

Реконструированный диагностический лист пациента с нарушениями зубочелюстной системы



Бимбас Е.А.
врач-ортодонт ККС ЗАО
«Приор-М», г. Екатеринбург,
bimbasea@gmail.com



Блохина С.И.
д.м.н., профессор, заслуженный врач
РФ, директор ГУЗ Свердловской
области ДКБ восстановительного
лечения «НПЦ «Бонум»

Резюме

В работе представлен реконструированный диагностический лист для обследования пациентов с зубочелюстными аномалиями.

Ключевые слова: диагностический лист.

REMANUFACTURED DIAGNOSTIC SHEET PATIENTS WITH IMPAIRED DENTAL SYSTEM
Bimbasa E.A., Blokhina S.I.

The summary

This paper presents a reconstructed diagnostic sheet for evaluation of patients with dentofacial anomalies.

Keywords: diagnostic sheet.

С началом XXI века ортодонтия претерпела значительные изменения: пациенты требуют более тщательного планирования лечения. Теперь врачу недостаточно просто сказать пациенту, каким будет его лечение. Цель современной ортодонтии отражает три основных требования: наилучший баланс окклюзии, эстетики лица и зубов, стабильность результата реставрации зубных рядов.

Эстетика и стабильность результата – основные факторы в принятии решения об удалении зубов, поэтому целесообразно в процессе диагностики рассматривать положение зубов, зубные ряды и их соотношение параллельно с соотношением мягких тканей. С этой целью нами реконструирован диагностический лист истории болезни ортодонтического пациента. Прототипом является диагностический лист ортодонтической карты, разработанной на кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии в 1998 г. [1] на основе отечественных и зарубежных документов [2, 3]. Реконструкция заключается в совмещении при записи истории болезни ортодонтического пациента клинических показателей и данных специальных методик, таких, как анализ КДМ, ТРГ и фотометрии.

В начало диагностической карты (ее вид представлен ниже на схеме 1), после жалоб, перенесены данные панорамной рентгенографии (по показаниям, других методик рентгенологического исследования), поскольку до ортодонтического лечения необходима санация полости рта, пародонта, решение проблемы с ВНЧС.

При оценке функций внимание акцентировано на их искажение в результате изменения миодинамического равновесия, что является этиологическим фактором деформаций зубных рядов и аномалий положения зубов. Если по

каким-то причинам, например, при ротовом дыхании исчезает давление языка, боковые зубы будут перемещены в небном направлении под давлением щек – «нерасширение зубо-альвеолярной дуги».

Клинический анализ положения зубов и зубных рядов в реконструированной карте совмещен нами с цефалометрическими показателями позиции резцов относительно оснований челюстей, что помогает выбору метода коррекции. Как известно, в ортодонтии есть два подхода к коррекции зубных рядов и прикуса: с удалением и без удаления зубов. Стабильность результата ортодонтического лечения, как и стабильность опорных тканей зубов, связана с расположением осей резцов к основаниям челюстей, изменение углов ILS/ILi, ILS/NL, ILi/ML сказывается и на эстетике лица, и на стабильности зубов. Если переднее перемещение резцов ограничено давлением губы, что вполне вероятно, изначальное положение зубов по отношению к губе будет определять степень возможного их переднего перемещения. Это позволяет предположить, что наклоненные язычно резцы можно сместить вперед в большей степени, чем прямо стоящие. Резцы, отклоненные вестибулярно и скученные, уже находятся в положении максимальной протрузии, которую позволяет давление губы. Дальнейшее перемещение их вперед будет крайне нестабильным.

Увеличение размеров зубных рядов приводит к выступанию зубов, в то время как лечение с удалением уменьшает их выступание. Эстетика лица нарушается как при чрезмерной протрузии зубов, так и чрезмерной ретрузии. Определить эстетический предел увеличения зубных рядов только по соотношению зубов и костных структур невозможно. Следует исследовать соотношение мягких тканей: выступание резцов препятствует смыканию губ в покое, и пациенту приходится напрягать губы, чтобы закрыть рот, в такой ситуации их ретракция улучшит эстетику лица. Вогнутый профиль лица при тонких губах очень неэстетичен. У пациентов с тонкими губами протрузия резцов делает их зрительно более выпуклыми, что более привлекательно с эстетической точки зрения. Протрузия зубов, которая крайне не эстетична у пациента с тонкими губами, при полных губах может выглядеть совершенно нормально. Поскольку лицо с возрастом уплощается и губы становятся более тонкими, ретракция резцов у пациента с тонкими гу-

Диагностический лист

№ карты _____ Врач _____
Ф.И.О. пациента _____
Дата рождения _____ Дата обращения _____

Жалобы:

нарушение эстетики лица
нарушение эстетики зубов
функциональные нарушения
другое _____

Данные панорамной рентгенографии:

отсутствие зубов, зачатков
ретенированные, сверхкомплектные зубы
анкилоз зубов
наличие и положение третьих моляров
состояние твердых тканей зубов
качество эндодонтического лечения
состояние пародонта
состояние ВНЧС

Анамнез общий:

перенесенные травмы
состояние здоровья на данный момент
прием лекарственных препаратов
Анамнез стоматологический:
наследственность аномалии
травмы зубов и ЧЛО
предыдущее ортодонтическое лечение
наличие болей и щелканье в ВНЧС
бруксизм

Осмотр лица (фото):



симметрия/асимметрия;
профиль – выпуклый/прямой/вогнутый;
sn-me / gl-me (53% / 100%);
ротовая касательная:
– верхняя губа
– нижняя губа
нарушение смыкания губ, толщина губ;
экспозиция резцов;
величина и форма носа;
величина подбородка, подбородочная складка.

Функции ЗЧС:

ВНЧС – шумы, боль, девиации н/ч;
положение языка – межзубное/норма;
дыхание – носовое/ротовое;
речь – нарушения/норма;
принужденный прикус да/нет; смещение нч вправо влево
компенсаторные привычки – да/нет.

Осмотр полости рта:

гигиена – плохая/удовлетворительная/хорошая;
аномалия уздечек – губ, языка;
состояние десневого края – гингивит, пародонтит;

миндалины – увеличены/удалены/норма.

Зубы (КДМ) Зубная формула. _____

Состояние эмали (гипоплазия).

Зубной возраст: временный/сменный/постоянный.

Форма и размер зубной дуги вч апикальный базис

Форма и размер зубной дуги нч апикальный базис

положение зубов вч дефицит места мм

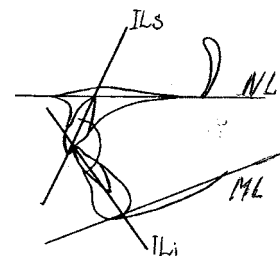
положение зубов нч дефицит места мм

Позиция резцов

< ILS/ILi (126-128)

< ILS/NL (110-113)

< ILi/ML (90-100)



Индекс Тона: SI / Si = 1,35.

Болтон анализ:

$$\frac{\sum \text{размеров 12 зубов н/ч}}{\sum \text{размеров 12 зубов в/ч}} * 100 = 91,3\%$$

$$\frac{\sum \text{размеров 6 зубов н/ч}}{\sum \text{размеров 6 зубов в/ч}} * 100 = 77,2\%$$

Межклыковое расстояние: на верхней челюсти, на нижней челюсти.

Окклюзия зубных рядов (прикус):

Соотношение моляров справа: I, II, III класс. Соотношение клыков справа I, II, III класс.

Соотношение моляров слева: I, II, III класс. Соотношение клыков слева I, II, III класс.

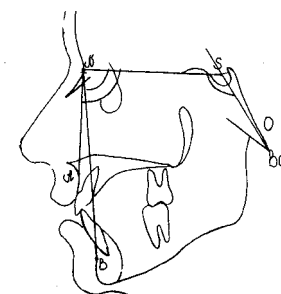
Сагиттальная щель – прямая/обратная (мм).

< ANB (2,5-4)

< SNA (81-82)

< SNB (77-79)

< NAB (3±3)



Вертикальное перекрытие мм;

дизокклюзия мм.

< NSL/ML (29 ± 6)

< NSL/NL (7 ± 3)

< NL/ML (22 ± 5)

Экзоокклюзия: справа, слева;

со смещением/без смещения

нижней челюсти;

смещение нижней челюсти

мезиально, вправо, влево.

Эндоокклюзия: справа, слева;

со смещением/без смещения нижней челюсти;

смещение нижней челюсти вправо, влево.

Суженные зубные ряды

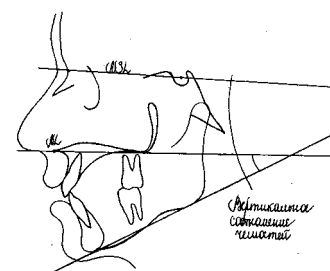
Смещение средней линии

вч,

нч

Диагноз

План лечения



бами может «состарить» лицо. Размер носа и подбородка оказывает большое влияние на выступание губ. У пациента с крупным носом и/или подбородком чаще более показано лечение без удаления, что позволит избежать углубления подбородочно-губной складки. Из-за вариаций морфологии подбородка коррекция соотношения подбородка и резцов не всегда находится в пределах возможностей ортодонтии. В некоторых случаях может потребоваться хирургическое вмешательство. В диагностической карте параллельно с осмотром лица нами расположены показатели фотометрии, включающие анализ положения и толщины губ, их смыкание и видимость резцов (в покое экспозиция резцов), размер носа и подбородка, которые дают объективные данные состояния профиля пациента.

Клинический анализ соотношения зубных рядов (окклюзии) в сагиттальном и вертикальном направлении в диагностической карте совмещен с цефалометрическим анализом в этих направлениях. Такое совмещение помогает пониманию патогенетических механизмов нарушения окклюзии и выбору метода лечения: за счет роста челюстей, ортогнатической хирургии или с помощью симптоматического лечения с удалением или без удаления зубов. В некоторых случаях это зависит от того, возможно ли будет сохранить нормальную функцию при смещении резцов для компенсации челюстного несоответствия. Однако чаще всего это вопрос эстетики. Внешний вид лица, безусловно, улучшится при хирургической коррекции челюстных несоответствий. Однако здесь следует решить, стоит ли это улучшение дополнительного риска, стоимости и тяжести хирургического вмешательства.

В анализ соотношения зубных рядов в трансверсальном направлении, кроме нарушений окклюзии, в диагностическую карту была включена такая характеристика, как «суженные зубные ряды». При сужении обоих зубных рядов их смыкание не нарушено и в этих случаях в клинике зачастую не выявляются имеющиеся трансверсальные проблемы, поэтому имеющийся дефицит места в зубном ряду, аномалии положения зубов устраняются с помощью удаления зубов. Выделение в диагностической карте такой характеристики, как «суженные зубные ряды», помогает объективно оценить патогенетическую взаимосвязь аномалий положения зубов и деформаций зубо-альвеолярных дуг. Трансверсальное расширение в области премоляров и моляров ограничено меньше, чем перемещение зубов вперед. Расширение в области премоляров и моляров намного более стабильно, вероятно, в связи с тем, что давление щек значительно слабее, чем губ. При анализе трансверсальных размеров зубных рядов врач решает: насколько можно расширить зубные ряды, чтобы результат при этом был стабильным? Стабиль-

ное расширение зубного ряда нижней челюсти ограничено больше, чем верхней.

Таким образом, реконструкция диагностической части истории болезни ортодонтического пациента помогает врачу наиболее полно оценить состояние зубочелюстной системы, отметить взаимосвязи в развитии аномалии зубов, зубных рядов, челюстей и их влияние на параметры профиля лица, установить не только клинический, но патогенетический диагноз, что в конечном итоге повлияет на выбор метода лечения. Это позволяет более отчетливо наблюдать патогенетические механизмы аномалии и, что очень важно, при планировании лечения принимать во внимание не только непосредственные изменения в зубочелюстной системе, но и их взаимосвязь с лицевым скелетом и мягкотканым профилем лица.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булатова С.Р. Обследование ортодонтического пациента. Методические рекомендации. Издательство УГМА. – 1998. – 27 с.
2. Персин Л.С. Ортодонтия. Современные методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий [Текст] / Л.С.Персин // М.: Медицина. – 2007. – 248 с.
3. Proffit W.R. Современная ортодонтия / Пер. с англ. Под ред. Л.С.Персина [Текст] / W. R. Proffit. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 560 с.

СТОМАТОЛОГИЯ
Санкт-Петербург

16-18 МАЯ 2011. Ленэкспо, Санкт-Петербург

**XIV ПЕТЕРБУРГСКИЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ**

WWW.STOMATOLOGY.PRIMEXPO.RU
WWW.DENTAL-EXPO.COM

primexpo **dentalexpo**

Тел.: +7 (812) 380 6006/00
Факс: +7 (812) 380 6001
E-mail: med@primexpo.ru

DENTALEXPO®
Тел./факс: +7 (495) 921 4069
E-mail: region@ dental-expo.com

При участии:  