

КЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ



Целью клинического обследования больного является правильная постановка диагноза, что в свою очередь необходимо для успешного лечения больного. Следует отметить, что обследование полости рта является одним из звеньев общего обследования больного.

Методы обследования больного принято делить на клинические - основные (используются у кресла, кровати больного) и параклинические - дополнительные (инструментальные, лабораторные, рентгенологические, т.е. обследование, проводимые во вспомогательных службах).

Основные методы

Опрос больного (клиническая беседа);

Внешний осмотр лица;

Обследование полости рта:

- Изучение слизистой оболочки полости рта;
- Обследование зубов и зубных рядов;
- Исследование пародонта;
- Обследование беззубой альвеолярной части;
- Пальпация и перкуссия.

Опрос больного (анамнез)

Опрос больного состоит из следующих последовательно изложенных разделов:

1. жалобы и субъективное состояние больного;
2. история данного заболевания;
3. история жизни больного.

Расспрос больного - сбор анамнеза - является первым и очень важным этапом исследования. Кроме выявления жалоб, указывающих на признаки заболевания, расспросы позволяют дать оценку течению болезни и проводимого лечения. Расспрос больного, правильно проводится в большинстве случаев и позволяет предположить диагноз, который в дальнейшем должен быть подтвержден объективными методами.

Объективное обследование

Объективное обследование включает осмотр, перкуссию, пальпацию и ряд дополнительных методов.

Обзор органов и тканей рта

Цель обзора - выявить изменения в челюстно-лицевой области при обращении за помощью или в процессе диспансеризации (профилактические осмотры). Обзор схематично состоит из наружного осмотра больного и обследование полости рта при хорошем дневном или искусственном освещении.



При внешнем осмотре обращают внимание на:

1. состояние кожных покровов лица (цвет, тургор, сыпь, рубцы);
2. выраженность носогубных складок (сглаженные, умеренно выраженные, углубленные).
3. линию смыкания губ (наличие заеды);
4. степень обнажения передних зубов или альвеолярной части при разговоре и улыбке.
5. положение подбородка (прямое, выступает, западает, смещенный в сторону);
6. симметричность половин лица;
7. высоту нижней части лица (пропорциональная, увеличена, уменьшена).

При воспалительных процессах челюстно-лицевой области, опухолях, травме изменяется конфигурация лица. Конфигурация лица может меняться за счет отечности при нефрите, заболеваниях сердечно-сосудистой системы; при аллергических состояниях может наблюдаться отек лица (отек Квинке). Важное значение в диагностике некоторых заболеваний челюстно-лицевой области имеет состояние лимфатических узлов, поэтому обязательно определяют состояние подчелюстных, подбородных и шейных лимфатических узлов. При этом следует обращать внимание на размер, подвижность, болезненность, а также на спаянность их с окружающими тканями.

Осмотр полости рта начинают с преддверия рта при сомкнутых челюстях и расслабленных губах, подняв верхнюю и опустив нижнюю губу или оттянув щеку стоматологическим зеркалом.

В первую очередь осматривают красную кайму губ и углы рта. Затем с помощью зеркала осматривают внутреннюю поверхность щек. На уровне верхних вторых моляров есть сосочки, на которых открываются выводные протоки околоушных слюнных желез. Их иногда принимают за признаки заболевания.

Вслед за полостью рта осматривают слизистую оболочку десен. В норме она бледно-розовая, плотно охватывает шейку зуба. Десневые сосочки бледно-розовые, занимают межзубные промежутки. По месту зубодесневого соединения образуется бороздка (ранее ее называли зубодесневым карманом). Затем приступают к исследованию собственно полости рта. В первую очередь обзор общий, обращают внимание на цвет слизистой оболочки, ее увлажненность. В норме она бледно-розовая, однако может становиться гиперемированной, отечной, а иногда приобретает бледный оттенок, что указывает на явление пара-или гиперкератоза.

Обзор языка начинают с определения состояния сосочков, особенно при наличии жалоб на смену чувствительности или изжогу и болезненность в каких-либо участках. Может наблюдаться налет языка вследствие замедления отторжения внешних пластов эпителия. Такое явление может быть следствием нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, а возможно, и патологических изменений в полости рта при кандидозе. При осмотре языка обращают внимание на его размер, рельеф. При увеличении размера следует определить время проявления этого симптома (врожденный или приобретенный). Необходимо отличать макроглоссию от отека. При осмотре дна полости рта обращают внимание на слизистую оболочку. Особенностью ее является податливость, наличие складок, уздечки языка и выводных протоков подчелюстной и подъязычной слюнных желез.

Слизистая оболочка твердого неба плотная. В переднем отделе хорошо выраженные поперечные складки, могут быть видны точечные отверстия выводных протоков слюнных желез, а иногда и капельки скопившегося секрета. У курильщиков слизистая оболочка может приобретать матовый оттенок.

Обзор зубов

Обзор всегда следует проводить справа налево, начиная с зубов нижней челюсти (моляров) и слева направо осматривать зубы верхней челюсти.

Зубы осматривают с помощью набора инструментов, чаще всего используют стоматологическое зеркало и зонд (обязательно острый). Зеркало позволяет осмотреть плохо доступные участки и направить пучок света в нужный участок, а зондом проверяют все углубления, пигментированные участки и др. При наличии кариозной полости в зубе (незаметной для глаза) острый зонд задерживается в ней.

Особенно тщательно следует осматривать поверхности соприкосновения зубов (контактные), поскольку обнаружить имеющуюся полость при неповрежденной жевательной поверхности бывает нелегко.

Обращают внимание на форму и величину зубов. Отклонения от обычной формы связано с лечением или аномалией. Известно, что некоторые формы аномалий зубов (зубы Гетчинсона, Фурнье) характерны для определенных заболеваний.

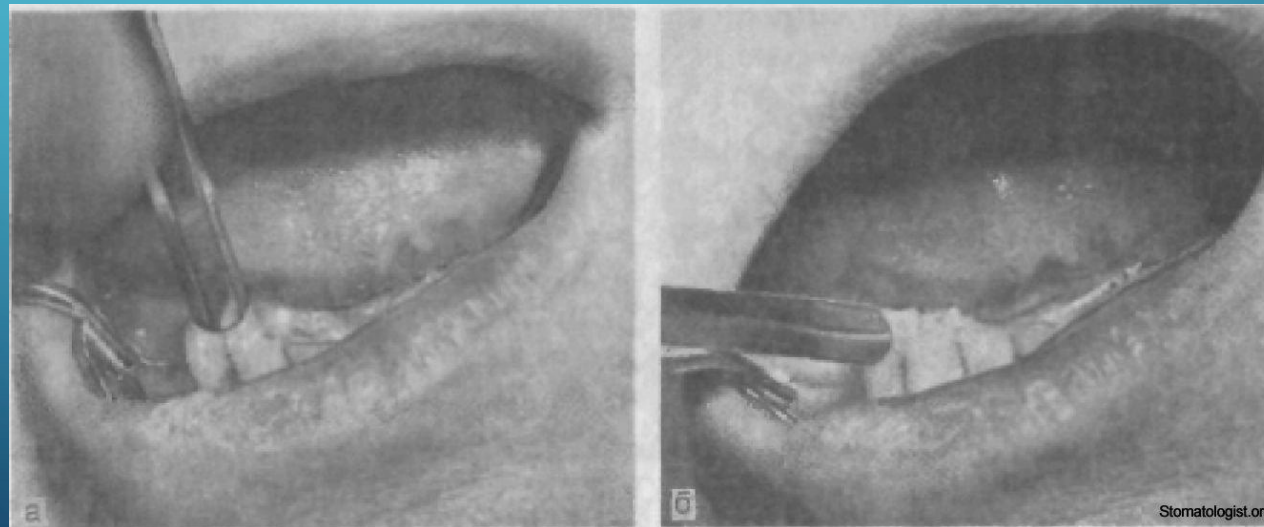
Цвет зуба может иметь значение в постановке диагноза. Зубы обычно белого цвета с множеством оттенков (от желтого до голубоватого). Однако независимо от оттенка для эмали здоровых зубов характерна особая прозрачность - живой блеск эмали.

Следует установить форму зубных рядов. Выясняется также характер смыкания зубных рядов (прикус), количество антагонизирующих пар зубов.

- **Перкуссия**

Перкуссия - постукивание по зубу - применяется для определения состояния пародонта. Пинцетом или ручкой зонда постукивают по режущем крае или жевательной поверхности зуба. Если в периодонта нет очага воспаления, перкуссия не болезненна. При наличии воспалительного процесса в периодонта от ударов, которые не вызывают неприятных ощущений у здоровых зубах, возникает болевое ощущение. При проведении перкуссии удары должны быть легкими и равномерными. Начинать перкуссию следует заведомо здоровых зубов, чтобы не причинить сильной боли и дать возможность больному сравнить ощущения в здоровом и пораженном зубе.

Различают вертикальную перкуссию, когда направление ударов совпадает с осью зуба, и горизонтальную, когда удары имеют боковой направление.

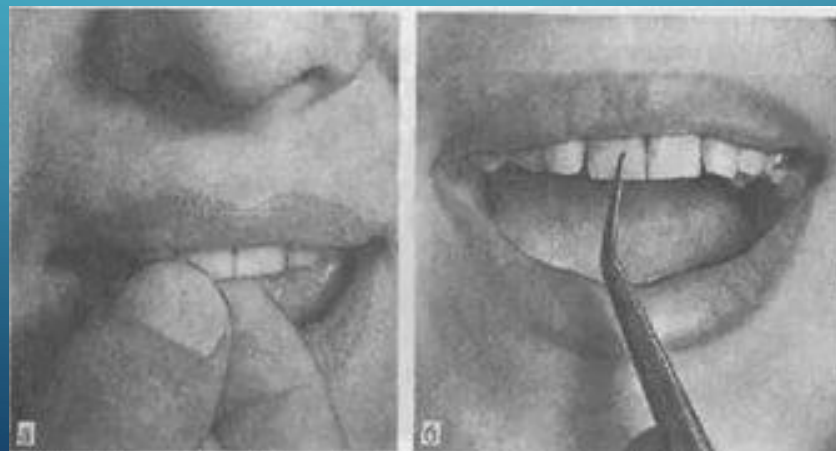


Пальпация

Пальпация - ощупывание - применяется для определения припухлости опухоли, уплотнения, подвижности органов или тканей полости рта. Методика пальпации зависит от локализации и размера очага поражения. В одних случаях ее проводят одним указательным пальцем, в других слизистую берут в складку двумя пальцами, в других случаях (при пальпации тканей щеки) ее проводят указательными пальцами правой и левой руки, причем один палец находится снаружи, а другой - со стороны полости рта. Пальпацию рекомендуют начинать с неповрежденного участка слизистой оболочки, постепенно приближаясь к очагу поражения. Таким образом, точнее определяется граница болезненности, уплотнения.

При пальпации язв слизистой оболочки рта важное диагностическое значение имеет определение плотности краев, их болезненность. Отсутствие болезненности и при пальпации язв с плотными краями должна вызвать подозрение на ее злокачественности или наличия сифилитической язвы.

Подвижность зубов определяется пинцетом путем раскачивания. Зуб имеет физиологическую подвижность, которая в норме почти незаметна. Однако при повреждении пародонта и наличия экссудата в нем возникает выраженная подвижность зуба.



Обследование пародонта

При клиническом обследовании важно оценить в первую очередь состояние маргинального пародонта. Это включает изменения десневого края (воспаление, атрофия), наличие десневого кармана, его глубины, гноетечение. Весьма показательны жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов, отечность, гноетечение, свищи, абсцессы, подвижность и перемещение зубов, характерные для воспалительных заболеваний пародонта.

Подвижность зубов - очень чувствительный индикатор пародонтита. Выделяют четыре степени патологической подвижности зубов (Д. А. Энтин):

1. при первой степени подвижности имеет место смещение зуба в одном направлении (вестибуло - оральном).
2. при второй степени зуб имеет видимое смещение как в вестибуло - оральном, так и в мезио-дистальном направлении;
3. при третьей степени зуб, кроме того смещается в вертикальном направлении: при нажатии он погружается в лунку, а затем снова возвращается в исходное положение;
4. при четвертой, крайней, степени возможны вращательные движения зуба.

Патологическая подвижность зубов тесно связана с наличием патологических десневых (пародонтальных) карманов. Наличие и глубину их проверяют пародонтальным зондом - градуированный с оливовидным расширением.

Спасибо за внимание!



Выполнила студентка 4 курса,
1 группы,
педиатрического факультета
Оскирко Дарья