

УДК 616.314-089.23:616.31-07:615.061

© О.Р. Газизуллина ¹, М.А. Данилова ²

*ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России ¹*

*ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера»
Минздравсоцразвития России ²*

*г. Казань, Россия,
г. Пермь, Россия*

ДИАГНОСТИКА НА СТЫКЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ: СТОМАТОЛОГИЯ, РЕНТГЕНОЛОГИЯ, ТЕРАПИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЯ, ОСТЕОПАТИЯ

Аннотация. Показаны необходимость индивидуального и комплексного планирования лечебно-диагностических процедур у пациентов с зубочелюстнолицевыми аномалиями и сопутствующей патологией, важность системного подхода при оказании ортодонтической помощи и реабилитации пациентов. Актуально применение эластопозиционеров на этапах диагностики и лечения у пациентов с патологией височно-нижнечелюстных суставов.

Ключевые слова: зубочелюстнолицевые аномалии, сопутствующая патология, системный подход, индивидуальная диагностика, эластопозиционеры.

© O. Gazizullina ¹, M. Danilova ²

*Kazan State Academy of Medicine
Perm State Academy of Medicine named after ac. E. Vagner,*

*Kazan, Russia,
Perm, Russia*

CROSS SPECIALITY DIAGNOSTICS: DENTISTRY, ROENTGENOLOGY, THERAPY, ENDOCRINOLOGY, OSTEOPATHY

Abstract. The necessity of an individual and complex planning of treatment and diagnostic procedures in patients with dentomaxillofacial abnormalities and associated pathology, the significance of a systemic approach in orthodontic treatment and rehabilitation of patients are demonstrated. The application of elastopositioners in diagnostics and treatment of patients with temporomandibular joint pathologies is of interest at this time.

Key words: dentomaxillofacial abnormalities, associated pathology, systemic approach, individual diagnostics, elastopositioners.

Введение. Качество лечебно-диагностического процесса оценивается на основании стандарта, включающего в себя три основных элемента, выполненных на высоком уровне: диагностические мероприятия для данной нозологии, постановку и обоснование диагноза, лечебные мероприятия.

Мнение пациента является одной из составляющих понятия «качественная услуга» [1].

Диагностика помогает понять, что происходит в специфической клинической ситуации, выяснить причину (не всегда) и историю болезни, ее будущее развитие. Самое трудное в диагностике – решить, какие версии подвергнуть проверке и назначить обоснованные диагностические тесты. Необходимо учитывать изменчивость нормы: значения, выходящие за ее границы, не всегда означают патологию, а могут показывать несоответствие с данными, полученными в контрольной группе [3]. Применительно к ортодонтии это может быть выражено словами М.Б. Экермен: «Идеальная окклюзия может быть прекрасной отправной точкой для оценки смыкания зубов пациента, но не должна являться результатом лечения для всех пациентов... Профессиональная деятельность (ортодонта) в большей степени связана с улучшением здоровья и качества жизни пациентов вследствие способности изменять значимые морфологические признаки челюстно-лицевой области» [5].

Этапы процесса диагностики:

- оценка симптомов;
- постановка предварительного диагноза;
- дифференциальная диагностика;
- постановка клинического диагноза.

Выбор тактики лечения для каждого пациента индивидуален, во многом определяется патологией и пожеланиями пациента. У.Р. Профит считает: «Целью планирования лечения является не научная достоверность, а мудрость – план, которому мудрый и добросовестный врач будет следовать для достижения максимального результата» [2].

Системный подход является основной теоретической концепцией, на которую в последние десятилетия опираются все современные науки, в том числе медицина [4]. В связи с этим при планировании лечения особое

внимание следует уделять выявлению сопутствующей патологии и, связанным с ней, сложностям и рискам, что требует от врача-ортодонта более глубоких знаний, навыков работы в команде специалистов.

Цель исследования – индивидуальное планирование диагностических и лечебных мероприятий у пациента с зубочелюстно-лицевой аномалией и сопутствующей патологией.

Методы исследования – клинический и функционально-диагностический.

Материал исследования – результаты клинического обследования и функционально-диагностических процедур пациентки Г.Г., 37 лет, обратившейся во внебюджетное отделение ГБУЗ ДСП № 5 г. Казани в ноябре 2011г., направленной врачом-стоматологом ортопедом перед установлением имплантата в области 1.1 зуба.

Результаты исследования. При опросе выявились жалобы на болезненность в области левого височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). В анамнезе – хронический бронхит, ларингит, артроз левого коленного сустава (со слов пациентки; возможно связанный с травмой левой ноги в ДТП), щелчки и болевые эпизоды в области левого ВНЧС, жевательных мышц слева, боли в шейном и поясничном отделах позвоночника, оперированная в 2010 г. левосторонняя киста нижней челюсти. В детстве проводилось ортодонтическое лечение съемной аппаратурой с удалением правых первых премоляров верхней и нижней челюстей.

При клиническом обследовании выявлены асимметрия лица – уровень бровей, зрачков, крыльев носа, уголков губ, гониальных углов справа ниже, чем слева; несимметричное положение плеч; смещение уздечки нижней губы и средней линии нижнего зубного ряда относительно средней линии лица вправо; снижение нижней трети лица, выраженная подбородочная складка. При открывании и закрывании рта – болезненность в области левых ВНЧС и жевательной мышцы. Амплитуда открывания – 37 мм, остаточное

открывание – 40 мм. Движение нижней челюсти при открывании рта зигзагообразное. Щелчок слева. Латеральные движения нижней челюсти затруднены, особенно вправо. Мануальное тестирование: при смещении нижней челюсти влево – болезненность слева, при смещении вправо – болезненности нет; подвижность в левом суставе больше, чем в правом. II класс по Энгля справа, I класс слева, перекрестный прикус, глубокое резцовое перекрытие, аномалия окклюзии зубов антагонистов – 2.7 и 3.7 зубов. Множественные замещенные дефекты зубных рядов – коронки на 1.7, 1.6, 4.6 зубах, консольный протез с искусственным зубом 1.1, мостовидный протез с опорой на 2.4 и 2.6 зубы, укороченные коронки нижних резцов.

Протокол диагностических мероприятий и планирования лечения:

I. Методы диагностических исследований:

1. Фотометрия лица в профиль – определение пропорциональности лица путем оценки верхней (tr-gl), средней (gl-sn) и нижней (sn-gn) третей. Фотометрия в анфас (определение симметричности расположения относительно горизонтального уровня верхних точек бровей, середины зрачков, наружных точек крыльев носа, углов рта, гониальных точек). Оценка уровня плеч и их симметричности на фотографии в анфас.

2. Биометрия – методики Pont (сужение в области премоляров на верхней челюсти на 7,4 мм, на нижней – 8,4 мм; сужение в области моляров соответственно на 10,1 мм и 9,1 мм, что, вероятно, связано с удалением 1.4 и 4.4 зубов), Bolton (несоответствие размеров резцов и клыков верхней челюсти размерам соответствующих зубов на нижней челюсти), Топп (индекс 1,26), Н.Г. Снагиной (сужение апикального базиса нижней челюсти 2 степени), смещение средней линии нижнего зубного ряда вправо, ее несовпадение со средней линией верхнего зубного ряда на 3мм, сагиттальная щель – 3мм, перекрытие нижних резцов верхними более 2/3 высоты.

3. Ортопантомография (ОПТГ) – выявлена вторичная адентия 1.4, 1.1, 2.5, 4.4 зубов.

4. Компьютерная томография (КТ) ВНЧС (заключение врача-рентгенолога: в субхондральных отделах по передневерхней поверхности головки нижней челюсти слева и переднемедиальной справа определяются участки кистовидной перестройки костной ткани; участки остеолита головки нижней челюсти слева с нечеткими, неровными контурами, размерами 6,3x2,0x4,2 мм; локальный остеопороз, КТ-признаки могут соответствовать воспалительным изменениям (артрит) височно-нижнечелюстных суставов, более выраженный слева).

5. Электромиография (ЭМГ) жевательных мышц: индексы симметричности височных (ТА 82,98 %), жевательных (ММ 86,80 %), грудино-ключично-сосцевидных (SCM 83,57 %) мышц в норме (более 80 %), индекс бокового смещения нижней челюсти Tors 15,67 % (n<10 %), центр равновесия окклюзии зубных рядов АТТIV – 85,39 % (норма 0–10 %), симметричность жевания 62,94 % (норма 80–100 %), при жевании на левой стороне преобладает левая жевательная мышца, при жевании на правой стороне – равномерное сокращение правых височной и жевательных мышц, частота жевания на правой стороне 1,07 в сек, на левой стороне – 1,20 в сек, ИМРАСТ 465mV (норма 500–2500mV).

6. Денситометрия (необходима, так как выявлены признаки локального остеопороза, остеолита на КТ ВНЧС и резорбция костной ткани в области 21 на ОПТГ; результат Rh-денситометрии – остеопения на уровне L1-L4 поясничных позвонков, Z=-2,3 SD; дистального отдела костей предплечья слева, Z=-1,3 SD; шейки и проксимального отдела левой бедренной кости, соответственно Z=-1,9 и SD Z=-1,5 SD).

7. Телерентгенографию (ТРГ) головы в боковой проекции исключили из протокола для уменьшения лучевой нагрузки на пациента.

II. Консультации:

1. терапевта (необходимость – в анамнезе боли в левых коленном суставе и ВНЧС, данные КТ ВНЧС; заключение терапевта – системное заболевание суставов не подтвердилось),

2. эндокринолога (необходимость – остеопения по данным денситометрии, остеопороз по данным КТ; заключение эндокринолога – нуждается в коррекции остеопении),

3. остеопата (в анамнезе – ДТП, боли в шейном и поясничном отделах позвоночника; заключение остеопата – блок крестца, усилены дуги позвоночника, поражение височной кости).

III. Консультации специалистов смежных специальностей для планирования комплексного индивидуального лечения – терапевта, хирурга, ортопеда, пародонтолога.

IV. Протокол диагностическо-терапевтического этапа, проводимого врачом-ортодонтом:

1. эластопозиционер для уменьшения болезненных ощущений в собственно-жевательной мышце и ВНЧС слева, перепрограммирования мышц, оценки положения нижней челюсти после разобщения зубных рядов, уменьшения глубины резцового перекрытия;

2. дополнительно – несъемные элементы (кнопки) на щечную поверхность 2.7 и лингвальную поверхность 3.7 зубов с применением перекрестных эластиков для устранения аномалии окклюзии зубов-антагонистов;

3. динамическое наблюдение за ощущениями в ВНЧС пациента, при отсутствии жалоб – повышение прикуса за счет последовательных реставраций боковых зубов нижней челюсти (на верхней челюсти – множественные коронки и протезы), замены металлокерамической коронки на 4.6 зубе на более высокую временную, восстановление коронок нижних резцов с продолжением использования эластопозиционера для коррекции глубины резцового перекрытия.

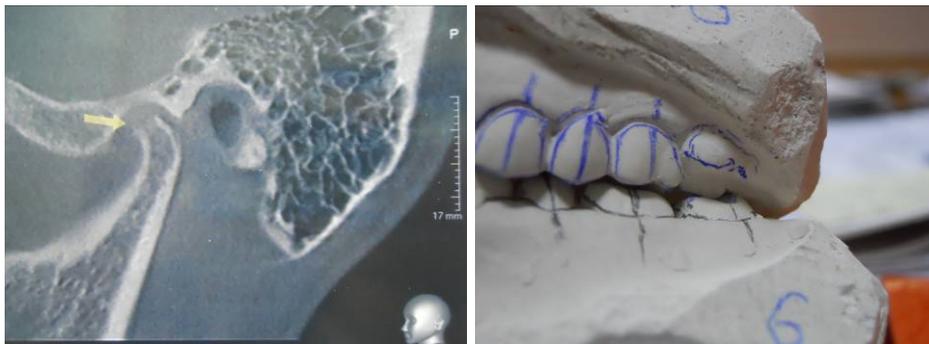
V. Возможен этап ортодонтического лечения несъемной техникой после коррекции остеопении у врача-эндокринолога.

VII. Ретенция. Реабилитация (комплексная, в т.ч. протезирование).

На рисунке 1 проиллюстрированы фото отдельных диагностических и лечебных процедур.



а б



в г



д е



Ж 3

Рис. 1. Клинический случай – пациентка Г.Г., 37 лет:

а – лицо в анфас (лицо асимметрично за счет низкого положения угла рта и гониального угла справа),

б – окклюзионное фото до лечения (справа – II класс Эгля, перекрестная окклюзия),

в – КТ левого ВНЧС (стрелкой обозначен участок остеолиза головки нижней челюсти),

г – фото модели (слева – I класс Эгля, аномалия окклюзии пар зубов-антагонистов 2.7 и 3.7 в трансверзальной плоскости),

д-е – диагностически-терапевтический этап (д – эластопозиционер в полости рта, е – перекрестный эластик к кнопочным элементам на 2.7, 3.7 зубах),

ж-з – фото после первого этапа повышения прикуса и ношения перекрестного эластика.

Заключение. Результаты первого диагностическо-терапевтического этапа: со слов пациента – боли отсутствуют, более комфортное состояние в зубочелюстной системе; проведен первый этап повышения прикуса за счет реставрации боковых зубов нижней челюсти и замены коронки на 4.6, частично восстановлены режущие края нижних резцов; продолжается ношение эластопозиционера для дальнейшей коррекции глубины резцового перекрытия; активное лечение у эндокринолога завершилось (ранее были назначены препараты – Кальцимин Адванс и Альфакальцидол; результаты биохимического исследования – кальций 2,44 ммоль/л при норме 2,20–2,65 ммоль/л, иммунологические исследования – до лечения у эндокринолога содержание паратгормона 115 пг/мл при норме 11–72 пг/мл, после лечения – 67,1 пг/мл) с динамическим наблюдением через полгода; продолжается коррекция остеопатических повреждений (osteopat отмечает уменьшение дизартрии). Возможен II этап ортодонтического лечения несъемной техникой.

Выводы

1. В процессе диагностики пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями и сопутствующей патологией важно из имеющихся диагностических исследований выбрать самые необходимые для конкретного пациента, придерживаясь принципа «Не навреди».

2. Применение эластопозиционеров позволяет, кроме решения терапевтических задач (устранения функциональных нарушений, в некоторых случаях и самой зубочелюстной аномалии), провести диагностический этап (оценить усиление или ослабление симптомов дисфункции ВНЧС, изменение положения нижней челюсти за счет перепрограммирования мышц и др.). Использование эластопозиционеров является методом экспресс-диагностики, который, разумеется, имеет свои противопоказания, но является очень актуальным, так как миодинамическое равновесие нарушено у многих пациентов с зубочелюстными аномалиями.

3. Совместное диагностическое обследование и планирование лечения с врачами других специальностей, динамическое наблюдение за ощущениями пациента позволяют подойти к терапии и реабилитации пациента более индивидуально и комплексно, что невозможно также осуществить без сотрудничества с пациентом и его активной позиции в восстановительном лечении.

4. Не может быть единого алгоритма лечения для всех пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями и сопутствующими заболеваниями, так как каждый организм неповторим.

Список литературы:

1. *Бондаренко Н.Н.* Стоматолог и пациент: права, обязанности, ответственность. – М.: Медицинская книга, 2004. – 96 с.

2. *Проффит У.Р.* Современная ортодонтия / У.Р. Проффит; Пер. с англ.; Под ред. Л.С. Персина. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 560 с.

3. *Ригельман Р.* Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей. – Пер. с англ. – М.: Практика, 1994. – 208 с.

4. *Хрусталеv Ю.М.* Философия науки и медицины: учебник для аспирантов и соискателей кандидатской степени в области медицины и фармации, а также их научных руководителей / Ю.М. Хрусталеv, Г.И. Царегородцев. – М.: ГЭОТАР, 2005. – 512 с.

5. *Экерман М.* Ортодонтическое лечение. Теория и практика. – Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 160 с.

Газизуллина Одиля Рустемовна – доцент кафедры терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, к.м.н., тел. (раб.) 236-67-48, e-mail: odilia10@mail.ru

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, 420012, г. Казань, ул. Муштари, д.11.

Данилова Марина Анатольевна – заведующая кафедрой детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России, д.м.н., профессор, тел. (раб.) 233-27-44, e-mail: daniлова_ma@mail.ru

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России, 614990 Пермь, ул. Петропавловская, 26.