

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

«Методы обследования пациентов в клинике практической
стоматологии»

Выполнил ординатор кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «ортопедия»
Урсу Даниела

Красноярск 2018

СОДЕРЖАНИЕ

1.ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ.....	3
2.ВВЕДЕНИЕ.....	4
3.ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ	5
4.СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	14

1.ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Цель: Ознакомить с теоретическими и практическими вопросами обследования больных в клинике практической стоматологии.

Задачи:

- Изучить способы обследования пациентов.
- Изучить способ ведения стоматологического приема в клинике практической стоматологии

2.ВВЕДЕНИЕ

В результате патологических процессов кариозного и некариозного происхождения возникают дефекты твердых тканей зубов. При этом изменяется анатомическая форма коронок зубов, что приводит к нарушениям функции жевания, речи, эстетическим нарушениям лица.

С целью определения характера и степени морфологических изменений, связанных с заболеванием, функциональных нарушений, обусловленных данным заболеванием, а также в целях установления диагноза, выбора метода лечения и разработки профилактических мероприятий проводится обследование пациента.

3.ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Обследование пациентов проводят по общепринятой методике с включением в схему обследования жалоб пациента и данных анамнеза (вербальные методы), данных клинического (осмотр, пальпация, зондирование, перкуссия, исследование диагностических моделей) и параклинического обследования (рентгенологическое исследование, электроодонтометрия и др.).

Клиническое исследование отдельных зубов является частью полного обследования пациента перед выполнением лечебной процедуры и включает в себя визуальные, мануальные, инструментальные методы обследования для оценки целостности клинической коронки зуба.

При осмотре каждого зуба обращают внимание на следующее:

- форму, цвет и положение в зубном ряду;
- состояние твердых тканей (кариозные и некариозные поражения);
- степень разрушения коронковой части;
- наличие пломб, вкладок, искусственных коронок, их состояние;
- соотношение его внеальвеолярной и внутриальвеолярной частей;
- устойчивость;
- положение по отношению к окклюзионной поверхности зубного

ряда.

При оценке качества пломбы определяют плотность прилегания ее к тканям зуба, отсутствие или наличие признаков вторичного кариеса, эстетический оптимум.

Степень разрушения твердых тканей коронки и корня зуба определяется в два этапа: до и после удаления всех размягченных тканей. Только после удаления всех размягченных тканей можно с уверенностью говорить о возможности сохранения оставшейся части твердых тканей зубов.

Параллельно с визуальным анализом используются мануальные (пальпация) и инструментальные методы: зондирование, перкуссия, определение подвижности зубов.

Зондирование проводится с целью определения целостности твердых тканей, их плотности, выявления дефекта, определения чувствительности тканей, исследования десневой бороздки или десневого кармана, краев пломб, вкладок

или искусственных коронок. В норме стоматологический зонд свободно скользит по поверхности зуба, не задерживаясь в складках и углублениях эмали. При наличии патологического процесса, иногда неопределяемого визуально, зонд задерживается в тканях зуба. Изменения в опорно-удерживающем аппарате зуба выявляют с помощью перкуссии.

Важную информацию получают при анализе диагностических моделей челюстей. Исследуют объем утраты твердых тканей, топографию дефекта, соотношение с рядом стоящими зубами и антагонистами. Возможно проведение морфометрических исследований (измерение размеров коронки зуба) и сопоставление с нормой и др.

Неоценимую информацию при обследовании больных с патологией твердых тканей зубов дает рентгенологическое исследование (ортопантограмма, панорамная и прицельная рентгенограммы): оценка топографии пульповой камеры и дефекта коронки, оценка состояния периапикальных тканей, краевого прилегания пломб, вкладок, коронок и пр.

Электроодонтометрия дает важную информацию о функциональном состоянии пульпы зуба, что важно для оптимального планирования лечения.

На основании полученных при обследовании пациента данных формулируется диагноз, составляется план лечения, который должен включать подготовку полости рта к протезированию, собственно ортопедическое лечение дефекта твердых тканей коронковой части зуба и реабилитационно-профилактические мероприятия.

Особенностью диагноза в клинике ортопедической стоматологии является то, что основное заболевание, по поводу которого пациент обратился к врачу стоматологу-ортопеду, обычно является следствием других заболеваний (кариес, пародонтит, травма и др.).

При оформлении диагноза необходимо выделить:

- основное заболевание зубочелюстной системы и осложнение основного заболевания;
- сопутствующие заболевания стоматологические;
- сопутствующие заболевания общие.

Для облегчения планирования обоснованных лечебных и реабилитационных мероприятий целесообразно диагностический процесс осуществлять в определенной последовательности, при которой оценивают:

- целостность зубных рядов;
- состояние твердых тканей зубов;
- состояние пародонта;
- состояние окклюзии, височно-нижнечелюстных суставов и мышц;
- состояние имеющихся протезов и протезного поля (слизистая оболочка рта, языка, преддверия, губ, беззубые альвеолярные гребни).

Специальные методы обследования

Мастикациография – графический метод регистрации рефлекторных движений нижней челюсти (от греческого **masticatio** – жевание, **grapho** – пишу). Для пользования этим методом были сконструированы аппараты состоящие из регистрирующих приспособлений, датчиков и записывающих частей. Запись производилась на кимографе или на осцилографических и тензометрических установках.

Наиболее целесообразным местом для установки регистрирующих приборов следует считать подбородочную область нижней челюсти, где мягкие ткани сравнительно мало смещаются во время функции. Кроме того, амплитуда движений этой части нижней челюсти в процессе жевания больше, чем других ее участков, вследствие чего регистрирующий прибор

лучше улавливает их. Опыт работы с аппаратами, имеющими несколько регистрирующих приспособлений, показал, что они пригодны для детальных исследований лишь в условиях специальной лаборатории. В связи с этим был сконструирован более простой и удобный аппарат — мастикациограф, позволяющий регистрировать движения нижней челюсти на кимографе в нормальных физиологических условиях (рис. 1). Аппарат состоит из резинового баллона (Б), помещенного в специальный пластмассовый футляр (А), который повязкой (В) с градуированной шкалой (Е), показывающей степень прижима баллона к подбородку, прикрепляется к подбородочной области нижней челюсти. Баллон при помощи воздушной передачи (Т) соединяется с мареевской капсулой (М), что позволяет записывать на кимографе (К) движения нижней челюсти.

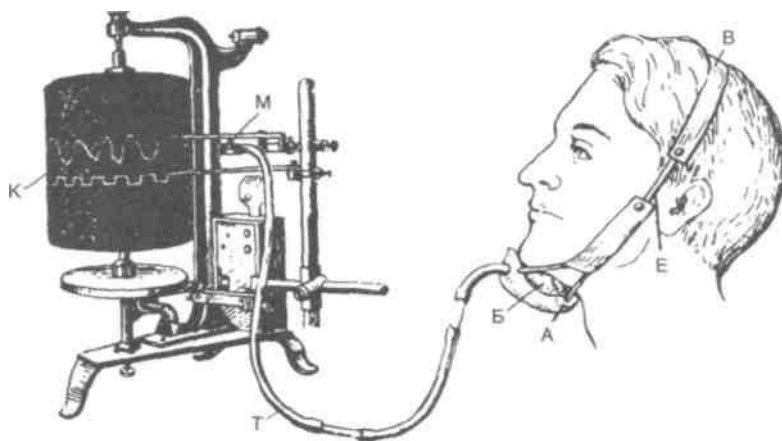


Рис.1

Пользование описанной методикой показало, что запись жевательных движений нижней челюсти представляет собой ряд следующих друг за другом волнообразных кривых. Весь комплекс движений, связанный с жеванием куска пищи, от начала его введения в рот до момента проглатывания, характеризуется как жевательный период (рис. 2). В каждом жевательном периоде различается пять фаз. На кимограмме каждая фаза имеет свою характерную запись.

Первая фаза — состояние покоя — соответствует периоду до введения пищи в рот, когда нижняя челюсть неподвижна, мускулатура находится в

минимальном тоне и нижний зубной ряд отстоит от верхнего на расстоянии 2~3 мм, то есть соответствует положению покоя нижней челюсти. На кимограмме эта фаза обозначается в виде прямой линии в начале жевательного периода, то есть изолинии.

Вторая фаза — открывание рта и введение пищи. Графически ей соответствует первое восходящее колено кривой, которое начинается сразу от линии покоя. Размах этого колена зависит от степени открывания рта, а крутизна его указывает на скорость введения в рот

Третья фаза — начальная фаза функции жевания (адаптация), начинается с вершины восходящего колена и соответствует процессу приспособления к начальному размельчению куска пищи. В зависимости от физико-механических свойств пищи происходят изменения в ритме и размахах кривой этой фазы. При первоначальном размельчении целого куска пищи одним движением кривая этой фазы имеет плоскую вершину (плато), переходящую на пологое нисходящее колено — до уровня покоя. При начальном сжатии куска пищи за счет нескольких движений, путем подыскивания лучшего места и положения, для его размельчения, происходят соответствующие изменения в характере кривой. На фоне плоской вершины имеется ряд коротких волнообразных подъемов, расположенных выше уровня линии покоя. Наличие плоской вершины в этой фазе говорит о том, что сила, развиваемая жевательной мускулатурой, не превысила сопротивления пищи и не раздавила ее. Как только сопротивление преодолено, плато переходит в нисходящее колено. Начальная фаза функции жевания и зависимости от различных факторов может быть отображена графически в виде одной волны или представляет собой сочетание волн, состоящих из нескольких подъемов и спусков разной высоты.

Четвертая фаза — основная фаза функции жевания — графически характеризуется правильным периодическим чередованием жевательных

волн. В жевательную волну включаются все движения, которые связаны с одним опусканием и подъемом нижней челюсти до смыкания зубов. В ней надо различать восходящее колено, или подъем кривой АБ, и нисходящее колено, или спуск кривой ВС. Восходящее колено соответствует комплексу движений, связанных с опусканием нижней челюсти. Нисходящее колено соответствует комплексу движений, связанных с подъемом нижней челюсти. Вершина жевательной волны Б обозначает предел максимального опускания нижней челюсти, а величина угла указывает на скорость перехода к подъему нижней челюсти.

После окончания основной фазы жевания начинается фаза формирования комка пищи с последующим проглатыванием его. Графически эта фаза выглядит в виде волнообразной кривой с некоторым уменьшением высоты волн. Акт формирования комка и подготовки его к проглатыванию зависит от свойств пищи: формирование комка мягкой пищи происходит в один прием, формирование комка твердой, рассыпчатой пищи — в несколько приемов. Соответственно этим движениям на ленте кимографа записываются кривые.

Миография

Функция поперечнополосатой мускулатуры изучается при помощи различных приборов, регистрирующих утолщение и уменьшение соответствующих групп мышц во время их сокращения или расслабления. Методом миографии регистрируется деятельность мышц, связанная с изменением их толщины во время изотонических и изометрических сокращений. В процессе жевания толщина мышц изменяется в связи с повышением и понижением их тонуса. Метод миографии применяется для учета рефлекторных сокращений (утолщения и утоньшения) жевательной мускулатуры. Внедрение миографии в клинику является перспективным для регистрации функции мимической мускулатуры в норме и при патологии.

Реографические исследования

Реография — метод исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов различных органов и тканей, основанный на графической регистрации изменений полного электрического сопротивления тканей. В стоматологии разработаны методы исследования кровообращения в зубе — реодентография, в тканях пародонта — реопародонтография, околоуставной области — реоартрография. Реографию применяют для ранней и дифференциальной диагностики, оценки эффективности лечения различных заболеваний. Исследования проводят с помощью реографов — аппаратов, позволяющих регистрировать изменения электрического сопротивления тканей, и специальных датчиков. Запись реограммы проводят на пишущих приборах.

6. Поставьте окончательный диагноз (развернутый стоматологический диагноз) и укажите сопутствующие заболевания зубочелюстной системы (синдром Костина, артрита, артроза различной этиологии, привычные вывихи височно-нижнечелюстных суставов, аллергия к акриловой пластмассе, заеды, снижение высоты прикуса и т. д.)

7. Установите необходимость предварительной подготовки (хирургической или общетерапевтической) полости рта к протезированию.

Телерентгенография (дальнедистанционная рентгеносъёмка) — рентгенологический метод исследования челюстно-лицевой области, для которого характерно увеличение расстояния между плёнкой и рентгеновским фокусом при расположении кассеты с пленкой вплотную к голове обследуемого. За счет этого снижается поглощенная доза рентгенологического излучения и сводится к минимуму пространственные искажения получаемого изображения.

Возможности методики телерентгенографии

Определение формы и строения черепа и лицевого скелета нормальной величины;

Дифференциальная диагностика деформаций с анатомическими вариациями;

Изучение различных вариантов расположения челюстей в соотношении с костями черепа;

Установление зависимости между аномалиями прикуса и анатомическими вариантами строения черепа;

Определение расположения мягких тканей и соотношения их с костной основой лицевого скелета;

Регистрация и изучение изменений происходящих во время роста;

Регистрация и изучение изменений происходящих во время лечения.

Техника получения телерентгенограмм

Для проведения телерентгенографии необходимо специальное приспособление, которое позволило бы произвести правильную и надежную фиксацию головы исследуемого в нужном положении. С этой целью был предложен ряд установок — цефалостатов, краниостатов (по Nofrath, Korkhaus, Kantorowich и др.). Принцип устройства их одинаковый. Основными составными частями служат краниостат для фиксации головы и устройство для кассеты.

Для получения хороших телерентгенограмм (ТРГ) необходимо соблюдать определенные правила. Расстояние между тубусом рентгеноаппарата и плёнкой должно быть по возможности большим и постоянным. Различные авторы приводят неодинаковые расстояния (от 30 см до 4-5 м).

Для ТРГ используют аппараты, имеющие рентгеновские трубки высокой мощности, а время экспозиции сокращено до 0,2 сек., чтобы уменьшить степень облучения. Телерентгенограммы черепа выполняются на кассете с усиливающими экранами размером 24x30 см, увеличение изображения составляет 2-4% и им практически можно пренебречь. Кассету с пленкой устанавливают параллельно срединно-сагиттальной полосы

головы и перпендикулярно центральному лучу рентгеновского аппарата, который рекомендуют направлять к наружному слуховому проходу или в область моляров верхней челюсти. Как можно плотнее прижимают кассету к голове больного, чтобы получить телерентгенограммы без значительного искажения. При необходимости мягкие ткани маркируют вязким контрастным веществом (йодолипол, барийодол и др.), на мягкое нёбо также наносят рентгеноконтрастные метки.

Таким образом, на снимках должны быть видны не только костные структуры, но и мягкие ткани челюстно-лицевой области, мягкое небо, язык, задняя стенка глотки.

Перед съёмкой на кожу лица по срединно-сагиттальной линии кисточкой наносят пасту сульфата бария или смесь опилок серебряной амальгамы с глицерином, чтобы на одной пленке получить контуры костной основы и мягких тканей. При помощи профильной (срединно-сагиттальной) линии, цинковых наклеек и треугольника устанавливают правильное положение головы пациента, рентгеновской трубки и кассеты. Соответственно слою бария на рентгенограмме видны контуры мягких тканей. Точки *tragia* и orbitale отмечаются цинковыми кусочками 0,5мм толщины. Эти кусочки наносят на лицо так, что короткий выступ отметки, располагающийся вблизи кассеты, обращен кверху, а отметки, отдаленной от кассеты — книзу. Треугольник служит для установления кассеты, направления соединительной линии зрачков и центрального луча рентгеновского аппарата.

Сложности строения черепа требуют выполнения рентгенограмм в двух взаимно перпендикулярных проекциях — прямой и боковой. В практической работе в большинстве случаев используется лишь телерентгенография в боковой проекции.

4. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Лебеденко И.Ю. ВВЕДЕНИЕ В СПЕЦИАЛЬНОСТЬ "СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ". ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ/ под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливрадзияна. Ортопедическая стоматология -2016.- С.205-215
- Ковальский В.Л. Алгоритмы организации и технологии оказания основных видов стоматологической помощи. – М.: Мед книга, 2004. – 180с.
- Моторкина Т.В., Дмитриенко С.В., Краюшкин А.И., Михальченко Д.В., Шемонаев В.И. Клинические классификации, применяемые в ортопедической стоматологии: учебно-методическое пособие. – 2005. – 64с.
- Рогацкин Д.В., Гинали Н.В. Искусство рентгенографии зубов. – 2007. – 200с
- Предварительное лечение больных перед зубным протезированием / под ред. В.Н. Трезубова. – 2009. – 160с.
- Алабин И.В., Митрофаненко В.П. Анатомия, физиология и биомеханика зубочелюстной системы. – М., 2002. – 241с.
- Долгих В.Т. Клиническая патофизиология для стоматолога. – М., 2000.