поддерживающей нижнечелюстной повязки для пользования в ночное время при наличии привычки спать с открытым ртом.

### **Нормализация функции глотания**

1. Лечение ребенка у оториноларинголога и нормализация носового дыхания.

2. Обучение ребенка правильной методике глотания с соблюдением основных правил: губы и зубы сомкнуты, мышцы лица и шеи максимально расслаблены, кончик языка прижат к переднему участку неба.

Нарушение функции жевания является активным фактором формирования открытого, перекрестного, прогенического и других видов патологического прикуса. Наблюдается в различных вариантах:

1. Вялое жевание – жевание, при котором ребенок медленно и долго разжевывает пищу, не развивая доступных усилий и запивая ее. Причинами такого жевания могут быть: ротовое дыхание, несвоевременное включение в рацион жесткой пищи, тяжелые соматические и инфекционные заболевания, длительное кормление ребенка с помощью соски-рожка, кариес.

2. Привычка жевать пищу на одной стороне. Наблюдается при раннем разрушении и удалении жевательных зубов на одной стороне, наличии зубов с осложненным кариесом, неравномерной стираемости временных зубов, после травмы челюстей.

3. Привычка жевать передними зубами. Возникает после ранней утраты жевательных зубов или разрушения их вследствие кариеса, при

патологическом стирании зубов со снижением высоты прикуса, врожденной множественной адентии.

Профилактика нарушений функции жевания заключается в проведении разъяснительной работы с родителями и персоналом дошкольных учреждений о необходимости и пользе включения в рацион ребенка жесткой пищи, своевременное устранение вредной привычки, изъятие соски. Важное значение имеет качественное лечение временных зубов и своевременное их возмещение в случаях ранней утраты, сошлифовывание нестершихся бугорков временных зубов, нормализация носового дыхания (табл. 2).

### **Тактика ведения врачом-ортодонтом пациентов, имеющих вредные привычки**

#### **Вредные привычки, их последствия и способы устранения**

<b>Вредная привычка</b>	<b>Вид зубочелюстной деформации</b>	<b>Способы устранения</b>
1. Сосание пальцев	Дистальная окклюзия, ложная прогнатия верхней челюсти, ложная прогнатия нижней челюсти, глубокая резцовая окклюзия, вертикальная резцовая дизокклюзия.	Ортодонтические аппараты (вестибулярная пластинка, двойной щит), соска с надрезами, одетая на палец, манжетки на локтевые сгибы
2.1. Прикусывание нижней губы	Прогнатия верхней челюсти с протрузией верхних резцов, дистальное смещение нижней челюсти и задержка развития ее фронтального отдела	Ортодонтические аппараты (нижнечелюстная пластинка с вестибулярной дугой и пластмассовой подушкой, вестибулярная пластинка)
2.2. Сосание верхней губы	Небный наклон верхних резцов, недоразвитие фронтального участка верхней челюсти	Ортодонтические аппараты (нижнечелюстная пластинка с вестибулярной дугой и

		пластмассовой подушкой, вестибулярная пластинка)
2.3. Сосание щек	Сужение обеих челюстей, вертикальная резцовая дизокклюзия.	Аппарат - двойной щит
2.4. Прикусывание щек	Глубокая резцовая окклюзия, вертикальная резцовая дизокклюзия, протрузия верхних резцов, ретрузия нижних резцов, дистальная окклюзия.	Аппарат - вестибулярная пластинка, локтевые манжеты
3. Сосание и прокладывание языка	Вертикальная резцовая дизокклюзия, прогнатия нижней челюсти, перекрестный прикус, ретенция зубов, неправильное прорезывание зубов и их положение	Аппарат - двойной щит, пластинка с заслонкой для языка, вестибулярная пластинка
4. Жевание на одной стороне	Перекрестный прикус, мезиальная окклюзия, замедление процесса смены зубов на нерабочей стороне.	Беседа с родителями и ребенком
5. Нарушение функции глотания (инфантильное глотание)	Вертикальная резцовая дизокклюзия, диастема, протрузия верхних резцов, ретрузия нижних резцов, сужение верхней зубной дуги	Миогимнастика
6. Ротовое дыхание	Вертикальная резцовая дизокклюзия, прогнатия верхней челюсти, формирование «готического» неба	Аппарат - вестибулярная пластинка с выпиленными отверстиями, подбородочная праща с вертикальной тягой, двойной щит
7. Сон на низкой подушке	Дистальная окклюзия.	Беседа с родителями и ребенком
8. Сон на высокой подушке	Мезиальная окклюзия.	Беседа с родителями и ребенком
9. Подкладывание руки под	Перекрестный прикус	Беседа с родителями и ребенком То же

щеку во время сна		
10. Сосание соски пустышки после 1 года жизни	Дистальная окклюзия, вертикальная резцовая дизокклюзия	Аппарат - вестибулярная пластинка. Назначение перед сном препаратов седативного действия (по возрастным дозировкам )

Табл. 2

### Заключение

Таким образом, врач-ортодонт обязательно должен обращать большое внимание на общее состояние и развитие детского организма. Особенно тесный контакт между ортодонтом и педиатром должен иметь место при лечении детей с хроническими заболеваниями (астма, диабет, заболевания крови и т.п.). Применение ортодонтической аппаратуры, либо безаппаратурных методов лечения у таких детей дает дополнительную нагрузку, часто усугубляющую течение хронического заболевания. Основную роль в разработке методики профилактики и раннего лечения аномалий играет изучение и внедрение в практику работы ортодонта этиопатогенетической терапии. Вопросы распространенности патологии требуют всестороннего комплексного исследования причин их возникновения и развития, поскольку до 90% исследований, выполненных в мире, относятся к изучению влияния изолированных факторов на один из компонентов здоровья.

## Список литературы

1. Влияние вредных привычек на развитие зубочелюстной системы [Электронный ресурс] // РЛС. – Режим доступа:<http://www.edentworld.ru/lib.pl-cid=&DocID=2209.htm> (Дата обращения 24.02.2019)
2. Коррекция речи у детей: взгляд ортодонта/ под ред. Я.В. Костиной, В.М. Чапала– 2008. –С. 44-76.
3. Митчелл, Л. Основы ортодонтии / Лаура Митчелл; пер. с англ. под ред. Ю. М Малыгина. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.– С. 74-109.
4. Ортодонтия / В. И. Куцевляк, А. В. Самсонов, С. А. Скляр, С. Л. Старикова– Харьков: СИМ – 2013. – С. 522-541.
5. Ортодонтия / П. С. Флис, М. А. Омельчук, Н. В. Ращенко – К.: Медицина –2008. – С. 144-159.
6. Роль вредных привычек в формировании зубочелюстных аномалий и способы их устранения[Электронный ресурс] // РЛС. – Режим доступа: [http://statref.ru/ref\\_bewpolmer.html](http://statref.ru/ref_bewpolmer.html) (Дата обращения 24.02.2019)
7. Токаревич, И. В. Общая ортодонтия / И. В. Токаревич, Л. В. Кипкаева, Н. В. Корхова – Минск, БГМУ, 2010. – С. 66-89.
8. Черненко, С.В. Ортодонтия детей и взрослых – Москва, 2018. – С. 11-82.