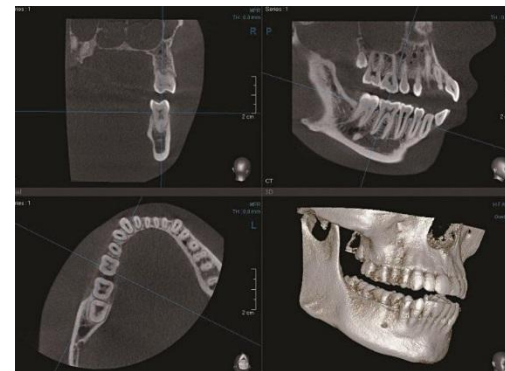
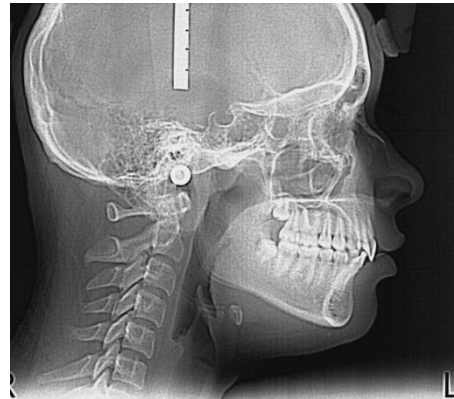
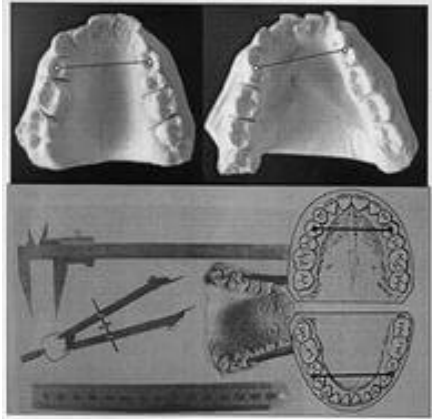


Диагностика в ортодонтии





Бородина Евгения Геннадьевна
врач-ортодонт



Опыт работы 12 лет



Министерство здравоохранения РФ	Код формы по ОКСУД _____
Наименование медицинской организации:	Код организации по ОКПО _____
Адрес:	Медицинская документация Учетная форма № 043-1/у Утверждена приказом Минздрава России от "15" декабря 2014г. № 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА № _____**

1. Дата заполнения медицинской карты _____
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол: муж. – 1, жен. – 2
4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
6. Местность: городская – 1, сельская – 2

Ортодонтическая карта-форма № 043-1\у

Утверждена приказом Минздрава РФ №834н от 15 декабря 2014 г. 1.09.2018г внесены изменения!!! которые вступили в силу 15.04.18

Обязательна для заполнения каждого ортодонтического пациента!

Является юридическим документом. Заполняется врачом в письменном виде и хранится в клинике в оригинальном виде.

ЗАЧЕМ ОРТОДОНТУ ДИАГНОСТИКА? А?)



1. Правильно поставить диагноз (скелетный и зубо-альвеолярный)
2. Определить причину патологии
3. Оценить тип роста пациента, а значит спрогнозировать ход лечения, выбрать метод лечения и выбрать оптимальный ретенционный аппарат
4. Определить фазу роста пациента, т.е. понимать насколько мы можем быть эффективны
5. Определить степень выраженности патологии, тем самым понять возможен ли в данном случае камуфляж или компромиссное лечение
6. Выбрать правильную тактику патогенетически обоснованного лечения (ортодонтия или комбинированное лечение)
7. Контролировать себя на этапе лечения (особенно следить как меняется угол наклона нижних резцов и как ротируется нижняя челюсть)
8. Оценивать эффективность проведённого лечения

1-16 пункты заполняются в регистратуре лечебного учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА № _____

1. Дата заполнения медицинской карты _____
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол: муж. – 1, жен. – 2
4. Дата рождения: число ____ месяц _____ год _____
5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом ____ квартира ____ тел. _____
6. Местность: городская – 1, сельская – 2
7. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в зарегистрированном браке – 2, нет сведений – 3.
8. Образование:
профессиональное: высшее – 1, неполное высшее – 2, среднее – 3, начальное – 4;
общее: среднее (полное) – 5, основное – 6, начальное – 7; не имеет начального образования – 8, неизвестно – 9.
9. Занятость: работает – 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6.
10. Место работы, должность _____
11. Полис ОМС: серия _____ № _____
12. СНИЛС _____
13. Наименование страховой медицинской организации _____
14. Документ, удостоверяющий личность: серия _____ № _____
выдан _____
15. Вид оплаты: ОМС – 1; бюджет – 2, платные услуги – 3, в т.ч. ДМС – 4; другое – 5.
16. Код категории льготы: _____

Пункт 17 заполняется врачом-ортодонтом в случае наличия у пациента направления из другого медицинского учреждения. Само направление вклеивается в карту.

Пункт 18 Жалобы

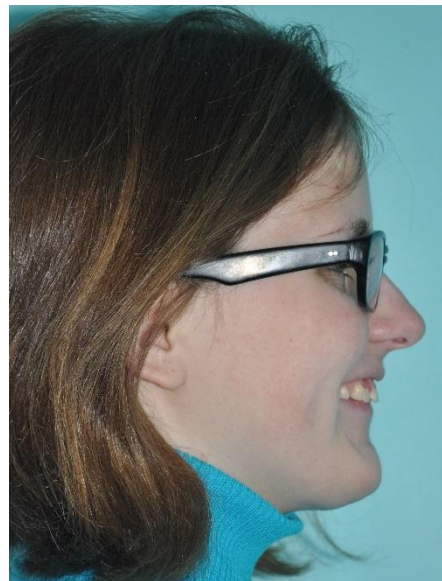
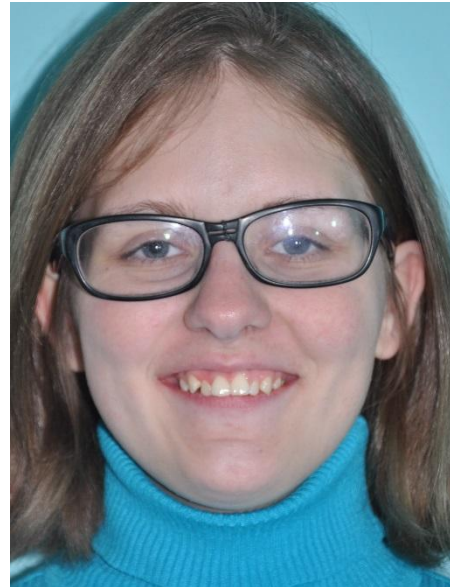
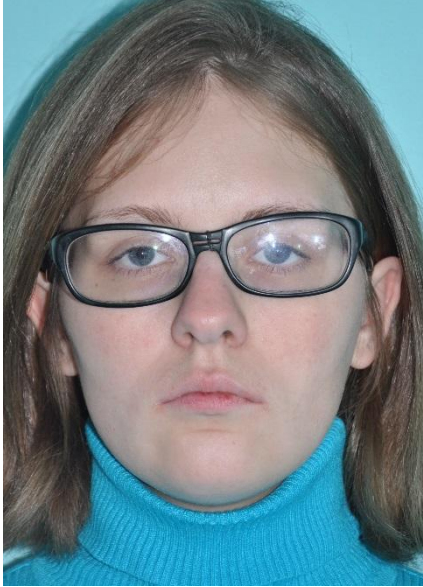
Эстетические:- неправильное положение зубов
-асимметрия лица
-недовольство профилем лица
-узкая улыбка
-некрасивая улыбка
-наличие промежутков между зубами

Морфологические-жалобы ,связанные с изменением строения зубов или лицевого скелета (крупные\мелкие зубы,неправильная форма зубов)

Функциональные:-несмыкание губ
-нарушение речи
-затруднение открывания рта
-невозможность откусывания пищи
-вялое жевание
-щелчки в нижнечелюстном суставе

Пункт 19 Анамнез -ставятся галочки по пунктам,дополнения и уточнения

Пункт 20. Осмотр лица. (детальный осмотр лучше проводить при анализе фотографий лица пациента)



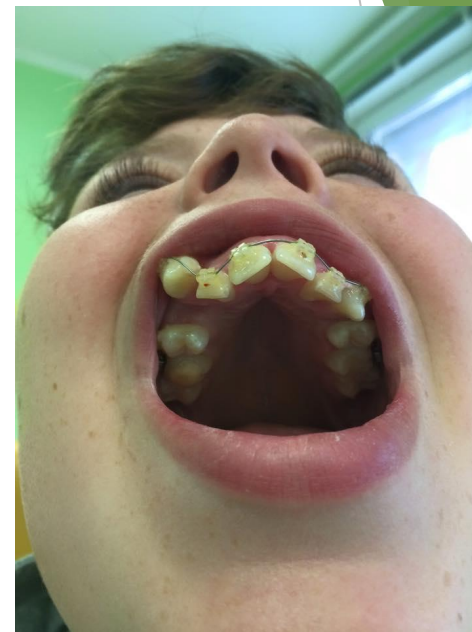
Фотография в практике врача-ортодонта-это НЕОБХОДИМЫЙ инструмент диагностики

Преимущества доктора, который фотографирует:

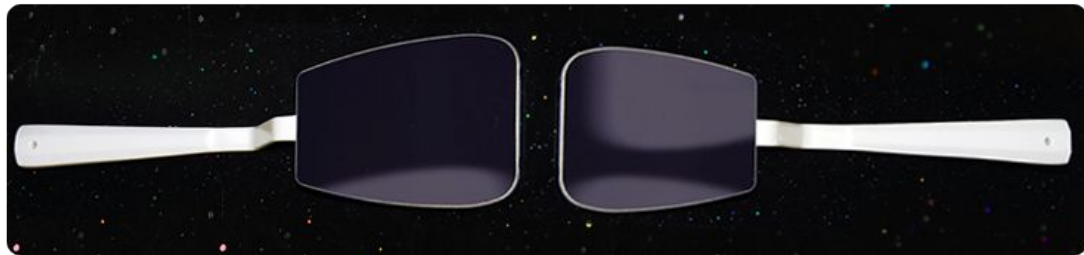
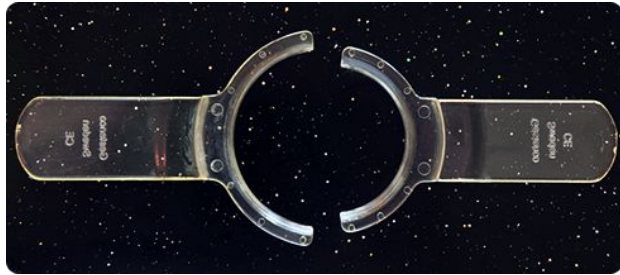
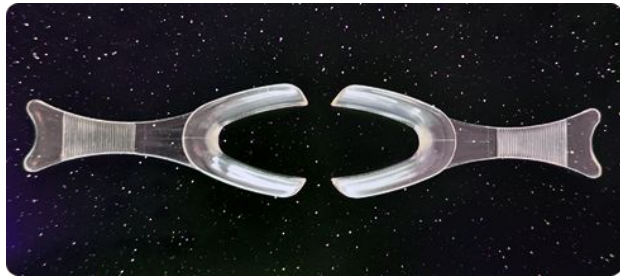
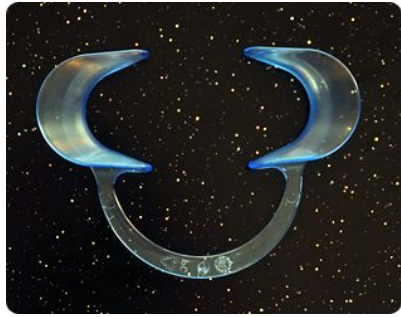
1. детальный осмотр лица пациента в фас и профиль
2. правильное современное планирование лечения
3. грамотное обсуждение плана лечения с пациентом
4. документирование пролеченного случая
5. анализ ошибок на этапе лечения
6. возможность обсудить сложный клинический случай с коллегами
7. преимущество в спорах с пациентами (пятна на эмали, рецессии, сколы и т.д.)
8. приобретённый опыт при анализе своих ошибок
9. репутация и престиж врача и клиники



Фотографии должны быть качественными!



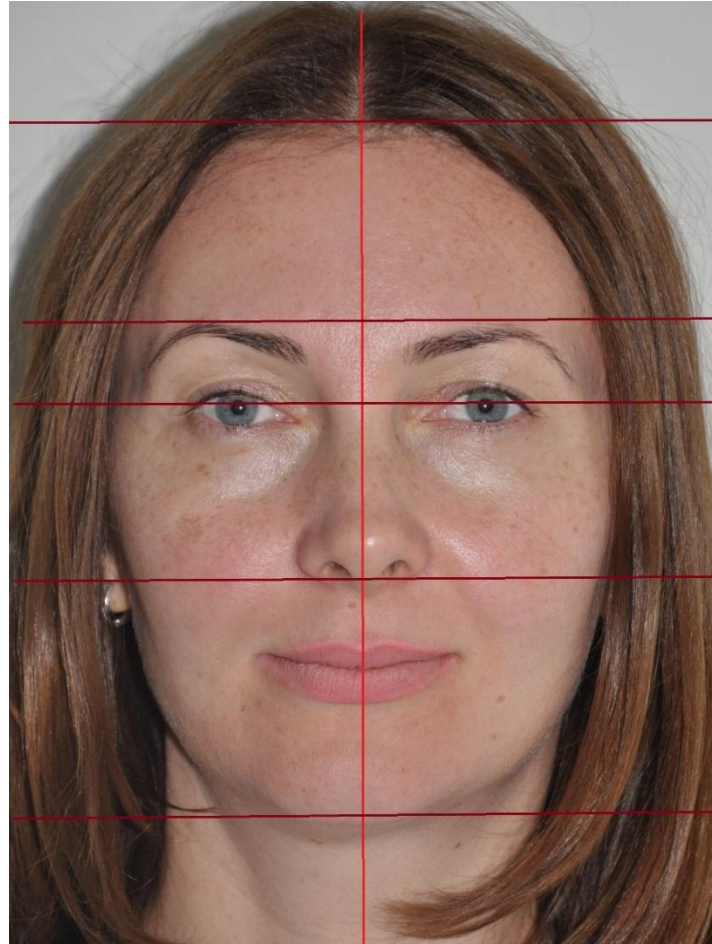
Что нужно для хороших фотографий?



Наиболее частые ошибки при фотографировании

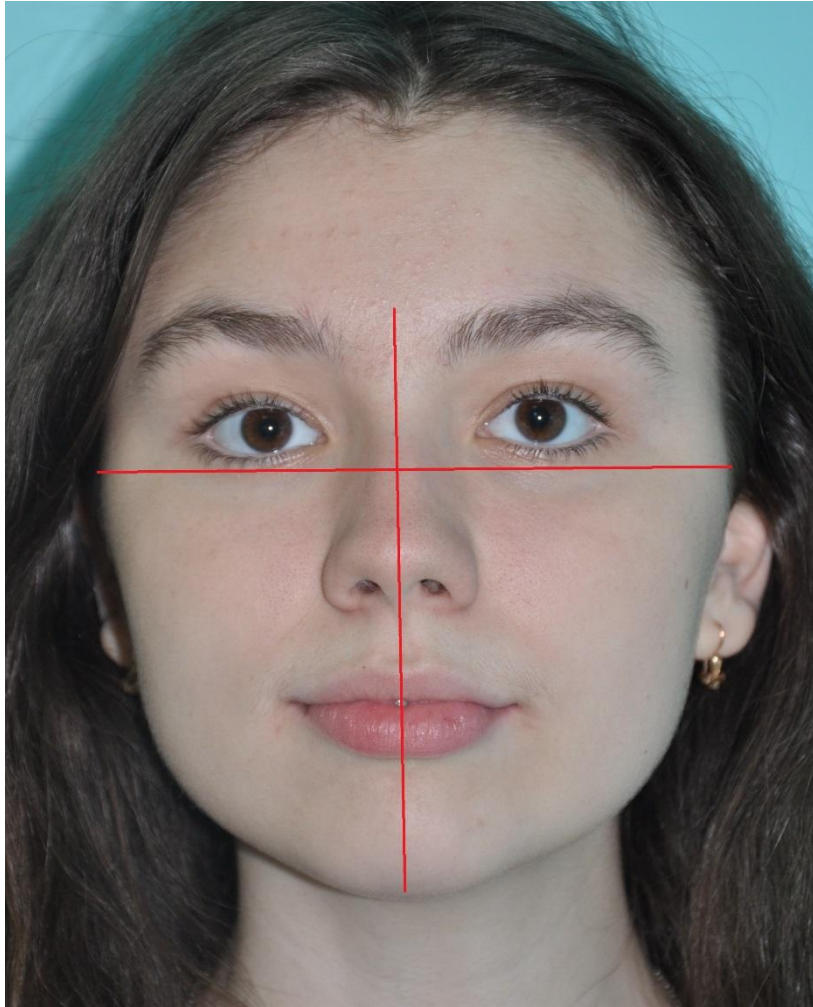
- 1.Отсутствие необходимого количества фотографий (необходимо 8 фото лица,9 внутриротовых фото)
- 2.Искажённые фотографии при слишком близком расстоянии
- 3.Нечёткие фотографии,мутные
- 4.Неправильный угол фотографии
- 5.Плохое освещение
- 6.Посторонние предметы и лица в кадре
- 7.Язык в кадре,нос и т.д.
- 8.Несомкнутые зубные ряды
- 9.Мокрые поверхности (слюна,пузырьки воздуха и т.д.)
- 10.Некадрированные фото
- 11.Неотражённые фото
- 12.Отсутствие фамилии пациента и даты

Анализ фото лица в фас (Пункт 20.1)



- размеры верхней,средней и нижней трети лица,их соотношение
- состояние носогубных,губно-подбородочных складок,их симметрия
- выраженность подбородка,симметричность лица,смещение подбородка
- смыкание губ,длина верхней губы
- тип лица (узкое,среднее,широкое)

Тип лица (индекс Изара)



Измерить длину лица от точки *офрион* (расположена на пересечении средней линии лица с касательной к верхнему краю надбровных дуг) до точки *гнатион* (расположена под подбородком по средней линии)

Измерить ширину лица в наиболее выступающих участках скуловых дуг.

$\frac{\text{Oph-gn}}{\text{zy-zy}} * 100\%$

105 и > узкое лицо

97-103 среднее лицо

96 и < широкое лицо

Анализ улыбки



Средняя линия,наклон окклюзионной плоскости,десневой край премоляров



Щёчные коридоры,арка улыбки (плоская,обратная,параллельная)

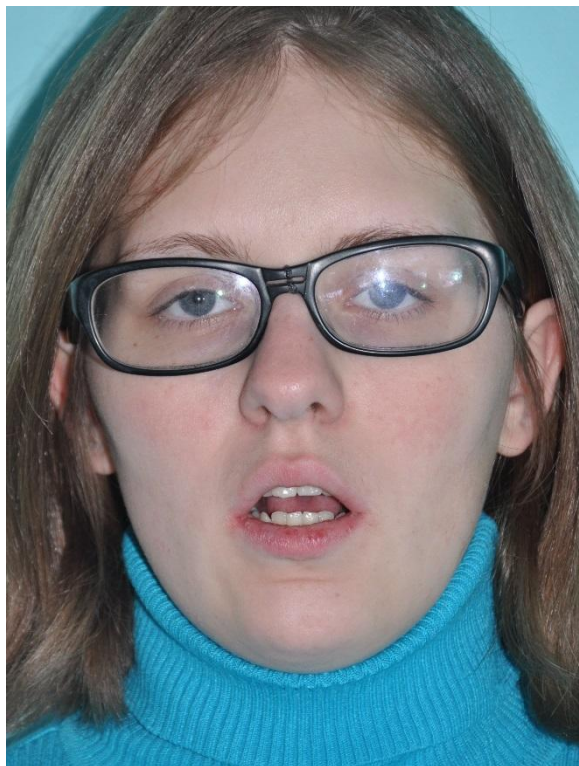
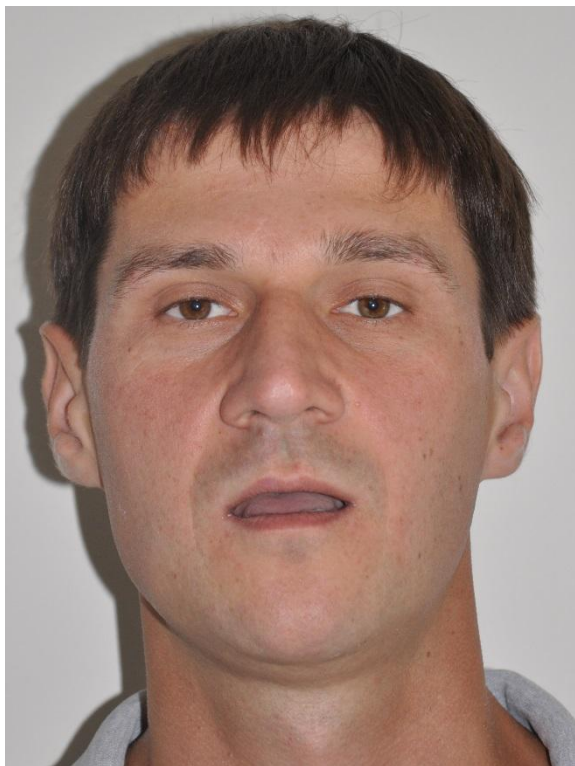


Симметричность улыбки
ширина улыбки (кол-во зубов
видных при улыбке)



Тип улыбки: высокая «десневая»
оптимальная (по шейкам резцов)
низкая

Обнажение зубов при разговоре-проба «Эмма» (дисплей)



Норма экспозиции резцов в дисплее:

	верхние	нижние
20-30 лет-	3-3,5мм	0,5мм
30-40 лет-	1,5мм	1мм
40-50 лет-	1мм	2мм
50-60 лет-	0,5мм	2,5мм
После 60 лет	0мм	3мм

Анализ профиля лица (Пункт 20.2)

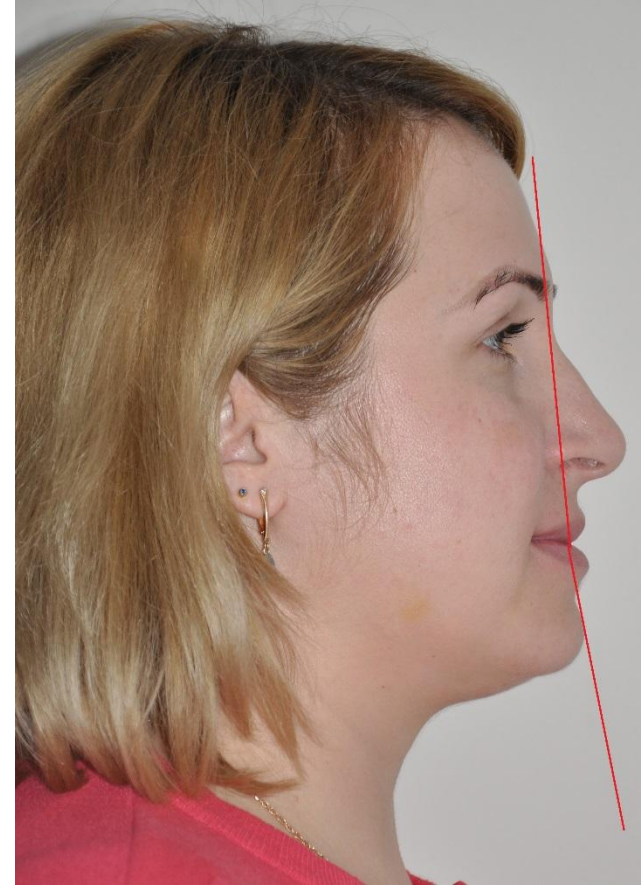
Определяют по форме ломаной линии n-sna-pg



выпуклый

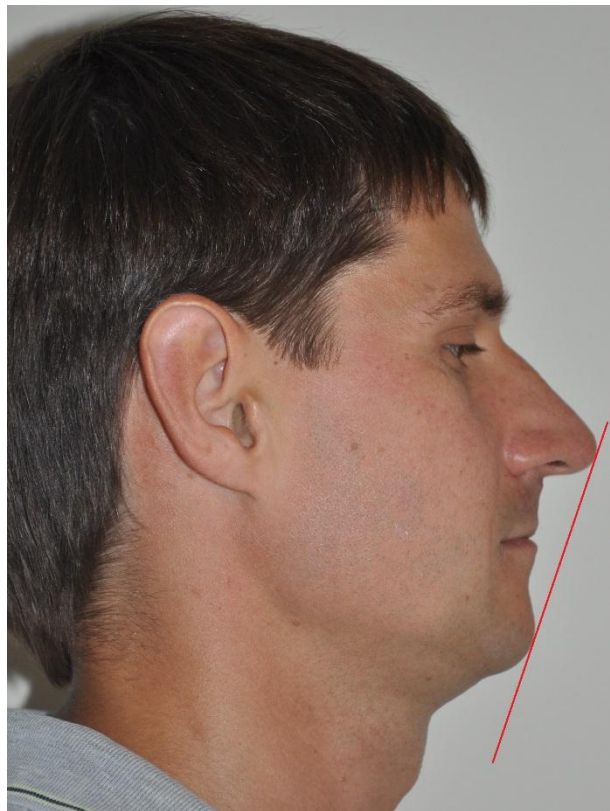


прямой



вогнутый

Анализ профиля лица (Пункт 20.2)



Эстетическая E-линия
(диагональ Рикетса)

Верх.губа = -2мм
Ниж.губа= -1мм



Носо-губный угол
N=90-120 гр.



Оценка положения губ

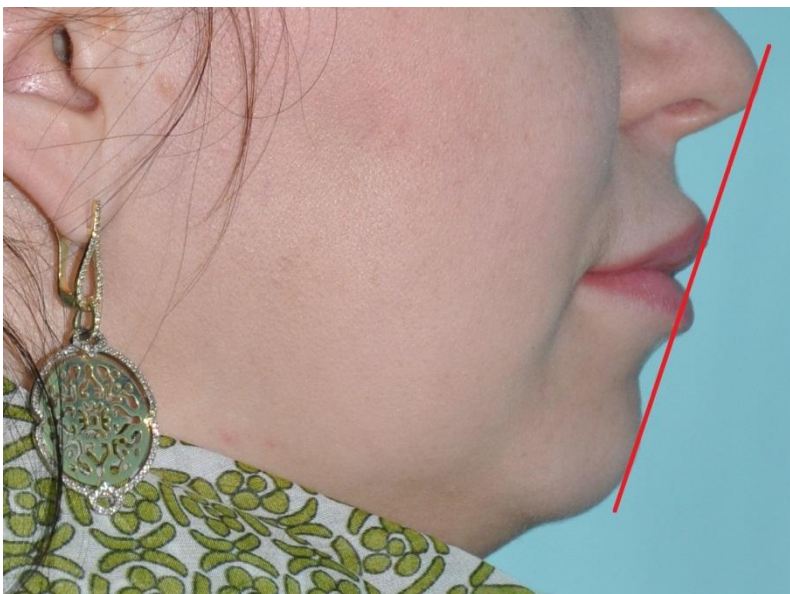
Положение верхней и нижней губы (Пункт 20.2.2 и 20.2.3.)



Линия sn-pg

В норме делит красную кайму губы пополам.
Если губы переходят через линию
больше, то определяется выступание губы

Нижняя губа в норме касается этой линии



Эстетическая E-линия
(диагональ Рикетса)

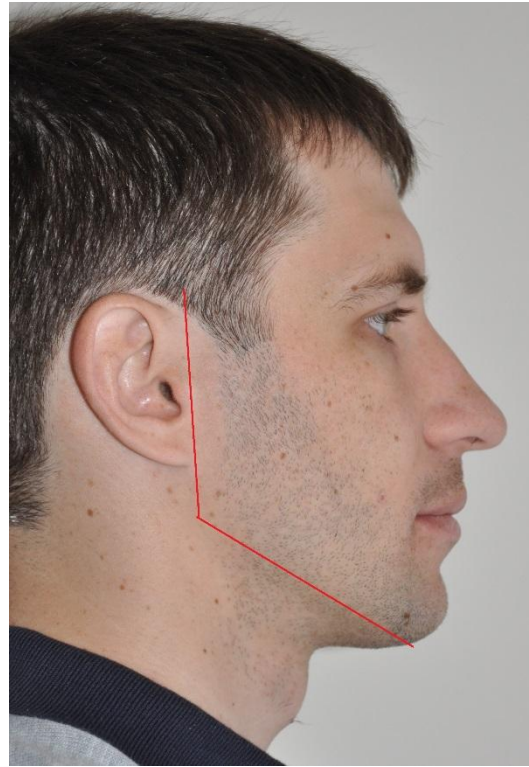
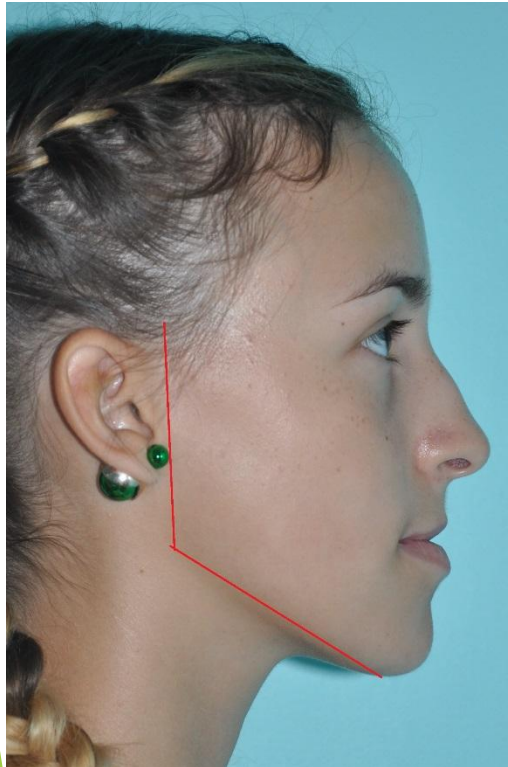
Верх. губа = -2мм

Ниж. губа = -1мм

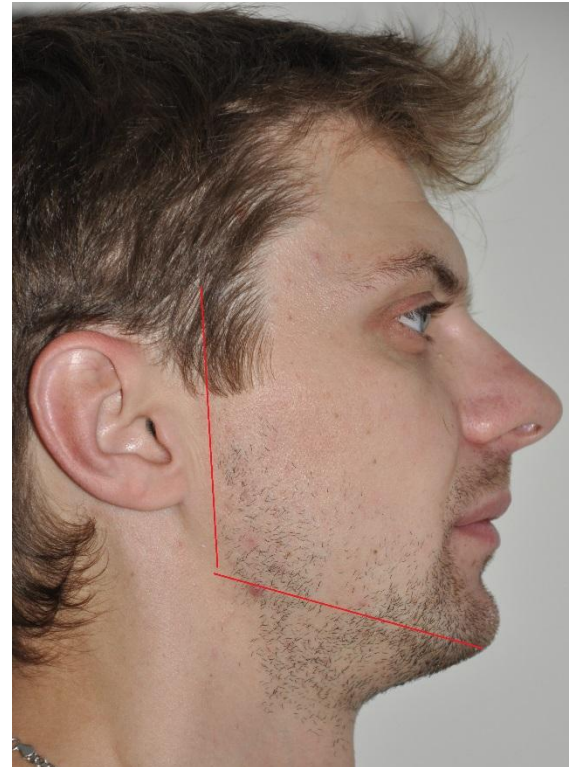
Анализ профиля лица

Экспресс-анализ определения типа роста

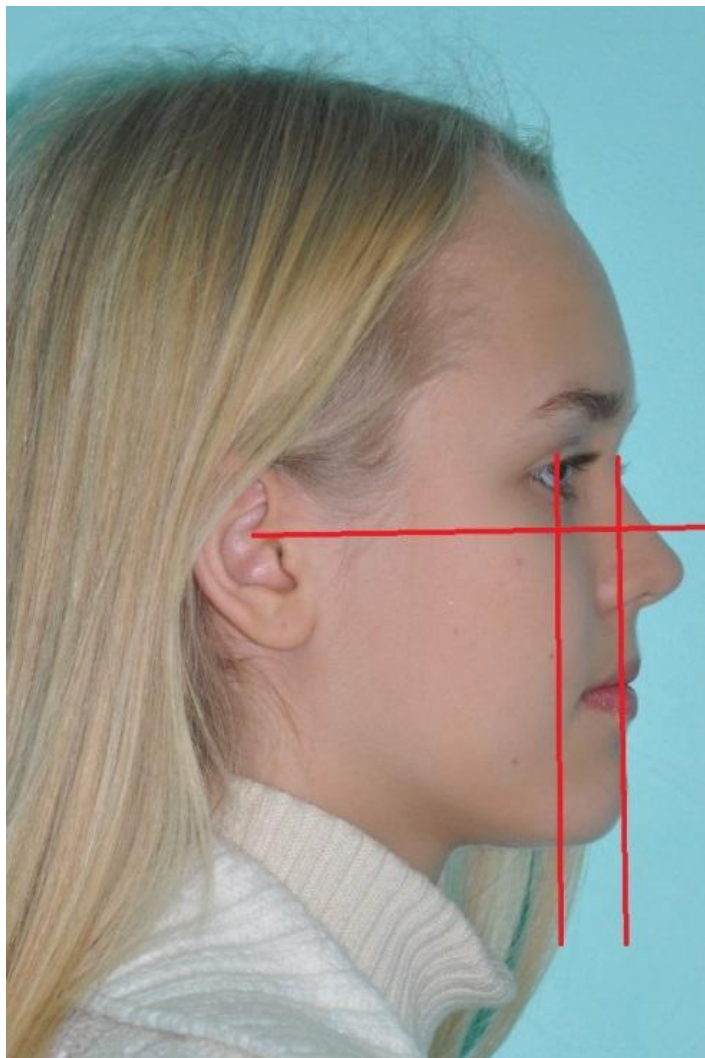
Вертикальный тип роста



Горизонтальный тип роста



Положение подбородка (Пункт 20.2.4)



Относительно биометрического профильного поля-между линиями P_o (орбитальная плоскость) и P_n (носовая плоскость), перпендикулярно Франкфуртской горизонтали.

В норме подбородок расположен между двумя этими линиями, причём ближе к Орбитальной плоскости.

Если подбородок смещён вперёд, то прогения подбородка, если назад, то ретрогения.

Внутриротовые фотографии





Пациент: Стороженко
Светлана
Алексеевна
Дата диагностики: 28.08.15
Ортодонт: Бородина
Евгения
Геннадьевна



ЕВРОДЕНТ
центр семейной стоматологии

г. Ростов-на-Дону
Ул. Журавлёва 166
Тел. (863) 288-96-45



Уздечка верхней и нижней губы (Пункт 21.1.1. и 21.1.2.)

В норме нижний край уздечки находится на расстоянии 5-8 мм от шейки зубов по средней линии.

Если она прикреплена ниже этого расстояния, то уздечка считается короткой.

Уздечка, переходящая в ткань десневого сосочка, считается прикреплённая низко.

Широкой называют уздечку в виде толстого соединительно-тканного тяжа 5мм и больше

Уздечка языка (Пункт 21.1.3)

В норме уздечка языка начинается от середины языка и дугообразно спускается почти до основания альвеолярного отростка у центральных резцов нижней челюсти.

Широкая если её поперечный размер увеличен до 5 мм и более.

Язык (Пункт 21.1.4)

Признаки макроглоссии:

- затруднённое дыхание
- неправильная речь
- затруднение пережёвывания пищи
- рот чаще открыт, язык выступает из собственно полости рта
- на боковых поверхностях языка отпечатки зубов

Преддверие полости рта (Пункт 21.1.5)

Измеряют расстояние от десневого края до переходной складки. В норме 5-10мм

Если меньше 5мм, то мелкое преддверие полости рта.

Внутриротовые фотографии



(Прикус (Пункт 21.2.1))

Временный прикус-от момента прорезывания первого молочного зуба до момента прорезывания первого постоянного зуба.

Сменный прикус- с момента прорезывания первого постоянного зуба до завершения прорезывания последнего постоянного зуба. При этом не учитывается прорезывание 8х.

Постоянный прикус-после прорезывания всех вторых моляров ,даже если сохранились какие то молочные зубы или имеется адентия или ретенция каких то зубов.

Гигиена полости рта (Пункт 21.2.2)

Упрощённый индекс гигиены полости рта ИГР-У (ОHI-S) -1964г.

Обследуют 6 зубов: 1.6 1.1 2.6 3.1 - с вестибулярной стороны
3.6 4.6 -с язычной стороны

Значение индекса зубного налёта:

0-зубного налёта нет

1-налёт не более $1\frac{1}{3}$ поверхности зуба

2-налёт покрывает до $2\frac{1}{3}$ поверхности зуба

3-налёт покрывает более $2\frac{1}{3}$ поверхности зуба

Значение индекса зубного камня:

0-зубного камня нет

1-наддесневой зубной камень не более $1\frac{1}{3}$ поверхности зуба

2-наддесневой зубной камень не более $2\frac{1}{3}$ поверхности зуба, при наличии отдельных отложений зубного камня в пришеечной области

3-наддесневой зубной камень более $2\frac{1}{3}$ поверхности зуба или значительные отложения вокруг пришеечной области

ИГР-У определяется сложением индексов зубного налёта и зубного камня для каждого зуба и делением результата на 6.

Оценочные критерии:

0-1,2-хороший

1,3-3,0-удовлетворительный

3,1-6 -плохой

Пункты 21.2.3 ,21.2.4 заполняются традиционно

Этих позиций нет в карте Персина, но они очень информативны ! (их можно добавить)

Индекс Тона

$\frac{\text{Сумма ширины 4х верхних резцов } S_1}{\text{Сумма ширины 4х нижних резцов } s_1} = 1,33$ (при ортогнатическом прикусе)

При прямом прикусе Индекс Тона = 1,23 (индекс Герлаха)

При глубоком прикусе Индекс Тона = 1,42 (индекс Малыгина)

Анализ Болтона (короткий)

Болтон б = $\frac{\text{сумма 33-43}}{\text{сумма 13-23}} \times 100\%$

N=77,2% +/- 0,22 Можно сравнивать по таблице

Если > 77,4 то это макроденция нижних 43-33 зубов, либо микроденция 13-23 зубов (смотрим что выгоднее сделать - сепарацию ниж.резцов или реставрация верхних резцов)

Денто-фациальный индекс

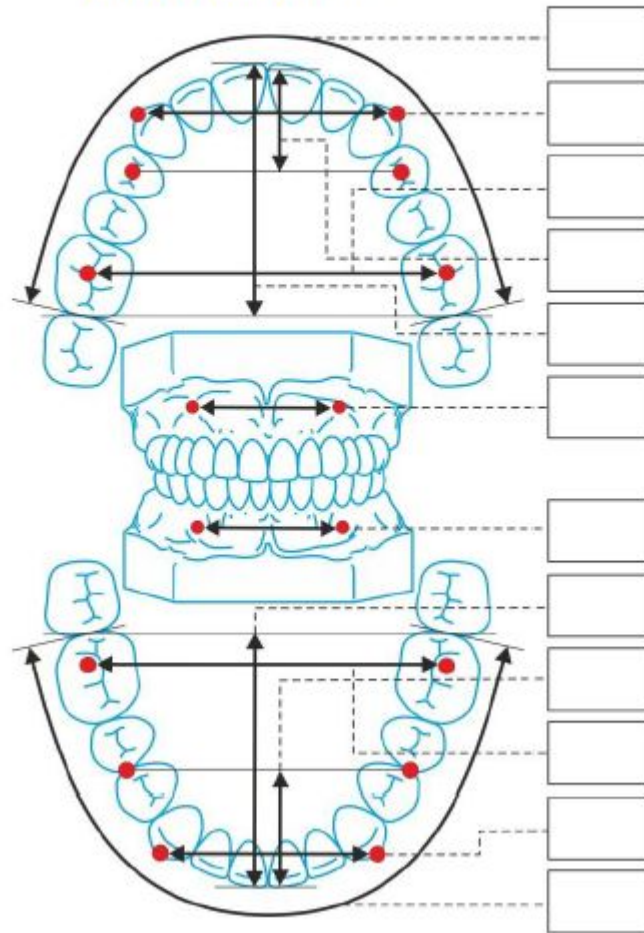
$\frac{S_1}{z_1 - z_2} \times 100\% = 25\%$

Если этот индекс > 25, то это свидетельствует об индивидуальной макроденции для данного типа лица

Размеры зубных рядов (Пункт 21.3.1)

21.3. Зубные ряды

21.3.1. Размеры зубных рядов и апикальных базисов челюстей:

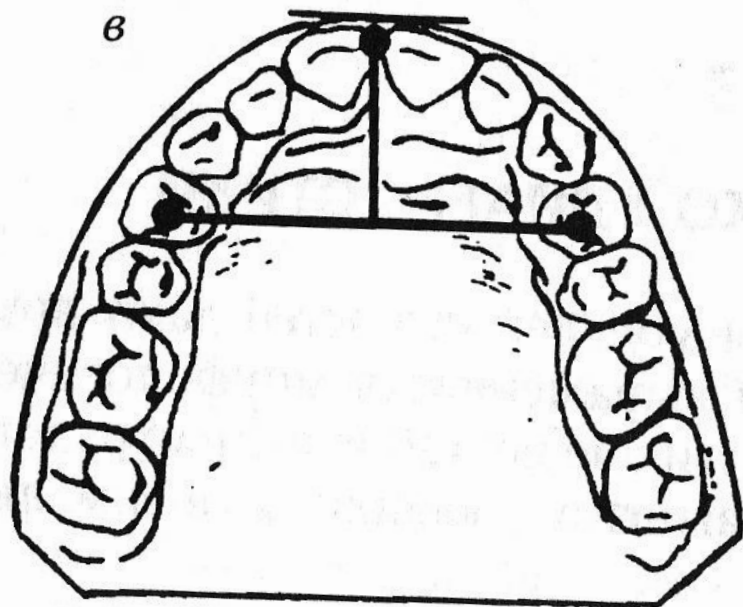


Метод Коркхауза. (позиции 1,13)

Коркхауз установил, что между суммой ширины постоянных верхних резцов и длиной переднего отрезка зубной дуги имеется зависимость.

Измерительные ориентиры:

длину переднего отрезка верхней зубной дуги измеряют от контактной точки между центральными резцами с вестибулярной стороны до точки, расположенной на пересечении средней линии с линией, проведённой через измерительные точки на премолярах по Пону.



Сумма ширины 4 верхних резцов, мм	Длина переднего отрезка верхнего зубного ряда, мм	Длина переднего отрезка нижнего зубного ряда, мм
27,0	16,0	14,0
27,5	16,3	14,3
28,0	16,5	14,5
28,5	16,8	14,8
29,0	17,0	15,0
29,5	17,3	15,3
30,0	17,5	15,5
30,5	17,8	15,8
31,0	18,0	16,0
31,5	18,3	16,3
32,0	18,5	16,5
32,5	18,8	16,8
33,0	19,0	17,0
33,5	19,3	17,3
34,0	19,5	17,5
34,5	19,8	17,8

Позиции 2,14 определяют ширину зубного ряда в области клыков верхней и нижней челюсти. Измерения проводят между наиболее выступающими точками с вестибулярной стороны клыков.

Позиции 3,12 показывают ширину зубных рядов в области премоляров. (по методу Пона)

Позиции 5,10 показывают ширину зубного ряда в области моляров (по методу Пону)

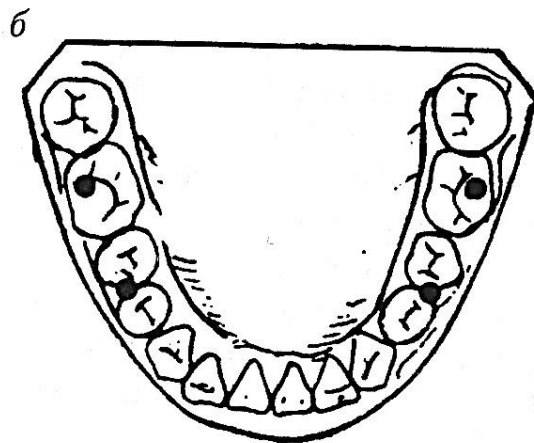
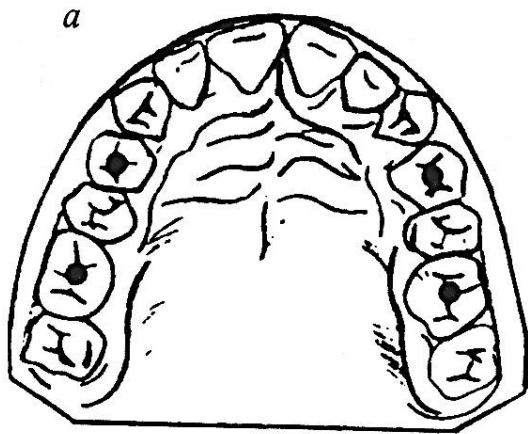
Метод Пона-Линдера-Харта

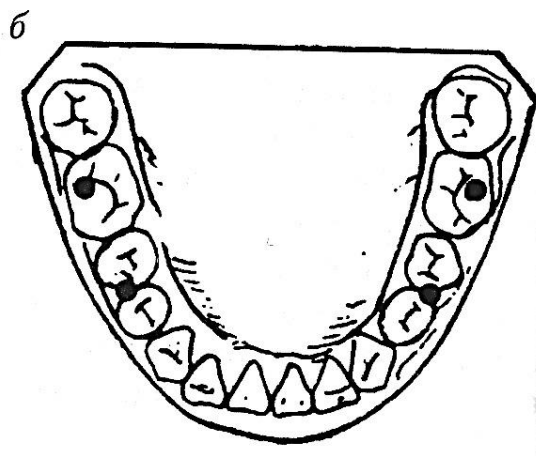
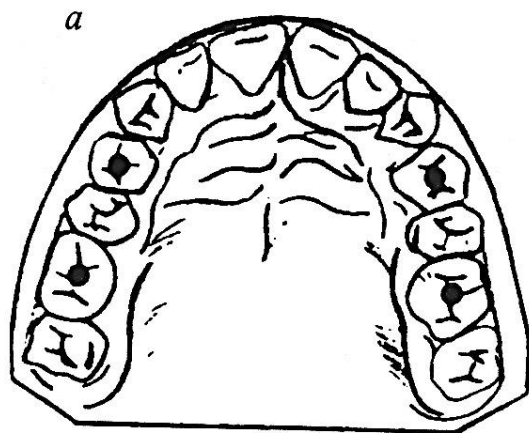
$$\frac{\text{Сумма 4-х резцов} \times 100}{85}$$

= расстояние между первыми премолярами

$$\frac{\text{Сумма 4-х резцов} \times 100}{65}$$

= расстояние между первыми молярами





Измеряем ширину зубного ряда на модели и сравниваем с табличной нормой.
(или считаем нормы по формуле)

И делают заключение о сужении или расширении зубного ряда в области премоляров и моляров.

Сумма ширины четырёх 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

Позиции 4,11 показывают длину апикальных базисов верхней и нижней челюстей.

На ВЧ измеряют по средней линии от точки, соединяющей шейки центральных резцов (с нёбной стороны) до линии, соединяющей дистальные поверхности первых моляров.

На НЧ - по средней линии от контактной точки между центральными резцами (с вестибулярной стороны) до линии, соединяющей дистальные поверхности первых моляров.

Позиции 7,8 показывают ширину апикальных базисов верхней и нижней челюстей.

На ВЧ ширина апикального базиса определяется в наиболее глубокой точке клыковых ямок справа и слева.

На НЧ-проводят линию, соединяющую шейки клыков и премоляров слева и справа, затем делят её пополам и от полученного ориентира отступают вниз 8 мм. Измеряют расстояние между полученными точками справа и слева.

Можно сопоставить ширину зубных рядов с шириной апикального базиса челюстей. И можно посчитать норму ширины и длины апикальных базисов по методу Снагиной.

Метод Снагиной Н.Г.

Н.Г.Снагина установила, что имеется зависимость между суммой мезиодистальных размеров 12 постоянных зубов и следующими величинами:

- 1-шириной зубной дуги между премолярами и молярами (в точках Пона)
- 2-шириной апикального базиса
- 3-длиной апикального базиса

Верхняя челюсть

Ширина зубной дуги между первыми премолярами составляет 39,2% от суммы ширины 12 зубов

Ширина зубной дуги между первыми молярами-50,4%

Нижняя челюсть

Ширина зубной дуги между первыми премолярами составляет 44,3% от суммы ширины 12 зубов

Ширина зубной дуги между первыми молярами-56,2%

Ширина апикального базиса верхнего зубного ряда составляет 44%, а нижнего 43% от суммы мезиодистальных размеров 12 постоянных зубов

Длина апикального базиса верхнего зубного ряда составляет 30%, а нижнего 40% от суммы мезиодистальных размеров 12 постоянных зубов.

Позиции 6,9 показывают размер периметра зубного ряда верхней и нижней челюсти

Анализ количества места в зубном ряду. (дефицит или избыток)

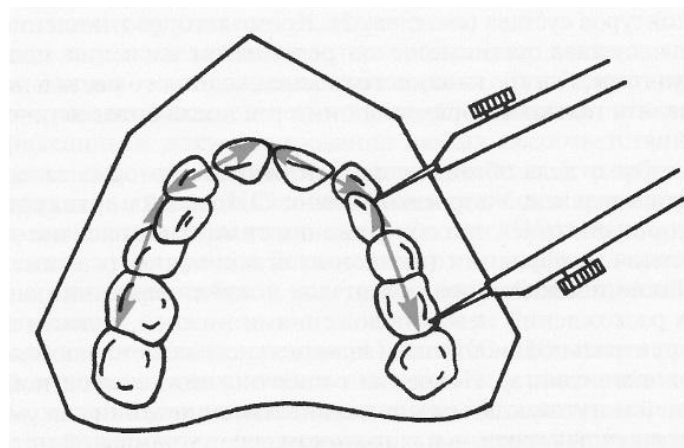
Анализ пространства требует сравнения *количества имеющегося места* для размещения зубов и количества места, требуемого для их правильной постановки.

Первым этапом является расчёт имеющегося пространства. Это осуществляется посредством измерения периметра дуги от одного первого моляра до другого по контактным точкам боковых зубов и режущим краям передних. Существует 2 основных способа измерения:

1) посредством разделения зубной дуги на отрезки, из которых может быть впоследствии составлена приблизительная длина развёрнутой дуги

2) прикладыванием проволоки по ходу окклюзионной линии с последующим измерением выпрямленного проволочного отрезка.

Имеющееся пространство _____ мм
Всего требуемого пространства _____ мм
Дефицит места на ВЧ _____ мм
Дефицит места на НЧ _____ мм



Пункт 23.1.5.Измерение вертикальной щели между резцами

-при максимальном открывании рта (можно помочь мануально) измеряют расстояние между режущими краями центральных резцов.

О тугоподвижности ВНЧС (ограничение открывания рта) позволяет говорить значение $< 40\text{мм}$, о свободном открывании рта- $40\text{-}50\text{мм}$ и о гипермобильности ВНЧС -значение более 50мм

В норме пациент может проложить в полость рта 3 своих средних пальца!

-при относительном физиологическом покое в норме вертикальная резцовая дизокклюзия составляет $2\text{-}4\text{мм}$.В зависимости от вида прикуса и тонуса жевательных мышц это расстояние может отличаться от нормы.

Пункт 24 Дополнительные методы исследования

Описываете любые методы,необходимые вам для постановки диагноза и составление плана лечения:

- электромиография
- миотонометрия
- аксиография

- периотестометрия
- КТ ВНЧС
- КТ ВЧ и НЧ

- мануальный функциональный анализ
- кондилография
- диагностика в артикуляторе и т.д.....

25. Клинический диагноз

-Основное заболевание-это то, которое протекает наиболее тяжело, более опасно для здоровья и трудоспособности. Формулировка диагноза может быть краткой или подробной.

-Сопутствующие заболевания могут быть общесоматическими, а также заболеваниями полости рта, не связанными с основным. Например-пародонтит, сахарный диабет, частичная вторичная адентия, красный плоский лишай и т.д.

Диагноз в ортодонтии является описательным и устанавливается в соответствии с классификацией МКБ-10.

K07. Челюстно-лицевые аномалии

K07.0 Основные аномалии размеров челюстей

K07.00 Макрогнатия ВЧ

K07.01 Макрогнатия НЧ

K07.02 Макрогнатия обеих челюстей

K07.03 Микрогнатия ВЧ

K07.04 Микрогнатия НЧ

K07.05 Микрогнатия обеих челюстей

K07.1 Аномалии челюстно-черепных соотношений

K07.10 Ассиметрии

K07.11 Прогнатия НЧ

K07.12 Прогнатия ВЧ

K07.13 Ретрогнатия НЧ

K07.14 Ретрогнатия ВЧ

K07.2 Аномалии 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 Перекрёстный прикус (передний, задний)

K07.26 Смещение зубных дуг от средней линии

K07.3 Аномалии положения зубов

K07.30 Скученность

K07.31 Смещение

K07.32 Поворот

K07.33 Нарушение межзубных промежутков

K07.34 Транспозиция

K07.35 Ретенированные или импактные зубы с неправильным положением их или соседних зубов

K07.5 Аномалии функционального происхождения

K07.51 Нарушение прикуса вследствие нарушения глотания

K07.54 Нарушение прикуса вследствие ротового дыхания

K07.55 Нарушение прикуса вследствие сосания языка, губ или пальца

K07.56 Другие аномалии функционального происхождения

K07.6 Болезни ВНЧС

Примеры формулирования диагноза в карте (по классификации ВОЗ) :

*-Открытый прикус в переднем отделе, вследствие нарушения глотания
K07.24, K07.51*

*-Дистальный прикус, осложнённый глубоким вертикальным перекрытием, смещением зубов и наличием межзубных промежутков
K07.20 K07.31 K07.33*

*-Мезиальный прикус, обусловленный макрогнатией и прогнатией нижней челюсти, осложнённый аномалией формы верхнего зубного ряда (сужение), аномалиями положения отдельных зубов (вестибулоположения 13, 23 зубов, тортоположение 34, 44 зубов)
K07.21 K07.01 K07.11 K07.31 K07.32*

*-дистальный прикус, скелетный II класс, ретромикрогнатия нижней челюсти, зубо-альвеолярный 2 класс по Энгля по клыкам и молярам справа бугорковый, слева полный 2 класс, 2 подкласс, сужение верхней и нижней челюсти в области премоляров и моляров по Пону, глубокое резцовое перекрытие, укорочение переднего отрезка верхней челюсти, ретрузия верхних резцов, протрузия нижних резцов, наклон окклюзионной плоскости, дисфункция ВНЧС, нарушение эстетики улыбки и жевательной эффективности.
K07.20 K07.04 K07.13 K07.31 K07.6*

Пункт 26 План лечения

План лечения-это совокупность последовательных медицинский мероприятий,составляемых врачом, которые необходимы для выздоровления пациента.

План лечения должен состоять из следующих разделов:

- виды аномалий,исправление которых планируется осуществить
- способы,с помощью которых оно будет проводиться
- описание аппаратов,которые будут применяться в ходе исправления аномалии
- ориентировочные сроки активного лечения
- сроки ретенционного периода и аппараты используемые в ретенции

Пациент должен быть ознакомлен с предложенным планом лечения и подтвердить своё согласие на его проведение постановкой подписи в карте и в добровольном информированном согласии

27. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ пациента на медицинское вмешательство или **ОТКАЗ** (нужное подчеркнуть) от медицинского вмешательства получен(о):

число _____ месяц _____ год _____ время _____
Подпись пациента или родителя

С ДИАГНОЗОМ И ПЛАНОМ ЛЕЧЕНИЯ ОЗНАКОМЛЕН И СОГЛАСЕН _____
Подпись пациента или родителя

С ОСОБЕННОСТЯМИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И РЕЖИМОМ ПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТОМ ОЗНАКОМЛЕН И СОГЛАСЕН _____
Подпись пациента или родителя

9. Пространственный анализ в период смешанного прикуса

Это оценка размеров непрорезавшихся постоянных зубов для расчёта требуемого места в зубном ряду:

1. измерение зубов на RG

2. Оценка с помощью таблиц и пропорций. Наблюдается довольно чёткое соотношение между размерами прорезавшихся постоянных резцов и непрорезавшихся клыков и премоляров.

Таблица 6-6

		Прогнозируемые значения по Moyers (уровень 75%)																			
Суммарная ширина нижних резцов		19,5	20,0	20,5	21,0	21,5	22,0	22,5	23,0	23,5	24,0	24,5	25,0	25,5	26,0	26,5	27,0	27,5	28,0	28,5	29,0
Прогнозируемая ширина клыков и премоляров	Верхний зубной ряд	20,6	20,9	21,2	21,3	21,8	22,0	22,3	22,6	22,9	23,1	23,4	23,7	24,0	24,2	24,5	24,8	25,0	25,3	25,6	25,9
	Нижний зубной ряд	20,1	20,4	20,7	21,0	21,3	21,6	21,9	22,2	22,5	22,8	23,1	23,4	23,7	24,0	24,3	24,6	24,8	25,1	25,4	25,7

БОКС 6-2

ПРОГНОЗИРУЕМЫЕ ВЕЛИЧИНЫ ТАКА И JOHNSTON

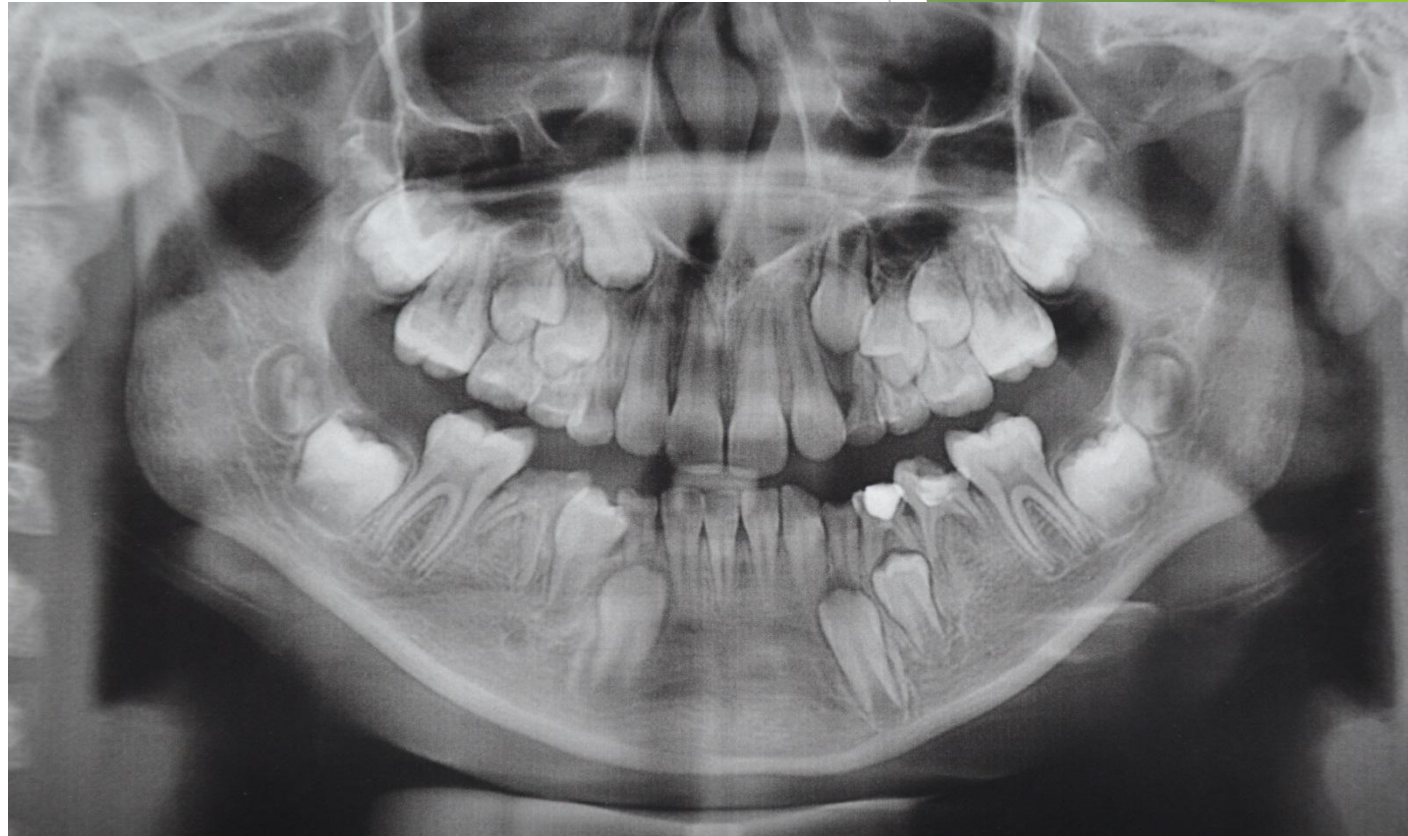
Половина
мезиодистальной
ширины четырех
нижних резцов

+10,5 мм = Расчетная ширина нижнего
клыка и премоляров в одном
квадранте

+11 мм = Расчетная ширина верхнего
клыка и премоляров в одном
квадранте

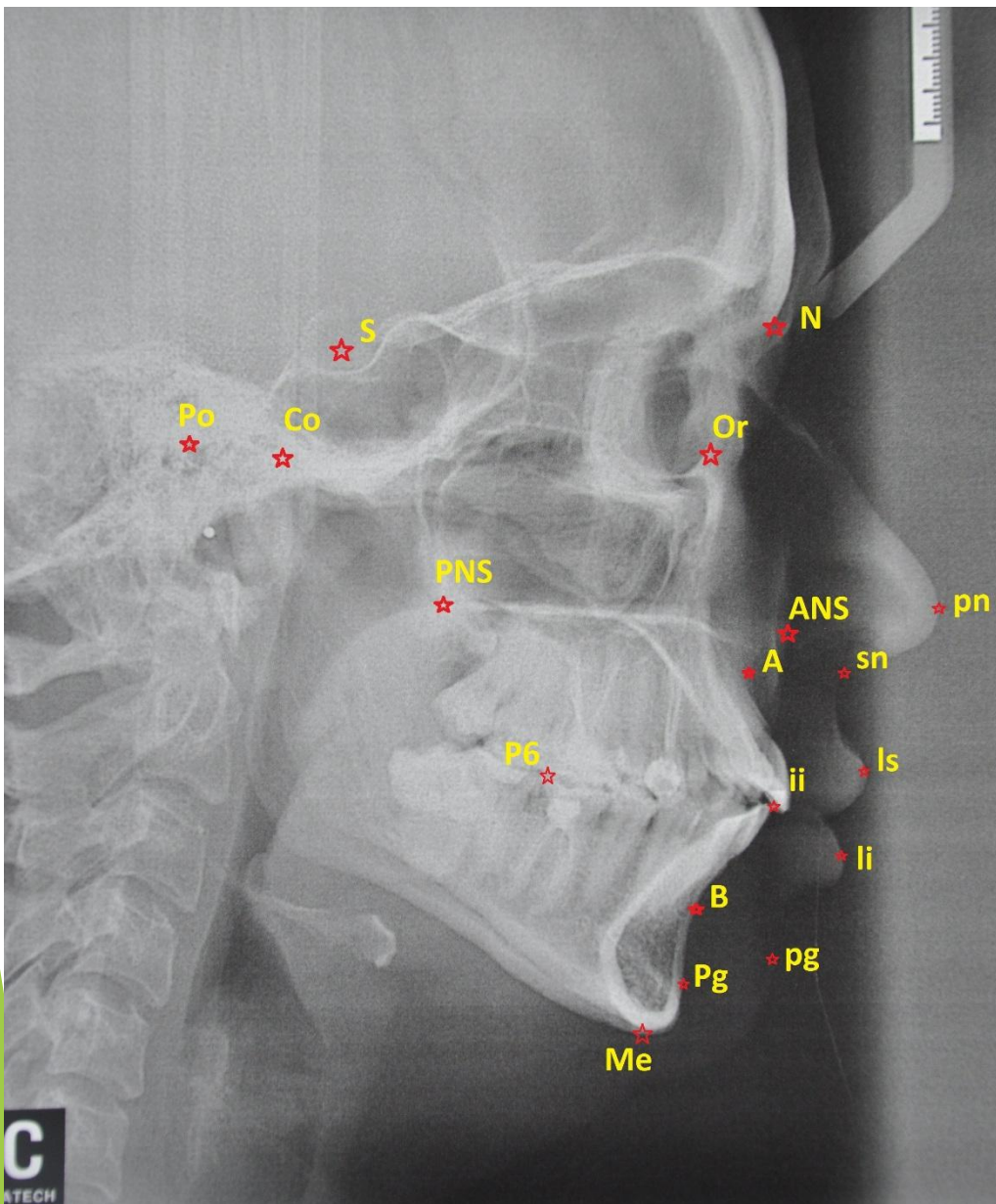
Анализ ортопантомограммы

1. Анализ количества зубов, соответствие возрасту
2. Степень формирования корней и коронок
3. Степень рассасывания корней временных зубов
4. Симметричность смены зубов
5. Наличие ретенции зубов
6. Наклоны зубов
7. Аномалии корней зубов (в т.ч. резорбции вершук
8. Средние линии челюстей, зубов
9. Периапикальные проблемы
10. Носовая перегородка (искривление)
11. Величина носовых ходов
12. Соотношение зубов с верхнечелюстной пазухой
13. Расположение головок ВНЧС
14. Переломы челюстей
15. Анализ ретромолярного пространства и прогноз прорезывания зубов мудрости
- 16.



Во время ортодонтического лечения ОПТГ 3 раза: до лечения, на этапе переклейки брекетов и после лечения

Анализ боковой ТРГ



ТОЧКИ:

N-назион, место носо-лобного шва

S-центр гипофизарной ямки клиновидной кости

Po-верхняя точка наружного слухового прохода

Co-верхняя точка суставного отростка

Or-передняя точка орбиты (соответствует кожной)

ANS-передняя носовая ость

PNS-задняя носовая ость

Pg-погонион, передняя точка подородочного выступа

Me-ментон, нижняя точка симфиза

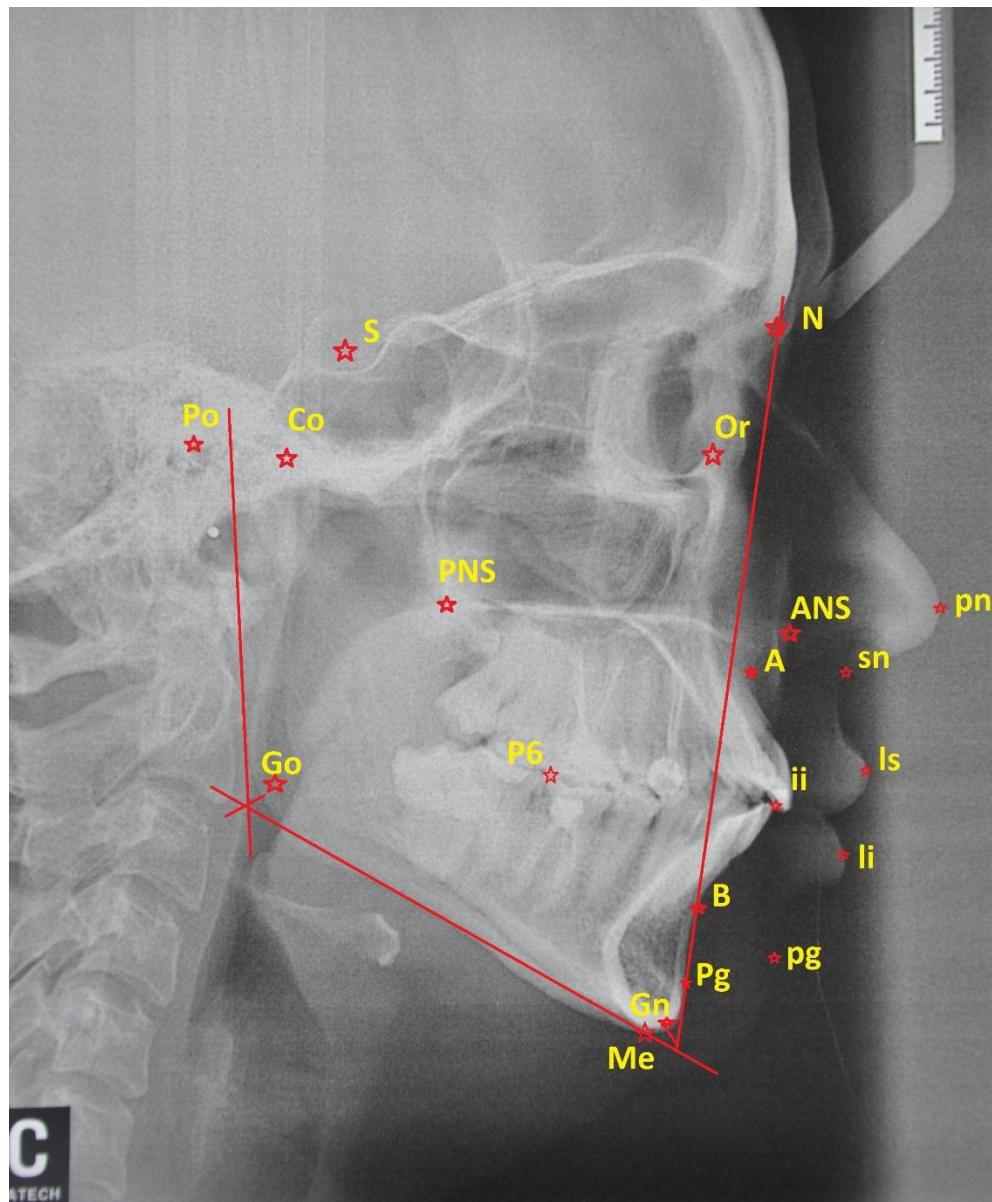
A-самая глубокая точка переднего края ВЧ

B-самая глубокая точка переднего края НЧ

ii-межрезцовая точка

P6-вершина дистального бугра 1го моляра

Анализ боковой ТРГ

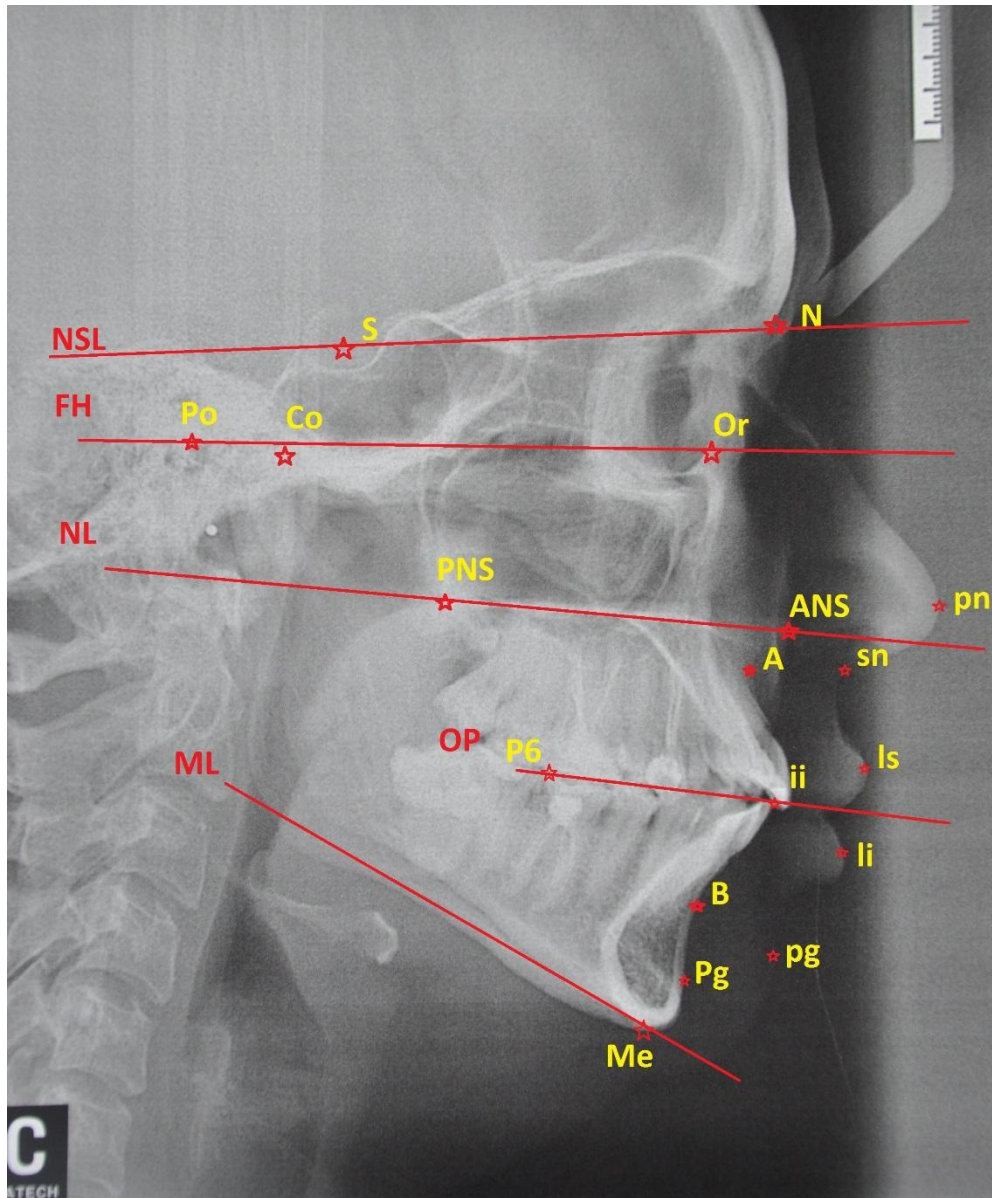


Точки построенные:

Go-угол нижней челюсти

Gn-передний край нижней
челюсти

Анализ боковой ТРГ



Плоскости:

NSL-плоскость основания черепа

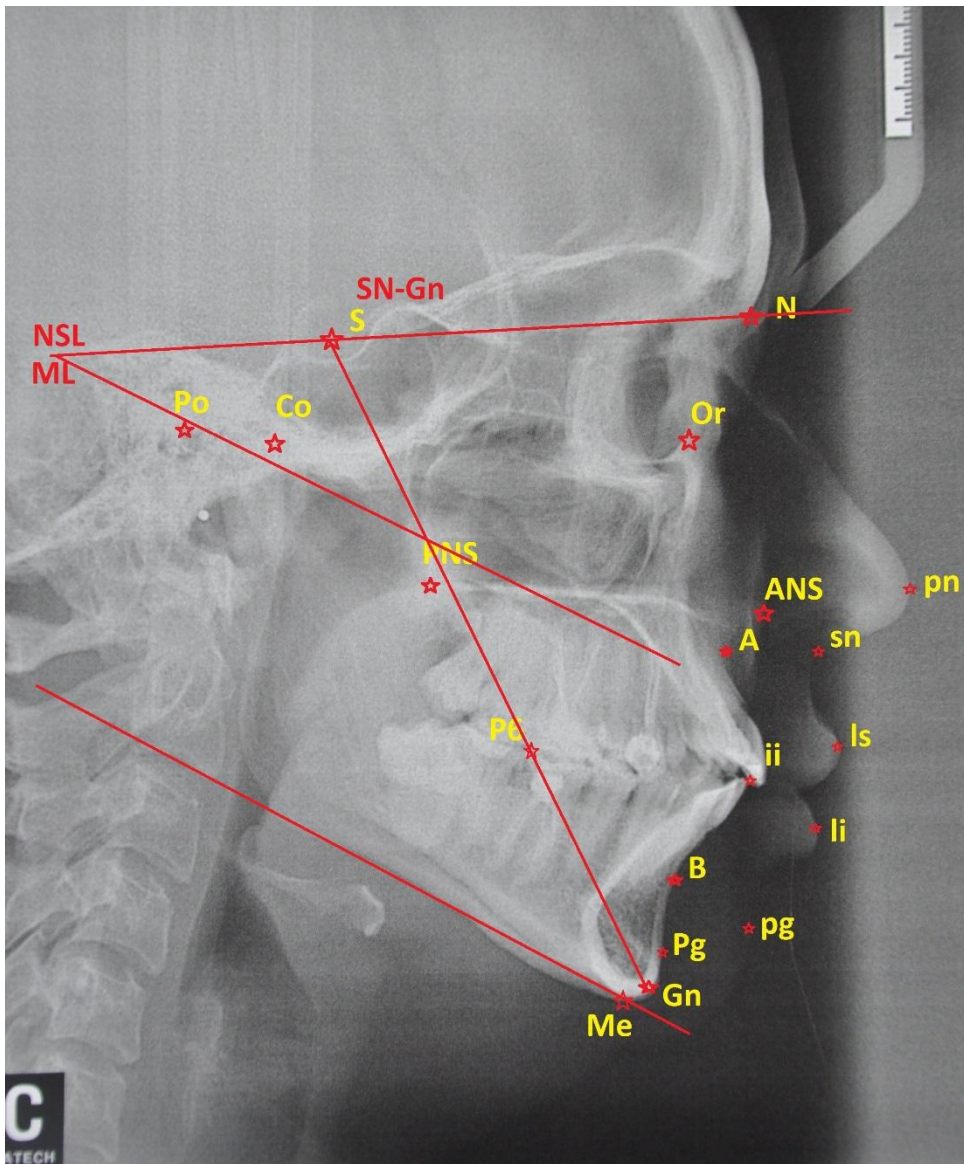
FH- Франкфуртская горизонталь

NL-плоскость верхней челюсти

ML-плоскость нижней челюсти

OP-окклюзионная плоскость

Анализ боковой ТРГ



Направление роста:

$SN-MP=32+-5$

Если $<$ то горизонтальный тип роста

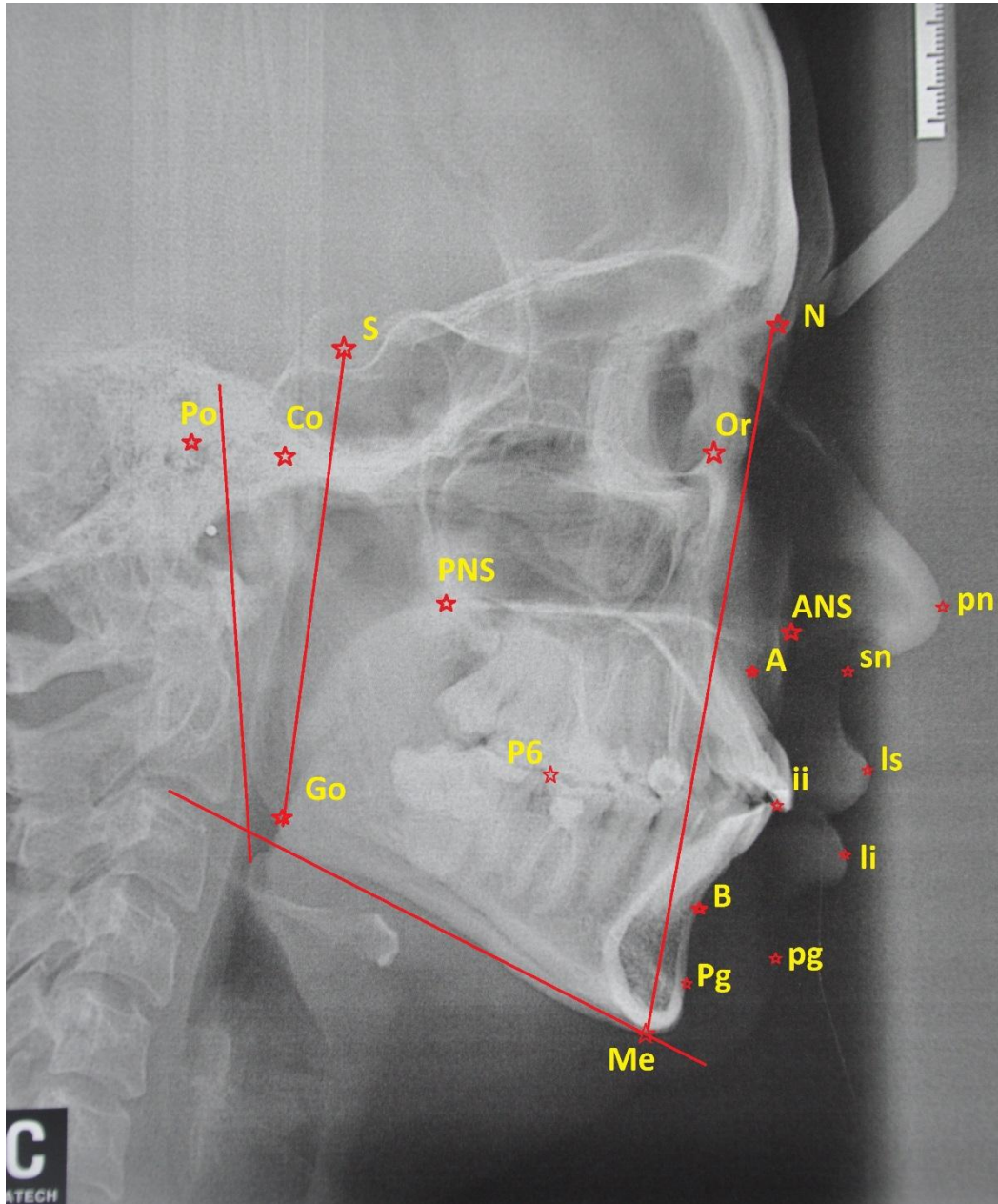
Если $>$ то вертикальный

$SN-Gn$ (ось Y)= $65+-5$

Если $>$ то вертикальный

Если $<$ то горизонтальный тип роста

Анализ боковой ТРГ



Направление роста:

Gonion-угол=130+-3

- > вертикальный тип роста
- < горизонтальный тип роста

$N-Me / S-Go = 62\%-65\%$

- > вертикальный тип роста
- < горизонтальный тип роста

Анализ боковой ТРГ

Определение фазы роста по шейному отделу позвоночника

I фаза - все нижние края позвонков прямые, их форма типична, квадратная

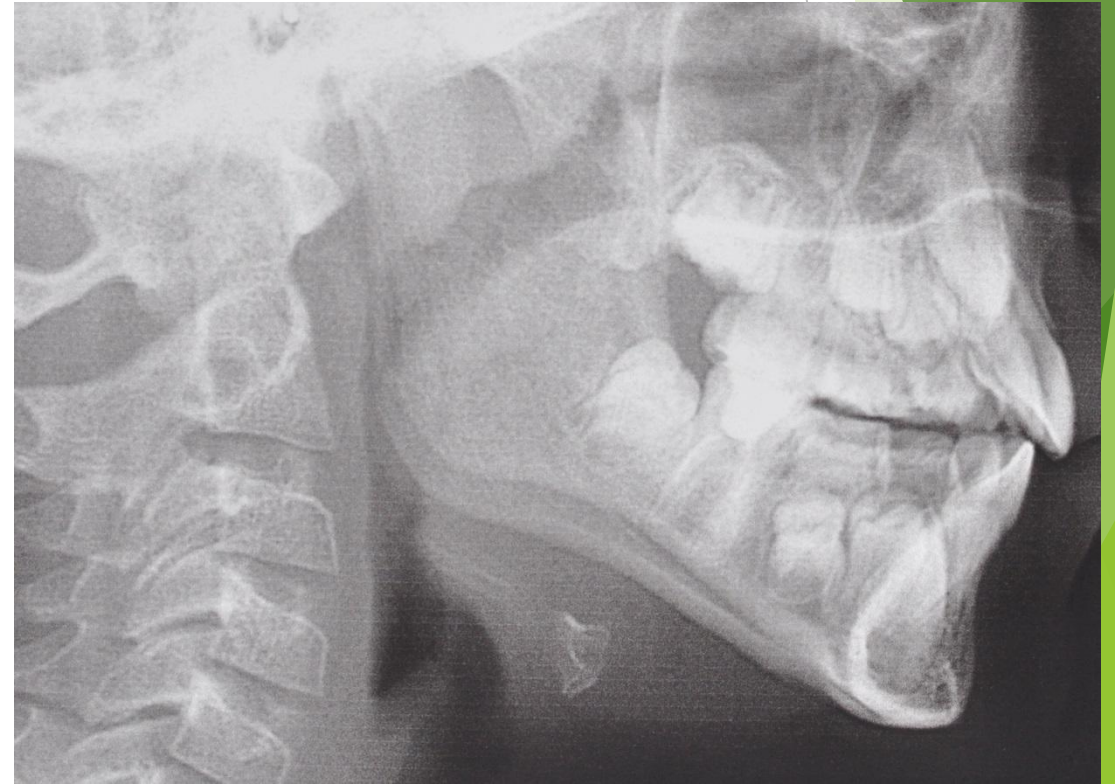
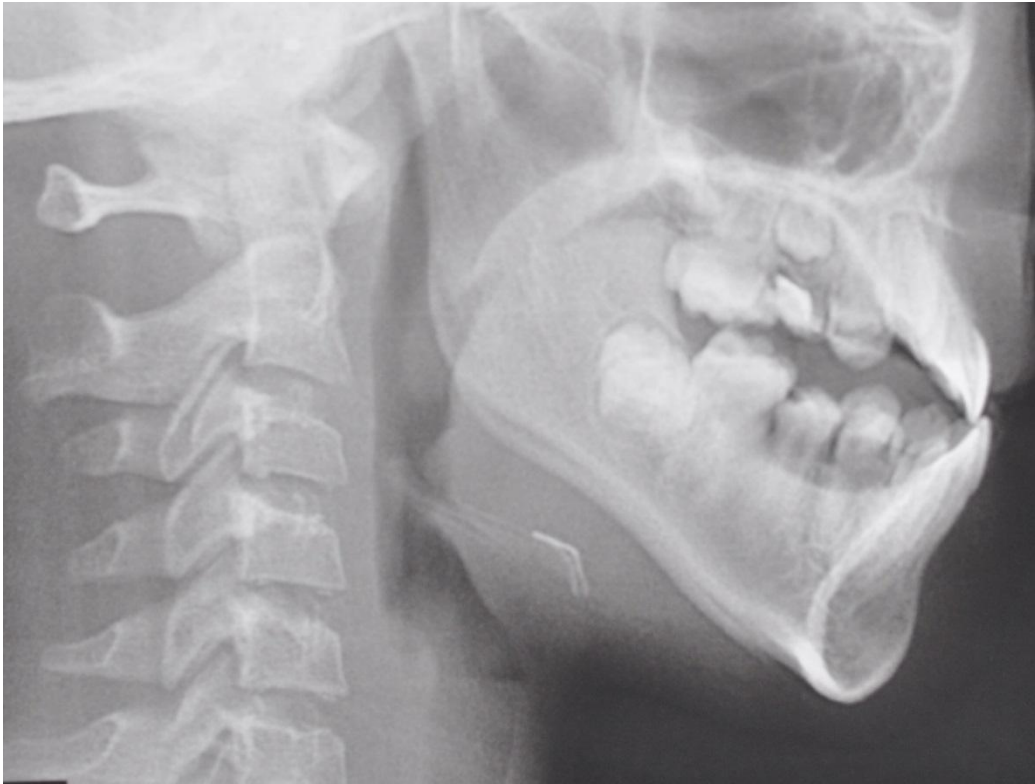


Анализ боковой ТРГ

Определение фазы роста по шейному отделу позвоночника

II фаза-формируется вогнутость по нижнему краю II позвонка, остальное без изменений. До пика роста 8-10 мес

Самое лучшее время для начала лечения



Анализ боковой ТРГ

Определение фазы роста по шейному отделу позвоночника

III фаза-формируется вогнутость по нижнему краю III позвонка .ПИК роста!



Анализ боковой ТРГ

Определение фазы роста по шейному отделу позвоночника

IV фаза-вогнутость по нижнему краю всех позвонков ,форма верхнего края становится квадратной.Остаточный рост



Анализ боковой ТРГ

Определение фазы роста по шейному отделу позвоночника

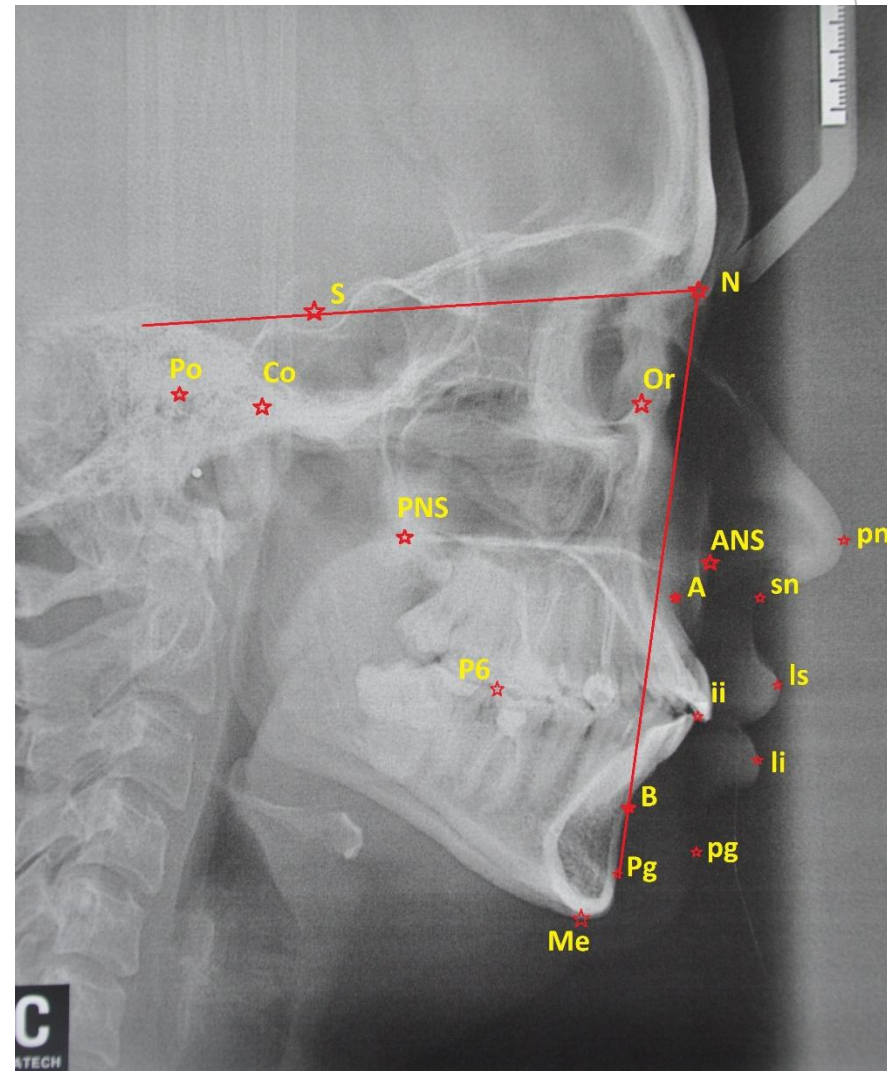
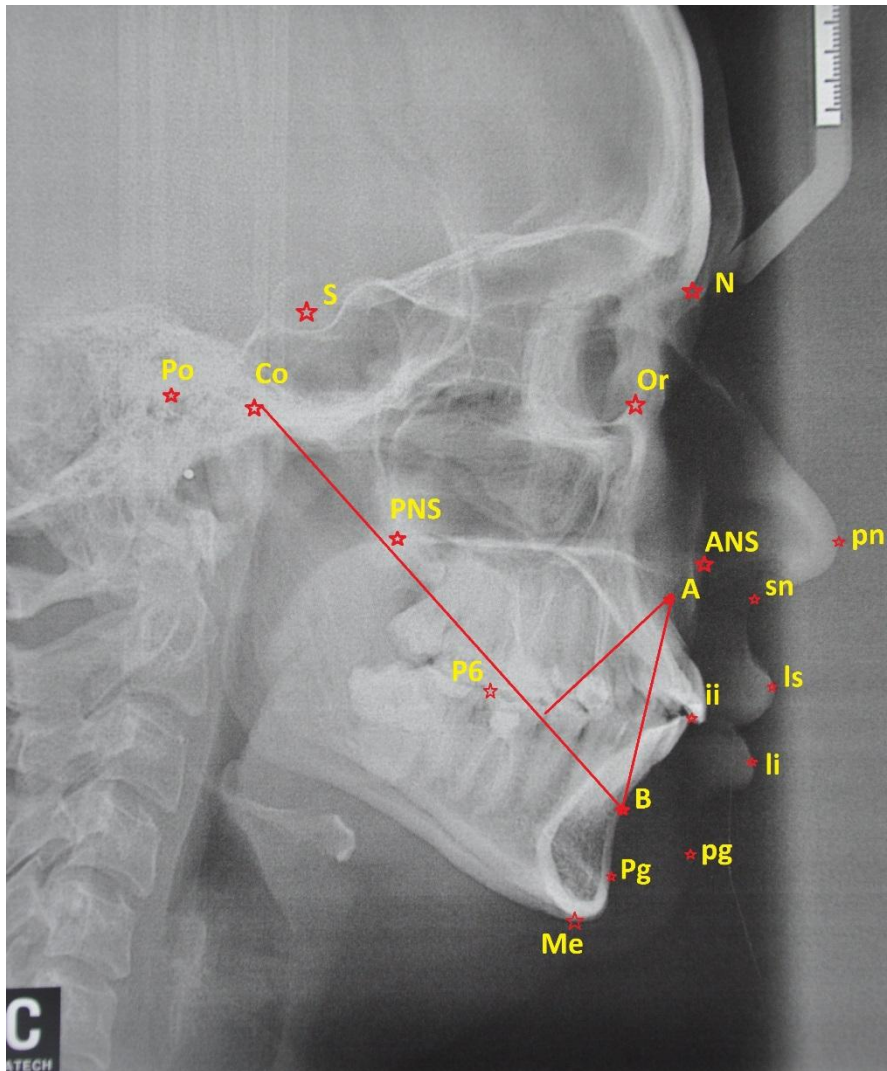
V-VI-рост отсутствует, уменьшается межпозвоночное пространство



Анализ боковой ТРГ

- Угол Бетта= 27-35
> скелетный 3 класс
< скелетный 2 класс

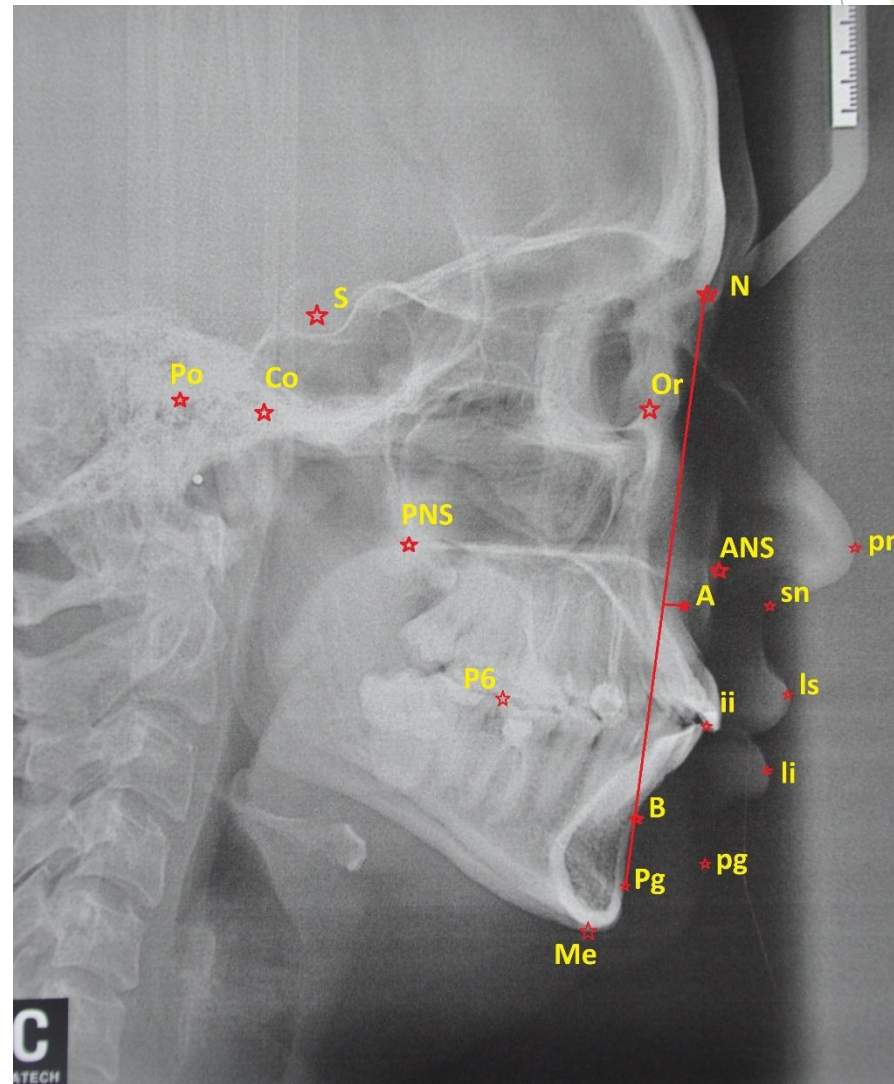
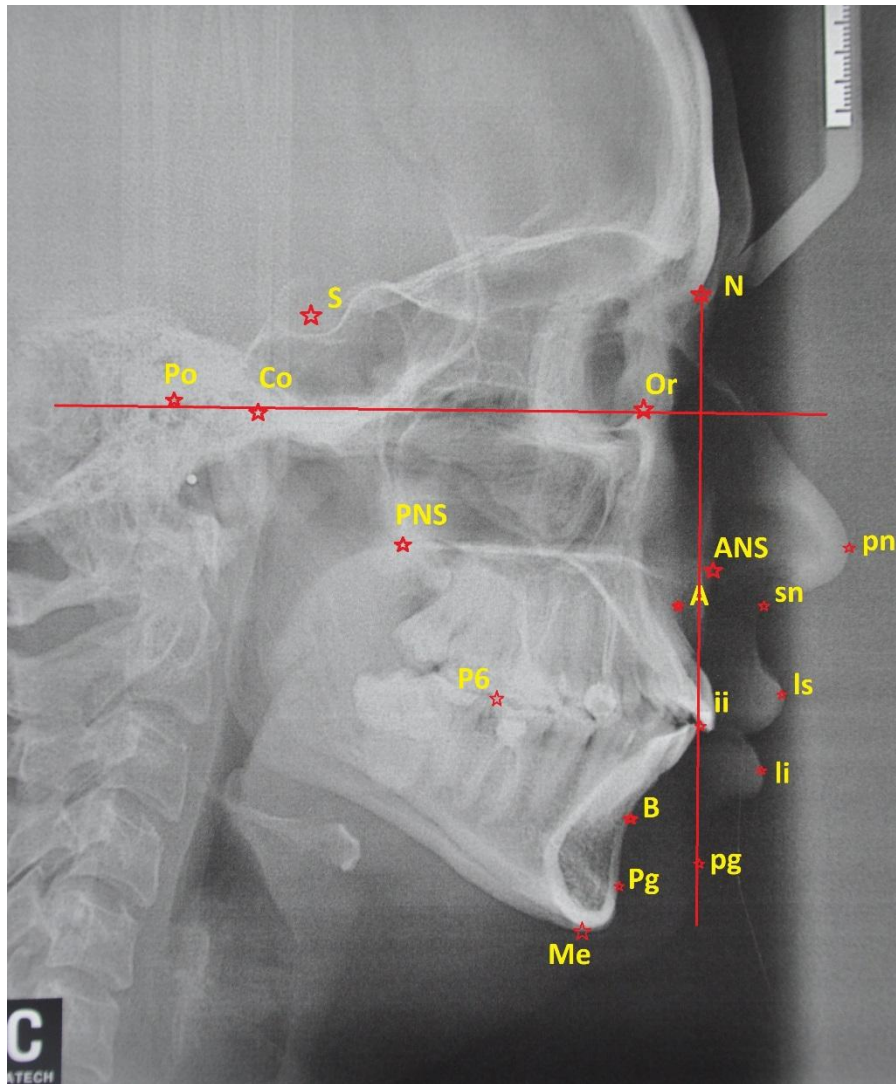
- SN-Pg= 81+-3
> антепозиция НЧ
< ретропозиция НЧ



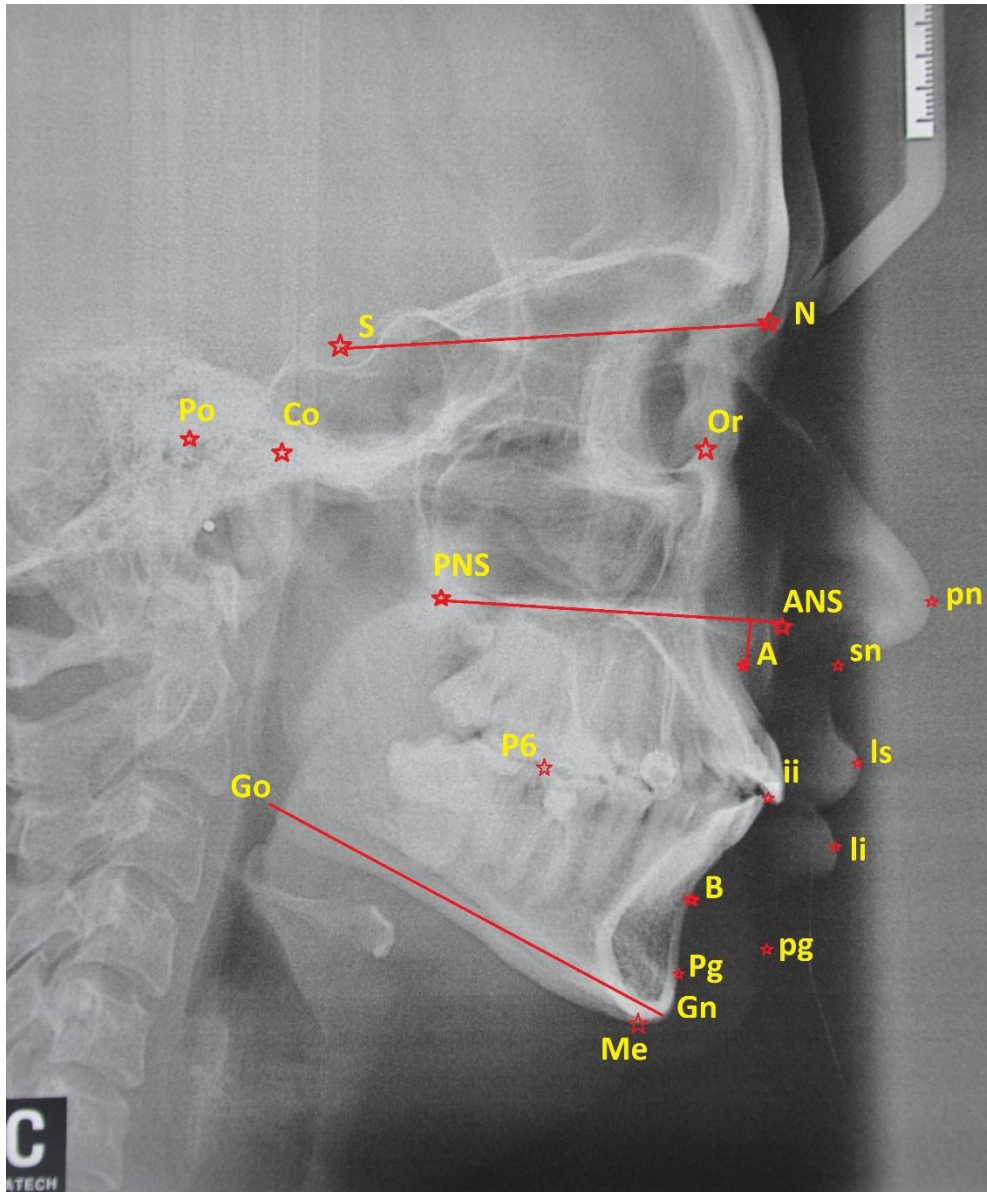
Анализ боковой ТРГ

Носовой перпендикуляр=0мм

NPg-A= 0мм



Анализ боковой ТРГ



Длина ВЧ= $0,7 * (S-N)$

Длина НЧ= $3+6+ (S-N)$ или

$S-N * 21 / 20$

Анализ боковой ТРГ

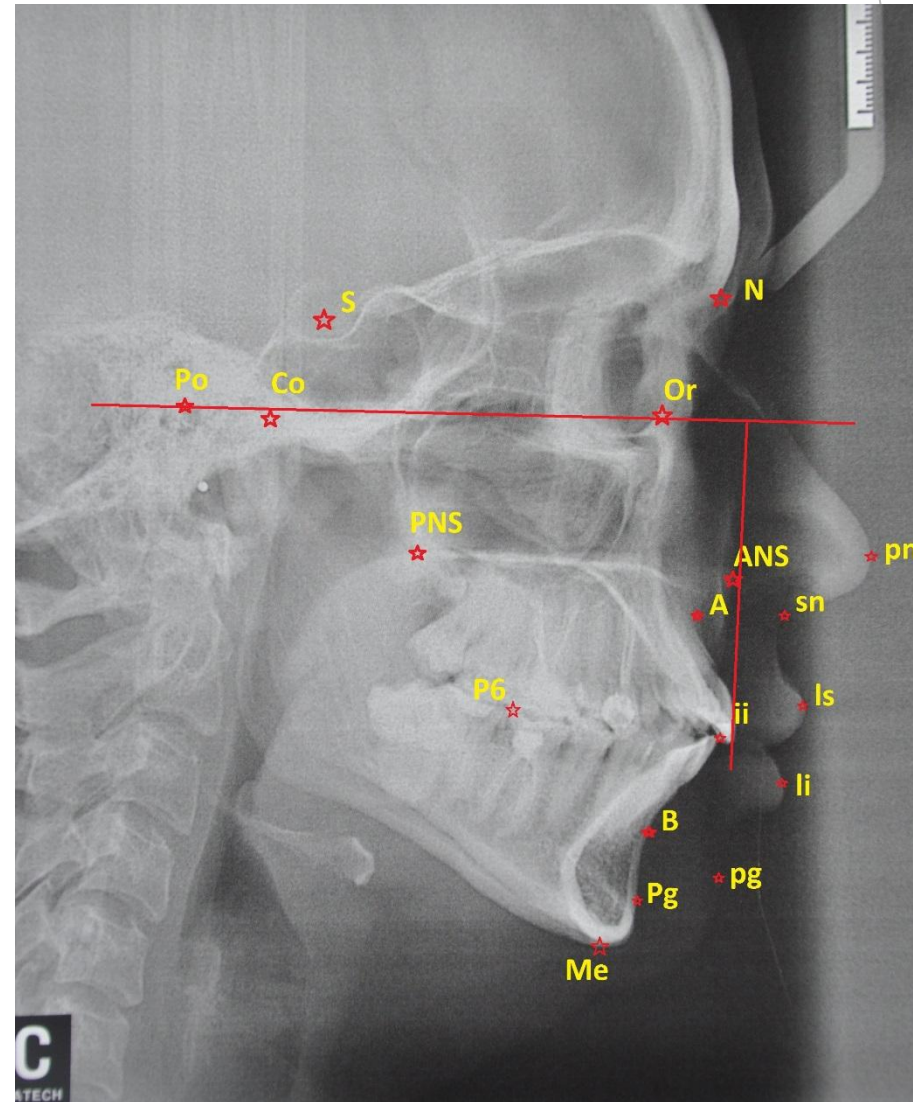
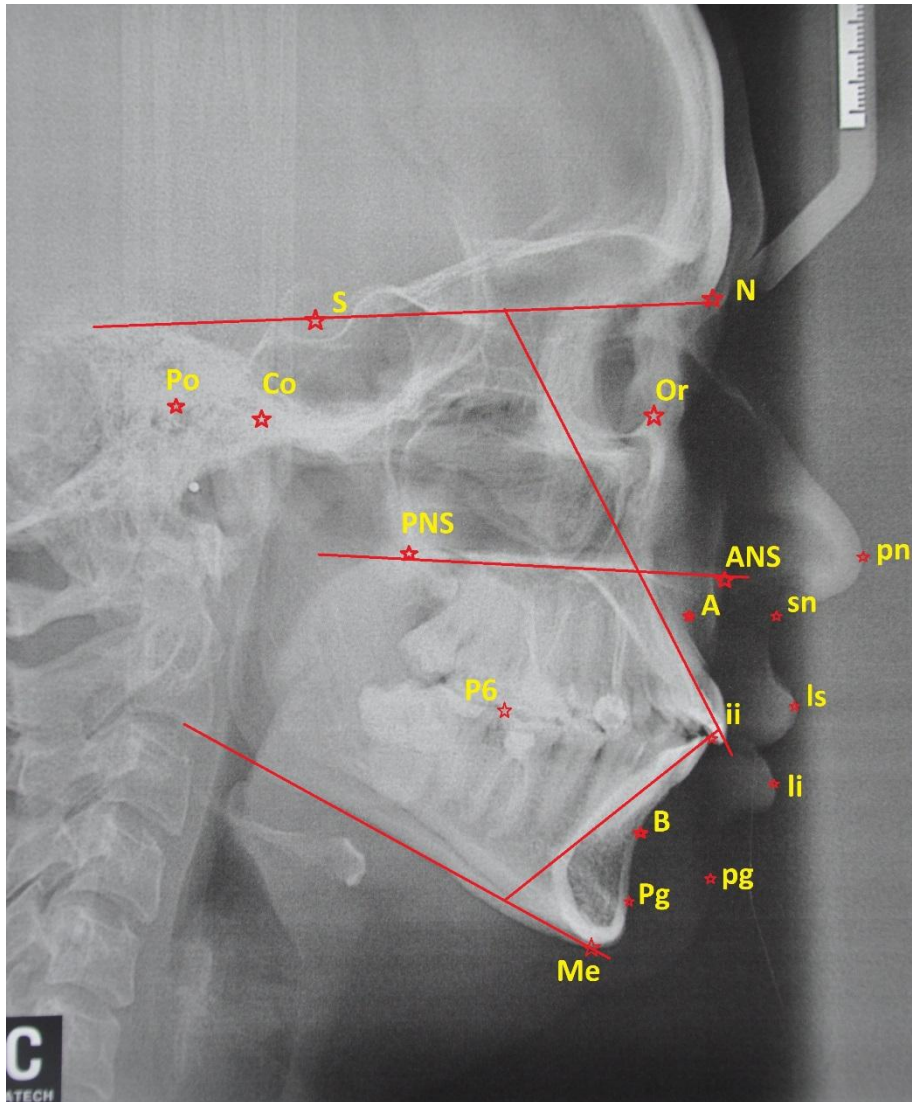
1-SN = 102+-2

IIA=125+-5

1-NL=115+-5

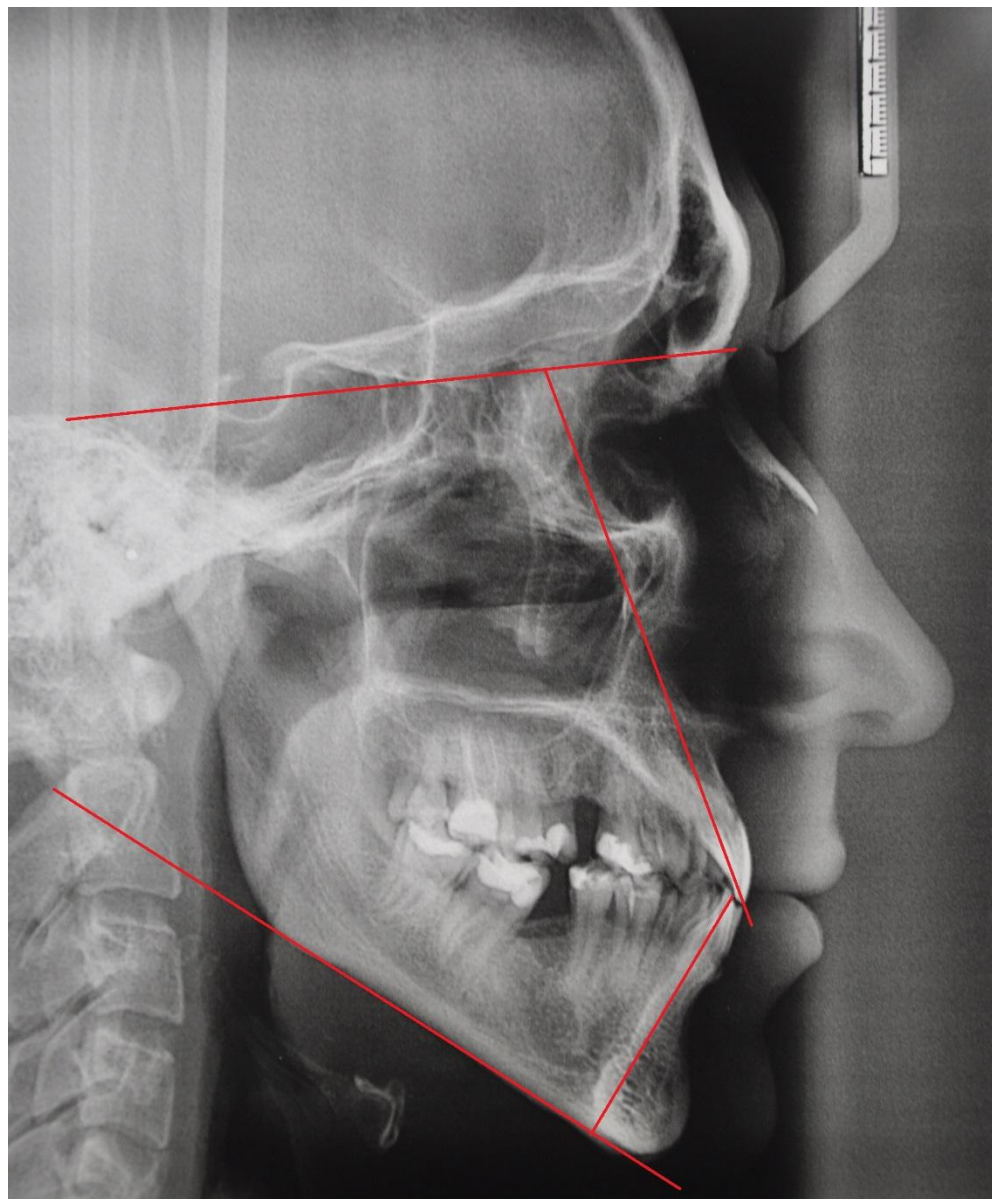
1-ML=95+-5

Facial -balance=93



Анализ боковой ТРГ

Расчёт индивидуальной нормы наклона резцов с учётом типа роста



Если SN-MP сильно отличается от нормы

Например:

SN-MP= 52 град. (норма 32 град.)

$52 - 32 = 20 / 2 = 10$ Т.е. норма наклона резцов уменьшится на 10 град.

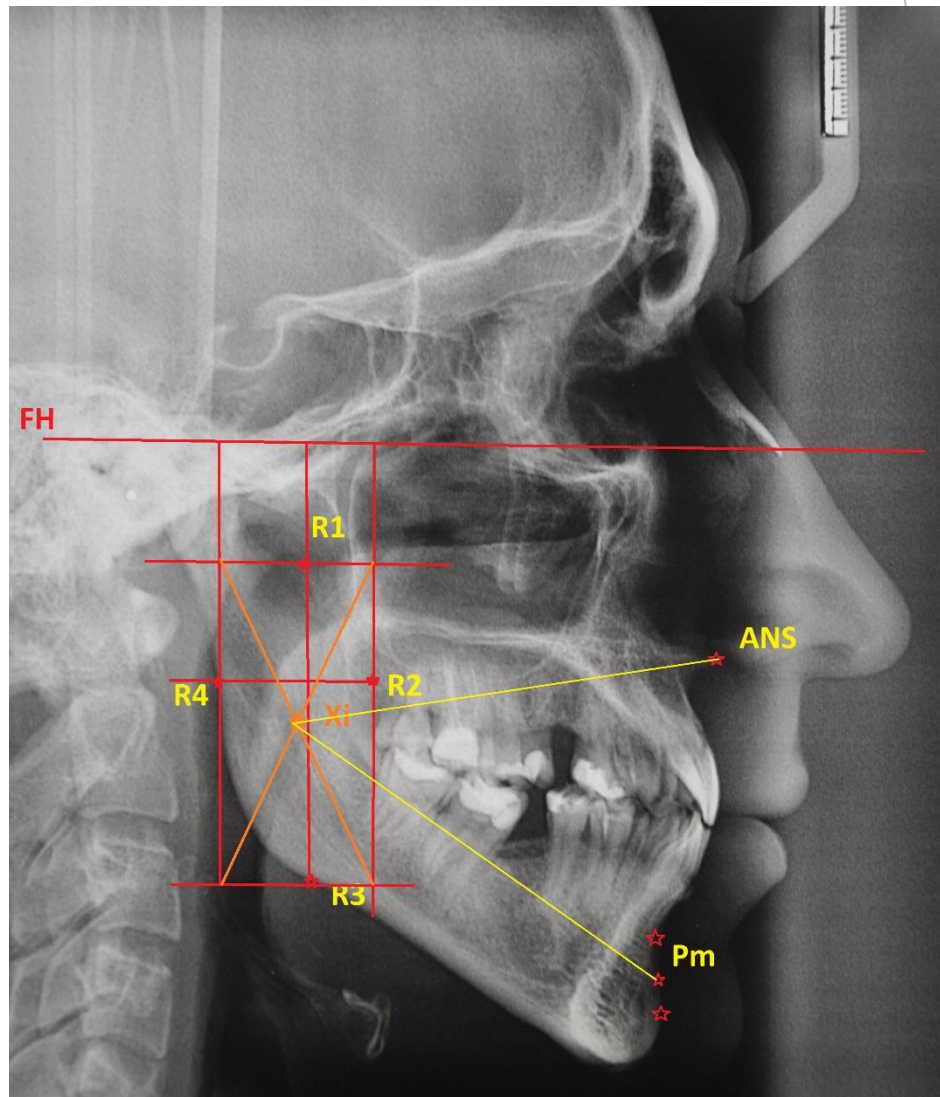
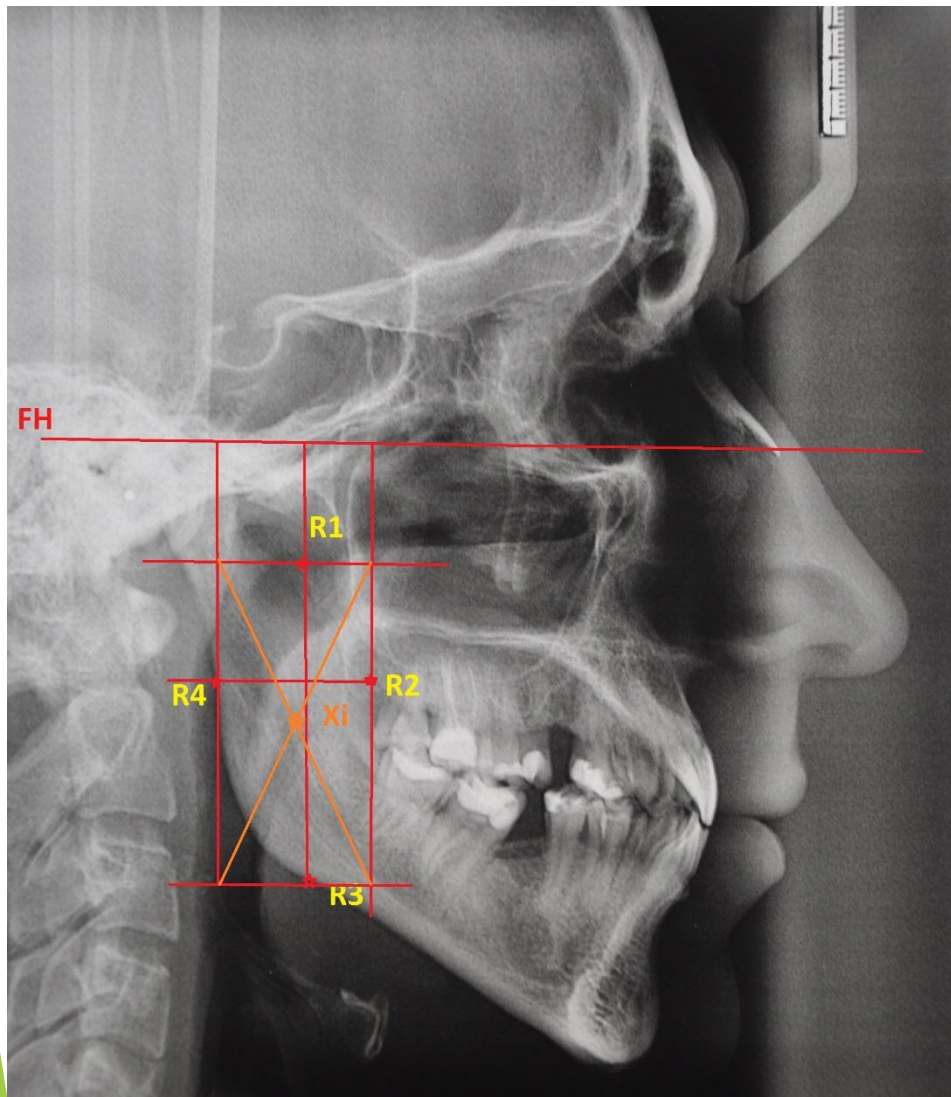
И наоборот:

SN-MP=20 град.

$32 - 20 = 12 / 2 = 6$ Т.е. норма наклона резцов увеличится на 6 град.

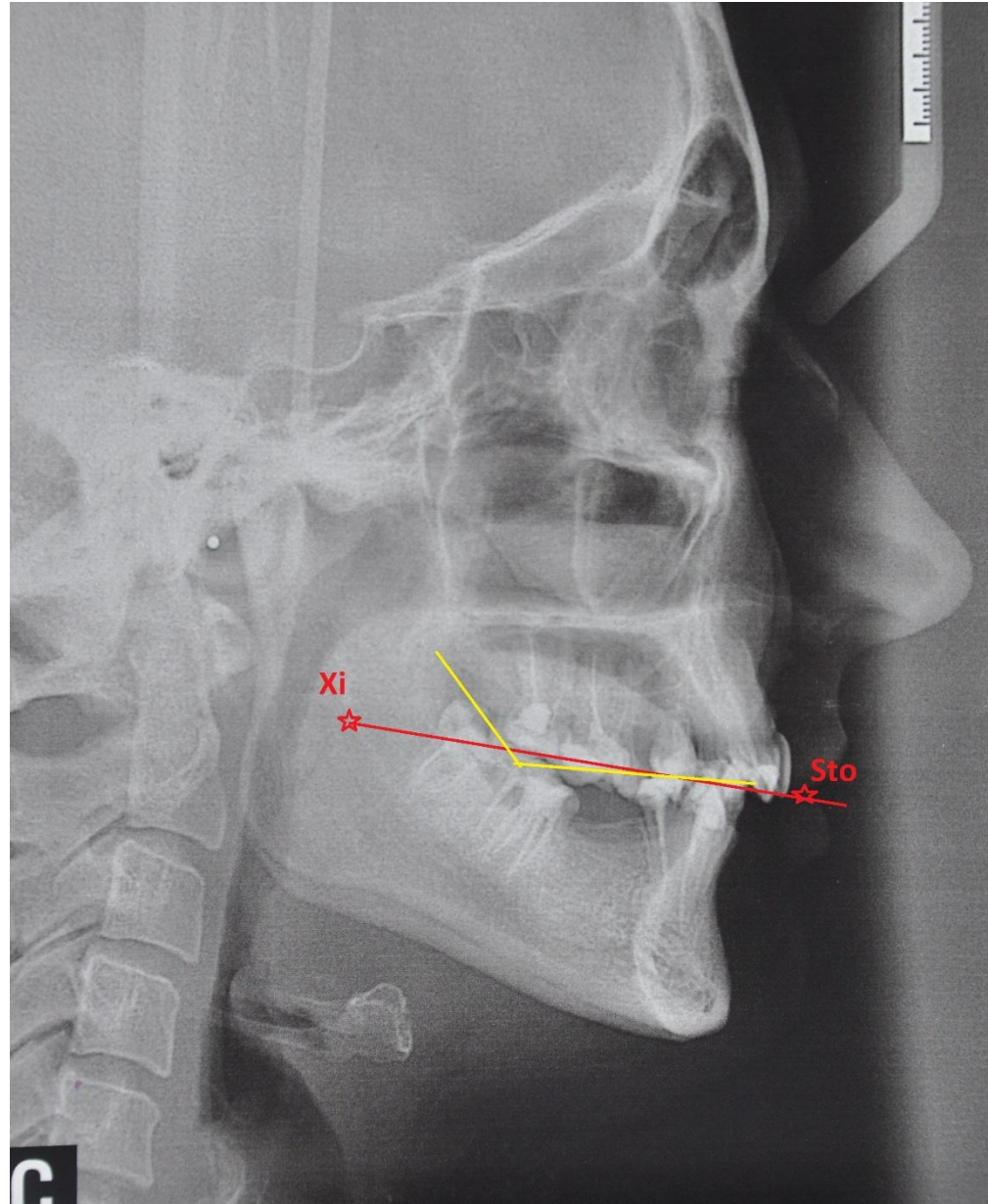
Анализ боковой ТРГ

Построение точки Xi и угла ANS-Xi



Анализ боковой ТРГ

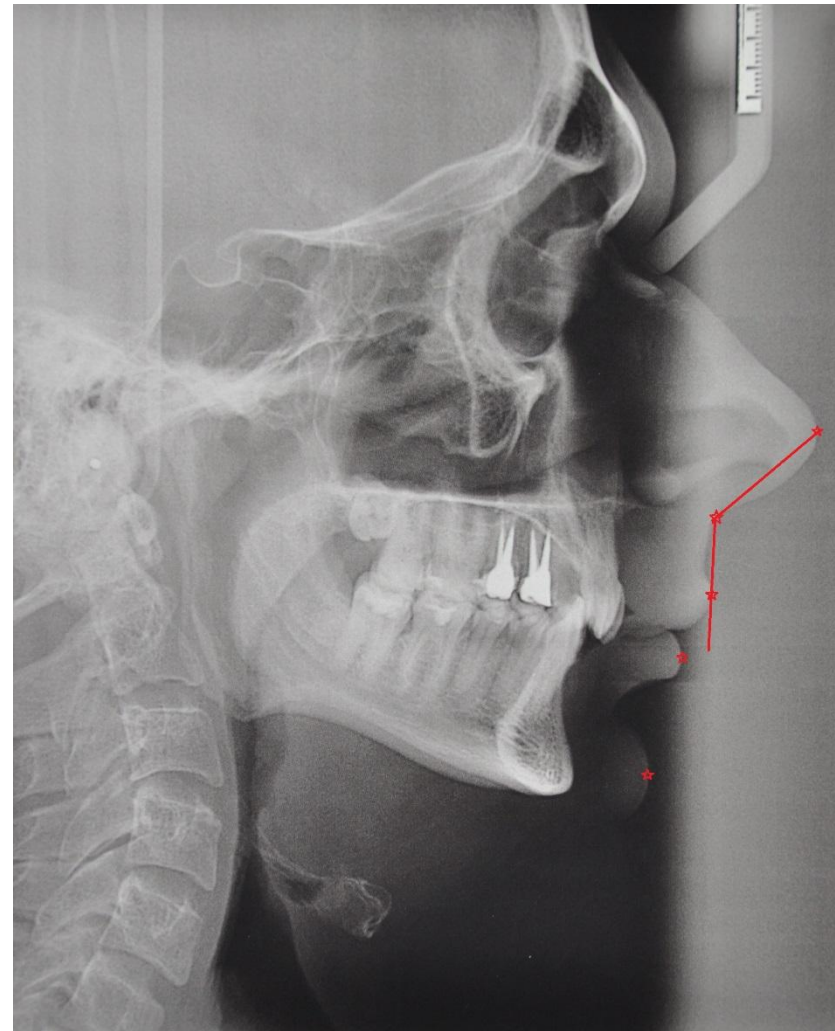
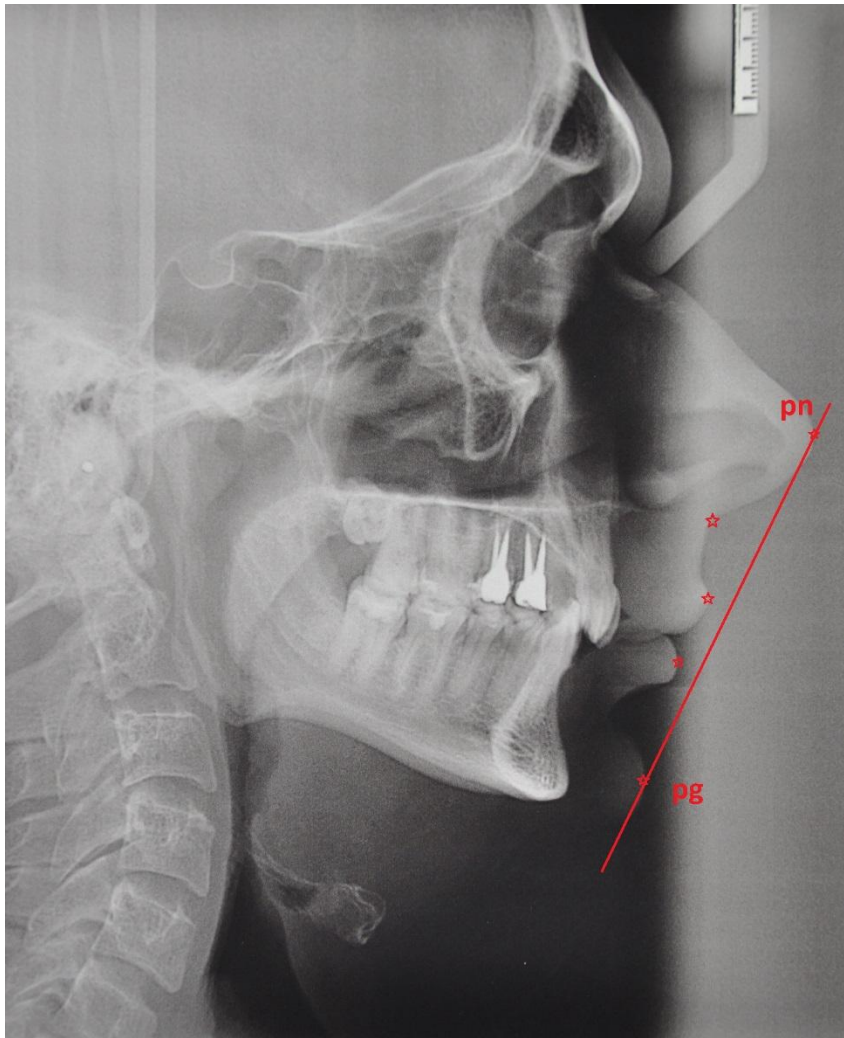
Построение идеальной окклюзионной плоскости



Анализ боковой ТРГ

Е-линия

носо-губный угол



Спасибо за внимание!!!

