

ЛЕКЦИИ

© САБЛИНА Г.И., КОВТОНЮК П.А., СТАРОДУБЦЕВА А.Е., СОБОЛЕВА Н.Н., ТАТАРИНОВА Е.Н. — 2009

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ АНОМАЛИЙ

Г.И. Саблина, П.А. Ковтонюк, А.Е. Стародубцева, Н.Н. Соболева, Е.Н. Татаринова
(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах,
кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, зав. — к.м.н., доц. Н.Н. Соболева)

Резюме. Авторами представлена рабочая классификация зубочелюстно-лицевых аномалий и алгоритм постановки диагноза. Приведена методика планирования лечения на основе предлагаемой диагностики.

Ключевые слова: зубочелюстно-лицевые аномалии, классификация, лечение.

ALGORITHM OF DENTOFACIAL ANOMALIES DIAGNOSTICS AND TREATMENT

G.I. Sablina, P.A. Kovtonyuk, A.E. Starodubtseva, N.N. Soboleva, E.N. Tatarinova
(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. The authors have presented the classification of dentofacial anomalies and the algorithm of establishing the diagnosis. The methods of planning the treatment based on suggested diagnostics are described.

Key words: dentofacial anomalies, classification, treatment.

Врачи-ортодонты имеют дело с патологией зубочелюстно-лицевой системы, которая лежит на «поверхности» и нередко видна неспециалистам. Это условие, как кажется на первый взгляд, должно бы существенно облегчать задачу постановки диагноза. Постановка полного и правильного диагноза не вызывает сомнений у клиницистов. Известно положение: «Кто хорошо диагностирует, тот хорошо и лечит!». Однако реализация этого постулата является достаточно сложной клинической задачей.

Проблема заключается в том, что в ортодонтии существуют десятки классификаций, характеризующих отклонения (аномалии, деформации) в зубочелюстной системе. Многообразие классификаций лишь подтверждает фактическую сложность диагностики патологии зубочелюстной системы, которая по своему генезу нередко является мультифакториальной. Становится понятным, что на фоне многих классификаций (диагностик) аномалий, по-разному констатируются морфологические нарушения в строении зубочелюстной системы. Из этого условия логично вытекают и различные подходы к планированию их устранения. Более того, в силу алгоритма, заложенного в используемую классификацию, возникают разночтения в оценке той или иной клинической ситуации. На этом фоне часто имеют место факты, когда одну и ту же нозологическую форму патологии ортодонты понимают по-разному и, что самое неблагоприятное для пациента, по-разному подходят к планированию ее лечения.

На кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии Иркутского ГИУВа в течение 15 лет активно осуществляется первичная специализация, подготовка ортодентов через обучение в ординатуре и усовершенствование врачей-ортодентов для Сибирского Федерального округа. Вышеизложенные проблемы послужили поводом к анализу используемых классификаций и необходимости создания понятной и удобной в работе классификации зубочелюстно-лицевых аномалий.

В результате была предложена рабочая классификация, которая позволяет проводить процесс диагностики аномалий зубочелюстной системы с позиций структурно-формализованной логики (алгоритма). Вопросы этиологии и патогенеза зубочелюстных аномалий при этом не отражаются в классификации.

Предварительный клинический диагноз базируется на оценке внешних данных пациента: его осанки, роста, соответствия хронологического возраста костному и зубному, внешнего осмотра лица, оценки тонуса жевательных мышц и функциональной активности мышц приротовой области.

Кроме того, диагноз отражает результаты осмотра зубов, зубных рядов, окклюзии, пространственного и взаимного расположения челюстных костей, определения степени активности кариеса, оценки состояния тканей пародонта и слизистой оболочки рта, функции и строения височно-нижнечелюстных суставов. В диагноз также включаются нарушения функций дыхания, глотания, жевания, артикуляции языка.

В настоящем сообщении представлена методика постановки и формулировки ортодонтического диагноза зубочелюстной аномалии (отклонений от нормы) по предложенной классификации. Методика осмотра основана по принципу: от меньшего к большему (от простого к сложному), т. е. от осмотра зубов до соотношения зубных рядов и челюстей, но формулировка диагноза осуществляется от обратного, т.е. от характеристики окклюзии к оценке отдельных зубов. Данная классификация позволяет, на наш взгляд, максимально соотносить диагностику к составлению плана лечения, который реализуется на учете морфологических нарушений, отраженных в диагнозе. Предложенная классификация базируется на классификации аномалии окклюзии зубных рядов, предложенной Л.С. Персиным (1989) и классификации аномалий зубов и челюстей кафедры ортодонтии детского протезирования ММСИ (1990), ВОЗ (1975). В нашей стране и большинстве стран мира ортодонты используют классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 1975). На X съезде ортодентов России было принято единогласное решение рекомендовать Российским ортодонтам при постановке диагноза использовать международную классификацию зубочелюстных аномалий ВОЗ. Вместе с тем, нами внесены дополнения и изменения, которые оптимизируют процесс диагностики и облегчают планирование лечения.

Рабочая классификация зубочелюстно-лицевых аномалий кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии Иркутского ГИУВа

I. Аномалии зубов:

1. количества: адентия, сверхкомплектные зубы;
2. формы: шиповидные, долотообразные и др.;
3. величины: макроденция, микроденция;
4. положения: — вестибулярное, оральное; — медиальное, латеральное (для резцов); — мезиальное, дистальное (для боковых зубов); — супраокклюзия, инфраокклюзия; — ротации (тортаномалия), транспозиция;



Рис. 1 и 2. Внешний вид пациентки.

- протрузия, ретрузия (избыточная или недостаточная инклинация);
- наклон по зубной дуге (избыточная или недостаточная положительная или отрицательная ангуляция).
- 5. структуры тканей:
 - гипоплазия (системная, местная, очаговая);
 - флюороз;
 - некроз эмали;
 - дисколорит.
- 6. смены и прорезывания:
 - сроков (раннее, позднее);
 - нарушение парности, последовательности;
 - неполное, ретенция.

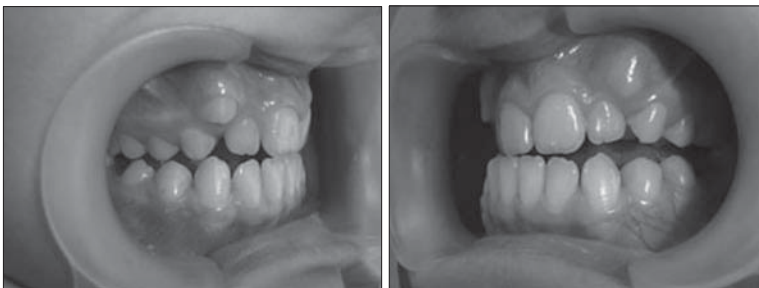


Рис. 3 и 4. Привычная окклюзия зубных рядов справа и слева.

Аномалии зубных рядов:

1. нарушение формы (деформация): седловидная, V-образная, U-образная, трапециевидная и др.
2. нарушение размеров:
 - а) по сагиттали:
 - укорочение переднего отрезка;
 - укорочение боковых участков (справа, слева, симметричное);



Рис. 5. Привычная окклюзия зубных рядов во фронтальном участке.

- удлинение переднего отрезка;
- удлинение всего зубного ряда.
- б) по трансверзали:
 - сужение (справа, слева, симметричное);
 - расширение (справа, слева, симметричное).

- в) по вертикали:
 - уменьшение высоты альвеолярного отростка во фронтальном участке;

- увеличение высоты альвеолярного отростка во фронтальном участке;
- уменьшение высоты альвеолярного отростка в боковом участке (справа, слева, симметричное);
- увеличение высоты альвеолярного отростка в боковом участке (справа, слева, симметричное)

3. нарушение контактов: — диастема, тремы;
- тесное положение фронтальных зубов;

- тесное положение боковых зубов (справа, слева, симметрично).

III. Аномалии челюстных костей:

1. аномалии формы (деформация);
2. аномалии размеров: большая или малая челюсть;
3. положение челюстных костей по отношению к основанию черепа: — переднее; — заднее.
4. тип роста челюстей: — горизонтальный; — вертикальный.
5. ротация челюстей: — по переднему типу; — по заднему типу.

IV. Аномалии окклюзии:

1. В боковых участках:

- а) по сагиттали: — дистальная, мезиальная;
- б) по вертикали: — супраокклюзия, инфраокклюзия; — дизокклюзия.
- в) по трансверзали: — лингвоокклюзия (справа, слева, симметричная); — палатоокклюзия (справа, слева, симметричная); — вестибулоокклюзия верхнечелюстная (справа, слева, симметричная); — вестибулоокклюзия нижнечелюстная (справа, слева, симметричная).

2. Во фронтальном участке:

- а) по сагиттали: — прямая резцовая окклюзия; — обратная резцовая окклюзия; — сагиттальная резцовая дизокклюзия; — обратная резцовая дизокклюзия; — фронтальная перекрестная окклюзия (справа, слева);
- б) по вертикали: — прямая резцовая окклюзия; — вертикальная резцовая дизокклюзия; — глубокая резцовая окклюзия; — глубокая травмирующая окклюзия; — глубокая резцовая дизокклюзия; — кося вертикальная окклюзия.

- в) по трансверзали: — кося окклюзия со смещением центра зубного ряда (вправо, в лево); — кося окклюзия со смещением центра челюсти (вправо, влево);

- кося окклюзия со смещением нижней челюсти в височно-нижнечелюстных суставах (вправо, влево).

На фотографиях (рис. 1-10) представлен клинический случай, в котором проведена диагностика зубочелюстно-лицевой аномалии и составлен план лечения по предложенному алгоритму.

Диагноз. IV. Мезиальная окклюзия, вертикальная дизокклюзия в боковых участках, симметричная палатоокклюзия, кося окклюзия со смещением нижней челюсти вправо в височнонижнечелюстных суставах, прямая резцовая окклюзия.

III. Малая верхняя челюсть, вертикальный тип роста нижней челюсти с ротацией ее по заднему типу.

II. Укорочение и сужение зубного ряда верхней челюсти, сужение и укорочение зубного ряда нижней челюсти, тесное положение зубов в боковых участках верхней челюсти, тесное положение фронтальных зубов нижней челюсти, уменьшение высоты альвеолярного отростка



Рис. 6, 7. Внешний вид пациентки после лечения.



Рис. 8, 9. Оклюзия зубных рядов справа и слева.

в боковых участках верхней челюсти (больше справа).

1. Вестибулярное положение 13,23 зубов, тортаномалия и отрицательная ангуляция 32 и 42, ретрузия резцов верхней и нижней челюстей, вторичная адентия 36 и 46.



Рис. 10. Оклюзия во фронтальном участке.

При определении плана лечения воздействие направлено на структуры зубочелюстной системы, исправление которых в конечном

итоге приводит к нормализации окклюзии. Поэтому коррекция окклюзии не внесена в план лечения.

Предварительный план лечения:

1. нормализация размеров верхней челюсти, ее зубного ряда и положения зубов;
2. нормализация размеров зубного ряда и положения зубов нижней челюсти;
3. смещение нижней челюсти в центральное положение;
4. управление ростом и ротацией нижней челюсти.

Примечание: окончательный диагноз, объем и предел ортодонтического воздействия на пациента определяются дополнительными методами обследования (проведением функциональных проб, измерением диагностических моделей челюстей, рентгенографическими исследованиями и др.). Результаты дополнительных исследований могут подтверждать предварительный диагноз и план лечения или дополнять его.

На внутриротовых фотографиях (рис. 6-10) представлен результат лечения.

Представленный алгоритм постановки диагноза и последующего определения плана лечения зубочелюстно-лицевой аномалии позволяет систематизировать патологию, и логически обосновать план ее ортодонтической коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н. Ортодонтия: Учебное пособие. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 424 с.
2. Арсенина О.И. Комплексная диагностика и лечение дистальной окклюзии зубных рядов несъемной ортодонтической техникой. — М., 2009. — 224 с.
3. Саблина Г.И., Ковтонюк П.А., Стародубцева А.Е., Татиринова Е.Н. Диагностика и клинико-морфологическая характеристика фронтального перекрестного прикуса // Ортодонтия. — 2006. — №1. — С. 59.
4. Саблина Г.И., Ковтонюк П.А., Стародубцева А.Е. и др. Оценка гармоничности лица при ортодонтическом лечении // Сб. мат. науч.-практ. конф. 70 лет stom. образованию в Иркутске. — Иркутск, 2006. — С.78-82.
5. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. — М.: МИА, 2006. — 544 с.
6. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика, виды зубочелюстных аномалий. Учебник для вузов / М.: Инженер, 1996. — 270 с.
7. Фадеев Р.А., Кузакова А.В. Клиническая цефалометрия: Учебное пособие по диагностике в ортодонтии / Под ред. Р.А.Фадеева. — СПб.: МЕДИ, 2009. — 64 с.

Адрес для переписки: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГИУВ, Саблина Галина Иннокентьевна — доцент

© ПЕРЛОВСКАЯ В.В., СТАЛЬМАХОВИЧ В.Н. — 2009

РУБЦОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У ДЕТЕЙ

В.В. Перловская^{1,2}, В.Н. Стальмахович¹

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра детской хирургии, зав. — д.м.н., проф. В.Н. Стальмахович;

²Иркутская государственная областная детская клиническая больница, гл. врач — В.М. Селиверстов)

Резюме. В лекции отражены характеристики рубцов кожи и основные методы консервативного и оперативного лечения рубцовых поражений кожи у детей.

Ключевые слова: рубцы кожи, пластика кожи, рубцовая контрактура, дети.

CHILDREN'S SKIN CICATRICAL AFFECTIONS

V.V. Perlovskaya^{1,2}, V.N. Stalmakhovich¹

(¹Irkutsk State Institute of Advanced Medical Studies; ²Irkutsk State Regional Children's Hospital)

Summary. The skin scars descriptions and basic methods of the conservative and operative treatment of children's skin affections are shown in the lecture.

Key words: children, skin scar, treatment, affection.

Лечение детей с рубцовыми поражениями кожи является актуальной проблемой детской хирургии, что обусловлено увеличением числа выживших больных, перенесших обширные ожоги, среди которых 20-40%,

по неполным статистическим данным, нуждается в восстановительном хирургическом лечении. Помимо этого, значимость своевременного устранения рубцовых деформаций в детском возрасте определяется развити-