

ксимальный клиренс — 5 см, дистальный — 6,5 см. Удалена опухоль правой почки пестрого цвета до 4,5 см с прилежащей паренхимой на границе резекции. Нижние средостенные лимфоузлы № 3 до 1,5 см, правые и левые паракардиальные № 1 до 1,0 см, общей печеночной артерии № 1 до 1,2 см, правые грудные паратрахеальные № 5 до 0,8 см, бифуркационные № 5 до 1,2 см, верхние параэзофагеальные № 2 до 1,5 см, левые надключичные № 4 до 0,5 см, правые надключичные № 3 до 0,4 см. Препарат отправлен на гистологическое исследование.

В раннем и позднем периоде после операции осложнений не последовало. Результаты планового гистологического исследования: опухоль пищевода — плоскоклеточный рак, трансмуральный рост без метастазов в лимфатические узлы. Опухоль почки — гипернефроидный рак без инвазии фиброзной капсулы.

Заключительный диагноз: первично-множественный синхронный рак среднегрудного отдела пищевода pT4N0M0 и рак правой почки pT1(b)N0M0. Дисфагия I степени.

Пациентка выписана на 16-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии с восстановленной функцией пищеварительного тракта и без ущерба функции почек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Органосохраняющие операции при малых опухолях почки приобретают всевозрастающее значение. Сегодня

с большой долей вероятности доказаны малоагрессивное течение злокачественных почечных новообразований в стадии T1a,b, низкий потенциал их злокачественности и малая угроза рецидива. Эти обстоятельства обеспечивают возможность частичных резекций почек с полным сохранением их функций. По существу, элективные показания к резекциям ограничены только размерами первичной опухоли — 4 см и менее. В настоящее время ведутся активные дискуссии о расширении этих показаний. При этом в случае рака единственной почки, диабетической нефропатии, хронической почечной недостаточности при сочетании с иными расширенными операциями — резекция почки не имеет альтернатив.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хвастунов Р. А., Коновалов Э. Г., Чухнин А. Г. Редкий случай одномоментной лапароскопической «hand assistant» нефрэктомии и холецистэктомии // Волгоградский научно-медицинский журнал. — 2012. — № 1 (33). — С. 47—49.

Контактная информация

Чухнин Алексей Геннадьевич — к. м. н., ассистент кафедры онкологии с курсом онкологии и гематологии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: chalg@mail.ru

УДК 616.314-053.2

ВЗАИМОСВЯЗЬ УГЛА НАКЛОНА ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ И ВЕЛИЧИНЫ ИНФРАОККЛЮЗИИ АНКИЛОЗИРОВАННЫХ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ

Е. В. Филимонова, Я. П. Боловина, М. В. Вологина, М. М. Горлачева, И. А. Бамбушева

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра стоматологии детского возраста*

В своей практике детские врачи стоматологи сталкиваются с ситуациями, когда молочный моляр не имеет окклюзионного контакта с зубами-антагонистами. Некоторые авторы используют термин «инфраокклюзия». В данной статье раскрывается зависимость наклона зубов, расположенных в зубном ряду рядом с анкилозированными молочными молярами.

Ключевые слова: инфраокклюзия, окклюзионный контакт, анкилоз, молочный моляр, ортопантомография.

RELATIONSHIP BETWEEN INCLINATION OF THE FIRST PERMANENT MOLARS AND THE SIZE OF INFRAOCCLUSION OF ANKYLOSED DECIDUOUS TEETH

E. V. Filimonova, Ya. P. Bolovina, M. V. Vologina, M. M. Gorlacheva, I. A. Bambusheva

Pedodontists often see patients whose first permanent molars are not in proper occlusion with their antagonists. This phenomenon is referred to as «infraocclusion». The article explores the relationship between inclination of the first permanent molars and the size of infraocclusion of tankylosed deciduous teeth.

Key words: infraocclusion, occlusal relationship, ankylosis, deciduous molar, orthopantomography.

В своей практике врачи стоматологи детские нередко сталкиваются с ситуациями, при которых один из молочных моляров не имеет окклюзионного контакта с зубами-

антагонистами. Одни авторы используют термин «инфраокклюзия» [2]. Другие называют этот феномен анкилозом [3]. Чаще всего этой аномалии подвергаются

нижние первые молочные моляры, с одинаковой частотой у мальчиков и у девочек. Распространенность инфраокклюзии молочных моляров, по данным авторов, составляет 8—14 %, в 2 % случаев сочетается с адентией соответствующих постоянных зубов [2, 6, 8, 9, 10]. Анкилоз молочных зубов представляет собой потенциальную проблему для правильного формирования прикуса, так как не происходит своевременная смена зубов, что приводит к задержке прорезывания постоянных зубов и зубоальвеолярным деформациям [3, 6, 8, 9, 10].

В литературе недостаточно уделено внимания проблеме инфраокклюзии молочных моляров, поэтому врачи испытывают затруднения при выборе тактики в отношении анкилозированных зубов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявить зависимость наклона зубов, расположенных в зубном ряду рядом с анкилозированными молочными молярами.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучены 283 ортопантограммы детей в возрасте 6—11 лет и проанализированы на них следующие параметры:

- 1) симметричность расположения первых постоянных моляров относительно центральной линии;
- 2) угол наклона первых постоянных моляров, молочных клыков и вторых молочных моляров в сторону зубов в состоянии инфраокклюзии;
- 3) вертикальное несоответствие между молочными молярами в инфраокклюзии и окклюзионной плоскостью.

Для определения симметричности расположения первых постоянных моляров мы использовали графический метод анализа ортопантограммы по А. И. Постолаки (рис. 1) [5].

При измерении угла наклона в качестве исходных осей использовалась линия, соединяющая первые постоянные моляры (предложенная нами модификация

линии по Даушу-Нойманну) [1] и центральная линия [4]. Ось зубов проводилась по методу R. Evans [4].

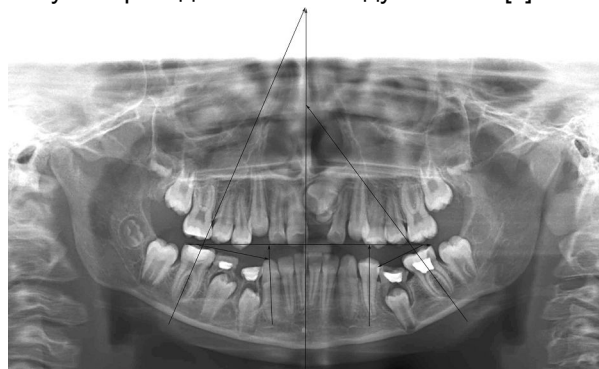


Рис. 1. Анализ ортопантограммы по графическому методу определения биосимметрии строения зубных рядов по А. И. Постолаки

Для определения метрической позиции молочных моляров в инфраокклюзии проводилось измерение расстояния от наиболее удаленной точки окклюзионной поверхности молочного моляра до окклюзионной плоскости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Случаи анкилоза молочных моляров, находящихся в различной степени инфраокклюзии, были выявлены на 30 ортопантограммах, что составило $(10,6 \pm 1,82) \%$.

Анализ ортопантограмм показал, что в $(88,1 \pm 1,92) \%$ случаев происходит мезиальный наклон первых постоянных моляров нижней челюсти в сторону зубов в инфраокклюзии. При вертикальном несоответствии между окклюзионной поверхностью молочного моляра и окклюзионной плоскостью менее 1 мм — наклон происходит в $(5,1 \pm 1,3) \%$ случаев; от 1 до 2 мм в $(33,9 \pm 2,81) \%$ случаев; от 2 до 3 мм в $(22,0 \pm 2,46) \%$; от 3 до 4 мм в $(16,9 \pm 2,23) \%$ и более 4 мм в $(10,2 \pm 1,8) \%$ случаев (табл.).

Средние показатели наклона зубов при различной степени инфраокклюзии молочных моляров

Угол наклона	1-го постоянного моляра по отношению к линии по Даушу-Нойманну	1-го постоянного моляра по отношению к центральной линии	Клыка по отношению к линии по Даушу-Нойманну
Менее 1 мм: первый молочный моляр второй молочный моляр	108,25 103,5	23,5° 13,5°	93,25 95,25
От 1 до 2 мм: первый молочный моляр второй молочный моляр	107,75 107,1	18,5° 17,35°	93,2 89,3
От 2 до 3 мм: первый молочный моляр второй молочный моляр	110,5 113,2	20,5° 21,3°	93,5 87,5
От 3 до 4 мм: первый молочный моляр второй молочный моляр	112,7 109,5	22,8 21,5	92,75 90
Более 4 мм: первый молочный моляр второй молочный моляр	111 122,2	22 31,8	87

Выявлена зависимость угла наклона зубов первого постоянного моляра и величины вертикального несоответствия между зубами в инфраокклюзии и окклюзионной плоскостью, что отображено в графике (рис. 2).

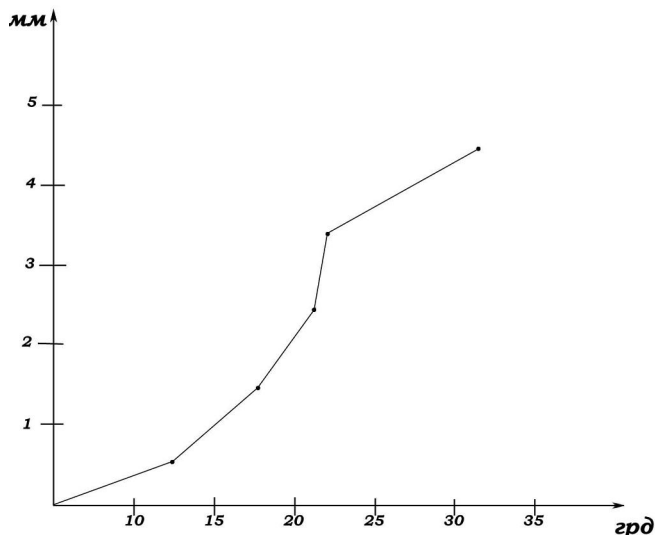


Рис. 2. График зависимости наклона первого постоянного моляра в сторону молочного моляра в состоянии инфраокклюзии (относительно центральной линии)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В $(88,1 \pm 1,92)$ % случаев происходит мезиальный наклон первых постоянных моляров нижней челюсти в сторону молочных моляров в состоянии инфраокклюзии, относительно центральной линии. Из них при вертикальном несоответствии между окклюзионной поверхностью молочного моляра и окклюзионной плоскостью менее 1 мм наклон происходит в $(5,1 \pm 1,3)$ % случаев; от 1 до 2 мм в $(33,9 \pm 2,81)$ % случаев; от 2 до 3 мм в $(22 \pm 2,46)$ %; от 3 до 4 мм в $(16,9 \pm 2,23)$ % и более 4 мм в $(10,2 \pm 1,8)$ % случаев.

Выявлена линейная зависимость угла наклона первых постоянных моляров от величины вертикального несоответствия зубов в инфраокклюзии и окклюзионной плоскости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боловина Я. П., Милохова В. В., Кирпиченко В. С. Стоматология — наука и практика. Перспективы развития // Материалы Всеросс. науч.-практ. конф., посвященной 50-летию стоматологического факультета Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград, 6—7 октября 2011 г. — Волгоград: ВолГМУ, 2011. — С. 261.
2. Миллет Д., Узлбери Р. Решение проблем в ортодонтии и детской стоматологии / Пер. с англ. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — С. 35—38, 104.
3. Митчелл Л. Основы ортодонтии / Пер. с англ.; под ред. Ю. М. Малыгина. — М.: БОТАР-Медиа, 2010. — 336 с.
4. Нётцель Ф., Шульц К. Практическое руководство по ортодонтической диагностике. Анализ и таблицы для использования в практике. — Львов: ГалДент, 2006. — С. 135.
5. Постолаки А. И. Графический метод определения биосимметрии строения зубных рядов у человека на ортопантомограммах // Академия Тринитаризма. URL: www.trinitas.ru/rus/doc/0016/001c/00161548.htm.
6. Уильям Р. Профит «Современная ортодонтия». — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — С. 337—338.
7. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. — М.: Медицинское информационное агентство, 2006. — С. 130, 117.
8. Hoffmeister H. Zungendruck oder vererbte Storanfalligkeit Hauptursache der infraposition und Inklusion von Milchmolaren // Fortschr Kieferorthop. — 1983. — № 44. — P. 316—325.
9. Hoffmeister H. Mikrosymptome als Hinweis auf vererbte Unterzahl, Überzahl und Verlagerung von Zähnen // Dtsch Zahnarztl. — 1977. — № 32. — P. 551—561.
10. Huber R. M. Inauguraldissertation: Untersuchung zum erbgang der primären zahneruptionsstörung // Abteilung für Kieferorthopädie der Albert Ludwigs-Universität Freiburg i. — Br., 2006. — № 2. — P. 8—9.

Контактная информация

Боловина Янина Петровна — к. м. н., зав. ортодонтическим отделением ГАУЗ ДКСП № 2, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: melkanis@yandex.ru