

сформированные зубы.

Обратилась с жалобами на болезненное припухание десны в области верхней челюсти справа. Проведена ортопантомография, однако ее результаты не давали точных характеристик кистозного образования, ретенированных зубов, анатомо-топографических соотношений, состояния верхнечелюстного синуса (рис.6) Данные этого метода исследования не представляли значимости для принятия решения о методе хирургического вмешательства.

Оперативный доступ осуществлялся с вестибулярной поверхности. При исследовании полости обнаружены и удалены ретенированные 1.2, 1.3 и 1.8 сверхкомплектные несформированные зубы (рис. 7).

При ревизии было выявлено резорбция стенки верхнечелюстного синуса, вследствие чего операция была закончена по методу ороназальной цистотомии (рис. 8).

В случае расположения кистозной полости на нижней челюсти (37 пациентов, 56% случаев) ортопантомография предоставляла достоверные сведения о локализации полости, наличии/отсутствии ретенированного зуба, состоянии окружающей костной ткани. К проведению высокотехнологичных методов мы прибегали лишь в шести случаях (16%), что

связано с достаточной информативностью ортопантомографии при диагностике обширных кист в области нижней челюсти.

Выводы

Цистотомия эффективна в качестве одноэтапной методики хирургического лечения кист челюстей при условии четкого представления о распространении патологического процесса, состоянии соседних анатомических структур. Наиболее достоверную информацию можно получить при использовании высокотехнологичных методов лучевого исследования – компьютерной томографии, однако при локализации кисты в области нижней челюсти в большинстве случаев (84%) достаточно проведения ортопантомографии.

Поступила 09.10.2012

Координаты для связи с авторами:
г. Москва, ул. Лестева, д. 9

Челюстно-лицевой госпиталь для ветеранов войн
Кафедра челюстно-лицевой травматологии МГМСУ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Галецкий Д. В. Оценка эффективности различных методов хирургического лечения одонтогенных кист челюстей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2003. – 19 с.
Galeckij D. V. Ocenka effektivnosti razlichnyh metodov hirurghicheskogo lechenija odontogennyh kist cheljustej: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – SPbGMU im. akad. I.P. Pavlova, 2003. – 19 s.
2. Губайдуллина Е. Я., Цегельник Л. Н., Лузина В. В. Опыт лечения больных с обширными кистами челюстей // Стоматология. 2007. №3. С. 51-53.
Gubajdullina E. Ja., Cegel'nik L. N., Luzina V. V. Opyt lechenija bol'nyh s obshirnymi kistami cheljustej // Stomatologija. 2007. №3. S. 51-53.
3. Рабухина Н. А., Григорьянц Л. А., Бадалян В. А., Григорян А. С. Периапикальные деструктивные процессы челюстных костей и динамика восстановления костной

ткани после современных видов оперативного лечения // Вестник рентгенологии и радиологии. 2000. №1. С. 17-20.

Rabuhina N. A., Grigor'janc L. A., Badaljan V. A., Grigorjan A. S. Periapikal'nye destruktivnye processy cheljustrnyh kostej i dinamika vosstanovlenija kostnoj tkani posle sovremennyh vidov operativnogo lechenija // Vestnik rentgenologii i radiologii. 2000. №1. S. 17-20.

4. Соловьев М. М., Семенов Г. М., Галецкий Д. В. Оперативное лечение одонтогенных кист. – СПб., «СпецЛит», 2004. – 128 с.

Solov'ev M. M., Semenov G. M., Galeckij D. V. Operativnoe lechenie odontogennyh kist. – SPb., «SpecLit», 2004. – 128 s.

«Белые пятна» российской версии МКБ-10 (С)

Фрагменты доклада профессора **Макеевой И. М.** во время «лекторского дня» стоматологического факультета ПМГМУ им. И.М. Сеченова 05.10.2012. (Обзорный материал об этой конференции читайте в газете «Стоматология Сегодня» №9/2012).

1. Из истории:

– Международная классификация болезней была формализована в 1893 году как классификация Бертильона, или Международный перечень причин смерти.

– Альфонс Бертильон (Bertillon, 1853-1914) – пионер криминалистики, директор бюро идентификации Парижской полицейской префектуры, автор антропологического метода криминалистической регистрации, изобретатель системы бертильонажа – опознания преступников по их антропометрическим данным.

– Последний, десятый пересмотр МКБ ВОЗ был начат в Женеве в 1983 году. Классификацию одо-

брила Международная конференция по Десятому пересмотру МКБ в 1989 году, а в 1990 году она была принята 43-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения.

– МКБ – международная стандартная классификация для общих эпидемиологических цепей и цепей, связанных с управлением здравоохранением.

– Требования к классификации в медицине:

- научная обоснованность,
- отображение основных признаков состояния,
- определение подхода к выбору методики лечения.

2. Причинами перехода на МКБ-10(С) и ее использования как клинической классификации были:

– адаптация и внедрение международных стандартов в образовательную деятельность высших медицинских школ России, в том числе реализация положений Болонской декларации;

- внедрение и сертификация системы управления качеством медицинской помощи в соответствии с требованиями российского стандарта по менеджменту качества и принципам Международной организации стандартов (ISO);

- решение ФОМС.

- переход на МКБ-10 регламентирован Приказом МЗРФ «О переходе органов и учреждений здравоохранения РФ на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра» от 17.08.1997 №70.

3. Из МКБ-10:

Класс IX: Болезни органов пищеварения. Блок (K00 – K14). Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей.

3.1. Что такое дилацерация?

K00.44 дилацерация (*dilaceratio* (лат.) – «смещение»).

Под дилацерацией понимают нарушение формы зуба в процессе развития, выражающееся в перегибе корня, коронки или корня относительно коронки. Это аномалия, при которой корень зуба и его коронка расположены под углом более 20° друг к другу.

3.2. Причиной дилацерации могут быть препятствие на пути прорезывания, травма во время формирования зуба, ортодонтическая тракция зуба с несформированным корнем; скученность зубов; наличие кисты или новообразования, препятствующих нормальному росту зуба.

3.3. Дилацерация затрудняет как эндодонтическое лечение зуба, так и его удаление.

3.4. Дилацерация выявляется на ОПТГ и МСКТ, на КЛКТ.

3.5. Что такое одонтоклазия?

K02.0 Кариес эмали. Стадия «мелового пятна» (начальный кариес).

K02.1. Кариес дентина.

K02.2. Кариес цемента.

K02.3. Приостановившийся кариес зубов.

K02.4. Одонтоклазия.

Детская меланодентия

Меланодонтоклазия

- Наиболее известная статья, посвященная одонтоклазии, была написана Beltrami G. (1932), где он назвал ее «язвой эмали» и в качестве причин ее развития указал крайний дефицит питания.

- Одонтоклазия была обнаружена у детей беднейшего населения Азии и Латинской Америки.

- Beltrami G. настоял на выделении одонтоклазии в самостоятельную нозологическую единицу.

- Одонтоклазия – атипичный линейный кариес эмали, преимущественно поражающий губную поверхность передних зубов верхней челюсти в неонатальной зоне.

- Неонатальная зона представлена демаркацией между пре- и постнатальной эмалью и является гистологическим признаком временных зубов.

- Причинами одонтоклазии могут быть недоедание, родовая травма, гипопаратиреоидизм и гипокальциемия.

- Микробиологические и гистологические исследования временных зубов показали, что одонтоклазия является разновидностью течения кариозного процесса у детей, а черный цвет поражения

обусловлен наличием *Bacteroid Melanogenicus* (Vaume L. J., Meyer J., 1966).

3.6. Что такое меланодонтия?

- Меланодонтия является формой кариеса, при которой процессы деминерализации и микробной инвазии ограничены и локализованы в слое постнатальной эмали (Vaume L. J., Meyer J., 1966).

- Меланодонтия – это агрессивно протекающий кариес временных зубов (*ramparnt caries*), поражающий гипопластическую эмаль пренатального слоя и прилежащий к ней дентин (Vaume L. J., Meyer J., 1966).

3.7. K00 2. Аномалии размеров и формы зубов.

00.20 – макроденция;

00.21 – микроденция;

00.22 – сращение;

00.23 – раздвоение;

00.24 – выпячивание (доб. бугорки);

00.25 – инвагинированный зуб (зуб в зубе), аномалии резцов (конические резцы, небная борозда, лопато- и Т-образные резцы;

0026 – премоляризация (прорезывание резца или клыка в форме премоляра);

0027 – аномальные бугорки и эмалевые жемчужины;

0029 – другие и неуточненные.

3.8. Что такое небная борозда?

- Терминологически: в литературе может обозначаться как «небная борозда», «небно-десневая борозда», «борозда развития», «вертикальная корневая борозда развития».

- Из литературы: небная борозда является аномалией развития зуба и представляет собой складку листка гертвиговского корневого влагиалища, который формирует корень. Некоторые авторы считают, что это не аномалии развития, а начавшееся, но не завершившееся разделение корней в процессе формирования (Shah N. и соавт. (2012); и другие источники).

- Бороздки начинаются в центре слепой ямки центральных и латеральных резцов верхней челюсти. Мелкие бороздки заканчиваются у цементно-эмалевого соединения, мелкие борозды не имеют сообщения с пульпой. Глубокие борозды и борозды средней глубины переходят на корень и идут в направлении верхушки. Могут иметь сообщение с пульпой, в этом случае борозды могут стать путем для проникновения микроорганизмов.

- До тех пор пока зубодесневое соединение не нарушено, клинических проявлений небной борозды нет. Когда соединение нарушается, борозда быстро инфицируется, образуется зубной камень с последующим образованием глубокого узкого пародонтального кармана и внутрикостного дефекта при нормальном прикреплении или небольшая деструкция в остальных местах.

Материал для печати подготовила Галина Масис