



Федеральное государственное бюджетное военное образовательное
учреждение высшего образования «Военно- медицинская академия имени С.
М. Кирова»

Кафедра: Челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

РЕФЕРАТ

Тема:

Клинические методы обследования в стоматологии

Зацаринный А.Е.

Клинические методы обследования

1. Цель клинического обследования. Методы обследования основные и дополнительные.

Целью клинического обследования ребенка является стремление правильно определить диагноз заболевания, что является залогом успешного лечения больного и профилактики болезни. Исследование полости рта – одно из звеньев обследования ребенка.

Применяемые в стоматологии методы исследования можно разделить на субъективные – расспрос больного (сбор медицинского и стоматологического анамнеза), жалобы и объективные - наружный осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, осмотр полости рта, термодиагностика, инструментальные (физические и рентгенологические) методы и лабораторные методы обследования, расчет диагностических моделей, фотографирование.

Обследование начинают с опроса ребенка или с опроса родителей или родственников. Жалобы могут быть связаны как с основным, так и с сопутствующим заболеванием.

Основной жалобой, предъявляемой стоматологическими пациентами является жалобы на боли в челюстно-лицевой области или в области пораженного зуба.

Оцениваются такие параметры как:

- характер боли (самопроизвольная, причинная)
- локализация (локализованная, разлитая)
- длительность (постоянная, кратковременная)
- выраженность (острая, тупая, ноющая, пульсирующая)
- иррадиация боли (с иррадиацией, без иррадиации)

Важным моментом исследования больного ребенка является правильно и с достаточной полнотой собранный анамнез. Практически всегда это позволяет врачу сделать правильные выводы относительно причин и характера заболевания, остроте возникновения, тяжести течения и периоде его развития.

2. Клинические методы обследования:

а) генеалогический анамнез; анамнез жизни (развитие, питание, перенесенные заболевания и др.); аллергологический анамнез; анализ заболевания.

Выяснив анамнез заболевания, необходимо получить сведения об анамнезе жизни. Сбор анамнеза жизни проводят по периодам детского возраста. Изучение стоматологического статуса: Изменения эмали зубов (несовершенный амелогенез), дентина (несовершенный дентиногенез), эмали и дентина (синдром Стейтона-Капдепона), размер, форма, количество зубов, аномалии размеров челюстей (макро- и микрогнатия), а также их положение в черепе (про- и ретрогнатия), адентия, диастема, прикрепление уздечек, мелкое преддверие полости рта, врожденное несращение верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, дизостозы (врожденное недоразвитие челюстных костей).

Объективное обследование, как правило, начинается с внешнего осмотра, который включает (психоэмоциональное состояние, показатели физического развития, осанка, походка, положение головы, речеобразование, размер ротового отверстия, характер дыхания (носовое, ротовое, смешанное); характер глотания, выделяют 2 типа глотания (соматический тип: свободное глотание, движение мимических мышц незаметны, язык расположен в верхнем этаже ротовой полости и упирается в твердое небо за верхними резцами, инфантильный тип: мимические мышцы и мышцы шеи напряжены, протруссия губ, увеличение высоты нижней трети лица, язык расположен в нижнем этаже ротовой полости и упирается в губы и щеки), состояние жевательной мускулатуры – проводится пальпаторно и визуально, в норме пальпация безболезненна, в покое мышцы расслаблены

(пальпация проводится бимануально, симметрично на обеих сторонах лица), функция ВНЧС.

Пальпация осуществляется симметрично спереди от козелка уха и по передней стенке наружного слухового прохода. Оценивается характер и симметричность движений нижней челюсти. Пальпация должна быть безболезненной, без щелчков и крепитаций. Амплитуда движений по вертикали - 40-50 мм, по горизонтали - 7 - 12 мм, форма ушных раковин, состояние кожи по линии сращения верхнечелюстного отростка с нижнечелюстным (впереди от козелка уха). При изменении линии сращения в цвете, наличии рудиментов следует искать другие симптомы нарушения формирования жаберных дуг, состояние лимфатического аппарата ЧЛЮ диагностика лимфоаденопатий имеет большое значение в распознавании многих инфекционных, иммунологических, опухолевых и других заболеваний органов полости рта. При этом необходимо придерживаться следующей схемы: в процессе осмотра необходимо установить время появления болезненности и/или увеличения лимфоузлов, динамику развития; при осмотре и пальпации лимфоузлы исследуют в таком порядке: затылочные, околоушные, подбородочные, подчелюстные, надчелюстные, поверхностные шейные, паратрахеальные.

б) Изучение стоматологического статуса - последовательность изучения стоматологического статуса; осмотр; пальпация; изучение функций (дыхания, смыкания губ, открывание рта, глотания, речевой артикуляции и др.); перкуссия зубов.

Осмотр полости рта начинается с визуальной оценки цвета и рельефа слизистой оболочки полости рта, отмечается нарушение целостности и наличие элементов поражения. Осмотр проводится с помощью 2-х зеркал по анатомо-топографическим зонам при естественном освещении. ВОЗ, (1997) рекомендует следующую последовательность осмотра:

- 1) Осмотр слизистой оболочки полости рта:
 - Комиссуры, слизистая оболочка губ
 - Преддверие полости рта
 - Слизистая оболочка щек
 - Слизистая оболочка твердого и мягкого неба
 - Спинка и боковые поверхности языка
 - Нижняя поверхность языка и дно полости рта

2) Гигиена полости рта и состояние пародонта.

3) Обследование зубов и зубных рядов.

4) Окклюзия и ортодонтический статус.

Архитектоника преддверия и дна полости рта.

Тяжи слизистой оболочки – в норме расположены в области премоляров постоянных и моляров временных зубов, вплетаются в переходную складку.

Форма и глубина преддверия (расстояние от края десны до наиболее низкой точки свода преддверия в состоянии расслабления мышц подбородка и губы, в норме 8-10 мм, 5 мм – мелкое преддверие).

Форма и прикрепление уздечек губ и языка (уздечки в норме имеют треугольную форму; уздечки губ широким основанием прикрепляются к губе и оканчиваются по средней линии альвеолярного отростка на расстоянии 5 мм от десневого края). Тест «натяжения» оценивает состояние уздечек губ. Оттягивание губы вниз и вперед вызывает смещение края десны от поверхности зубов и «побеление» межзубных промежутков – короткая уздечка.

В норме десна бледно-розового цвета, плотная, умеренно влажная, межзубные сосочки остроконечной формы. Оценивают консистенцию десны, определяют участки болезненности, наличие кровоточивости и выделений из карманов.

Осмотр зубных рядов:

При оценке зубного ряда учитывают взаимоотношение зубов, наличие зубных отложений, степень стертости коронок, наличие кариозных полостей и дефектов зубов некариозного поражения, качество пломб. Деформация зубных рядов, тесное положение зубов, наличие трем и диастем, выявление симптомов травматической окклюзии.

Для оценки состояния прикуса необходимо знать **периоды формирования прикуса:**

1. Период беззубых челюстей - от рождения до прорезывания первого зуба:

- ребенок не имеет зубов
- наличие в челюсти 20 зачатков временных и 16 постоянных (1,2,3,6 зубов) в каждом сегменте
- соотношение челюстей: щель по сагитали 7-14 мм (младенческая ретрогения), щель по вертикали 1-2,5 мм

Приспособления к акту сосания:

- плоское небо
- несформированный ВНЧС
- хоботообразные губы
- выраженные десневые валики с плотной десневой мембраной
- выраженный жировой комок Биша в толще щеки

2. Период временного прикуса – от 6 месяцев до 6 лет – от первого временного до прорезывания первого постоянного зуба

а) период формирующегося временного прикуса (6 мес-2,5-3 года):

- прорезывание зубов. В норме - своевременное, последовательное, парное. При патологии-замедленное, преждевременное, непоследовательное, непарное.
- соотношение челюстей-устраняется щель по сагитали. Устраняется щель по вертикали за счет прорезывания зубов. исчезают приспособления к акту сосания.
- дыхание носовое, глотание соматическое.

б) период сформированного временного прикуса (2,5-3года-6 лет)

Зубная дуга в виде полукруга. 10 зубов на верхней и 10 зубов на нижней челюсти.

- соотношение челюстей: зубы верхней челюсти перекрывают зубы нижней челюсти на 1/3 высоты коронки(в переднем отделе) В переднем отделе -режуще-бугорковый контакт, в боковых отделах -фиссурно-бугорковый контакт. Небные бугры верхних зубов располагаются в фиссурах нижних.

- происходит резорбция корней I и II зубов. Появляется их физиологическая подвижность, физиологическая стираемость резцов, появляются тремы и диастемы в переднем отделе

3. Период сменного прикуса - 6-12 лет. От прорезывания первого постоянного до прорезывания последнего седьмого зуба:

- прорезывание постоянных зубов. В норме - своевременное, последовательное парное. Формируются корни постоянных зубов

- соотношение челюстей: зубы верхней челюсти перекрывают зубы нижней на 1/3 высоты коронки в переднем отделе. В переднем отделе - режуще-бугорковый контакт, в боковых отделах - фиссурно-бугорковый контакт. Мезионебный бугор верхнего шестого зуба находится в фиссуре нижнего шестого зуба

- происходит резорбция корней клыков и временных моляров, появляется их подвижность, физиологическая стираемость III, IV, V зубов. Появление трем между клыками и временными молярами.

4. Период формирования постоянного прикуса (12-21 год). Заканчивается прорезыванием зубов мудрости.

Характеристика ортогнатического прикуса:

- зубы верхней челюсти перекрывают зубы нижней челюсти на 1/3 высоты коронки в переднем отделе

- в переднем отделе режуще-бугорковый контакт, в боковых отделах фиссурно-бугорковый контакт

- каждый зуб, кроме 41,31,и17,27 или 18, 28 имеет 2 антагониста. В качестве антагонистов зубы верхней челюсти имеют одноименный и позади стоящий, а зубы нижней челюсти - одноименный и впередистоящий зубы

- средняя линия лица совпадает с линией, проходящей между центральными резцами верхней и нижней челюстей

- отсутствие трем и диастем

- множественные контакты по окклюзионной плоскости

- зубы верхней челюсти расположены по дуге полуэллипса, а зубы нижней челюсти по параболе

Прикус – это характер смыкания зубных рядов в положении центральной окклюзии. Прикус может быть физиологическим и патологическим.

Физиологические формы прикуса:

1. Ортогнатический прикус
2. Прямой прикус. В переднем отделе контакт режущих краев резцов.
3. Ортогнатический прикус с глубоким резцовым перекрытием. В переднем отделе зубы верхней челюсти перекрывают зубы нижней челюсти более чем на 1/3 высоты коронки с сохранением режуще-бугоркового контакта
4. Физиологическая бипрогнатия. Вестибулярный наклон зубов верхней и нижней челюсти.
5. Физиологическая опистогнатия. Оральный наклон зубов верхней и нижней челюсти.

Патологические формы прикуса:

1. Дистальный прикус. Характеризуется нарушением соотношения как передних, так и боковых зубов, а именно: верхний зубной ряд смещен вперед по отношению к нижнему или нижний зубной ряд смещен назад по отношению к верхнему.
2. Мезиальный прикус. Нарушение смыкания зубных рядов, а именно: верхний зубной ряд смещен назад по отношению к нижнему или нижний зубной ряд смещен вперед по отношению к верхнему.
3. Глубокий прикус. Верхние резцы перекрывают одноименные нижние зубы без их смыкания.
4. Открытый прикус. Группа зубов (в переднем или боковом отделе) не смыкается, создавая вертикальную щель.
5. Перекрестный прикус. Различают:
 - а) **Вестибулоокклюзия** – смещение нижнего или верхнего зубного ряда в сторону щеки;
 - б) **Палатиноокклюзия** – смещение верхнего зубного ряда небно;
 - в) **Лингвоокклюзия** – смещение нижнего зубного ряда язычно.

Обследование зубов.

Обследование зубов и зубных рядов проводят в определенном порядке, начиная с верхней челюсти, и последовательно осматривают каждый зуб от зуба 1.8. до зуба 2.8. на верхней челюсти и от зуба 3.8. до зуба 4.8. на нижней.

При осмотре каждого зуба обращают внимание на следующее:

- его положение

- форму

- цвет

- состояние твердых тканей (поражение кариесом, флюорозом, гипоплазией)

- наличие пломб, вкладок, их состояние
- устойчивость зуба
- положение по отношению к окклюзионной поверхности зубного ряда.

Определение состояния периодонта проводят с помощью перкуссии:

Перкуссия – постукивание по режущему краю или жевательной поверхности зуба пинцетом или ручкой зонда – для определения состояния периодонта. При наличии воспалительного процесса в периодонте – болевые ощущения. Перкуссию начинают со здоровой стороны. Различают вертикальную (удары совпадают с осью зуба) и горизонтальную (удары имеют боковое направление) перкуссию.

Подвижность зубов определяют пинцетом путем раскачивания. Существует физиологическая подвижность зуба (является естественной, визуально незаметной и обусловленной эластичностью периодонта).

Патологическая подвижность (заметное глазом смещение даже от воздействия небольшого усилия). Выделяют 4 степени патологической подвижности зубов (Энтин Д.А.):

- I смещение зуба в одном направлении (вестибуло-оральном)
- II смещение зуба в двух направлениях (вестибуло-оральном и мезио-дистальном)
- III смещение зуба в трех направлениях (вестибуло-оральном, мезио-дистальном и вертикальном направлении)
- IV возможны, кроме всего прочего вращательные движения зуба.

Методы диагностики аллергических состояний.

Современная аллергология располагает большим количеством специфических диагностических тестов, для проведения и истолкования результатов которых необходимы специалисты – аллергологи и соответствующие условия.

В развитии стоматологических заболеваний аллергической природы преимущественное значение имеют реакции замедленного типа, хотя в практике наблюдаются и немедленные аллергические реакции. По характеру развивающейся патологии, способам сенсибилизации и видам иммунных факторов аллергические реакции замедленного и немедленного типа имеют принципиальные отличия. Однако эти реакции могут развиваться параллельно, независимо друг от друга; гиперчувствительность замедленного типа может быть ранней стадией аллергического ответа, протекающего по немедленному типу. Используются специфические и неспецифические тесты