

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САГИТТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА

А. П. Колотков и Л. М. Демнер

Кафедра рентгенологии (зав.—проф. М. И. Гольдштейн) и кафедра ортопедической стоматологии (зав.—проф. И. М. Оксман) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Деформации зубочелюстной системы встречаются у 46,4—66,9% всех обследованных [2, 7]. При этом прогнатия составляет 30—60% от общего числа аномалий [5, 7], прогения — до 36% [6, 8], а 27—40% всех детей нуждается в ортодонтическом лечении.

Для лечения этих распространенных аномалий прикуса необходима точная диагностика. Существующие классификации основаны преимущественно на клинических наблюдениях, и диагностика опирается на данные объективного обследования больного и изучения гипсовых моделей челюстей. Подобным образом поставленный диагноз имеет определенную долю субъективизма, и точность его зависит от опыта и интуиции врача. Неточность диагноза, в свою очередь, отрицательно сказывается на составлении рационального плана лечения и выборе применяемых ортодонтических аппаратов.

В последние годы в ортодонтии с целью диагностики стали применять метод профильной телерентгенографии головы с последующим цефалометрическим анализом полученных телерентгенограмм (ТРГ) [1, 9, 10].

На основании цефалометрического анализа ТРГ головы у 132 человек с прогнатией и у 95 с прогенией (возраст — от 8 лет до 21 года) мы выделили наиболее часто встречающиеся формы сагиттальных аномалий прикуса (см. табл.).

Формы сагиттальных аномалий прикуса

Форма аномалий	Число больных			% от общего кол-ва прогнатии или прогении
	со сменным прикусом	с постоянным прикусом	всего	
А. Истинная прогнатия	31	21	52	39,4
1. Зубоальвеолярная форма	19	13	32	24,3
2. Чрезмерное развитие верхней челюсти	7	3	10	7,6
3. Переднее положение верхней челюсти в черепе	5	5	10	7,6
Б. Ложная прогнатия	27	25	52	39,4
1. Отставание в росте (недоразвитие) тела нижней челюсти	20	9	29	22,0
2. Отставание в росте (недоразвитие) ветви нижней челюсти	5	6	11	8,3
3. Недоразвитие или дистальное смещение альвеолярного отростка нижней челюсти	—	9	9	6,8
4. Дистальное положение нижней челюсти в черепе	2	1	3	2,3
В. Сочетанная прогнатия	10	18	28	21,2
Г. Истинная прогения	13	33	46	49,5
1. Чрезмерное развитие тела нижней челюсти	8	29	37	39,0
2. Гонияльная форма	2	4	6	6,3
3. Переднее положение нижней челюсти в черепе	4	—	4	4,2
Д. Ложная прогения	9	13	22	23,1
Е. Сочетанная прогения	3	14	17	18,0
Ж. Принужденная прогения	9	—	9	9,4

Каждая форма сагиттальных аномалий прикуса может быть осложнена глубоким или открытым прикусом.

А. Под истинной прогнатией мы понимаем дистальный прикус, при котором морфологические отклонения наблюдаются только со стороны верхней челюсти. Рентгеноцефалометрические признаки отдельных видов истинной прогнатии следующие.

1. *Зубоальвеолярная форма.* В ее основе лежат: а) несоответствие сагиттальных размеров верхней зубной дуги и ее базиса в среднем на 8% при прорезавшихся 6.1.6 зубов и на 12% — при 7.1.7; б) передний сдвиг зубной дуги вместе с альвеолярным отростком верхней челюсти; в) чрезмерное развитие альвеолярного отростка во фронтальном участке. Взаимоотношение апикальных базисов челюстей по сагиттали не нарушено, и больные имеют прямой или выпуклый тип профиля лица. Тело верхней челюсти пропорционально развито в периоде сменного прикуса и недоразвито в периоде постоянного прикуса относительно основания передней черепной ямки на 2,86% ($P < 0,001$) и относительно тела нижней челюсти на 2,73% ($P < 0,001$). Часто встречается глубокий прикус, увеличена протрузия верхних резцов и их наклон к ГН.

2. *Чрезмерное развитие верхней челюсти.* Характерным является большой угол ANB и чрезмерно выпуклый тип профиля лица. Истинные размеры верхней челюсти, а также размеры ее относительно нормально развитого основания передней черепной ямки и тела нижней челюсти увеличены. Часто увеличен наклон челюсти к лицевой вертикали и угол $Sr/P/P_n$ тупой, что усугубляет тяжесть аномалии. У больных с аномалией 2-го подкласса по Энглю увеличены: высота в области 1.1.1 и 6.1.6 зубов, протрузия верхних резцов и их вестибулярный наклон. У больных с аномалией II класса 1-го подкласса уменьшен вестибулярный наклон верхних резцов, сагиттальный размер верхней зубной дуги, уменьшены высота прикуса и высота в области верхних жевательных зубов. Резцы находятся в состоянии ретрузии относительно линии A—Pog, увеличен межрезцовый угол, и больные имеют глубокий прикус.

3. *Переднее положение верхней челюсти в черепе.* Оно может быть результатом: а) истинного переднего положения верхней челюсти и б) изменения наклона челюсти в лице (поворот ее по часовой стрелке — на больного смотрим слева), при этом плоскость Sr/P образует тупой угол с P_n . Расстояние от заднего края челюсти до тулрецкого седла (Se — Max) увеличено. Угол ANB большой, лицо чаще чрезмерно выпуклое. Пропорциональность развития челюстей по отношению друг к другу и к N—Se не нарушена. Наклон резцов в челюстях не изменен, но они находятся в состоянии протрузии к линии A—Pog. Высота в области верхних резцов увеличена, угол нижней челюсти может быть уменьшен, что усиливает тяжесть аномалии.

Б. При ложной прогнатии в образовании дистального прикуса повинна нижняя челюсть. Анализ ТРГ позволил выделить следующие формы ложной прогнатии и отметить их морфологические особенности:

1. *Отставание в росте (недоразвитие) тела нижней челюсти.* При данной форме прогнатии тело нижней челюсти уменьшено сравнительно с возрастной нормой и, главное, уменьшено для каждого лица в отдельности. Это уменьшение составляет в среднем 6 мм в сменном и 10 мм в постоянном прикусах ($P < 0,001$). Высота ветви не изменена. Угол ANB большой, и лицо выпуклое или чрезмерно выпуклое. Подбородок занимает дистальное положение в черепе. Размеры нижней зубной дуги увеличены относительно тела челюсти. Верхняя челюсть и ее зубная дуга в норме.

2. *Отставание в росте (недоразвитие) ветвей нижней челюсти:* а) уменьшены как абсолютные, так и относительные размеры ветви; б) тип лица выпуклый или чрезмерно выпуклый; в) увеличен угол нижней челюсти; г) увеличен наклон плоскости основания нижней челюсти к горизонтальным плоскостям лица; д) увеличена высота в области верхних и нижних резцов и уменьшена в области 6.1.6 зубов; е) часто встречается увеличение высоты прикуса и открытый прикус; ж) размеры челюстей, а также их соотношения не изменены.

3. *Недоразвитие или дистальное смещение альвеолярного отростка нижней челюсти.* Основным признаком является отсутствие корреляции между величиной выпуклости профиля лица и углом ANB (большой положительный угол ANB и прямой тип профиля лица). Наблюдается увеличение наклона нижних резцов к M_r , дистальное положение фронтального участка апикального базиса нижней челюсти, ретрузия нижних резцов и выраженная надбородочная складка.

4. *Дистальное положение нижней челюсти в черепе.* Эта форма дистального прикуса встречается редко и характеризуется задним положением суставной головки нормально развитой нижней челюсти в черепе (значительно увеличено расстояние Se — Co) с уплощением угла N—Se/p. Пропорциональность развития основных структур лица здесь не нарушена, а нарушено их взаимное расположение в черепе.

В. Сочетанная прогнатия представляет различные комбинации вышеперечисленных форм истинной и ложной прогнатии, и цефалометрическая характеристика каждого больного будет складываться из морфологических особенностей имеющихся у него форм.

Г. Под истинной прогнатией мы понимаем такой мезиальный прикус, который обусловлен морфологическими изменениями в самой нижней челюсти при отсутствии сагиттальных изменений со стороны верхней челюсти и ее зубного ряда. Она была у 49,5% больных. Истинная прогнатия включает 3 разновидности:

1. *Чрезмерное развитие тела нижней челюсти,* размер которого непропорционально большой у каждого больного. При этом формируется чрезмерно вогнутый или вогнутый тип профиля лица с большим отрицательным углом ANB и протрузией нижних резцов к линии A—Pog. В зависимости от величины угла нижней челюсти цефалометрические признаки аномалии различны: чем он больше, тем выраженной аномалия и чаще

встречается открытый прикус, увеличивается высота прикуса и уменьшается высота в области нижних жевательных зубов и т. д.

2. *Гонциальная форма.* Причиной образования прогенического взаимоотношения зубных рядов при данной форме является большой угол нижней челюсти при нормальных размерах тел челюстей и при нормальном их положении в черепе. Угол Go увеличен в среднем на 14° ($P < 0,001$). Уменьшена высота в области нижних жевательных зубов. Другие цефалометрические признаки являются производными увеличенного угла Go .

3. *Переднее положение нижней челюсти в черепе.* У больных при пропорциональном развитии тела и ветви нижней челюсти, верхней челюсти и $N - Se$, нормальных размерах зубных дуг, правильном наклоне челюстей и резцов имеется выраженное прогеническое взаимоотношение зубных рядов, обусловленное передним положением суставных головок нормально развитой нижней челюсти в черепе; расстояние $Se - Co$ уменьшено до 9 мм (в норме оно равно 16—17 мм).

Д. Ложная прогения является следствием морфологических изменений со стороны верхней челюсти: уменьшения ее сагиттальных размеров, дистального положения нормально развитой челюсти в черепе, изменения ее наклона, недоразвития альвеолярного отростка и т. д. Все линейные размеры лица и прикуса у больных с ложной прогенией достоверно уменьшены сравнительно с нормой. Возможно, причиной этого является неполноценность биологического потенциала роста лицевого скелета у данных больных.

Е. Сочетанные формы прогений наблюдаются при изменениях со стороны верхней и нижней челюстей. В зависимости от конкретного сочетания отдельных вышеописанных морфологических форм истинной и ложной прогении имеется различная цефалометрическая характеристика частного случая патологии, различная выраженность и тяжесть аномалии прикуса.

Предлагаемое деление сагиттальных аномалий прикуса на отдельные формы и разработанные дифференциальные цефалометрические характеристики их дают возможность врачу-ортодонту детализировать клинический диагноз, что позволяет составить рациональный план лечения, направленный на нормализацию процессов роста и развития челюстей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банковска И. К. Стоматология, 1963, 6.— 2. Демнер Л. М. В сб.: Вопросы ортопедической стоматологии. Казань, 1962, т. 2.— 3. Демнер Л. М. и Колотков А. П. Стоматология, 1968, 5.— 4. Колотков А. П. Вестн. рентгенол. и радиол., 1969, 3.— 5. Меньяйлова О. И. В кн.: Вопросы клинической стоматологии. Воронеж, 1965, вып. 1.— 6. Мухина А. Д. Дистальный и медиальный прикусы. Автореф. канд. дисс., Киев, 1953.— 7. Нападов М. А. В кн.: Сборник диссерт. работ Украинского ин-та усовершенств. врачей, 1963, вып. 3.— 8. Погодина А. А. Стоматология, 1955, 1.— 9. Ужумецкене И. И. Ортодонтическое лечение взрослых перед протезированием. Медицина, М., 1965.— 10. Эль-Нофели А. Стоматология, 1966, 2.

УДК 616—001.17

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ МИРНОГО ВРЕМЕНИ ПРИ МАССОВОМ ПОРАЖЕНИИ

Л. И. Шулутко, М. Ю. Розенгартен, А. И. Голиков, Ю. Д. Романов,
М. В. Турханова, Г. И. Бакланов и В. М. Поляков

(Казань)

В основу настоящего сообщения положен наш опыт лечения 51 обожженного. Ожоги были получены в результате взрыва емкости для хранения нефти. У большинства было поражено лицо, ушные раковины, волосистая часть головы, верхние и нижние конечности, ягодицы, спина, почти у всех — конъюнктивы глаз. У 1 больного, наряду с ожогом, был закрытый перелом костей предплечья. У одного наступило состояние клинической смерти, из которого он был выведен реанимационными мерами.

Поражение занимало от 10 до 60% площади тела. Все пострадавшие — мужчины в возрасте от 21 до 60 лет. Ожоги были преимущественно II—III ст.

Хирургическая помощь обожженным при массовом поступлении, по нашему мнению, должна складываться из следующих мероприятий.

1. Организационных:

а) максимальное и правильное использование имеющихся сил и средств;

б) быстрая и бережная транспортировка пострадавших;

в) сортировка по тяжести и локализации процесса;