Тема: Осмотр детей разного возраста. Медицинская документация, инструменты. Клинические аспекты развития зубов. Рентгеносемиотика заболеваний зубов и околозубных тканей в детском возрасте.

3. Цель: подготовка врача стоматолога, способного оказывать пациентам амбулаторную стоматологическую помощь при основных стоматологических заболеваниях в зависимости от индивидуальных и возрастных анатомо-физиологических особенностей детского организма с использованием современных достижений медицинской науки и практики.

4. Задачи:

Обучающая:

* Ознакомиться с медицинской документацией, инструментарием в работе стоматологического детского отделения.
* Знать клинические аспекты развития молочных и постоянных зубов.
* Знать клинико-рентгенологические признаки **заболеваний зубов и пародонта у детей и подростков.**

Развивающая:

* Уметь оформлять медицинскую документацию.
* Уметь проводить осмотр ребенка с использованием основных и дополнительных методов исследования.

Воспитывающая:

* Воспитывать профессиональную ответственность за свою будущую медицинскую деятельность

5. Вопросы для рассмотрения:

1. Сроки прорезывания, формирование и резорбция корней временных зубов.

2. Сроки формирования, прорезывания коронок и корней постоянных зубов.

3.Опрос (сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнез развития и болезни организма ребёнка, вскармливание, питание ребёнка, болезни родителей, наследственность).

4. Общий осмотр ребёнка. Исследование стоматологического статуса.

5. Осмотр полости рта. Инструментальное исследование (зондирование, перкуссия).

6.Дополнительные методы исследования (витальное окрашивание, одонтодиагностика, рентгенография, электрометрия, трансиллюминация, тесты для прогнозирования кариеса).

7. Медицинская документация, учетные формы.

8. Клинико-рентгенологические признаки **заболеваний зубов и пародонта у детей и подростков.**

6. Основные понятия темы:

 **1**. Таблица. Сроки прорезывания, формирования и рассасывания молочных зубов

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Зубнаяформула | Начало минерализации (внутриутробный период) | Срокипрорезывания,мес | Окончаниеформированиякорня | Начало рассасыва­ния корней |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I | I | 51,61 |
| I | I | 81,71 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| II | II | 52, 62 |
| II | II | 82, 72 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| III | III | 53. 63 |
| III | III | 83, 73 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IV | IV | 54, 64 |
| IV | IV | 84, 74 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| V | V | 55, 65 |
| V | V | 85, 75 |

 | 4,5 мес внутриутробного развитияТо же7,5 мес внутриутробного развитияТо же« » | 6-88-1216-2012-1620-30 | К 2 годам То же К 5 годам К 4 годамТо же | С 5-го года С 6-го годаС 8-го годаС 7-го годаТо же |

 **2**. Таблица. Сроки формирования и прорезывания постоянных зубов.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Зубная формула | Срокизакладкифолликула | Начало минерали­зации | Окончаниеформированияэмали | Сроки |
| прорезывания | формирова­ния корней |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6 | 6 | 16, 26  |
| 6 | 6 | 46, 36 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 1 | 11,21 |
| 1 | 1 | 41, 31 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | 2 | 12, 22 |
| 2 | 2 | 42, 32 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4 | 4 | 14, 24 |
| 4 | 4 | 44, 34 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 | 3 | 13, 23 |
| 3 | 3 | 43, 33 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5 | 5 | 15, 25 |
| 5 | 5 | 45, 35 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7 | 7 | 17, 27 |
| 7 | 7 | 47, 37 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 8 | 8 | 18, 28 |
| 8 | 8 | 48, 38 |

 | 5 мес. внут­риутробного развития8 мес. внут­риутробногоразвитияТо же2 года8 мес. внут­риутробногоразвития3 годаТо же5 лет | 9 мес. внут­риутробного развития6-й месяц9-й месяц2,5 мес.6 мес.3,5 мес3,5 года8-й год | 2—3 года4 года — 5 летТо же5—6 лет6—7 летТо же7—8 летПосле 18-20 лет | 6-й год6—8-й год8—9-й год11 —12-й год9—10-й год11 —12-й год12—13-й годРазличные | 10-й годТо же« »12-й год12-й год12-й год15-й годРазличные |

**3**.Обследование ребенка начинают с выявления причины обращения и проблем, беспокоящих ребенка и его родителей. Цель посещения стоматолога может быть профилактической или лечебной.

 Анамнез — основные сведения о жизни ребенка, которые устанавливают путем опроса ребенка и его родителей. Изучение анамнеза помогает установить факторы риска и причинные факторы развития стоматологических заболеваний.

 Характеристика анамнеза жизни ребенка включает различные сведения, важность которых определяется клинической картиной заболевания.

 Анамнез заболевания — субъективная характеристика ребенком и его родителями динамики заболевания от его начала до обращения к врачу-стоматологу

 Правильно собранный анамнез в большинстве случаев позволяет предположить диагноз, который в дальнейшем должен быть подтвержден объективными методами обследования больного.

 Сбор анамнеза включает изучение записей в медицинской документации ребенка (амбулаторная карта, санационная карта, педиатрическая карта развития ребенка). Полученные сведения о физическом развитии и состоянии здоровья ребенка, перенесенных заболеваниях и проводившемся ранее лечении помогают в постановке диагноза и составлении плана лечебно-профилактических мероприятий.

**4.** Объективное обследование начинают с общего осмотра ребенка, цель которого — определение влияния стоматологических заболеваний на общее состояние здоровья пациента, а также выявление связи между заболеваниями полости рта и патологией внутренних органов.

 Общее состояние ребенка может быть удовлетворительным, средней степени тяжести, тяжелым и крайне тяжелым.

 Состояние кожных покровов лица и шеи определяют на основании осмотра и пальпации. В норме кожные покровы естественного цвета, чистые, влажные, теплые.

 Тургор тканей определяют путем сжатия двумя пальцами кожи, подкожной клетчатки и мышц. При этом в норме отмечают плотность и упругость тканей. Снижение тургора — признак длительного воспалительного процесса.

 Состояние периферических лимфатических узлов. Пальпацию проводят мягкими скользящими кругообразными движениями фаланг II-III пальцев обеих рук (симметрично расположенных узлов) или одной руки (подбородочных узлов).

 Восприятие эстетики лица зависит от субъективного мнения наблюдателя, для объективной оценки определяют показатели симметрии, пропорциональности и формы, выявляют диспропорции.

 Функцию височно-нижнечелюстного сустава определяют на основании жалоб, результатов пальпации головок суставных отростков нижней челюсти и жевательных мышц, наблюдения за пациентом во время открывания и закрывания рта, в покое. В норме открывание рта плавное, свободное, полное, безболезненное, бесшумное.

 **5**. При клиническом обследовании используют следующий алгоритм:

•оценивают состояние губ, преддверия рта, уздечек языка и губ;

•осматривают слизистую оболочку щек, языка и других отделов полости рта;

•оценивают количество, форму, размер и расположение зубов, зубных рядов и окклюзии;

•изучают состояние тканей пародонта и зубов (клинико-инструментальные методы).

**6.** Метод визуального исследования.

 Метод витального окрашивания зуба

 Стоматоскопия в ультрафиолетовом освещении показана для диагностики степени активности и распространенности (по площади) деминерализации при видимых кариозных пятнах. Проводится в за­темненной комнате с помощью флуоресцентного стоматоскопа. Пред­варительно поверхность поврежденного зуба очищают от налета.

Наиболее широко используют вну­триротовые (контактные и вприкус) снимки, менее известны интерпро­ксимальные (по Раперу) и снимки с большим фокусным расстоянием.

В поликлинических условиях чаще всего применяют внутриротовую близкофокусную контактную рентге­нографию.

Ортопантомография дает возмож­ность получить увеличенное изображение изогнутых верхних и нижних челюстей на одной пленке. Это позволяет произвести сравнение состояния костной ткани на разных участках. Радиовизиография - дентальная компьютерная рентгенография, ее выполняют с соблюдением правил биссектрисы и касательной.

Томография позволяет получить рентгеновское изображение определенного слоя кости и составить пред­ставление о послойном строении тка­ни.

Трансиллюминационный метод. Метод трансиллюминации позволяет оценить тенеобразования, наблюдае­мые при прохождении через объект исследования безвредного для орга­низма холодного луча света.

**7**. Медицинская карта стоматологического больного — учетная форма 043/У — это документ, в котором регистрируют паспортные данные, результаты проводимого обследования и лечения. По записи можно судить об эффективности лечения. Первый раздел медицинской карты — паспортная часть. Этот раздел заполняют в регистратуре при первичном обращении больного в поликлинику. Все последующие разделы заполняет врач. Графу «Диагноз» заполняет лечащий врач: записывает окончательный диагноз после расспроса, осмотра и проведения (при необходимости) дополнительных исследований. В некоторых случаях диагноз может быть уточнен или даже заменен, но при этом должна быть указана дата. Во всех случаях диагноз должен быть указан в соответствии с существующими классификациями. В графе «Развитие настоящего заболевания» необходимо указать появление первых признаков заболевания, характер течения, лечение и его эффективность. В карту должны быть внесены результаты лабораторных и других исследований. Специальный раздел карты отводится для составления плана лечения. Это важно сделать в первое посещение больного, что позволяет осуществлять полное и комплексное лечение (с учетом хирургического и ортопедического лечения). Наличие плана лечения необходимо еще и потому, что больной по какой-либо причине может попасть к другому врачу. В разделе «Дневник» делают краткую, но четкую запись о состоянии больного и результатах проводимого лечения. Медицинскую карту больного как юридический и научный документ в течение 5 лет хранят в регистратуре, а затем сдают в архив.

 **8.** Рентгенологический метод исследования при кариесе применяют также для выяснения топографической близости кариозного дефекта к полости зуба в процессе проведения дифференциальной диагностики неосложнѐнного и осложнѐнного кариеса.

 Стадия пятна рентгенологически не определяется, так как убыли твердых тканей зуба в этой стадии еще нет. При среднем и глубоком кариесе в процесс вовлекается дентин. При длительном течении хронических форм пульпита во временных зубах возможно развитие изменений в тканях периодонта, которые рентгенологически выявляются в виде разрежения костной ткани в области бифуркации и верхушек корней.

 Рентгенологически при острых периодонтитах обычно не наблюдается видимых деструктивных изменений, анатомические границы периодонта не изменяются.

Хронический фиброзный периодонтит(фиброз периодонта). Периодонтальная щель теряет свои равномерные очертания, то расширяясь, то сужаясь.

 Хронический гранулирующий периодонтит**.** Отмечается деструкция периодонтальной щели. У верхушки корня образуются различных размеров участки разрежения костной ткани без четких границ. Поверхность корня становится неровной, шероховатой, с единичными или множественными узурами. Во временных зубах может наблюдаться значительное укорочение корня за счет патологической резорбции.

 Хронический гранулематозный периодонтит на рентгенограмме проецируется в виде разрежения костной ткани округлой или овальной формы у корня зуба.

Клинико-рентгенологические признаки заболеваний тканей пародонта. Изменения различаются по периодам: период временного прикуса, период сменного прикуса, период постоянного прикуса

-Катаральный гингивит.Рентгенологические изменения в краевых отделах межальвеолярных перегородок у большинства больных при хроническом катаральном гингивите отсутствуют.

-Гипертрофический гингивит. При рентгенологическом исследовании обнаруживается остеопороз межальвеолярных перегородок без деструкции компактной пластинки.

 -Язвенно-некротический гингивит. На рентгенограмме изменения в тканях пародонта отсутствуют.

-Локализованный пародонтит.Рентгенологически определяется расширение периодонтальной щели, деструкция кортикальной пластинки вершины межзубной перегородки, остеопороз межзубной перегородки в верхней и средней ее трети, который может смениться резорбцией при прогрессировании процесса. -Генерализованный пародонтит.

При генерализованном пародонтите определяются следующие рентгенологические изменения костной ткани: расширение периодонтальной щели, остеопороз межальвеолярной перегородки, деструкция кортикальной пластинки альвеолы, вертикальная, горизонтальная или смешанная резорбция альвеолярного отростка, наличие костного кармана.