

ОСОБЕННОСТИ ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Учебное пособие



Волгоград
2021

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОСОБЕННОСТИ ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Учебное пособие



Издательство
ВолГМУ
Волгоград
2021

УДК 616.314-089.23(075)

ББК 56.68я73

0754

А в т о р ы:

В. В. Шкарин, Ю. П. Мансур, Т. Д. Дмитриенко, Л. Н. Щербаков,
Я. П. Боловина, Д. В. Верстаков, В. Т. Ягупова, Д. С. Дмитриенко

Р е ц е н з е н т ы:

зав. кафедрой ортодонтии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный
медицинский университет» Минздрава России, к. м. н., доцент *М. В. Вологина*;
зав. кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Минздрава России, д. м. н., доцент *Д. В. Михальченко*

Печатается по решению Редакционно-издательского совета ВолгГМУ
(протокол № 5 от 24.06.2021 г.)

0754 **Особенности** оформления медицинской карты ортодонти-
ческого пациента : учебное пособие / В. В. Шкарин, Ю. П. Мансур,
Т. Д. Дмитриенко [и др.] – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ,
2021. – 60 с.

ISBN 978-5-9652-0602-5

Учебное пособие представляет собой теоретические основы оформления
медицинской карты ортодонтического пациента. Содержит описание методов
диагностики ортодонтической патологии в различные возрастные периоды.
Темы, изложенные в пособии, соответствуют учебному плану и программе
подготовки врачей стоматологов. Формируемые компетенции: УК-1, ПК-1, 2, 4,
5, 6, 7, 9, 10.

Учебно-методическое пособие предназначено для клинических ординаторов
и может быть использовано врачами стоматологами в их повседневной работе.

УДК 616.314-089.23(075)

ББК 56.68я73

ISBN 978-5-9652-0602-5

© Волгоградский государственный
медицинский университет, 2021

© Издательство ВолгГМУ, 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|----|
| ВВЕДЕНИЕ | 4 |
| <i>Глава 1</i> | |
| ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА | 5 |
| 1.1. Паспортная часть медицинской карты | 5 |
| 1.2. Информированное согласие | 5 |
| 1.3. Договор об оказании платных услуг | 8 |
| <i>Глава 2</i> | |
| ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА | 10 |
| 2.1. Опрос | 10 |
| 2.1.1. Жалобы | 11 |
| 2.1.2. Анамнез жизни | 12 |
| 2.2. Внешний осмотр | 16 |
| 2.2.1. Осмотр лица | 16 |
| 2.2.2. Кефалометрия | 20 |
| 2.3. Внутриротовое исследование | 23 |
| 2.3.1. Осмотр полости рта | 23 |
| 2.3.2. Осмотр зубов | 24 |
| 2.3.3. Зубные дуги | 27 |
| <i>Глава 3</i> | |
| ДИАГНОЗ | 36 |
| 3.1. Структура ортодонтического диагноза | 36 |
| 3.2. Классификации аномалий зубочелюстной системы | 37 |
| <i>Глава 4</i> | |
| ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ. ВЕДЕНИЕ ДНЕВНИКОВ | 48 |
| 4.1. План лечения | 48 |
| 4.2. Дневники | 49 |
| 4.3. Типичные ошибки оформления медицинской карты | 50 |
| Тестовые задания для проверки уровня усвоения учебного материала | 51 |
| Ответы на тестовые задания | 57 |
| Рекомендуемая литература | 58 |

ВВЕДЕНИЕ

Заполнению первичной медицинской документации должно уделяться большое внимание. Это обусловлено не только высоким уровнем развития ортодонтии как специальности, но также возросшими требованиями пациентов к качеству ортодонтического лечения.

В настоящее время в клинике ортодонтии в качестве медицинской карты стоматологического больного используется форма № 043-1/у «Медицинская карта ортодонтического пациента», утвержденная приказом МЗ РФ от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» и приказом МЗ РФ от 09.01.2018 № 2н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

Данное пособие призвано восполнить недостающие в учебном курсе представления о методах исследования, используемых для диагностики зубочелюстных аномалий и деформаций в различные возрастные периоды с учетом принятых стандартов. Учебно-методическое пособие знакомит врачей-интернов, клинических ординаторов со структурой медицинской карты, используемой в клинике ортодонтии, написанием дневников и эпикриза.

В работе над пособием, наряду с литературными данными, использованы результаты научных разработок сотрудников Волгоградского государственного медицинского университета, а также архивный материал кафедр стоматологического факультета ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» МЗ РФ.

Глава I

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

1.1. Паспортная часть медицинской карты

Медицинская карта ортодонтического пациента имеет паспортную часть, которая содержит следующую информацию: фамилия, имя, отчество, возраст, адрес.

Сведения о возрасте необходимы для оценки общего развития пациента, определения соответствия паспортного возраста скелетному и зубному.

Информация об удаленности места жительства от клиники необходима для того, чтобы адекватно сделать выбор метода лечения и конструкции аппарата. Если пациент не имеет возможности приезжать на прием не реже 1 раз в 4 недели, то следует выбрать ортодонтический аппарат, не требующий частой коррекции и активации, например, трейнер. Если речь идет о лечении несъемной техникой, то в такой ситуации можно сделать выбор в пользу самолигирующих брекетов, не требующих частой коррекции.

Заполняются пункты, содержащие информацию о документах, удостоверяющих личность пациента, а категории льгот при их наличии.

1.2. Информированное согласие

Обязательным предварительным условием оказания медицинской помощи является наличие информированного согласия на проведение медицинского вмешательства (ИДС) согласно Статье 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которое граждане дают информационное согласие

при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», приказа Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информационного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».

Согласие дается пациентом или его законным представителем на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Получение согласия пациента должно предшествовать медицинскому вмешательству. Исключения составляют лишь случаи, когда медицинская помощь может оказываться без согласия пациента или его законного представителя (ч. 9 ст. 20 Закона № 323-ФЗ): 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители; 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления).

Целью получения ИДС является соблюдение прав пациента, а также обеспечение безопасности лечащего врача и медицинской организации, оказывающей медицинскую услугу. Наличие ИДС подтверждает законность проводимых вмешательств, предотвращает возникновение юридических конфликтов.

Внутренними приказами медицинских учреждений могут утверждаться формы добровольных информированных согласий

на определенные виды медицинских вмешательств. В частности, разрабатываются ИДС на ортодонтическое, ортопедическое лечение, имплантацию, применение препаратов ботулотоксина и др.

Информированное согласие на получение платных медицинских услуг направлено на обеспечение прав граждан. Без согласия пациента медицинская организация не вправе оказывать не предусмотренные договором дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. При этом если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы.

Медицинские организации в процессе оказания медицинских услуг являются операторами персональных данных пациентов. Проводится сбор, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, распространение и уничтожение такой информации. Обработка персональных данных осуществляется в целях оказания медицинских или медико-социальных услуг и осуществляется лицом, обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» перед получением от пациента информации медицинская организация должна запросить у него согласие на обработку персональных данных. Пациент вправе полностью или частично отказаться от предоставления согласия на обработку персональных данных. Поэтому медицинской организации следует запрашивать только те сведения, которые отвечают ее целям. На основании п. 4 ст. 9 Закона № 152-ФЗ согласие должно содержать следующие данные: Ф.И.О., адрес пациента и его представителя, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи этого документа и выдавшем его органе; наименование медицинской организации; цель обработки персональных данных; перечень персональных данных, на обработку которых пациент дает согласие;

наименование и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению медицинской организации, если обработка будет поручена такому лицу; перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, и общее описание используемых способов обработки персональных данных; срок, в течение которого действует согласие пациента, а также способ отзыва такого согласия; подпись пациента.

Помимо работы ортодонта нередко требуется консультация врачей-специалистов смежных специальностей. При необходимости направления пациента врач выдает направление на консультацию во вспомогательные кабинеты, форма № 028/у, утвержденное приказом МЗ СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

1.3. Договор об оказании платных услуг

Согласно Закону Российской Федерации от 07 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановления Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию, с соблюдением порядков оказания медицинской помощи. Платные медицинские услуги могут оказываться как в полном объеме стандарта медицинской помощи, так и с учетом пожелания пациента в виде осуществления отдельных консультаций, медицинских манипуляций. Возможно также превышение объема выполняемого стандарта медицинской помощи.

Платные медицинские услуги оказываются на основании договоров за счет личных средств пациентов, средств работодателей, договоров добровольного медицинского страхования и др. Пациент должен быть проинформирован о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Обязательным является информирование потребителя обо всех условиях заключаемого договора о предоставлении платных медицинских услуг. Текст договора должен содержать сведения об исполнителе: наименование юридического лица, адрес, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, данные лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность. Также в договоре указывается фамилия, имя и отчество, адрес места жительства и телефон потребителя. Указывается перечень предоставляемых платных медицинских услуг, их стоимость, сроки и порядок оплаты. Прописываются сроки предоставления платных медицинских услуг, ответственность сторон за невыполнение условий договора, порядок изменения и расторжения договора. Договор подписывается лицом, заключающим договор от имени исполнителя, и потребителем.

После заполнения паспортной части медицинской карты, получения информированного согласия и заключения договора (при необходимости) на оказание платных медицинских услуг, приступают к клиническому обследованию пациента, которое представляет собой последовательное рассмотрение субъективных и объективных симптомов в их взаимосвязи, наблюдении за выявленными симптомами в динамике, изучении причин возникновения и развития патологии.

Глава 2

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Основной целью обследования любого пациента является корректная постановка диагноза на основании тщательного анализа жалоб, сбора анамнеза и учета данных объективного обследования.

Обследование стоматологического больного представляет собой комплекс исследований, осуществляемых врачом для определения его общего состояния с целью выявления имеющихся заболеваний. На основании полученных данных определяют диагноз, выявляют местные и общие факторы этиологии и патогенеза заболевания.

В обследовании стоматологического больного особую важность имеет последовательность проведения его методов. Все клинические методы исследования можно разделить на основные и дополнительные. К основным методам относят опрос и осмотр (общий осмотр, осмотр полости рта), к дополнительным – инструментальные, лабораторные, рентгенологические, специальные методы исследования.

2.1. Опрос

Чаще всего обследование стоматологического больного начинается с опроса. При опросе производят выяснение жалоб пациента настоящего заболевания, а также устанавливают анамнез жизни, имеющиеся сопутствующие и ранее перенесенные заболевания, аллергический статус. Одним из важных моментов опроса является выстраивание доверительного контакта с пациентом, определение его нервно-психического статуса, уровня интеллекта. Данные, полученные при опросе, позволяют врачу поставить предварительный диагноз и определить план дальнейшего обследования. При обследовании пациентов детского возраста жалобы, а также данные анамнеза записываются со слов родителей больного.

2.1.1. Жалобы

От того, насколько полно учтены жалобы пациента (а в дальнейшем – устранены), зависит удовлетворенность больного результатом проведенного лечения. Пациенты могут предъявлять жалобы, как связанные с процессом в челюстно-лицевой области, так и относящиеся к сопутствующим заболеваниям. В медицинской карте ортодонтического пациента выделены три основные группы жалоб: эстетические, морфологические и функциональные.

К эстетическим жалобам можно отнести жалобы на неправильное расположение зубов, нарушение их формы и цвета, наличие промежутков между зубами (диастема, тремы, отсутствие отдельных зубов), смещение средней линии зубных дуг. Пациента могут беспокоить нарушения эстетики лица и улыбки, связанные с имеющейся ортодонтической патологией: асимметричная форма губ, десневая улыбка, смещение подбородка (в зависимости от патологии – вбок, вперед или назад), вогнутый или, наоборот, выпуклый профиль и др.

К морфологическим жалобам можно отнести жалобы на нарушение симметрии лица. Она может быть как врожденной, так и приобретенной. Врожденные асимметрии чаще всего связаны с нарушением развития челюстных костей и могут усиливаться с возрастом. Асимметрии могут также возникать вследствие появления отеков, новообразований различных тканей челюстно-лицевой области. Характер асимметрии, в сочетании с особенностями болевых признаков, может свидетельствовать в ряде случаев о наличии заболеваний воспалительного характера, а также о развитии опухолевого или опухолеподобного образования. При наличии приобретенного дефекта необходимо определить причину его возникновения (следствие травмы, воспалительного процесса, онкологический процессы, перенесенные оперативные вмешательства и др.). Также к морфологическим жалобам можно отнести врожденные патологии строения лица (расщелины различной локализации), множественную адентию (как врожденную, так и приобретенную), выраженные денто-альвеолярные деформации

зубных дуг, препятствующие проведению протезирования дефектов зубных рядов.

К группе функциональных жалоб можно отнести жалобы пациента, связанные с нарушением той или иной функции зубочелюстной системы, такие как затруднение откусывания, разжевывания или глотания пищи; ограничение открывания рта, ограничение подвижности нижней челюсти в переднем и боковых направлениях или, наоборот, гипермобильность височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) – хронический подвывих нижней челюсти; щелканье и хруст в ВНЧС, наличие дефлексий и девиаций; наличие бруксизма; нарушение звукообразования (гнусавость голоса, шепелявость, сложности с произношением отдельных звуков); вялое жевание и др.

Жалобы пациентов детского возраста описываются со слов родителей.

Основные группы жалоб отмечаются галочкой напротив соответствующей позиции в медицинской карте. Детализировать имеющиеся жалобы или указать нетипичные жалобы, отсутствующие в перечне медицинской карты, можно в подразделе «Дополнительно».

2.1.2. Анамнез жизни

При сборе анамнеза жизни уделяется внимание состоянию матери во время беременности (наличие токсикоза, нарушений обмена веществ, гормональных расстройств, инфекционных заболеваний, применение лекарственных средств), течению родов (наличие родовой травмы у ребенка, проводилось ли родовспоможение). При выявлении проблем со здоровьем матери во время беременности указывают, в каком триместре беременности имело место патологическое состояние.

Указывают, в срок был рожден ребенок, или же был недоношен, учитывают сведения о состоянии ребенка при рождении. Выясняют вид вскармливания ребенка: было оно естественным, смешанным или искусственным (при этом указывают с какого возраста начато

искусственное вскармливание). Собирают сведения о сроках прорезывания молочных и постоянных зубов. Выясняют наличие вредных привычек, которые могут повлиять на развитие патологии, определяют особенности функций жевания, глотания, дыхания, речи, такие как сосание пальцев, верхней губы, нижней губы, языка, предметов.

Выясняют наличие врожденных аномалий развития челюстно-лицевой области у родителей, братьев, сестер, других родственников.

В случае наличия травмы челюстно-лицевой области необходимо выяснить, что явилось ее причиной, уточнить обстоятельства ее возникновения, была ли потеря сознания пациентом, если да, то на какое время; имелись ли тошнота, головокружение, рвота, кровотечение из носа или ушей, была ли оказана первая помощь, если да, то какая. Выясняют, вводили ли пациенту противостолбнячную сыворотку или столбнячный анатоксин, если да, то когда и в каких дозах. Особого внимания требуют ситуации, при которых получение травмы связано с состоянием алкогольного опьянения или наркотической интоксикации. Все данные анамнеза вносятся в историю болезни со слов пациента, что необходимо отметить. При наличии у пациента кровотечения, связанного с травмой или проведенным оперативным вмешательством (в том числе – операции удаления зуба) необходимо обязательно выяснить длительность его при ранее перенесенных операциях, порезах, ушибах.

При болях, связанных с заболеваниями и повреждениями лицевых и челюстных нервов, нужно выяснить данные неврологического статуса. При обращении пациентов по поводу болезненности и нарушения функции височно-нижнечелюстных суставов необходимо оценить вероятность связи процесса с общесоматическими заболеваниями (опорно-двигательного аппарата, соединительной ткани и др.).

Необходимо обратить внимание на ранее перенесенные и сопутствующие заболевания, особенности их течения, проводившееся лечение, его эффективность, исход заболевания.

При лечении взрослых пациентов нужно учесть наличие в анамнезе ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, стенокардии. В случае их выявления следует учитывать риск возникновения таких осложнений, как гипертонический криз, инфаркт миокарда, возникновение приступа стенокардии. Необходимо также обратить внимание на такие заболевания, как кардиомиопатия, дистрофические изменения миокарда, миокардит, аритмию, нарушение сердечной проводимости.

Заболевания соединительной ткани, такие как ревматизм, часто имеют свои проявления в челюстно-лицевой области (например, поражение височно-нижнечелюстных суставов, изменения кожных покровов и проч.). Наличие системных заболеваний соединительной ткани, таких как красная волчанка, склеродермия, васкулиты, свидетельствует о значительных нарушениях иммунологической реактивности. Необходимо учитывать это при планировании оперативных вмешательств у пациента.

При наличии заболеваний органов дыхания следует исключить наличие хронических воспалительных процессов, легочной недостаточности, бронхиальной астмы, туберкулеза. Лечение таких пациентов нередко связано с приемом кортикостероидных препаратов, что необходимо учитывать при оценке общего и местного стоматологического статуса, при планировании лечения с применением медикаментозных препаратов.

В случае выявления у больного заболеваний почек необходимо установить особенности течения заболевания, наличие острой или хронической почечной недостаточности, а также степень ее выраженности. Следует учитывать имеющиеся у таких больных нарушения водно-электролитного и белкового обмена, а также нарушения функции свертывающей системы крови, что может явиться серьезным противопоказанием к проведению операций в челюстно-лицевой области.

При исследовании состояния эндокринной системы обращают внимание на наличие сахарного диабета, заболеваний щитовидной

и парашитовидных желез, гипоталамо-гипофизарной системы, надпочечников. С этими заболеваниями могут быть связаны воспалительные процессы в челюстно-лицевой области, поражения слюнных желез, патологические изменения в лимфатических узлах, явления остеопороза. Остеопороз также может наблюдаться у женщин в климактерическом периоде, что следует учитывать при выборе методов ортодонтической коррекции. Следует также обратить внимание на психоэмоциональное состояние таких пациенток.

Важно выявить имеющиеся у больного заболевания желудочно-кишечного тракта, влияние которых на состояние зубочелюстной системы весьма значительно. При этом учитываются как заболевания, носящие воспалительный характер, так и перенесенные оперативные вмешательства (холецистэктомия, резекция желудка, кишечника и т. д.). Больных, имеющих хроническую диарею, лихорадочные состояния, значительное снижение массы тела необходимо обследовать на наличие ВИЧ-инфекции.

Соответствующие симптомокомплексы в челюстно-лицевой области имеют также заболевания системы крови. С ними могут быть связаны патологические изменения в челюстных костях, пародонте, повышается риск кровотечений при проведении хирургических манипуляций.

Наличие болезней кожи у пациента может быть обусловлено общими заболеваниями организма, профессиональными вредностями, наследственными факторами. Следует учитывать их связь с патологическими проявлениями слизистой оболочки полости рта, кожных покровов челюстно-лицевой области. Для таких заболеваний, как сифилис, характерна однотипность патологических изменений на коже (в том числе лица) и слизистой полости рта. Характерные проявления на коже челюстно-лицевой области и в полости рта имеют также такие инфекционные заболевания, как корь, дифтерия, скарлатина.

Следует выявить имеющиеся (или ранее перенесенные) инфекционные заболевания, такие как ветряная оспа, гепатиты (А, В, С),

дифтерия, инфекционный паротит, корь, краснуха, скарлатина, туберкулез. В случае выявления хронических инфекционных заболеваний, вирусоносительства, вопрос о возможности проведения ортодонтического лечения следует решать совместно с врачом-инфекционистом.

Крайне важен аллергологический анамнез пациента. Следует выявить все установленные аллергены, уделяя особое внимание лекарственной непереносимости. Также указывается, какие формы проявлений имеет аллергическое заболевание, применяемые для ее лечения препараты. Если пациент – ребенок, то сведения родителей о состоянии его здоровья должны быть подтверждены лечащим врачом или консультационным заключением узкого специалиста (выписка из истории болезни, аллергический анамнез).

Следует заметить, что информация о лекарственной непереносимости, наличии онкологических и социально-значимых заболеваний обязательно выносится на титульный лист медицинской карты.

Все выявленные заболевания требуют подтверждения выпиской из медицинской карты специалиста соответствующего профиля.

Также при опросе выясняют, проводилось ли ранее ортодонтическое лечение. Если проводилось, то в медицинской карте указывают, в каком возрасте и как долго, вид аппаратуры, который был использован (съёмная, несъёмная), а также полученный результат.

2.2. Внешний осмотр

2.2.1. Осмотр лица

При осмотре дают характеристику внешнего вида пациента, обращают внимание на признаки соматического и психического здоровья, определяют соответствие биологического возраста паспортному. Отмечают пропорции между различными частями тела, уделяя особое внимание челюстно-лицевой области.

Лицо осматривают в фас и профиль. Большое внимание уделяют определению симметрии лица: его рельефа, обусловленного

соединением костей лицевого скелета, уровнем развития подкожного жирового слоя, состоянии хрящевого отдела носа, ротовой и глазных щелей, ушных раковин и кожного покрова. Лицо в норме чаще бывает симметрично. В случае выявления асимметрий важно определить их этиологию.

При наличии челюстных деформаций следует определить период их возникновения, уточнить динамику патологии. В медицинской карте делают соответствующие пометки: симметричное лицо или нет; при выявлении смещения подбородка указывают, в какую сторону имеется смещение (вправо, влево).

Помимо симметрии, оценивают пропорциональность строения лица и черепа в целом, соотношение губ, линию их смыкания, выраженность надподбородочных складок. Обращают внимание на наличие патологических изменений в углах рта (трещины, мацерация), свищей или рубцов на лице и шеи. Определяют, сомкнуты ли губы в покое или нет, выявляют наличие симптома «десневой улыбки».

Также проводят *пальпаторное исследование*, позволяющее уточнить границы патологических изменений, консистенцию тканей, способность кожи собираться в складку, наличие рубцов, свищевых ходов.

Пальпацию костей лицевого скелета проводят по костным структурам лица, в первую очередь проекции костных сочленений. Обращают внимание на симметричность формы костей, имеющиеся неровности, возникающую при пальпации болезненность.

Пальпаторно исследуют височно-нижнечелюстной сустав: головку мышечкового отростка, сочленения ее с суставной впадиной, определяют объем движений нижней челюсти при открывании и закрывании рта, в стороны.

Пальпацией определяют чувствительность выхода периферических ветвей тройничного нерва (надглазничного, подглазничного и подбородочного нервов). Различные заболевания и повреждения нервов лица и челюстей сопровождаются болями, нарушениями чувствительности.

Для определения тактильной чувствительности дотрагиваются до исследуемого участка кожи марлевой салфеткой, куском бумаги. Болевую чувствительность проверяют с помощью иглы и сравнивают ее с ощущениями противоположной стороны – кожи или слизистой оболочки. Температурную чувствительность исследуют, прикладывая емкости с холодной водой, льдом или горячей водой. Проверяют чувствительность слизистой оболочки носа, губ, переходных складок преддверия рта. По силе движения и тону жевательных мышц судят о функции двигательных ветвей тройничных нервов. Пальпируют собственно жевательные, височные мышцы, участок прикрепления внутренних крыловидных мышц у внутренней поверхности угла нижней челюсти.

Отмечают движения мимических мышц, синхронность их функции с обеих сторон лица. Фиксируют внимание на образовании кожных складок на лбу, закрывании век и симметричность глазных щелей, носогубных складок, углов рта. При пальпаторном исследовании боли могут усиливаться, может развиваться приступ. Обследование может выявить также нарушение чувствительности кожи лица (анестезия, парестезия, гипестезия, гиперестезия).

При подозрении на онкологические заболевания производят глубокую пальпацию. Опухоли и опухолеподобные заболевания могут иметь различную консистенцию – тестоватую, плотноэластическую, хрящевую и др., гладкую или бугристую поверхность, четкие или плохо определяемые границы.

Фиксируют спаянность кожи с подлежащими тканями, ее цвет, применяя глубокую и бимануальную пальпацию. В случае пульсации образования проводят аускультацию, что позволяет дифференцировать аневризмы сосудов и сосудистые опухоли.

При онкологических заболеваниях должны настораживать такие симптомы, как боли, выделения из полости носа, заложенность носовых ходов и нарушение чувствительности нижнего альвеолярного нерва на нижней челюсти.

Имеет значение пальпация регионарных лимфатических узлов: поднижнечелюстных, подбородочных, шейных, лицевых и др. Для пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов врач правой рукой наклоняет голову больного вниз, а левой последовательно ощупывает их тремя пальцами, наклоняя голову больного в соответствующую сторону; подбородочные ощупывает в таком же положении указательным пальцем, а сосцевидные – II пальцем, двигая их вперед к заднему краю ветви нижней челюсти и кзади – к переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Лицевые лимфатические узлы (щечный, носогубный, скуловой, нижнечелюстной) пальпируют бимануально – пальцами правой руки со стороны полости рта и левой – снаружи. Околоушные лимфатические узлы пальпируют в проекции поверхности ветви нижней челюсти, в позади-челюстной области – в толще слюнной железы и бимануально – по переднему краю околоушной слюнной железы. Латеральные шейные лимфатические узлы пальпируют двумя-тремя пальцами кпереди от грудиноключично-сосцевидной мышцы, от сосцевидного отростка книзу – к ключице. Далее, став позади больного, тремя пальцами (II, III, IV), помещенными на ключице, ощупывают надключичные лимфатические узлы.

Увеличение, болезненность, ограничение подвижности лимфатического узла или пакета их может свидетельствовать об остром воспалении бактериальной, вирусной, протозойной или гистоплазмозной природы. Увеличение, плотная консистенция, распад с образованием «холодных» абсцессов характерны для хронического воспаления и могут быть при актиномикозе, туберкулезе, сифилисе, лепре, саркоидозе. Плотность, неподвижность, спаянность с подлежащими тканями должны насторожить в плане наличия злокачественного новообразования. Генерализованное увеличение лимфатических узлов, сопровождающееся общими симптомами: лихорадкой, диареей, снижением массы тела – должны вызвать подозрение о наличии ВИЧ-инфекции.

При морфологическом исследовании мышц челюстно-лицевой области клиницисты используют методы визуальной оценки и пальпации.

Визуально оценивают асимметрию жевательных и мимических мышц, пальпаторно определяют их тонус, болезненность, уплотнение.

Височную мышцу пальпируют в височной области (экстраорально) и в области места прикрепления к венечному отростку (интраорально). Указательный палец помещают в ретромолярную ямку и продвигают его вверх и мезиально.

Жевательную мышцу пальпируют интраорально указательным пальцем одной руки и экстраорально – большим пальцем (у переднего края) и остальными пальцами (у заднего края) другой руки при сомкнутых зубах. Медиальную крыловидную мышцу пальпируют интраорально указательным пальцем, направленным по слизистой оболочке вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти кзади и вверх за бугром верхней челюсти, где прикрепляется нижняя часть мышцы и имеется тонкий слой подкожной жировой клетчатки.

2.2.2. Кефалометрия

При исследовании и измерении краниофациального комплекса и отдельных его частей рекомендуем использовать модификацию штангенциркуля для проведения кефалометрии (удостоверение на рационализаторское предложение № 11-2004 от 21.10.2004 г.) (рис. 1).

При исследовании головы пациента пальпаторно определяют морфометрические точки, по которым проводятся измерения.

Получают фотографические снимки, на которые наносятся ориентиры (точки и линии) с последующим морфологическим анализом.

Для определения кефалометрических показателей идентифицируют следующие стандартные точки (рис. 1).



Рис. 1. Фотография модификации устройства для проведения кефалометрии

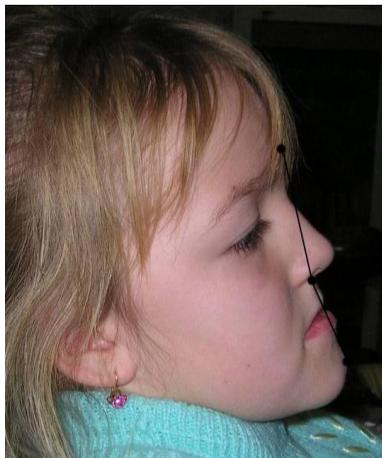
При описании лица в фас, прежде всего, определяют его ширину (указывается в мм), которую определяют между точками zy-zy.

Высотные характеристики лица оценивают по расстоянию (указывается в мм) между точками n-me, n-sn, sn-me (рис. 2).



Рис. 2. Основные кефалометрические точки на фотографиях анфас

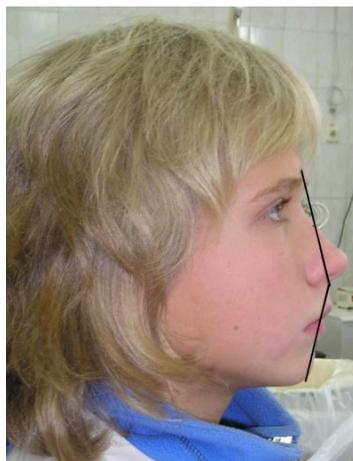
При оценке профиля лица проводится визуально-ранговая характеристика профиля с последующим морфологическим анализом. Профиль лица может быть прямым, выпуклым или вогнутым, а нижняя часть лица может быть смещена кпереди или кзади (рис. 3).



а



б



в

Рис. 3. Варианты профиля лица: *а* – вогнутый, *б* – прямой, *в* – выпуклый

Указывают положение верхней и нижней губы, при этом отмечают, выступает она, западает или имеет правильное положение.

Также оценивают положение подбородка, который может быть расположен правильно, или находиться в прогеническом или ретрогеническом положении.

2.3. Внутриротовое исследование

2.3.1. Осмотр полости рта

Начинают с осмотра *преддверия рта* при сомкнутых челюстях и расслабленных губах, подняв верхнюю и опустив нижнюю губу или оттянув щеку стоматологическим зеркалом.

В обязательном порядке оценивают уздечки верхней и нижней губы, отмечая в медицинской карте их состояние: длину и ширину (короткая, широкая), характер прикрепления (прикреплена высоко, прикреплена низко), наличие дополнительных тяжей слизистой оболочки полости рта (рис. 4).



Рис. 4. Обследование уздечки верхней губы

Осмотр языка начинают с оценки его уздечки, которая может быть короткой, широкой или быть в норме. Оценивают размеры языка (микроглоссия, макроглоссия, в норме), определяют состояния сосочков, особенно при наличии жалоб на изменение чувствительности или жжение и болезненность в каких-либо участках. При выявлении увеличения размера языка следует определить время проявления этого симптома (врожденный или приобретенный). Необходимо отличать макроглоссию от отека.

Вслед за осмотром языка производят *осмотр слизистой оболочки*. В норме она бледно-розовая, плотно охватывает шейку зуба. Десневые сосочки бледно-розовые, занимают межзубные промежутки. При наличии патологических изменений слизистой оболочки в медицинской карте отмечают наличие гиперемии, отечности, гипертрофии десны, патологических элементов (афты, язвы, заеды).

2.3.2. Осмотр зубов

Осмотр зубов проводят независимо от определенных жалоб пациента и фиксируют их состояние справа налево вначале на верхней, затем на нижней челюсти. Используют зеркало и острый зонд, что позволяет установить целостность эмали или обнаружить полость, отметить ее глубину и размеры, а также сообщение с полостью зуба. Следует обратить внимание на цвет зубов. Сероватый и мутный цвет эмали зуба может свидетельствовать о некрозе пульпы.

Имеют значение также форма и величина зубов, в том числе аномалии зубов (зубы Гетчинсона, Фурнье), что может указывать на общие заболевания и наследственные признаки патологии.

Обследуя зубы, производят их перкуссию, пинцетом определяют подвижность, отмечают наличие сверхкомплектных или молочных зубов в постоянном прикусе, прорезывание нижних зубов мудрости, определяют характер смыкания зубов. Исследуют десневые бугорки, определяют состояние пародонта. Инструментом постукивают

по режущей или жевательной поверхности зуба (вертикальная перкуссия) и по вестибулярной поверхности зуба (горизонтальная перкуссия). Если при перкуссии отмечается боль, это свидетельствует о наличии околоверхушечного или маргинального очага в периодонте.

Производят также пальпацию зубов – ощупывание, что позволяет установить их подвижность и болезненность. Захватив коронку зуба зубоврачебным пинцетом, отмечают степени подвижности – I, II и III. При помощи зубного зонда определяют десневые карманы, их глубину, кровоточивость при зондировании, выделения из карманов и их характер.

При подвижности зубов следует уточнить, имеет место локализованный процесс или диффузное поражение пародонта, а также проявить онкологическую настороженность.

Гигиеническое состояние зубов и полости рта проводят по индексу Грина – Вермиллиона или Федорова – Володкиной и др.

Результаты осмотра зубов фиксируют в специальных схемах: «аномалии зубов» и «зубная формула». При этом в схему «аномалии зубов» помимо выявленных патологических изменений отдельных зубов заносят также мезио-дистальные размеры каждого зуба.

Их измерение можно проводить как внутриротовым методом, так и при проведении биометрического исследования моделей челюстей пациента (рис. 5).

Измерения производят циркулем-одонтометром (штангенциркуль с заостренными ножками) с точностью до 0,1 мм.

Кроме того, буквенными обозначениями в схеме указываются особенности положения, сроков прорезывания, количества зубов:

- В – вестибулярное,
- О – оральное,
- Д – дистальное,
- М – мезиальное,
- С – супраположение,

И – инфраположение,
Т – тортоаномалия,
Тр – транспозиция,
Пр – протрузия,
Рт – ретрузия,
Р – ретенция,
П – персистентный зуб,
РУ – раннее удаление зуба,
АП – адентия первичная,
АВ – адентия вторичная,
СК – сверхкомплектный зуб.



Рис. 5. Методика измерения медиально-дистального диаметра резца верхней челюсти

В схеме «зубная формула» буквенными обозначениями отмечают наличие патологических процессов отдельных зубов:

С – кариес в стадии пятна,
К – кариозная полость,
П – пломба,
Г – гипоплазия,
Ф – флюороз,
R – корень.

2.3.3. Зубные дуги

Размеры зубных дуг и апикальных базисов челюстей отмечаются на представленной в медицинской карте схеме (рис. 6).

Данные измерения необходимы для проведения основных биометрических методов исследования зубных дуг.

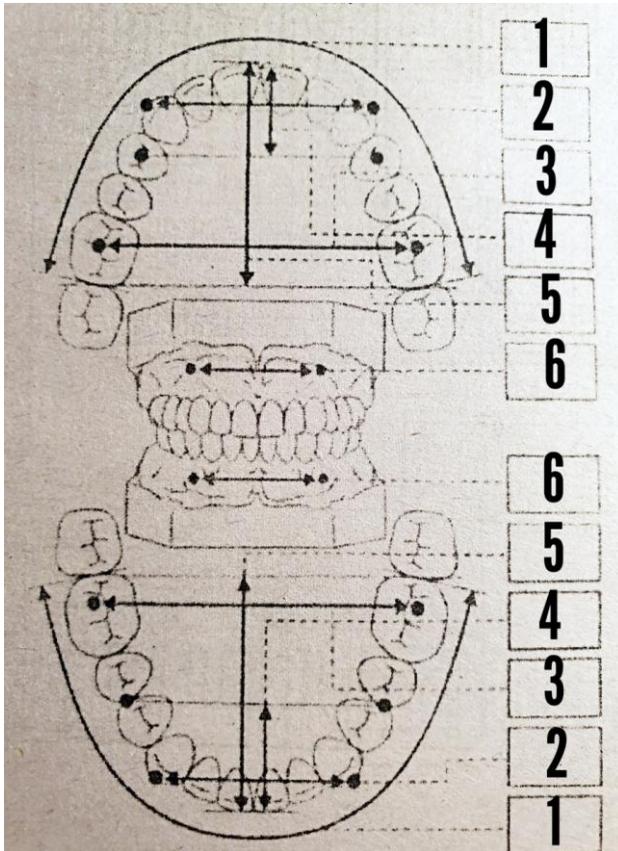


Рис. 6. Схема для внесения размеров зубных дуг:
1 – сумма мезио-дистальных размеров 12 постоянных зубов; 2 – ширина зубного ряда в области клыков; 3 – ширина зубного ряда в области премоляров и моляров (измерительных точек Пона); 4 – длина переднего отрезка зубного ряда по Коркхаузу; 5 – длина зубного ряда; 6 – ширина апикального базиса по Снагиной

Соотношение зубов верхней и нижней челюстей определяют **по формуле Болтона**. При этом измеряют мезиально-дистальные диаметры коронок 12 постоянных зубов: первых моляров, первых и вторых премоляров, клыков, латеральных и медиальных резцов с обеих сторон зубной дуги.

Полное соотношение по Болтону составляет:

$$\frac{\text{(Сумма мезиально-дистальных диаметров 12 зубов нижней челюсти)}}{\text{(Сумма мезиально-дистальных диаметров 12 зубов верхней челюсти)}} \times 100 \% = 91,3 \%$$

При преобладании размеров нижних зубов над верхними соотношение зубов будет составлять более 91,3 %. Если полное соотношение будет меньше 91 %, то можно предположить, что размеры зубов верхней челюсти превышают размеры нижних. Этот расчет поможет определить тактику лечения и может быть относительным показанием к удалению отдельных зубов или проведению стриппинга при несоответствии размеров зубов верхней и нижней челюстей. Однако необходимо уточнить, в каком отделе зубной дуги (в переднем или в боковом) размеры зубов не соответствуют норме. Поэтому предложено определять переднее соотношение.

Переднее соотношение определяют по размерам 6 передних зубов (клыков и резцов):

$$\frac{\text{(Сумма мезиально-дистальных диаметров 6 зубов нижней челюсти)}}{\text{(Сумма мезиально-дистальных диаметров 6 зубов верхней челюсти)}} \times 100 \% = 77,2 \%$$

Заключение о преобладании размеров зубов нижней челюсти над верхними делается при увеличении параметра более 77,2 %, а верхних зубов над нижними – при переднем соотношении менее 77,2 %.

Метод Пона. Ширину зубных дуг чаще всего определяют **методом Пона (Pont)**. Автор установил зависимость между суммой медиально-дистальных размеров верхних резцов и шириной зубных дуг в области премоляров и моляров (рис. 7).

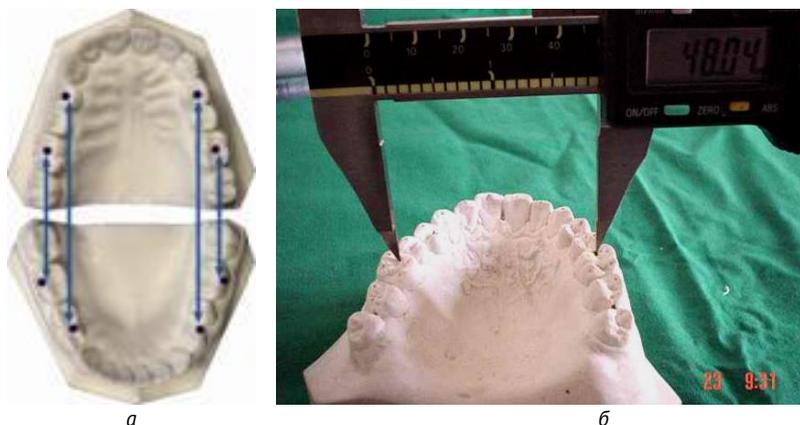


Рис. 7. Метод измерения трансверсальных размеров зубных дуг по Пону:
 а – расположение измерительных точек;
 б – процесс измерения ширины зубного ряда

Pont вывел премолярный и молярный индексы, составляющие соответственно 80 и 64.

По формуле Pont:

$$\text{ширина зубной дуги в области премоляров} = Si / 80 \times 100;$$

$$\text{ширина зубной дуги в области моляров} = Si / 64 \times 100,$$

где Si – сумма медиально-дистальных размеров коронок четырех резцов верхней челюсти.

Трансверсальные размеры нижней челюсти в норме соответствуют аналогичным размерам верхней челюсти, однако измерительные точки на нижней челюсти расположены иначе. На верхней челюсти измерительные точки A. Pont рекомендовал ставить: на зубах 14 и 24 – в середине межбугорковой фиссуры; на зубах 16 и 26 – в переднее углубление межбугорковой фиссуры. Ширину зубной дуги нижней челюсти в области первых премоляров измеряют на наиболее

дистально расположенной точке ската щечного бугра (контактная точка между премолярами; в области первых моляров – на вершине заднего щечного бугра или вершине среднего щечного бугра у пятибугорковых моляров.

Немецкие исследователи Линдер и Харт установили, что наиболее целесообразно использовать индексы 85 и 65.

Имеется пропорциональная зависимость между формой и размерами зубоальвеолярных дуг и лица. Выявление дисгармоний помогает дифференциации нарушений. В зависимости от формы лица исследуемого А. Pont рекомендовал поправки в определенные им индексные числа ширины зубных дуг. Эти пожелания А. М. Schwarz выполнил и внес дополнения при расчете средней индивидуальной нормы ширины и длины зубных дуг исследуемого. При широком лице средняя индивидуальная ширина зубной дуги должна быть увеличена на 2 мм, а длина переднего отрезка зубных дуг уменьшена на 1 мм; при узком лице средняя ширина зубной дуги должна быть уменьшена на 2 мм, а длина переднего отрезка зубных дуг увеличена на 1 мм.

При проверке индексов Изара и Бергера установлено, что они колеблются в зависимости от возраста, пола и расы обследуемых. По данным Н. Г. Снагиной, у детей в возрасте 11–15 лет при ортогнатическом прикусе ширина лица в области скуловых дуг в $2\frac{1}{2}$ раза больше ширины зубной дуги в области моляров. По D. Eismann, у детей в возрасте 7–11 лет при нормально сформированном прикусе индекс Изара равен $2,04 \pm 2,1$, коэффициент корреляции – 0,51, а по данным G. P. Schmuth, соответственно 0,438 для мальчиков в возрасте 8–14 лет и 0,572 для девочек 8–14 лет. Эти значения коэффициентов корреляции указывают на среднюю связь ширины лица и ширины верхней зубоальвеолярной дуги. Индексы Изара и Бергера можно учитывать в практической работе как вспомогательные.

При проведении измерения ширины зубных рядов по Pont можно производить как прямые расчеты, так и воспользоваться таблицей значений ширины зубного ряда, что облегчает и ускоряет процедуру (см. табл. 1).

Зависимость ширины зубных рядов от суммы передних резцов по Pont

| Сумма ширины четырех верхних резцов, мм | Ширина в области первых премоляров, мм | Ширина в области первых моляров, мм |
|---|--|-------------------------------------|
| 27,0 | 32,0 | 41,5 |
| 27,5 | 32,5 | 42,3 |
| 28,0 | 33,0 | 43,0 |
| 28,5 | 33,5 | 43,8 |
| 29,0 | 34,0 | 44,5 |
| 29,5 | 34,7 | 45,3 |
| 30,0 | 35,5 | 46,0 |
| 30,5 | 36,0 | 46,8 |
| 31,0 | 36,5 | 47,5 |
| 31,5 | 37,0 | 48,5 |
| 32,0 | 37,5 | 49,0 |
| 32,5 | 38,2 | 50,0 |
| 33,0 | 39,0 | 51,0 |
| 33,5 | 39,5 | 51,5 |
| 34,0 | 40,0 | 52,5 |

Метод Коркхауза. Korkhaus дополнил метод Pont, предложив определять длину переднего отрезка зубных дуг от срединной точки между медиальными резцами с вестибулярной поверхности их коронок по средней линии челюсти до ее пересечения с линией, соединяющей точки Pont на первых премолярах (рис. 8).



Рис. 8. Метод Коркхауза

Для определения длины переднего отрезка зубной дуги нижней челюсти от величины переднего отрезка верхней зубной дуги вычитают 2 мм (табл. 2).

Таблица 2

Соотношение между суммой медиально-дистальных размеров коронок резцов верхней челюсти и длиной переднего отрезка зубной дуги

| Сумма ширины четырех резцов верхней челюсти, мм | Длина переднего отрезка верхнего зубного ряда, мм |
|---|---|
| 27,5 | 16,3 |
| 28,0 | 16,5 |
| 28,5 | 16,8 |
| 29,0 | 17,0 |
| 29,5 | 17,3 |
| 30,0 | 17,5 |
| 30,5 | 17,8 |
| 31,0 | 18,0 |
| 31,5 | 18,3 |
| 32,0 | 18,5 |
| 32,5 | 18,8 |
| 33,0 | 19,0 |
| 33,5 | 19,3 |
| 34,0 | 19,5 |
| 34,5 | 19,8 |
| 35,0 | 20,0 |
| 35,5 | 20,5 |
| 36,0 | 21,0 |

Метод Снагиной. Измерение апикального базиса проводят по методике Н. Г. Снагиной (рис. 9).

По данным Н. Г. Снагиной, ширина зубных дуг в области первых премоляров составляет 39,2 % от суммы медиально-дистальных диаметров коронок 12 зубов, а в области первых постоянных моляров – 50,4 %.

В норме ширина апикального базиса составляет 44 % от суммы мезиально-дистальных диаметров 12 постоянных зубов (от 16 до 26), на нижней челюсти – 43 %.

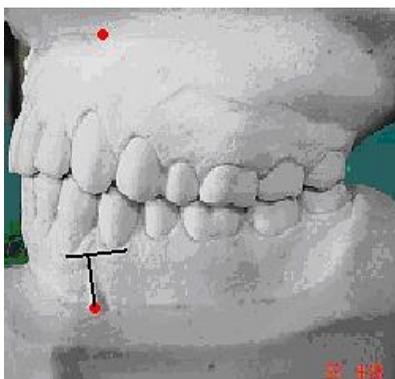


Рис. 9. Измерительные точки на верхней челюсти расположены в проекции между вершунками корней клыка и первого премоляра, на нижней челюсти на 8 мм ниже линии, соединяющей шейки клыка и первого премоляра

Указывают форму зубных дуг, при этом выделяют V-образные, трапецевидные, треугольные, седловидные и асимметричные зубные ряды.

В соответствующих графах отмечают характер контактов соседних зубов, наличие диастем, трем, скученного положения зубов, нарушение симметричности и последовательности их расположения.

Оценивают характер окклюзии зубных дуг, при этом отмечают наличие сагиттальной щели, обратной резцовой окклюзии, обратной резцовой дизокклюзии (обратная сагиттальная щель).

Описывают состояние зубных дуг в боковом и переднем отделах, отмечая смыкание первых моляров и клыков по классу Энгля, измеряют в мм размеры вертикальной щели (с указанием в пределах каких зубов имеется дизокклюзия), отмечают прямую резцовую окклюзию, глубокую резцовую окклюзию (с указанием величины перекрытия),

глубокую резцовую дизокклюзию и травмирующую окклюзию – при их наличии.

При описании состояния зубных дуг в трансверсальном направлении в случае выявления патологии указывают смещение косметического центра вправо или влево (в мм), указывают наличие палатокклюзии, лингвоокклюзии или вестибулоокклюзии (при этом отмечают, справа, слева или с обеих сторон имеются проявления патологии).

Обязательным является проведение ортопантомографического исследования (рис. 10).

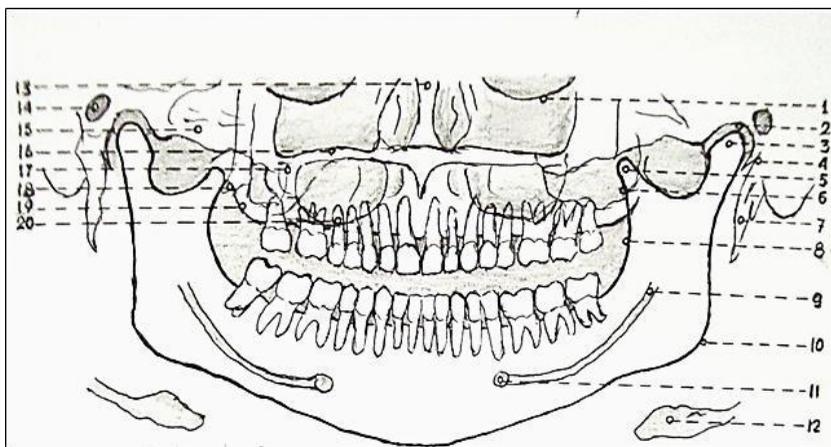


Рис. 10. Схема ортопантомограммы:

1. Нижний край орбиты.
2. Вершина суставной ямки.
3. Суставная головка нижней челюсти.
4. Глазеровая щель.
5. Венечный отросток нижней челюсти.
6. Переднебоковая стенка верхнечелюстной пазухи.
7. Шиловидный отросток височной кости.
8. Внутренний край ветки нижней челюсти.
9. Нижнечелюстной канал.
10. Угол нижней челюсти.
11. Подбородочное отверстие нижнечелюстного канала.
12. Подъязычная кость.
13. Внутриносовая перегородка.
14. Наружный слуховой проход.
15. Скуловая дуга.
16. Твердое небо.
17. Скуловая кость.
18. Крыловидный отросток клиновидной кости.
19. Верхнечелюстной бугор.
20. Дно верхнечелюстной пазухи.

При этом отмечают симметричность развития тел челюстей и височно-нижнечелюстных суставов; при наличии врожденной расщелины указывают ее локализацию (альвеолярный отросток, небо, правосторонняя, левосторонняя, двусторонняя). В случае выявления деструкции костной ткани челюстей отмечают, в области каких зубов она наблюдается. Также указывают атрофию костных перегородок, с указанием локализации патологии, а также степени ее выраженности (до $\frac{1}{3}$, до $\frac{1}{2}$, более $\frac{1}{2}$ длины корня зуба).

В случае проведения телерентгенологического исследования в медицинской карте указывают его дату с занесением в медицинскую карту полученных результатов.

В случае необходимости проводят клинические функциональные пробы по Эшлеру – Битнеру, Ильиной – Маркосян, отмечают характер смыкания губ (с напряжением, без напряжения), а также вертикальную щель между резцами в состоянии относительного физиологического покоя и при максимальном опускании нижней челюсти.

Кроме того, медицинская карта содержит раздел «Дополнительные методы исследования», который представляет собой пустые строки для самостоятельного заполнения. В данный раздел заносят результаты дополнительных медицинских исследований, проведенных пациенту (МРТ, электромиографическое исследование, денситометрия и др.).

Глава 3

ДИАГНОЗ

3.1. Структура ортодонтического диагноза

На основании проведенных методов исследования выставляют диагноз.

В карте отведено место для подробного написания диагноза. Принята следующая схема написания ортодонтического диагноза:

- вид смыкания первых постоянных моляров (зубоальвеолярный и скелетный класс по Энгля);
- вид окклюзии в сагиттальном направлении, вертикальном направлении, трансверсальном направлении;
- аномалии формы и размеров зубных дуг сужение (укорочение или удлинение зубных дуг или апикальных базисов в миллиметрах с указанием метода исследования, например – по Пону, Снагиной, Коркхаузу и т. д.);
- аномалии отдельных зубов;
- функциональные и эстетические нарушения;
- вредные привычки.

После установления основного заболевания в диагнозе указывают сопутствующую патологию (местную и общую), которую также учитывают в ходе лечения. Необходимо отметить функциональные нарушения в челюстно-лицевой области (жевание, глотание, дыхание, речь, функцию височно-нижнечелюстного сустава, жевательных и мимических мышц). По возможности указывают этиологические факторы развития патологии.

Желательно при написании диагноза избегать употребления разноязычных терминов и двусмысленных понятий. Такой подход к оформлению ортодонтического диагноза поможет наметить правильное лечение.

3.2. Классификации аномалий зубочелюстной системы

Для систематизации различных видов аномалий челюстно-лицевой области предложены различные классификации, позволяющие выбирать методы лечения и профилактики.

Так, Энгль (E. Angle) предложил классификацию, в основу которой был положен морфологический признак – вид смыкания зубов. Первые постоянные моляры, по мнению автора, являются «ключом окклюзии». Первый постоянный моляр верхней челюсти занимает постоянное место (*punctum fixum*), которое, как правило, соответствует локализации скулового гребня (*crista zygomatica*).

В норме соотношение первых постоянных моляров должно быть таким, чтобы вестибулярный мезиальный бугорок верхнего зуба располагался в борозде, разделяющей вестибулярный мезиальный и вестибулярный дистальный бугорки нижнего моляра (условная линия нейтрального соотношения моляров).

Среди аномалий прикуса E. Angle выделяет три класса. К первому классу E. H. Angle относит все виды аномалий, локализованных впереди первых постоянных моляров (аномалии положения передних зубов и переднего отдела зубной дуги), отмечая, что первые постоянные моляры находятся в «мезиодистальной гармонии» (рис. 11).



Рис. 11. Разновидность аномалии I класса

Для второго класса характерно расположение первого постоянного моляра нижней челюсти позади условной линии нейтрального соотношения. Разделение класса на подклассы обусловлено соотношением

передних зубов. Для первого подкласса характерна протрузия передних зубов – наклон в вестибулярном направлении (рис. 12).

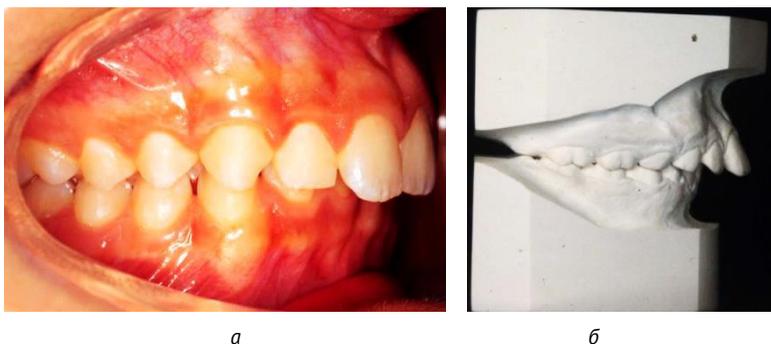


Рис. 12. Аномалия окклюзии II класса первого подкласса (*а*); на гипсовых моделях определяется постериальное расположение первых постоянных моляров нижней челюсти (*б*)

Для второго подкласса характерна ретрузия – наклон резцов в язычную сторону (рис. 13).



Рис. 13. Аномалия окклюзии II класса второго подкласса:
а – вид слева, *б* – вид справа

Третий класс определяется передним расположением первого моляра нижней челюсти относительно линии нейтрального соотношения (рис. 14).



а



б

Рис. 14. Аномалия окклюзии III класса

Помимо сагиттальных аномалий прикуса, Энгль выделяет 7 видов аномалий положения отдельных зубов:

- 1) лабиальная, или буккальная, окклюзия;
- 2) лингвальная окклюзия;
- 3) мезиальная окклюзия;
- 4) дистальная окклюзия;
- 5) тортоокклюзия;
- 6) инфраокклюзия;
- 7) супраокклюзия.

Классификация Е. Angle прочно вошла в обиход международного языка врачей-ортодонтотв и вид смыкания зубных рядов представляет собой клинический предварительный симптоматический диагноз. Это имеет важное значение для ортодонтии, так как по виду смыкания зубных дуг, прежде всего, определяют прикус – нормальный или с аномалией (это представляет собой экспресс-диагностику, не требующую дополнительных методов исследования).

Классификация Д. А. Калвелиса

I. Аномалии отдельных зубов

1. Аномалии числа зубов:

- а) адентия – частичная или полная (гиподонтия);
- б) сверхкомплектные зубы (гиперодонтия).

2. Аномалии величины и формы зубов:
 - а) гигантские зубы;
 - б) шипообразные зубы;
 - в) уродливые формы зубов;
 - г) зубы Гетчинсона, Фурнье.
3. Аномалия структуры твердых тканей зубов:
 - а) гипоплазия зубных коронок.
4. Нарушения процесса прорезывания зубов:
 - а) преждевременное прорезывание зубов;
 - б) запоздалое прорезывание зубов.

II. Аномалии зубных рядов

1. Нарушения образования зубных рядов:
 - 1) аномалийное положение отдельных зубов:
 - а) губно-щечное прорезывание зубов;
 - б) небно-язычное прорезывание зубов;
 - в) мезиальное прорезывание зубов;
 - г) дистальное прорезывание зубов;
 - д) низкое положение (инфраокклюзия);
 - е) высокое положение (супраокклюзия);
 - ж) поворот зуба (тортоаномалия);
 - з) транспозиция зубов;
 - и) дистопия верхних клыков;
 - 2) скученное положение зубов;
 - 3) тремы между зубами (диастема).
2. Аномалии формы зубных рядов:
 - а) суженный зубной ряд;
 - б) седлообразно сдавленный зубной ряд;
 - в) V-образная форма зубного ряда;
 - г) четырехугольный зубной ряд;
 - д) асимметричный зубной ряд.

III. Аномалии прикуса

1. Сагиттальные аномалии прикуса:
 - 1) прогнатия;

- 2) прогения:
 - а) ложная прогения;
 - б) истинная прогения.
2. Трансверсальные аномалии прикуса:
 - 1) суженные зубные ряды;
 - 2) несоответствие ширины верхнего и нижнего зубных рядов:
 - а) нарушение соотношений боковых зубов на обеих сторонах (двусторонний перекрестный прикус);
 - б) нарушение соотношений боковых зубов на одной стороне (косой или односторонний перекрестный прикус).
3. Вертикальные аномалии прикуса:
 - 1) глубокий прикус:
 - а) перекрывающий прикус;
 - б) комбинированный прикус с прогнатией (крышеобразный).
 - 2) открытый прикус:
 - а) истинный прикус (рахитический);
 - б) травматический прикус (вследствие вредных привычек).

Классификация аномалий ВОЗ

Аномалии величины челюстей

1. Макрогнатия верхней челюсти (верхнечелюстная гиперплазия).
2. Макрогнатия нижней челюсти (нижнечелюстная гиперплазия).
3. Макрогнатия обеих челюстей.
4. Микрогнатия верхней челюсти (верхнечелюстная гипоплазия).
5. Микрогнатия нижней челюсти (нижнечелюстная гипоплазия).
6. Микрогнатия обеих челюстей.

Аномалии положения челюстей относительно основания черепа

1. Асимметрия (кроме гемифациальной атрофии или гипертрофии, односторонней мышечковой гиперплазии).
2. Нижнечелюстная прогнатия.
3. Верхнечелюстная прогнатия.
4. Нижнечелюстная ретрогнатия.
5. Верхнечелюстная ретрогнатия.

Аномалии соотношения зубных дуг

1. Дистальная окклюзия.
2. Медиальная окклюзия.
3. Чрезмерное перекрытие (горизонтальный перекрывающий прикус).
4. Чрезмерный перекрывающий прикус (вертикальный перекрывающий прикус).
5. Открытый прикус.
6. Перекрестный прикус боковых зубов.
7. Лингвоокклюзия боковых зубов нижней челюсти.

Аномалии положения зубов

1. Скученность (включая черепицеобразное положение).
2. Перемещение.
3. Поворот.
4. Промежутки между зубами (включая диастему).
5. Транспозиция.

Классификация аномалий окклюзии зубных рядов Л. С. Персина

1. Аномалии окклюзии зубных рядов.
 - 1.1. В боковом участке:
 - 1.1.1. По сагиттали:
 - дистальная (дисто)окклюзия,
 - мезиальная (мезио)окклюзия.
 - 1.1.2. По трансверсали – перекрестная окклюзия:
 - вестибулоокклюзия;
 - палатоокклюзия;
 - лингвоокклюзия.
 - 1.2. Во фронтальном участке:
 - 1.2.1. Дизокклюзия.
 - по сагиттали: в результате протрузии или ретрузии резцов;
 - по вертикали: вертикальная резцовая (без резцового перекрытия); глубокая резцовая (с глубоким резцовым перекрытием);

- 1.2.2. Глубокая резцовая окклюзия.
2. Аномалии окклюзии пар зубов-антагонистов:
 - 2.1. По сагиттали.
 - 2.2. По вертикали.
 - 2.3. По трансверсали.

При постановке диагноза необходимо соблюдать единый врачебный подход и классифицировать нозологические формы заболеваний в соответствии с Международной классификации болезней, травм и причин смерти на основе МКБ-10 (1997). В соответствии с ней ортодонтическим пациентам выставляются следующие диагнозы:

- K00 – нарушения развития и прорезывания зубов
- K00.0 – адентия
- K00.00 – частичная адентия (гиподентия) (олигодентия)
- K00.01 – полная адентия
- K00.09 – адентия неуточненная
- K00.1 – сверхкомплектные зубы
- K00.10 – областей резца и клыка мезиодентия (срединный зуб)
- K00.11 – области премоляров
- K00.12. – области моляров дистомолярный зуб, четвертый моляр, парамолярный зуб
- K00.19 – сверхкомплектные зубы неуточненные
- K00.2 – аномалии размеров и формы зубов
- K00.20 – макродентия
- K00.21 – микродентия
- K00.22. – сращение
- K00.4 – нарушение формирования зубов
- K00.40 – гипоплазия эмали
- K00.41 – перинатальная гипоплазия эмали
- K00.42 – неонатальная гипоплазия эмали
- K00.43 – аплазия и гипоплазия цемента
- K00.44. – дилацерация (трещины эмали)

- K00.45 – одонтодисплазия (региональная одонтодисплазия)
- K00.46 – зуб Тернера
- K00.48 – другие уточнённые нарушения формирования зубов
- K00.49 – нарушения формирования зубов неуточненные
- K00.5 – наследственные нарушения структуры зуба, не классифицированные в других рубриках
- K00.50 – незавершенный амелогенез
- K00.51 – незавершенный дентиногенез
- K00.52 – незавершенный одонтогенез
- K00.58 – другие наследственные нарушения структуры зуба (дисплазия дентина, раковидные зубы)
- K00.59 – наследственные нарушения структуры зуба неуточненные
- K00.6 – нарушения прорезывания зубов
- K00.60 – натальные (прорезавшие к моменту рождения) зубы
- K00.61 – неонатальные (у новорожденного, прорезавшиеся преждевременно) зубы
- K00.62 – преждевременное прорезывание (раннее прорезывание)
- K00.63 – задержка (персистентная) смены первичных (временных) зубов
- K00.64 – позднее прорезывание
- K00.65 – преждевременное выпадение первичных (временных) зубов
- K00.68 – другие уточненные нарушения прорезывания зубов
- K00.69 – нарушения прорезывания зубов неуточненные
- K00.7 – синдром прорезывания зубов
- K00.8 – другие нарушения развития зубов
- K00.80 – изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие несовместимости групп крови
- K00.81 – изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие врожденного порока билиарной системы
- K00.82 – изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие порфирии

K00.83 – изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие применения тетрациклина

K00.88 – другие уточненные нарушения развития зубов

K00.9 – нарушение развития зубов неуточненные

K01 – ретенированные и импактные зубы

K01.0 – ретенированные зубы (изменивший свое положение при прорезывании без препятствия со стороны соседнего зуба)

K01.1 – импактные зубы (изменившие свое положение при прорезывании из-за препятствия со стороны соседнего зуба)

K01.10 – резец верхней челюсти

K01.11 – резец нижней челюсти

K01.12 – клык верхней челюсти

K01.13 – клык нижней челюсти

K01.14 – премоляр верхней челюсти

K01.15 – премоляр нижней челюсти

K01.16 – моляр верхней челюсти

K01.17 – моляр нижней челюсти

K01.18 – сверхкомплектный зуб

K01.19 – импактный зуб неуточненный

F45.8 – бруксизм

K03.0 – повышенное стирание зубов

K07 – челюстно-лицевые аномалии (включая аномалии прикуса)

K07.0 – основные аномалии размеров челюстей

E 22.0 – акромегалия

K10.81 – односторонняя мышцелковая гиперплазия

K10.82 – односторонняя мышцелковая гипоплазия

K07.00 – макрогнатия верхней челюсти

K07.01 – макрогнатия нижней челюсти

K07.02 – макрогнатия обеих челюстей

K07.03 – микрогнатия верхней челюсти (гипоплазия верхней челюсти)

K07.04 – микрогнатия нижней челюсти (гипоплазия н/ч)

- K07.08 – другие уточненные аномалии размеров челюстей
- K07.09 – аномалии размеров челюстей неуточненные
- K07.1 – аномалии челюстно-черепных соотношений
- K07.10 – асимметрии
- K07.11 – прогнатия н/ч
- K07.12 – прогнатия в/ч
- K07.13 – ретрогнатия н/ч
- K07.14 – ретрогнатия в/ч
- K07.18 – другие уточненные аномалии челюстно-черепных соотношений
- K07.19 – аномалии челюстно-черепных соотношений неуточненная
- K07.2 – аномалии соотношения зубных дуг
- K07.20 – дистальный прикус
- K07.21 – мезиальный прикус
- K07.22 – чрезмерно глубокий горизонтальный прикус (горизонтальное перекрытие)
- K07.23 – чрезмерно глубокий вертикальный прикус (вертикальное перекрытие)
- K07.24 – открытый прикус
- K07.25 – перекрестный прикус (передний, задний)
- K07.26 – смещение зубных дуг от средней линии
- K07.27 – заднеязычный прикус нижних зубов
- K07.28 – другие уточненные аномалии соотношений зубных дуг
- K07.29 – аномалии соотношений зубных дуг неуточненные
- K07.3 – аномалии положения зубов
- K07.30 – скученность (черепицеобразное перекрытие)
- K07.31 – смещение
- K07.32 – поворот
- K07.33 – нарушение межзубных промежутков (диастема)
- K07.34 – транспозиция
- K07.35 – ретенированные или импактные зубы с неправильным положением их или соседних зубов

K07.38 – другие уточненные аномалии положения зубов

K07.39 – аномалии положения зубов неуточненные

K07.4 – аномалии прикуса неуточненные

K07.5 – челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения

K07.50 – неправильное смыкание челюстей

K07.51 – нарушение прикуса вследствие нарушения глотания

K07.54 – нарушение прикуса вследствие ротового дыхания

K07.55 – нарушение прикуса вследствие сосания языка, губ или пальца

K07.58 – другие уточненные челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения

K07.59 – челюстно-лицевая аномалия функционального происхождения неуточненная

K07.6 – болезни ВНЧС

K07.60 – синдром болевой дисфункции ВНЧС (синдром Костена)

K07.61 – «щелкающая» челюсть

K07.62 – рецидивирующий вывих и подвывих ВНЧС

K07.63 – боль в ВНЧС, не квалифицированная в других рубриках

K07.64 – тугоподвижность ВНЧС, не квалифицированная в других рубриках

K07.65 – остеофит ВНЧС

K07.68 – другие уточненные болезни

K07.69 – болезнь ВНЧС неуточненная.

Пример написания ортодонтического диагноза:

II класс по Энгля, 2-й подкласс. Дистальная окклюзия. Сужение зубного ряда верхней челюсти на 3,5 мм в области премоляров, на 2,0 мм в области моляров (по Пону); укорочение переднего отрезка верхнего зубного ряда на 2,5 мм (по Коркхаузу). Сужение зубного ряда нижней челюсти на 1,5 мм в области премоляров (по Пону). Вестибулопозиция зуба 1.3, тортопозиция зубов 1.2, 2.2 (до 30°), ретрузия зубов 1.1, 2.1. Щель по сагиттали 2,0 мм. Короткая уздечка нижней губы. Рецессия десневого края в области зубов 3.1, 4.1. (К 07.20; К 07.0; К 07.31; К 07.32).

Глава 4

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ. ВЕДЕНИЕ ДНЕВНИКОВ

4.1. План лечения

План лечения включает в себя последовательность лечебных и профилактических мероприятий, направленных не только на устранение аномалий и деформаций, но и на устранение этиологических факторов. Это важно для предупреждения рецидивов зубочелюстных аномалий. План лечения логически следует из диагноза. Устранение причины: отказ от вредных привычек, санация органов носоглотки, лечение нарушений фосфорно-кальциевого обмена, нормализация осанки и т.п.

1. Лечение стоматологических заболеваний: санация зубов, лечение заболеваний пародонта и слизистой оболочки.

2. Нормализация нарушенных функций: глотания, дыхания, звукопроизношения.

3. Хирургические мероприятия, способствующие сокращению сроков ортодонтического лечения или оптимизации ретенционного периода: удаление зубов по ортодонтическим показаниям, удаление сверхкомплектных зубов, пластика уздечек, пластика преддверия полости рта, компактостеотомия.

4. Нормализация размеров и формы зубных дуг и устранение аномалий отдельных зубов.

5. Создание оптимальной окклюзии путем перемещения зубных дуг или челюстей относительно друг друга.

6. Ретенционный период с указанием длительности и вида ретенционного аппарата.

Пациента и (или) его родителей знакомят с планом лечения, информируют о его продолжительности, разъясняют преимущества и недостатки тех или иных ортодонтических аппаратов, возможных исходах ортодонтического лечения и осложнениях. Пациент или его родители ставят свою подпись под фразой **«С планом лечения ознакомлен и согласен»**.

Заключение письменного договора с пациентом в соответствии со ст. 426 Гражданского кодекса РФ является обязательным условием оказания медицинских платных услуг. Номер медицинской карты стоматологического пациента вносится в договор.

Далее в медицинской карте следуют дневники, где врач подробно описывает динамику лечения и манипуляции.

4.2. Дневники

Дневники должны в полном объеме отражать все мероприятия, которые проводит врач на приеме. Рекомендуем следующие формулировки дневников.

При первичном обращении пациента: «Первичное комплексное обследование, заполнение медицинской документации. Снятие альгинатных оттисков, отливка диагностических гипсовых моделей. Расчет по моделям. Описание рентгенологических снимков. Психологическая подготовка к ортодонтическому лечению».

При припасовке ортодонтического аппарата подробно описываются все активные и фиксирующие элементы, рекомендуемый режим ношения съемного аппарата и частота активации. Пациента и его родителей или сопровождающего лица обучают правилам наложения аппарата, гигиеническому уходу за полостью рта в период ортодонтического лечения и дают рекомендации по подбору средств и предметов гигиены. Рекомендуется указать дату следующей явки на прием для коррекции.

При повторном посещении обязательно подробно записываются жалобы на данный момент, состояние гигиены полости рта, фиксация аппарата. Для наблюдения за динамикой ортодонтического лечения в карте описывают изменение положения отдельных зубов, увеличение ширины зубных дуг, изменение длины переднего отрезка или боковых сегментов и т. д. Если не отмечается положительной динамики, то врач должен указать причины (нарушение режима ношения аппарата, режима активации, плохая фиксация, поломка элементов, деформация дуг и кламмеров и т. д.).

По окончании ортодонтического лечения в карте записывается «Эпикриз».

Эпикриз включает в себя краткое описание проведенного ортодонтического лечения с указанием диагноза и основных этапов лечения. Указываются сроки и виды использованных аппаратов, даются рекомендации по ведению ретенционного периода, периодичность осмотров с учетом диспансерной группы.

4.3. Типичные ошибки оформления медицинской карты

Ошибки, которые наиболее часто встречаются при ведении медицинской карты стоматологического больного:

- 1) неполное обследование пациента;
- 2) отсутствие записи об отказе пациента от дополнительных методов исследования;
- 3) отсутствие записи о направлении пациента на рентгенологическое обследование;
- 4) отсутствие описание рентгеновских снимков;
- 5) сокращения специальных терминов и слов;
- 6) отсутствие или неполное написание диагноза;
- 7) незаполненная зубная формула;
- 8) исправления в записях, сделанные другим числом;
- 9) нет записей, обосновывающих удаление постоянных зубов по ортодонтическим показаниям;
- 10) неаккуратные или неразборчивые записи;
- 11) сокращение фамилии врача, проводившего исследование или лечение;
- 12) нет описания динамики лечения;
- 13) нет эпикриза.

Тщательное и аккуратное ведение медицинской документации – одно из условий предупреждения конфликтов между пациентом и врачом-ортодонтом. Врач несет ответственность за нарушение ведения первичной медицинской документации и, прежде всего, медицинской карты стоматологического больного.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ УСВОЕНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Выберите один правильный ответ

1. Окончательный диагноз устанавливается:
 - а) на основании клинических данных;
 - б) после анализа данных клинических и лабораторных исследований;
 - в) на основании симптоматического диагноза с дополнительной характеристикой функциональных и эстетических нарушений;
 - г) на основании симптоматического, топографического, морфологического диагнозов;
 - д) на основании симптоматического, топоико-морфометрического, этиопатогенетического диагнозов с характеристикой функциональных и эстетических нарушений.

2. Правильной последовательностью формулировки диагноза при сочетанной патологии является:
 - а) ортодонтический симптоматический диагноз и характеристика других заболеваний;
 - б) топоико-морфометрический диагноз с добавлением характеристики функциональных и эстетических нарушений;
 - в) окончательный ортодонтический диагноз и характеристика других стоматологических заболеваний;
 - г) заключительный ортодонтический, стоматологический диагнозы с характеристикой заболеваний других органов и систем организма;
 - д) описание местных и общих нарушений организма.

3. Соотношение первых постоянных моляров может нарушить:
 - а) размер временных моляров;

б) разница в размерах между нижними и верхними временными молярами;

- в) отсутствие трем между зубами;
- г) наличие трем между временными зубами;
- д) отсутствие стираемости временных зубов.

4. Дистальный прикус характеризуется нарушением контактов:

- а) шестых зубов по III классу Энгля;
- б) клыков по III классу Энгля;
- в) боковых зубов по II классу Энгля;
- г) передних зубов по I классу Энгля;
- д) боковых зубов по I классу Энгля.

5. Мезиальный прикус характеризуется нарушением контактов:

- а) шестых зубов по III классу Энгля;
- б) клыков по III классу Энгля;
- в) боковых зубов по III классу Энгля;
- г) передних зубов по III классу Энгля;
- д) боковых зубов по I классу Энгля.

6. Глубокое резцовое перекрытие характеризуется:

- а) нарушением контактов боковых зубов;
- б) нарушением контактов передних зубов;
- в) нарушением контактов всех зубов;
- г) укорочением овала нижней зубной дуги;
- д) укорочением овала верхней зубной дуги.

7. Вертикальная дезокклюзия зубов характеризуется:

- а) нарушением контактов передних зубов;
- б) нарушением контактов боковых зубов;
- в) отсутствием контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели;
- г) отсутствием контактов большинства зубов с появлением сагитальной щели.

8. Характеристика прикуса дается:

- а) в одной плоскости;
- б) в двух плоскостях;
- в) в трех плоскостях;
- г) в одной плоскости, но с учетом передних и боковых сегментов;
- д) в нескольких плоскостях и с описанием контактов передних и боковых сегментов.

9. Основной задачей ортодонтического лечения является:

- а) устранение морфологических нарушений;
- б) устранение функциональных нарушений;
- в) устранение эстетических нарушений;
- г) создание морфологического, эстетического и функционального оптимума в зубочелюстной системе;
- д) устранение функциональных и эстетических нарушений.

10. Изучить диагностические модели челюстей по саггитали позволяет методика:

- а) Пона;
- б) Линдера – Харта;
- в) Коркхауза;
- г) Снагиной;
- д) Герлаха.

11. Изучить диагностические модели челюстей по трансверсали позволяет методика:

- а) Пона;
- б) Герлаха;
- в) Коркхауза;
- г) Изара;
- д) Фуса.

12. Выявить укорочение переднего отрезка на диагностических моделях челюстей позволяет методика:

- а) Герлаха;
- б) Коркхауза;
- в) Хауса;
- г) Пона;
- д) Снагиной.

13. Измерительным точкам по методике Пона на молярах верхней челюсти соответствует:

- а) середина межбугорковой фиссуры;
- б) переднее углубление межбугорковой фиссуры;
- в) передний щечный бугор;
- г) задний щечный бугор;
- д) небные поверхности.

14. Измерительным точкам по методике Пона на молярах нижней челюсти соответствует:

- а) середина межбугорковой фиссуры;
- б) переднее углубление межбугорковой фиссуры;
- в) передний щечный бугор;
- г) задний щечный бугор;
- д) небные поверхности.

15. Измерительным точкам по методике Пона на премолярах верхней челюсти соответствует:

- а) середина межбугорковой фиссуры;
- б) щечный бугор;
- в) дистальный скат щечного бугра;
- г) мезиальный скат щечного бугра;
- д) язычный бугор.

16. Измерительным точкам по методике Пона на премолярах нижней челюсти соответствует:

- а) середина межбугорковой фиссуры;
- б) щечный бугор;
- в) дистальный скат щечного бугра;
- г) мезиальный скат щечного бугра;
- д) язычный бугор.

17. Ширина апикального базиса на верхней челюсти определяется между точками, расположенными в области:

- а) проекции корней моляров;
- б) проекции корней премоляров;
- в) проекции корней клыков;
- г) собачьих ямок;
- д) определить невозможно.

18. Ширина апикального базиса на нижней челюсти определяется между точками, расположенными в области:

- а) проекции корней моляров;
- б) проекции корней премоляров;
- в) у десневого края клыков;
- г) между проекциями корней клыков и первых премоляров, отступая 8 мм от десневого края;
- д) определить невозможно.

19. Ширина апикального базиса от суммы мезиодистальных размеров 12 зубов составляет (по Снагиной):

- а) 20 %;
- б) 30 %;
- в) 40 %;
- г) 50 %;
- д) 60 %.

20. Ортопантомографию челюстей необходимо проводить:
- а) в краевом смыкании резцов;
 - б) при выдвижении нижней челюсти до соотношения первых моляров верхней и нижней челюстей по I классу Энгля;
 - в) при привычной окклюзии;
 - г) в состоянии физиологического покоя;
 - д) при любом смыкании челюстей.

21. При выборе плана лечения больных с глубоким прикусом учитывают:

- а) возраст;
- б) период формирования прикуса;
- в) вид смыкания боковых зубов (нейтральное, дистальное, мезиальное);
- г) типичные нарушения размеров зубных дуг, степень их выраженности и особенности строения лицевого скелета;
- д) все перечисленные факторы.

22. Глубина резцового перекрытия считается нормальной:

- а) на $\frac{1}{3}$ нижнего резца;
- б) на $\frac{1}{2}$ нижнего резца;
- в) на $\frac{2}{3}$ нижнего резца;
- г) на величину коронки резца;
- д) при краевом смыкании.

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

- | | |
|--------|--------|
| 1. б) | 12. б) |
| 2. г) | 13. б) |
| 3. б) | 14. в) |
| 4. в) | 15. а) |
| 5. в) | 16. в) |
| 6. г) | 17. г) |
| 7. в) | 18. г) |
| 8. д) | 19. в) |
| 9. г) | 20. в) |
| 10. в) | 21. д) |
| 11. а) | 22. а) |

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Хорошилкина, Ф. Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалий прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение / Ф. Я. Хорошилкина. – Москва : МИА, 2010. – 592 с. – Текст : непосредственный.

2. Персин, Л. С. Ортодонтия. Современные методы диагностики аномалий зубов, зубных рядов и окклюзии / Л. С. Персин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 160 с. – Текст : электронный. – URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442081.html> (дата обращения 29.06.2021).

Дополнительная литература

1. Аболмасов, Н. Г. Ортодонтия / Н. Г. Аболмасов, Н. Н. Аболмасов. – Москва: МЕДпресс-информ, 2008. – Текст : непосредственный.

2. Дмитриенко, С. В. Анатомия зубов человека / С. В. Дмитриенко, А. И. Краюшкин, М. Р. Сапин. – Москва, Новгород, 2003. – Текст : непосредственный.

3. Дмитриенко, С. В. Атлас аномалий и деформаций челюстно-лицевой области : Учебно-методическое пособие / С. В. Дмитриенко, А. И. Краюшкин, А. А. Воробьев, О. Л. Фомина. – Москва : Медицинская книга, НГМА, 2006. – 94 с. – Текст : непосредственный.

4. Дмитриенко, С. В. Медицинская карта стоматологического больного в клинике ортодонтии : учебное пособие для системы ППМО врачей-стоматологов / С. В. Дмитриенко, Е. В. Филимонова, Д. С. Дмитриенко; ГОУ ВПО ВолГМУ. – Волгоград, 2008. – 207 с. : ил. – Текст : непосредственный.

5. Доменюк, Д. А. Современный подход к ведению истории болезни в клинике ортодонтии / Д. А. Доменюк, Э. Г. Ведешина. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2015. – 136 с. – Текст : непосредственный.

6. Доменюк, Д. А. Рентгено-морфометрические методы в оценке кефалодонтологического статуса пациентов со сформировавшимся ортогнатическим прикусом постоянных зубов / Д. А. Доменюк, А. А. Коробкеев, Э. Г. Ведешина. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2015. – Текст : непосредственный.

7. Доменюк, Д. А. Определение особенностей выбора металлических дуг и прописи брекетов при лечении техникой эджуайс. Часть I / Д. А. Доменюк, Б. Н. Давыдов, Э. Г. Ведешина. – Текст : непосредственный. // Институт стоматологии. – 2015. – № 4 (69). – С. 92–93.

8. Доменюк, Д. А. Вариации строения размеров лицевого скелета и зубных рядов у мезоцефалов / Д. А. Доменюк, А. А. Коробкеев, Л. Д. Цатурян, Э. Г. Ведешина. – Ставрополь, 2016. – Текст : непосредственный.

9. Доменюк, Д. А. Совершенствование методов диагностики зубочелюстных аномалий по результатам изучения функциональных сдвигов в системе орального гомеостаза. Часть I / Д. А. Доменюк, Б. Н. Давыдов, Э. Г. Ведешина. – Текст: непосредственный // Институт стоматологии. – 2016. – № 2 (71). – С. 74–77.

10. Коробкеев, А. А. Особенности типов роста лицевого отдела головы при физиологической окклюзии / А. А. Коробкеев, Д. А. Доменюк, В. В. Шкарин. – Текст : непосредственный // Медицинский Вестник Северного Кавказа. – 2018. – Т. 13, № 4. – С. 627–630.

11. Образцов, Ю. Л. Пропедевтическая ортодонтия / Ю. Л. Образцов, С. Н. Ларионов. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2007. – 160 с. – Текст: электронный. – URL : <http://www.studmedlib.ru> (дата обращения 29.06.2021).

12. Персин, Л. С. Основы протетической стоматологии детского возраста / Л. С. Персин. – Москва : ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. 192 с. – Текст: непосредственный.

13. Персин, Л. С. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункция зубочелюстной системы : учебное пособие / Л. С. Персин, М. Н. Шаров. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 358 с. – Текст : непосредственный.

14. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций : учебник / Л. С. Персин [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – Текст: электронный. – URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438824.html> (дата обращения 29.06.2021).

Учебное издание

Шкарин Владимир Вячеславович,
Мансур Юлия Петровна,
Дмитриенко Татьяна Дмитриевна и др.

ОСОБЕННОСТИ ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Редактирование *Н. Н. Золиной*
Компьютерная верстка *Е. Е. Таракановой*
Дизайн обложки *С. Е. Акимовой*

Директор Издательства ВолГМУ *И. В. Казимирова*

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 34.12.01.543.П.000006.01.07 от 11.01.2007 г.

Подписано в печать 08.07.2021 г. Формат 60x84/16.
Усл. печ. л. 3,49. Уч.-изд. л. 2,87. Тираж 21 экз. Заказ № 159.

Волгоградский государственный медицинский университет
400131, Волгоград, пл. Павших борцов, 1.
Издательство ВолГМУ
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45.

ISBN 978-5-9652-0602-5



9 785965 206025