

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
“Волгоградский государственный медицинский университет”
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии ИНМФО**

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой



С. В. Дмитриенко

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ
Для клинических ординаторов**

РАЗДЕЛ 1.

МОДУЛЬ 1: Клиническое обследование больных в ортопедической стоматологии, основные и дополнительные методы обследования.

**Основной профессиональной образовательной программы подготовки
кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.75 “СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ”**

6 часов

ТЕМА 1. 1: Клиническое обследование больных в ортопедической стоматологии, основные и дополнительные методы обследования.

ЦЕЛЬ: Изучить различные методы обследования, применяемые в клинике ортопедической стоматологии для пациентов с различными нозологическими формами, корректно использовать методы обследования для каждого конкретного случая. Научиться использовать данные, полученные при обследовании пациентов.

Формируемые компетенции: УК - 1, ПК - 4, ПУ - 6, ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: учебная база кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии ИНМФО.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

1. Последовательность клинических методов обследования.
2. Какие методы наиболее информативны для выявления патологии периодонта.
3. Методы обследования, применяемые при патологии окклюзии.
4. Методы обследования пациентов с полным отсутствием зубов.
5. Какие методы применяют при обследовании пациентов с патологией пародонта.

КЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Лечение заболеваний органов зубочелюстной системы в клинике ортопедической стоматологии включает: 1) методы исследования больного; 2) выяснение причин болезни (этиология); 3) выяснение общего механизма развития болезни (патогенез); 4) описание патологоанатомических и функциональных изменений органов; 5) выяснение клинической картины болезни, ее течения, особенностей развития осложнений; 6) постановку диагноза; 7) ортопедическое лечение (терапия); 8) составление заключения о дальнейшей судьбе больного (предсказание, прогноз).

Способы обследования больного принято делить на субъективные и объективные. К первым относят опрос больного, ко вторым — инструментальные, лабораторные и другие методы. Деление способов обследования больного на объективные и субъективные методологически не совсем правильно и условно по следующим причинам.

Во-первых, показания больного являются результатом аналитической деятельности его мозга, а, следовательно, не только субъективны, но и отражают в какой-то степени объективную реальность. Во-вторых, в инструментальном исследовании субъективизма может быть не меньше, а часто даже больше, чем при непосредственном осмотре больного, ибо инструмент отделяет больного от исследователя. Возможность субъективизма увеличивается еще и потому, что данные инструментальных исследований толкуются по-разному многими узкими специалистами, непосредственно не изучавшими больного. Мало, например, получить рентгенологические данные о височно-челюстном суставе; нужно еще их правильно истолковать в тесной связи с другими факторами. Исследование больного имеет целью не только установление диагноза и степени анатомических поражений по клиническим проявлениям (симптомам); оно должно выяснить состояние функции зубочелюстного аппарата. Для этого приходится прибегать к (функциональным исследованиям — жевательным пробам, графическим записям движений нижней челюсти, исследованию биотоков мышц и др.

Диагностика функциональных нарушений имеет большое значение потому, что, во-первых, они органически определяют сущность болезни и характер течения; во-вторых, план ортопедического лечения должен включать мероприятия, направленные на нормализацию функции, в-третьих, по восстановлению функции в известной степени можно судить о разрешении патологического процесса в тканях.

Этиология многих заболеваний зубочелюстного аппарата, при которых больной нуждается в ортопедическом лечении, известна. Чаще всего это кариес, пародонтопатии, травма. Наряду с этим встречаются заболевания, причины которых остаются неизвестными. Например, многое остается неясным в объяснении причин возникновения аномалий, врожденного отсутствия зубов (адентия), их ретенции или затрудненного прорезывания, патологической стираемости.

Однако одного знания причины, вызвавшей болезнь, тоже недостаточно для успешного лечения больного. Например, среди детей распространены вредные привычки (сосание пальцев, посторонних предметов), способствующие возникновению открытого прикуса. Но последний развивается не у всех, а только у части детей. Следовательно, кроме причин, вызывающих деформацию, надо еще знать и патологические механизмы, которые лежат в основе ее развития. В патогенезе болезней играют роль многие факторы. Большое значение имеют характер строения органа, его функции, возраст больного, перенесенные ранее заболевания. Поскольку все это определяет индивидуальные особенности организма, обследование не может носить шаблонного характера.

АНАМНЕЗ

Собирание анамнеза является первым этапом исследования больного, которому предлагают по памяти воспроизвести историю болезни и историю жизни. Анамнез складывается из следующих разделов: 1) жалобы и субъективное состояние больного; 2) анамнез данного заболевания; 3) анамнез жизни больного; 4) семейный анамнез.

Круг вопросов, которые задает больному врач, зависит от характера заболевания. В одних случаях анамнез очень краток и врачу нет необходимости вдаваться в историю жизни, в других анамнез следует собрать подробно, особенно в той его части, которая представляет наибольший интерес для диагностики. Например, при обращении больного по поводу травматического дефекта в резце анамнез будет кратким, ибо этиология этого заболевания известна и все, что требуется для ортопедического лечения, может быть выяснено при осмотре. Другое дело, когда больной обращается с жалобами на чувство жжения в слизистой оболочке под протезом. В этом случае анамнез, как и все исследование, будет более подробным. Необходимо исследовать не

только органы полости рта, но и другие системы органов с привлечением врачей другой специальности.

К этому также прибегают и тогда, когда врач-стоматолог замечает или подозревает симптомы общих заболеваний (например, крови и др.).

Часто пациенты предъявляют жалобы, которые им кажутся главными, а с точки зрения врача являются второстепенными. Например, пациенты обращают внимание на некрасивое положение переднего зуба, не замечая при этом тяжелой деформации зубных дуг в виде их сужения. Врач же должен выявить как второстепенные, так и главные признаки заболевания, сосредоточив внимание на последних.

Собирая анамнез, необходимо выяснить самые ранние проявления болезни, характер и особенности ее течения, вид и объем проведенного лечения. Важно также установить время потери зубов, жалобы на состояние желудочно-кишечного тракта. Следует уточнить, как пользовался протезами больной, а если не пользовался, то по какой причине. Эти сведения имеют значение для составления плана и прогноза ортопедического лечения.

При ряде заболеваний, которые нуждаются в ортопедическом лечении (например, заболевания височно-челюстного сустава), следует побеседовать с больным о вероятных причинах, вызвавших, по его мнению, данное заболевание.

Никогда не следует пренебрегать изучением общего состояния, а также реакций пациента при изложении жалоб и ответах на вопросы врача. Это поможет получить некоторое представление об особенностях его психики, что играет немалую роль как в проведении многих манипуляций, связанных с протезированием, так и в привыкании к протезу.

При сборе анамнеза выясняются по порядку место рождения и место жительства, домашние условия, профессия, условия работы на производстве, жилищные условия и питание, перенесенные заболевания. Важность того или иного пункта анамнеза определяется клинической картиной заболевания. Знание места рождения и жизни пациента важно, поскольку возможна так называемая краевая патология. Например,

при избытке фтора в питьевой воде в населенном пункте или районе возникает очаг эндемического флюороза, при котором поражается эмаль зубов, снижается их устойчивость к незначительной травме.

При обращении детей по поводу зубочелюстных аномалий анамнез собирают у родителей. В этом случае врач старается получить ответы на следующие вопросы: где родился ребенок, каким был по счету, были ли

роды нормальными, как рос и развивался ребенок, а также характер вскармливания, болезни, перенесенные в детстве, вредные привычки и т. д.

В связи с существованием наследственных болезней при аномалиях зубочелюстной системы (прогения, глубокий прикус) следует интересоваться наличием аномалий у близких родственников.

Другим довольно старым и распространенным методом являются физические приемы обследования, такие, как осмотр, пальпация, перкуссия и др.

Наряду с описанными методами в обследовании полости рта все большее применение получают методы с использованием различных сложных инструментов и приборов, основанных на достижениях физики, химии, биологии. В ортопедической стоматологии широко используются рентгенография, телерентгенография, графические записи жевательных движений челюсти, записи биотоков жевательных мышц, запись движений суставной головки, электрометрическое исследование пульпы зуба и др.

Несмотря на широкое развитие лабораторных и инструментальных исследований, не следует принижать роль опроса больного. До сих пор все клиницисты уделяют этому методу обследования большое внимание и совершенствуют его. Опрос является важнейшим способом ознакомления врача с больными, позволяющим, кроме сбора сведений о течении болезни, установить взаимный контакт.

ВНЕШНИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО

У всех пациентов следует провести внешний осмотр лица. Последнее делают незаметно во время расспроса. Обращают внимание на симметричность половин лица, высоту нижней трети его, выступание подбородка, линию смыкания губ, выраженность подбородочной и носогубных складок, положение углов рта (рис. 29), обнажение зубов или альвеолярного отростка при разговоре и улыбке.

В клинике ортопедической стоматологии широкое распространение получило деление лица на три части: верхнюю, среднюю и нижнюю треть. Верхняя треть лица расположена между границей волосистой части на лбу и линией, соединяющей брови. Средняя часть лица находится между линией, соединяющей брови, и основанием перегородки носа. Нижняя треть лица расположена между только что упомянутой линией и нижней точкой подбородка.

Установить какую-либо зависимость между высотой этих трех частей лица, вероятно, можно лишь для лиц строго классического профиля. Вообще деление высоты лица на три части условно, поскольку положение точек, в соответствии с которыми производится деление, весьма индивидуально и в течение жизни может меняться. Например, граница волосистой части на лбу у различных субъектов расположена неодинаково и с возрастом может перемещаться. То же касается нижней трети лица, высота которой непостоянна и зависит от вида прикуса и сохранности зубов. Наименее изменчива средняя треть лица. Несмотря на то, что между размерами указанных частей лица нельзя усмотреть закономерной пропорциональности, у большинства лиц они имеют относительное соответствие, что обеспечивает эстетический оптимум. При потере зубов высота нижней трети лица уменьшается, губы

западают, подбородочная и носогубные складки углубляются; человек при этом выглядит старше своего возраста. Для ортопедических целей важно различать два размера высоты нижней трети лица. В первом случае она измеряется при сомкнутых зубах, во втором — при положении относительного покоя, когда нижняя челюсть несколько опущена и между зубами возникает промежуток. Первая высота нижней трети лица называется окклюзионной, вторая — высотой относительного покоя. Между ними имеется разница, которая строго индивидуальна, как и величина разобщения зубов при относительном покое нижней челюсти. При асимметрии лица следует выяснить, за счет чего она возникает (рубцы, атрофия мышц, костная дистрофия, опухоли и др.).

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ РТА

После внешнего осмотра приступают к обследованию органов полости рта. Делают это при помощи ротового зеркала, шпателя, пинцета и зонда. Прежде всего, определяют степень открывания рта. Затрудненное открывание рта может иметь место как при сужении ротового отверстия, так и при затруднениях движений нижней челюсти в связи с мышечной или суставной контрактурами. Затруднение в открывании рта само по себе указывает на определенную патологию, а кроме того, мешает проведению многих манипуляций, связанных с протезированием (введение оттисковых ложек для снятия оттиска, введение протеза). Одновременно устанавливают степень разобщения зубных рядов при открывании рта.

Изучая степень открывания рта, следует обратить внимание на характер движений нижней челюсти: плавность, прерывистость, отклонения ее вправо или влево. При нарушении движений нижней челюсти выясняют причину затруднений (рубцы, блокада переместившимися зубами, изменения в суставе). Движения челюсти неразрывно связаны с функцией

височно-челюстного сустава, поэтому его надо обследовать для определения свободы движения суставных головок, амплитуды движений, щелкающих шумов. С этой целью указательные и средние пальцы кладут на область суставов с обеих сторон при положении врача спереди от больного. Последнему предлагают открывать и закрывать рот. Экскурсии суставных головок, щелканье в это время легко осязаются.

Затем изучают состояние слизистой оболочки полости рта: десны, переходной складки, щек, твердого и мягкого неба. Тщательно осматривают миндалины, заднюю стенку глотки, язык (величина, подвижность, состояние его слизистой оболочки).

У детей дошкольного и школьного возраста желательно оценить носовое дыхание, которое может быть затруднено в связи с гипертрофией глоточных миндалин или наличием аденоидов.

Осмотр зубных рядов

Определение вида смыкания зубов по окклюзионным фасеткам. Прежде чем приступить к осмотру, следует выяснить тип прикуса. Обычно определение вида смыкания зубов не вызывает трудностей. Затруднения возникают при патологических состояниях, в частности при переломах челюстей, особенно многооскольчатых. Большую помощь в этом могут оказать фасетки стирания, названные в свое время Энглем окклюзионными. Они образуются в результате трения зубов во время окклюзионных контактов и имеют строго определенное расположение в зависимости от вида прикуса.

Осмотр зубов. Осмотр зубов проводят в определенном порядке, начиная с нижней челюсти и последовательно осматривая каждый зуб в направлении от средней линии к зубу мудрости той и другой стороны: или, наоборот, от зуба мудрости одной стороны до одноименного другой. При осмотре каждого зуба обращают внимание на: 1) положение зуба, 2) форму, 3) цвет, 4) состояние твердых тканей (поражение кариесом, гипоплазией, флюорозом), 5) устойчивость зуба, 6) соотношение внеальвеолярной и внутриальвеолярной части его, 7) положение по отношению к окклюзионной поверхности зубного ряда, 8) наличие пломбы, ее состояние.

Симптомы патологической подвижности зубов

Различают физиологическую и патологическую подвижность зубов. Первая является естественной и незаметной невооруженным глазом. Существование ее подтверждается косвенными признаками в виде стирания контактных пунктов и образования контактных площадок или

специальными сложными аппаратами. Патологическая подвижность характеризуется заметным смещением зубов при небольших усилиях.

Подвижность зубов является весьма чутким индикатором состояния пародонта. По степени и нарастанию ее можно судить о состоянии опорного аппарата зубов, направлении развития патологического процесса или его обострении. Изучение выраженности патологической подвижности зубов имеет большое значение для диагностики заболевания, оценки результатов лечения и для прогноза. Очень важно зарегистрировать степень подвижности зуба. Это позволит диагностировать поражение пародонта в его начальной стадии. Выраженная патологическая подвижность замечается не только врачом, но и самим больным и свидетельствует или об остро развивающемся воспалении пародонта или далеко зашедшей дистрофии его.

Патологическая подвижность исследуется как при открытом рте, так и при различных перемещениях нижней челюсти из одного окклюзионного положения в другое. Последнее позволяет иногда выявить причину патологии пародонта и связанную с ней патологическую подвижность. Этими причинами могут быть нарушения окклюзии с образованием блокирующих пунктов в той или иной фазе артикуляции.

Различают четыре степени патологической подвижности зубов. При первой степени имеет место смещение зуба в одном направлении (вестибуло-оральном). При второй степени зуб имеет видимую смещаемость как в вестибуло-оральном, так и мезио-дистальном направлении. При третьей степени зуб, кроме того, смещается и в вертикальном направлении: при надавливании он погружается в лунку, а затем снова возвращается в исходное положение. При четвертой степени зуб не только имеет видимую подвижность в трех указанных направлениях, но при легком воздействии может и вращаться. Третья и, особенно, четвертая степени подвижности свидетельствуют о далеко зашедших в большинстве случаев необратимых изменениях пародонта. Патологическая подвижность зубов тесно связана с наличием патологических десневых карманов, наличие и глубину которых проверяют зондом. Одновременно, выясняют характер отделяемого и состояние края десны.

Весьма распространенный метод определения степени подвижности зубов посредством пинцета имеет серьезные недостатки. К ним относится, во-первых, отсутствие точности, так как амплитуда колебания не определяется в единицах. Во-вторых, метод регистрирует только видимые глазом экскурсии зуба и не позволяет выявить те из них, что начинаются на границе с нормой и свидетельствуют о начинающейся патологии. Оба этих недостатка метода не позволяют использовать его при ранней диагностике

патологии пародонта и, следовательно, снижают его диагностическую ценность.

При обследовании зубов обращают внимание на их смыкание, положение по отношению к соседям и антагонистам. В переднем отделе, кроме того, следует определять глубину перекрытия. Обследование позволяет получить предварительное представление о характере окклюзионной поверхности и возможной ее деформации первичного или вторичного характера.

При полной или частичной потере зубов обследование полости рта имеет свои особенности. Вначале подробно исследуют состояние слизистой оболочки, положение уздечек и боковых складок ее на верхней и нижней челюстях.

Затем обследуют поверхность беззубых альвеолярных отростков и твердого неба, которая будет служить основанием для протеза (протезное ложе). Его следует тщательно осмотреть и обязательно ощупать. Слизистую оболочку протезного ложа вначале обследуют при помощи ротового зеркала. Затем твердое небо и альвеолярные отростки тщательно пальпируют с целью выявления костных возвышений на твердом небе, экзостозов, острых краев лунок после удаления зубов, острого края внутренней косой линии, рубцов и т. п.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ

Многие сведения о смыкании зубов можно получить непосредственно при осмотре зубных рядов в полости рта. В то же время этот способ имеет недостатки, поскольку не позволяет видеть смыкание небных и язычных бугров. Для этого удобны диагностические модели, которые изготавливают следующим образом; снимают оттиски верхней и нижней челюстей, отливают модели, составляют их в положении центральной окклюзии и загибают в аппарат (артикулятор), воспроизводящий движения нижней челюсти. На диагностических моделях можно изучить форму зубных дуг, деформацию их, окклюзионные контакты небных и язычных бугров, степень перекрытия нижних передних зубов верхними, характер окклюзионной кривой, деформацию окклюзионной поверхности зубных рядов и т.д. На диагностических моделях можно также произвести различные изменения (ширина зубных рядов, ширина зубов и др.), изучить положение зубов, ограничивающих дефект, их смещение, наклон. После протезирования диагностические модели могут служить контролем, позволяющим судить об успешности ортопедического лечения.

Тесты для проверки уровня усвоения учебного материала:

1.Какой метод наиболее информативен для оценки состояния пародонта зуба?

- а) ТРГ
- б) ОПТГ
- в) КЛКТ
- г) Прицельная рентгенография

2.Какой метод наиболее информативен для оценки состояния пародонта зубов?

- а)ТРГ
- б)ОПТГ
- в)КЛКТ
- г)Прицельная рентгенография.

3.Какой метод наиболее информативен для оценки состояния ВНЧС?

- а) ТРГ
- б) ОПТГ
- в) КЛКТ
- г) Прицельная рентгенография

4.Какой метод позволяет произвести оценку окклюзии?

- а)Изучение диагностических моделей в артикуляторе
- б)Изучение диагностических моделей в окклюдаторе
- в)Окклюзиография
- г)ОПТГ

5.Какой клинический метод обследования позволяет диагностировать верхушечный пародонтит?

- а) Зондирование
- б) Перкуссия
- в) Пальпация

г) Прицельная рентгенография.

6. Глубину десневых карманов следует определять при помощи:

А) ОПТГ

Б) зондирования

В) ТРГ

Г) окклюзиографии

7. Функциография это:

а) определение эффективности жевания

б) изучение движений нижней челюсти

в) оценка выносливости жевательной мускулатуры

г) определение амплитуды открывания рта

8. Реопародонтография служит для:

а) оценки функционального состояния сосудов пародонта

б) оценки функционального состояния сосудов пульпы

в) оценки функционального состояния сосудов жевательной мускулатуры

г) оценки функционального состояния сосудов ВНЧС

9. Реодентография служит для:

а) оценки функционального состояния сосудов пародонта

б) оценки функционального состояния сосудов пульпы зуба

в) оценки функционального состояния сосудов жевательных мышц

г) оценки функционального состояния сосудов ВНЧС

10. Гнатодинамометрия позволяет определить:

а) абсолютную силу жевательной мускулатуры

б) выносливость пародонта к жевательной нагрузке

в) эффективность жевания

г) биопотенциал жевательной мускулатуры

Литература

Основная литература:

1. Ортопедическая стоматология [Текст] : учебник по спец. 060.105.65 "Стоматология" по дисциплине "Ортопед. стоматология" / С. Д. Арутюнов [и др.] ; под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливраджения ; М - во образования и науки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 640 с. : ил., цв. ил.

Дополнительная литература:

1. Ортопедическая стоматология [Текст] : фак. курс (на основе концепции проф. Е. И. Гаврилова) : учебник для мед. вузов / В. Н. Трезубов [и др.] ; под ред. В. Н. Трезубова. - 8-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Фолиант, 2010. - 656 с.: ил. - Библиогр.: с. 649.
2. Стоматология [Электронный ресурс]: Учебник / Под ред. Т. Г. Робустовой. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2008. - 816 с.: ил. (Учеб. лит. Для студентов лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов мед. вузов). – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
3. Стоматология [Электронный ресурс]: учебник для медицинских вузов и последиplomной подготовки специалистов/ под ред. В. А. Козлова. 2-е изд., исп. и доп.– СПб.: СпецЛит, 2011. – 487 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
4. Стоматология. Запись и ведение истории болезни [Текст] : [учеб. пособие] / под ред В. В. Афанасьева, О. О. Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 157, [3] с. : ил. - (Руководство для врачей).
5. Стоматология. Запись и ведение истории болезни [Электронный ресурс]: руководство / Под ред. проф. В.В. Афанасьева, проф. О.О. Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 160 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

Программное обеспечение и интернет - ресурсы:

- www.elibrary.ru – научная электронная библиотека
- www.e-stomatology.ru - официальный сайт Стоматологической ассоциации России (СтАР)

- www.volgmed.ru - сайт Волгоградского государственного медицинского университета
- <http://library.volgmed.ru/Marc> - электронный каталог библиотеки ВолгГМУ
- www.mma.ru - сайт Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова
- <http://www.studentlibrary.ru> - электронная библиотечная система «Консультант студента»
- <http://www.studmedlib.ru> – консультант студента
- информационно-поисковая база Medline
- www.stom.ru - текущие события в России и за рубежом, научные статьи ведущих специалистов, обзор литературы.
- www.web-4-u.ru/stomatinfo - электронные книги по стоматологии.
- www.stomatlife.ru - справочно- информационный ресурс по стоматологии и медицине.
- www.edentworld.ru - информация о периодических изданиях, событиях в стоматологическом мире в России и за рубежом, научные статьи по различным направлениям стоматологии.
- www.dentalsite.ru - профессионалам о стоматологии.
- www.stomatolog.ru - книги, журналы, газеты, оборудование, инструмент, английский язык, работа для стоматолога.
- www.webmedinfo.ru/library/stomatologiya - на сайте представлены книги по стоматологии для бесплатного скачивания.
- www.dental-revue.ru - информационный стоматологический сайт, статьи по разным разделам стоматологии, дискуссии.
- www.volgostom.ru - для профессионального общения врачей – стоматологов