



ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПО ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ. ЧАСТЬ 1



С. Камалова
врач-ортодонт

Как часто, концентрируясь на своей узкоспециализированной проблеме, мы не видим дальше своего носа, точнее – зубов пациента?

Да даже в этих пределах... Как часто ортодонт, просматривающий ОПТГ, не замечает скрытого кариеса, а терапевт – смыкание 2 класса по Энгля? А между тем, зубы – всего лишь часть жевательного органа, а этот, безусловно, важный орган – часть головы, а голова – бесспорно, очень значимая, но все-таки часть организма. Холистический подход к заболеванию не новость. Мы просто иногда забываем об этом и зашориваемся в рамках своей специальности. Но это уже не модно, не актуально. Тенденции развития стоматологии диктуют обратное.

Единство структуры и функции – основополагающий принцип развития всего на Земле. И функция жевания, которой мы уделяем заслуженное внимание, всего лишь одна из... Есть еще речь, глотание, дыхание. Природная иерархия функций видна, исходя из реалий. Без общения с соплеменниками человек может прожить годы, без еды – больше месяца, без воды – несколько дней, без воздуха – несколько минут. Поэтому, перефразируя надоевшую с детства цитату «из всех искусств важнейшим для нас является кино»: важнейшей из функций для нас является функция дыхания. Ведь если человеку неудобно дышать, он сломает любую созданную нами голливудскую улыбку (пусть даже и подкрепленную идеальной окклюзией), если она посмеет конкурировать с жизненно важной функцией.

Почему не у всех пациентов происходят подобные поломки? Потому что у организма есть способность приспосабливаться – возможность компенсировать проблему или адаптироваться к ней. И эти замечательные свойства часто спасают репутацию врача, но главное – защищают качество жизни пациента (а иногда и саму жизнь).

В ортодонтии несколько раз в течение XX века менялись ориентиры-парадигмы. Когда-то целью нашего лечения была постановка зубов в самую функциональную схему контактов – 1 класс по Энгля, достижение хорошего резцового перекрытия и конгруэнтность зубных рядов (ортодонтия моделей). Затем требования изменились, важно было еще и выставить зубы в правильные наклоны по отношению к костным структурам, что часто требовало удаления 4-х зубов (ортодонтия ТРГ), совсем недавно доминантой были мягкие ткани – акцент на положении верхних резцов, носогубного угла, выпуклость профиля (ортодонтия фотогра-

фий). Сегодня, в XXI веке, правит health-oriented парадигма: наше лечение должно приводить к улучшению здоровья человека. Поэтому функциональный анализ целесообразно начинать именно с функции дыхания.

О нарушении функции дыхания первым говорит лицо: глаза, щеки, нос, губы (рис. 1). Затем вступают зубочелюстные признаки (рис. 2). И на телерентгенограмме (рис. 3), которая отличается от рентгена наличием мягких тканей, мы можем уже детальней разобраться с проблемой и подумать над ортодонтическими и неортодонтическими путями ее решения.



Рис. 1. ▶ Форма носа «рыхлая», неработающая;
▶ щеки уплощены;
▶ губы напрягаются в смыкании «для фотографии».



Рис. 2. ▶ Выраженное сужение верхнего зубного ряда;
▶ часто готическое небо;
▶ язык находится внизу.

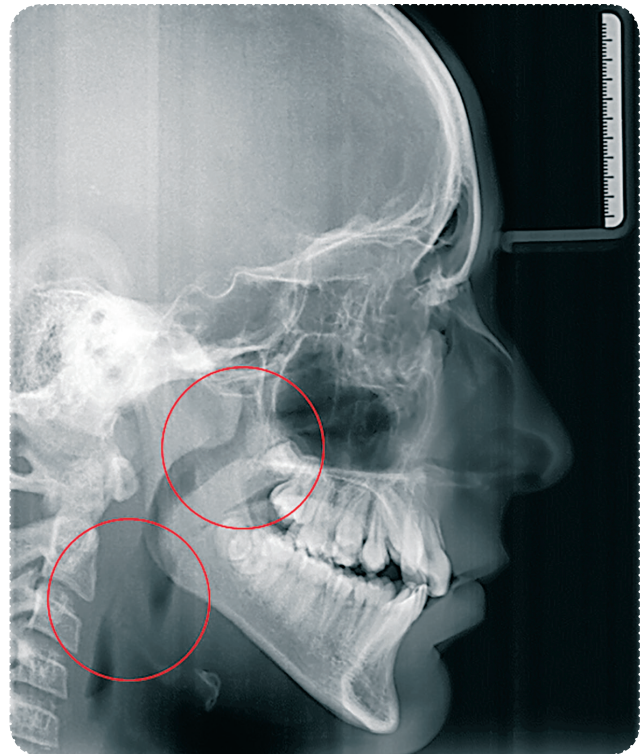


Рис. 3. ▶ Сужение дыхательных путей на уровне носоглотки по задней стенке;
▶ сужение дыхательных путей на уровне ротоглотки – проблемы кольца Пирогова.

На ТРГ дыхательные пути визуализируются как черная трубка, выходящая из гайморовой пазухи. Переднюю стенку этой трубки (на снимке – сверху–вниз) составляют: язычок мягкого неба, кольцо Пирогова, язык; заднюю – носоглотка и ротоглотка. Шейный отдел позвоночника находится в непосредственной близости и может влиять на дыхательные пути (рис. 4), так же как и воспалительные процессы в глоточных миндалинах могут влиять на мобильность первого шейного позвонка. У моего ребенка был вывих первого шейного позвонка и, когда мы приехали в Институт ортопедии и травматологии на консультацию, одно из первых, что сделал профессор – посмотрел дочери в рот и обратил мое внимание на хронический тонзиллит, сопровождая это фразой: «Вы же доктор, должны понимать, что все рядом и взаимосвязано».

Величина дыхательной трубки в области носоглотки практически равна высоте птериго–максиллярной фиссуры (которая на снимке выглядит петлей на выходе из гайморовой пазухи). Если по задней стенке имеются какие-либо образования, то выглядят они как провисание этой стенки. Для удобства можно прорисовать контур «идеальной» трубки и сравнить с реальной степенью провисания. Существуют классификация (Linder Aronson, 1979), где 1, 2 степень – либо отсутствие провисания, либо перекрытие до 1/3 просвета дыхательной трубки, 3 степень – перекрытие на 1/3, 4 – 2/3, 5 – более 2/3 (рис 5–9) .

Тактика врача–ортодонта при нахождении проблемы 3 степени – отправить пациента на консультацию к оториноларингологу, а при наличии 4 и 5 стадии – рекомендовать хирургического вмешательства.

В беседе с коллегами-оториноларингологами выяснилось интересное несоответствие. Они рекомендуют выжидательную тактику и не любят аденоэктомию или аденоидэктомию до подросткового 13-летнего возраста. Это объясняется возможностью природной инволюции разросшейся ткани. Однако необратимые (без нашего вмешательства) деформации челюстно-лицевой области формируются гораздо раньше – до 8 лет. Проблемой современных людей является long face syndrome: нарушение дыхания,

изменение положения головы, изгиб шейного отдела позвоночника, нарушение осанки, недоразвитие верхней и нижней челюсти, вертикализация роста лица, дисфункция ВНЧС, нарушение сна (с вытекающими из этого гипертониями и ожирением в будущем), вплоть до ночного апноэ (рис. 10, 11).

То есть своевременная нормализация дыхания совместно с ортодонтической аппаратурой способны привести к значительным улучшениям эстетики лица и, главное – функции всего организма: снижению веса, нормализации давления и осанки, увеличению концентрации внимания и улучшению

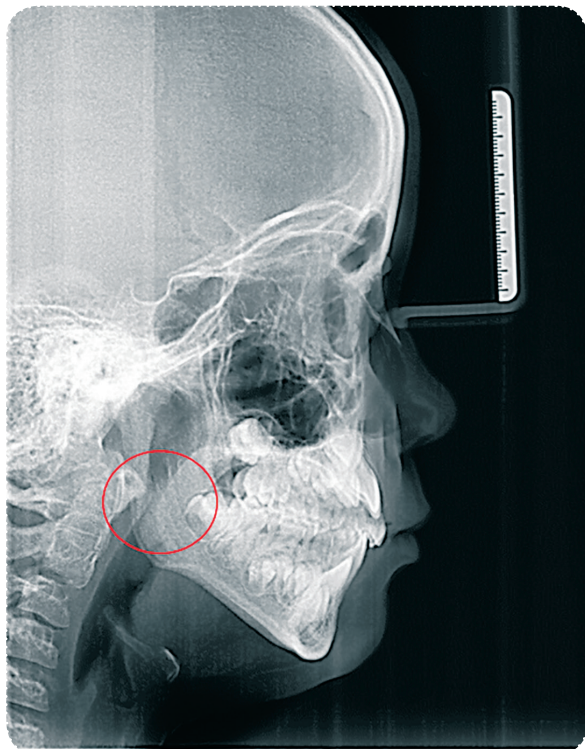


Рис. 4. Сужение дыхательных путей на уровне ротоглотки по задней стенке за счет первого шейного позвонка.

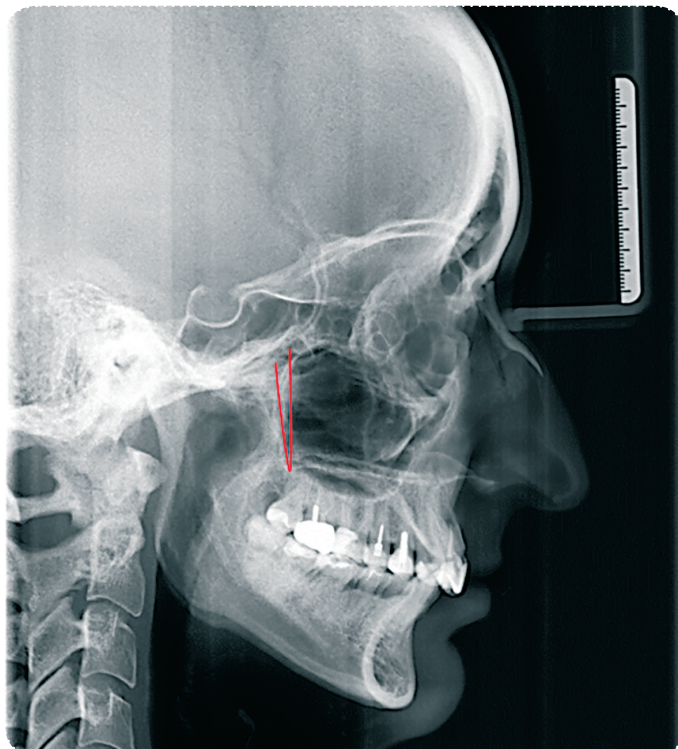


Рис. 5. Нет сужения; высота птеригомаксиллярной фиссуры выделена.



Рис. 6. Нарушение просвета до 1/3.



Рис. 7. Нарушение просвета на 1/3.

психоэмоционального состояния (рис. 12). Потворствование проблеме приводит к существенным изменениям. Даже при генетически детерминированном горизонтальном направлении роста пациент может стать выраженным вертикалом (рис. 13).

Эта информация должна быть донесена до ЛОР-врачей в дружеской форме. Часто именно недоразумения в личном общении мешают найти общий язык разным специалистам. До нас доходит информация из разных источников и общий знаменатель – путь взаимных компро-



Рис. 8. • Нарушение просвета на 2/3.

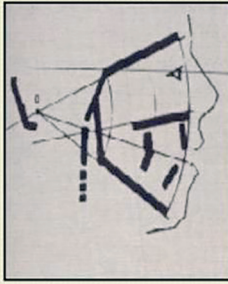


Рис. 9. • Нарушение просвета более 2/3.

Diagnosis of Long Face Syndrome:

Clinical

- Dolichofacial face
- Increased lower anterior face height and decreased posterior face height
- Gummy smile
- Incompetent lips
- Anterior open bites
- Weak musculature



Sassouni's Analysis

www.indiandentalacademy.com

Рис. 10.

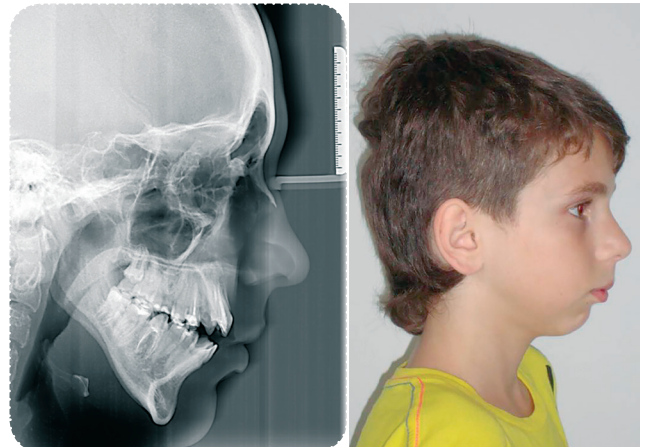


Рис. 11.



Рис. 12. • Наружные углы глаз приподнимаются, нос становится четче. Изменение лица после аденоидэктомии и ортодонтического расширения верхней челюсти.



Рис. 13. • Гиподивергентный тип с гипертрофией аденоидной ткани и глоточных миндалин превращается в гипердивергентный тип.

миссов, основанный на уважении и понимании ценности холистического подхода. В конце концов, это также путь притока пациентов в практику.

Речь идет не только о сотрудничестве двух врачей. В реабилитации детей с синдромом длинного лица участвуют: остеопаты, кинезиологи, детские психологи, логопеды. В принципе, тот же состав специалистов в состоянии помочь в решении не только этой, но и других ортодонтических (лишь на первый взгляд) проблем. Задача ортодонта не только подобрать себе эту команду и простроить алгоритмы взаимодействия, но и направить пациента по правильному пути. Поскольку часто именно ортодонт в этой цепочке является первым специалистом, к которому попал ребенок.

Наши пациенты упрямо не желают видеть связь между зубами и здоровьем. Они хотят иметь красивую

улыбку и не понимают, зачем для этого нужно удалять аденоиды, лечить молочные зубы или делать комплекс упражнений. Поэтому просветительство в деле повышения уровня культуры здоровья населения сложно переоценить. Здоровье и красота неразлучны. Поэтому, как и искусство, требуют жертв: временных, финансовых и моральных затрат. Иначе придется приносить в жертву себя. К сожалению, многие относятся к своему здоровью по остаточному принципу. Но «дорогу осилит идущий»... Радует, что тренажерные залы заполнены, все больше открывается магазинов с эко-продукцией и число поклонников здорового образа жизни растет. Мы можем вносить в эту эволюцию свою лепту, меняя состояние здоровья нации в лучшую сторону. Дыхание – жизнь, давайте правильно оценивать ее, как специалисты, и ценить, как обычные люди.