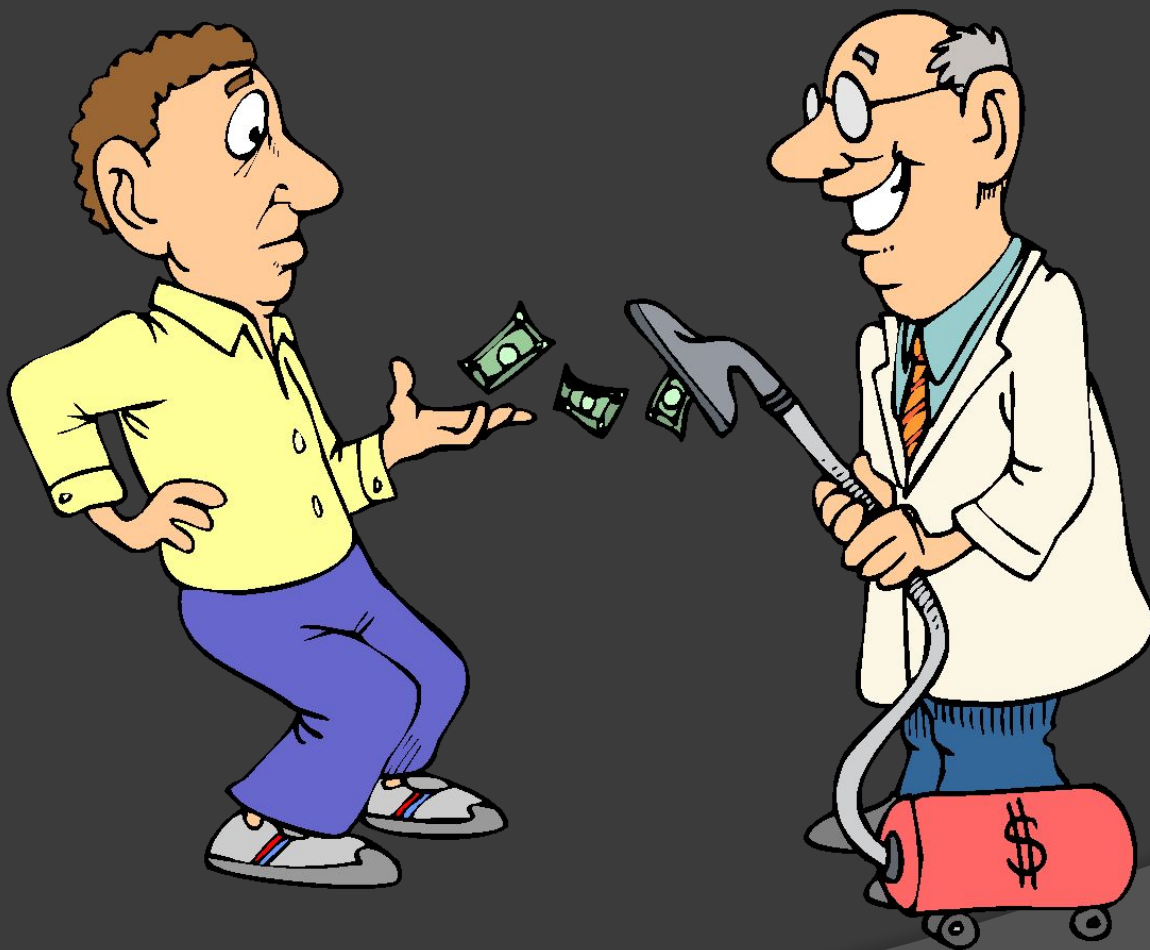
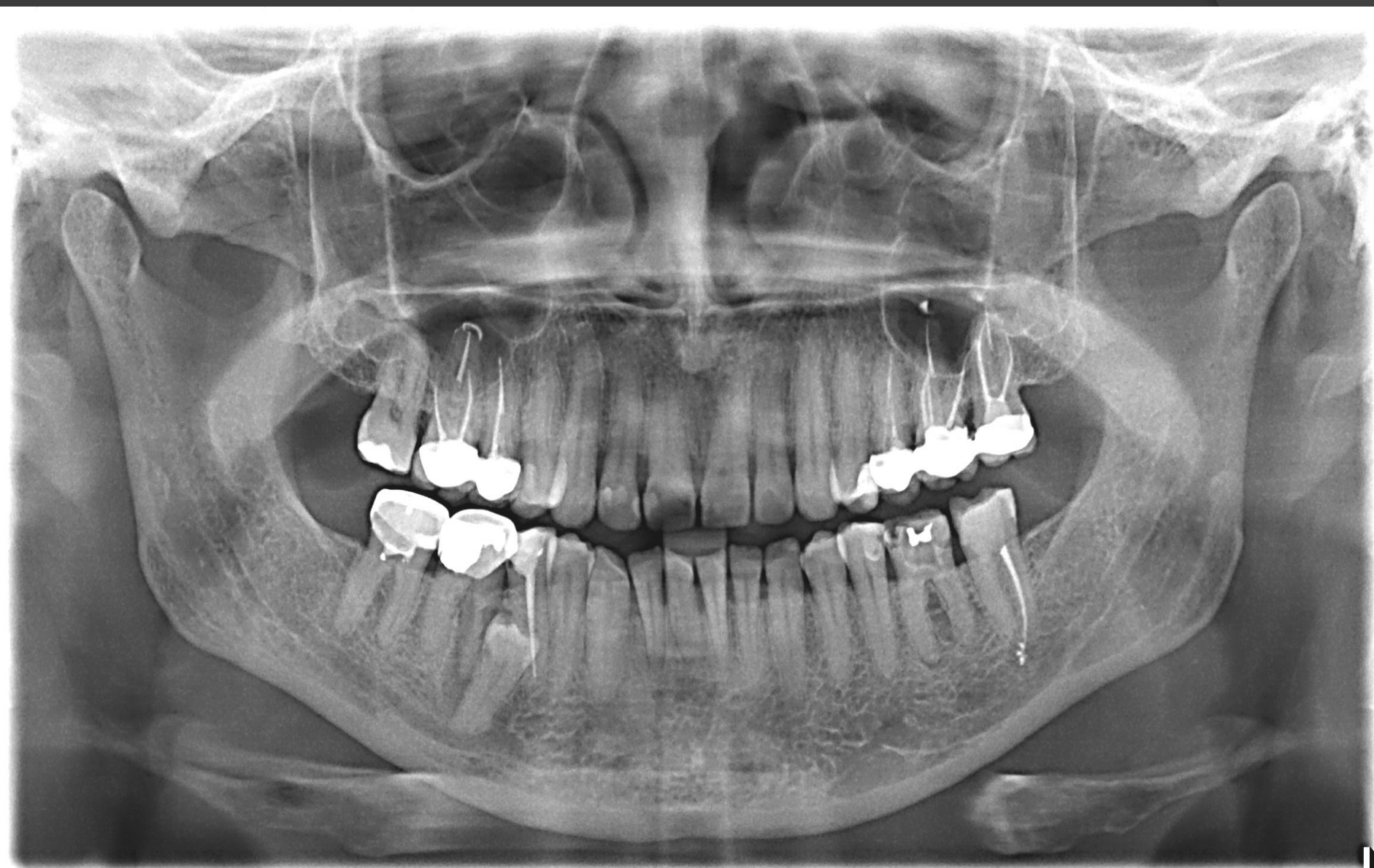


Необходимая информация для постановки диагноза и принятия клинического решения. Факторы, влияющие на процесс принятия клинического решения.

**ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ
ПЕРВИЧНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ НА
ПРИЁМЕ ТЕРАПЕВТА, ОРТОПЕДА,
ХИРУРГА - ИМПЛАНТОЛОГА. СХОДСТВА
И РАЗЛИЧИЯ.**

Продолжительность первичной консультации.





**АЛГОРИТМ РАБОТЫ
ВРАЧА – ОРТОПЕДА НА
КОНСУЛЬТАЦИОННОМ
И ДИАГНОСТИЧЕСКОМ
ЭТАПАХ ПРИЁМА.**

Консультация пациента, нуждающегося в ортопедическом лечении.

Время консультации – 30 минут.

Основные задачи:

- объяснить клиническую ситуацию пациенту простыми словами и мотивировать его на ортопедическое лечение;
- определить для себя алгоритм диагностических и лечебных манипуляций и донести его до пациента в доступной форме.

Факторы, влияющие на процесс принятия клинического решения:

- ⊙ отношения пациент/врач,
- ⊙ причастность пациента к планированию лечения,
- ⊙ личная/социальная схожесть пациента и врача,
- ⊙ аккуратность посещений врача,
- ⊙ отношение риск/польза, личный лечебный порог врача,
- ⊙ финансовые возможности пациента.

Показания к назначению на лечение без проведения диагностических мероприятий (выполнение работы без артикулятора).

Прикус нормальный.

- Объём ортопедического лечения – не более трёх единиц в жевательной зоне (жевательная зона - с первого премоляра по второй моляр).
- В числе трёх единиц нет искусственных коронок на имплантатах.
- В числе трёх единиц может быть только один первый моляр.
- Пациент не страдает бруксизмом.

При определении выше перечисленных показаний план лечения (в том числе и финансовый в программе «Инфодент») составляется на этапе консультации.

Следующее назначение пациента – на этап лечения, без проведения дополнительных диагностических мероприятий.

Определение параметров окклюзии пациента, нуждающегося в ортопедическом лечении.

Время определения параметров окклюзии – 60 минут.

Основные задачи:

определение параметров окклюзии для изготовления работы в артикуляторе.

Показания к определению параметров окклюзии для изготовления работы в артикуляторе.

Прикус нормальный.

- ⦿ Все клинические ситуации, кроме тех, когда работа может быть выполнена без артикулятора.
- ⦿ Все клинические ситуации, когда составление плана лечения возможно без дополнительного анализа врачом клинической ситуации в артикуляторе.

Показания к определению параметров окклюзии для изготовления работы в артикуляторе.

Прикус патологический.

- Объём ортопедического лечения – не более трёх единиц в жевательной зоне (жевательная зона - с первого премоляра по второй моляр).
- В числе трёх единиц нет искусственных коронок на имплантатах.
- В числе трёх единиц может быть только один первый моляр.
- Пациент не страдает бруксизмом.

При патологическом прикусе в выше перечисленных ситуациях необходима запись о проведённой консультации ортодонта в амбулаторной карте, или отказ от консультации врача-ортодонта, с разъяснением неблагоприятного прогноза лечения.

Протокол определения параметров окклюзии.

1. Снятие оттисков из А-силкона с верхней и нижней челюсти.
2. Регистрация прикуса.
3. Изготовление диагностических моделей.
4. Установка диагностических моделей в артикулятор.
5. Определение индивидуальных параметров по регистратам прикуса.

План лечения (в том числе и финансовый в программе «Инфодент») составляется на этапе определения параметров окклюзии. Следующее назначение пациента – на этап лечения и выполнение ортопедической работы в артикуляторе.

Диагностическое исследование окклюзии в артикуляторе.

Время диагностического исследования окклюзии – 60 минут.

Время повторной консультации – 30 или 60 минут в зависимости от сложности клинической ситуации.

Основные задачи: определение параметров окклюзии для диагностического исследования в артикуляторе и определения объёма работы и составления плана лечения.

Показания к диагностическому исследованию окклюзии в артикуляторе.

Прикус нормальный.

Все клинические ситуации, когда составление плана лечения не возможно без дополнительного анализа врачом клинической ситуации в артикуляторе (с подробным обоснованием в амбулаторной карте).

Показания к диагностическому исследованию окклюзии в артикуляторе.

Прикус патологический.

Все клинические ситуации, когда составление плана лечения не возможно без дополнительного анализа врачом клинической ситуации в артикуляторе (с подробным обоснованием в амбулаторной карте).

Показания к диагностическому исследованию окклюзии в артикуляторе.

Прикус патологический.

Все клинические ситуации при патологическом прикусе, кроме тех случаев, когда:

- объём ортопедического лечения – не более трёх единиц в жевательной зоне (жевательная зона - с первого премоляра по второй моляр);
- в числе трёх единиц нет искусственных коронок на имплантатах;
- в числе трёх единиц может быть только один первый моляр.
- пациент не страдает бруксизмом.

При патологическом прикусе в выше перечисленных ситуациях необходима запись о проведённой консультации ортодонта в амбулаторной карте, или отказ от консультации врача ортодонта, с разъяснением неблагоприятного прогноза лечения.

Протокол определения параметров ОККЛЮЗИИ.

1. Снятие оттисков из А-силкона с верхней и нижней челюсти.
2. Регистрация прикуса.
3. Изготовление диагностических моделей.
4. Установка диагностических моделей в артикулятор.
5. Определение индивидуальных параметров по регистратам прикуса.
6. Анализ клинической ситуации, определение объёма лечения, разъяснение ситуации пациенту на повторной консультации.

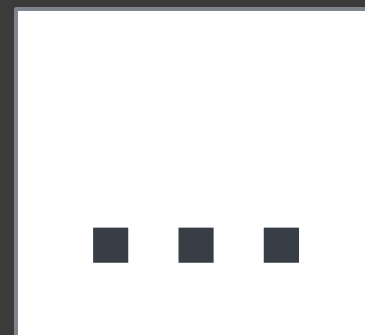
План лечения (в том числе и финансовый в программе «Инфодент») составляется на этапе повторной консультации после проведённого диагностического исследования. Следующее назначение пациента – на этап лечения и выполнение ортопедической работы в артикуляторе.

Консультация пациента (1985 год).

Осмотр.

Лечение.

Консультация пациента (2009 год).



Консультация пациента.

РУССКОЕ ИЗДАНИЕ

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

Имплантология, стандарт стоматологической помощи и стоматологическое образование



В ноябре 2004 г. Американская ассоциация стоматологического образования (ААСО) созвала специальную конференцию для обсуждения современного состояния имплантологической стоматологии в программе подготовки студентов-стоматологов и возможности принятия некоторых протоколов лечения с использованием имплантатов в качестве стандартов. Идея проведения данного мероприятия исходила от конкретных специалистов, занимающихся исследовательской, преподавательской и практической деятельностью в области дентальной имплантации. Эти блестящие врачи прекрасно понимают колоссальный положительный эффект, который может оказать данное лечение на качество жизни пациентов. Наиболее ярким представителем в этой сфере деятельности является д-р Деннис Тарноу (Dennis Taprow), заведующий кафедрой имплантологической стоматологии стоматологического факультета Нью-Йоркского университета. На конференцию ААСО были приглашены все деканы стоматологических факультетов США, а также заведующие кафедрами ортопедии, пародонтологии, стоматологической и челюстно-лицевой хирургии. Объявление определенной процедуры стандартом лечения при обучении студентов имеет определенные

не только клинические, но и юридические последствия. Безусловно, такое решение приведет к изменению подходов к стоматологическому лечению в целом. Рассмотрим, например, съемные протезы с опорой на два имплантата. Лекции, посвященные данному протоколу, были подготовлены д-ром Jocelyne Feine, директором программ подготовки студентов-стоматологов на стоматологическом факультете университета им. Мак-Гилла. По моему мнению, эти лекции являются с одной стороны наиболее сжатыми, с другой – исчерпывающими. В лекциях убедительно обосновывается эффективность процедуры и объясняется влияние указанного лечения на общее состояние здоровья пациента, функционирование стоматогнатической системы и удовлетворение пациента. Кроме того, учитывается экономическая составляющая этой процедуры. Ни один из аспектов не остался незамеченным. Единственным недостатком данного метода терапии является его относительная дороговизна. Стоматологические факультеты должны разработать условия, которые бы обеспечивали достаточные стимулы для имплантологического лечения с целью привлечения пациентов. В случае использования имплантата при отсутствии одного зуба это не вызывает трудностей, поскольку во многих университетских клиниках мостовидный протез на три единицы стоит столько же сколько одиночная корон-

QI РУССКОЕ ИЗДАНИЕ • НОМЕР 1 • 2007

5



Существует ли стандарт проведения консультации пациента?

Этапы взаимодействия «врач – пациент».

КОНТАКТ.

Врач.

Пациент.



СБОР ИНФОРМАЦИИ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЖЕЛАНИЙ ПАЦИЕНТА.

Врач.

Пациент.



ДИАГНОСТИКА.

Врач.

Пациент.

Этапы взаимодействия «врач – пациент».

ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ.

Врач.

Пациент.



ЛЕЧЕНИЕ.

Врач.

Пациент.



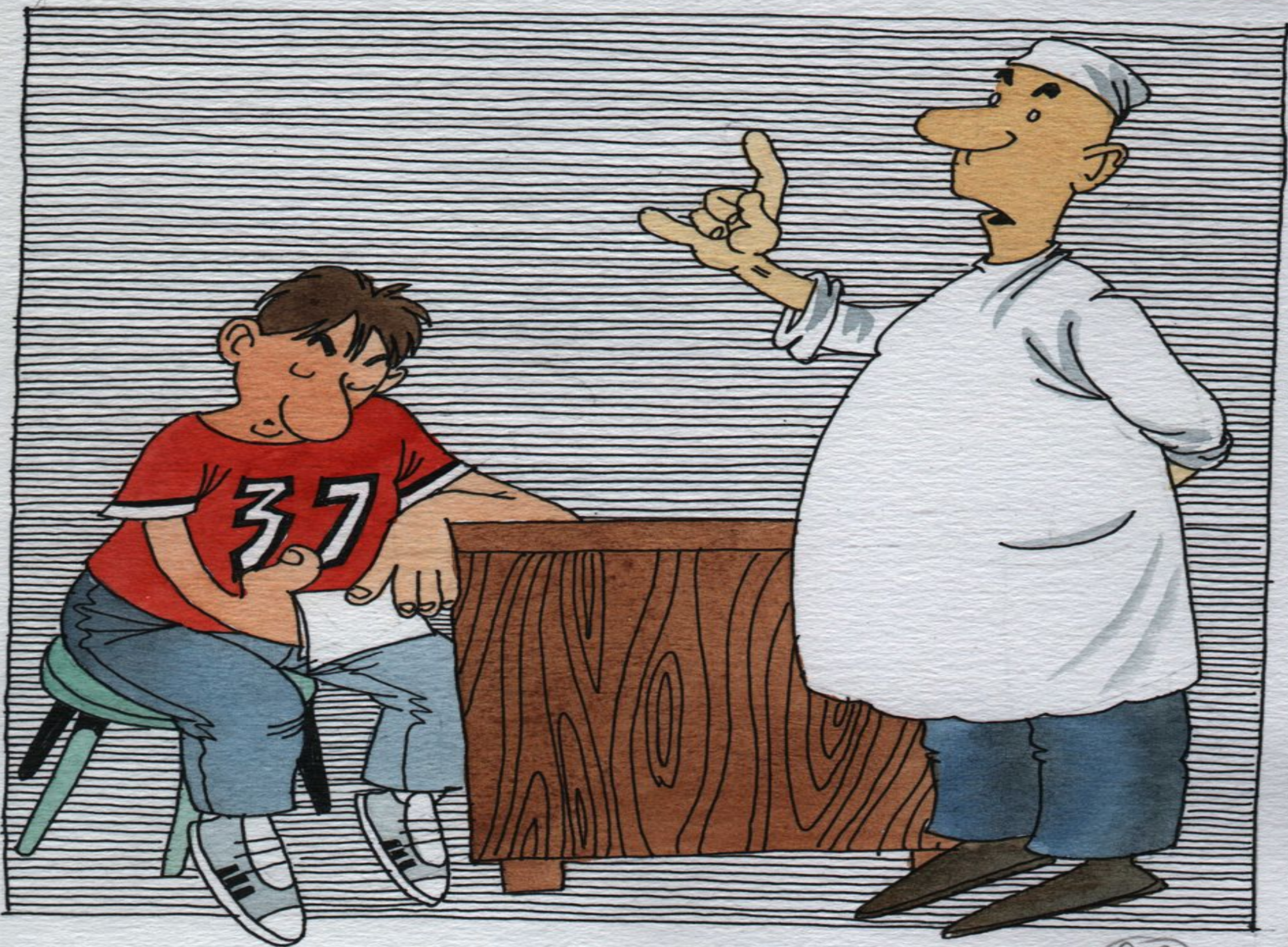
РЕАБИЛИТАЦИЯ.

Врач.

Пациент.

Определение и формирование потребностей
пациента.

СБОР ИНФОРМАЦИИ. МЕДИЦИНСКИЙ СТАТУС.



Опрос пациента и сбор информации.



... или были заболевания:

	ДА	НЕТ
1. Ишемическая болезнь сердца	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Стенокардия покоя, напряжения ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Кровяное давление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Есть ли аллергия на анестетики	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Кровоизлияния после инъекций	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Заболевания ушей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Заболевания придаточных пазух	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Эпилепсия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ревматизм	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Психические заболевания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Гепатит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Регулярно посещаете стоматолога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Дата последнего обращения _____

Как сами оцениваете состояние своего здоровья ?
 хорошее среднее плохое

...ент

У меня

1. Болит десны	<input type="checkbox"/>
2. Бруксизм (скрежетание зубами)	<input type="checkbox"/>
3. Запах изо рта	<input type="checkbox"/>
4. Болит язык, губы	<input type="checkbox"/>
5. Рана во рту	<input type="checkbox"/>
6. Сухость во рту	<input type="checkbox"/>
7. Кровоточат десны	<input type="checkbox"/>
8. Другие жалобы	<input type="checkbox"/>

Что имели ? _____

Дата последнего посещения стоматолога _____

МЕДИКАМЕНТЫ

Я принимаю следующие препараты:

1. Сердечные	Какие/Доза ? _____
2. От повышенного давления	Какие/Доза ? _____

Анкета стоматологического статуса пациента.

Клиника «ССК», Самара, 2009 год.

Анкета пациента.

Пожалуйста, ответьте на все вопросы. Если Вам что-либо непонятно, спросите у **доктора на приеме**. Эта информация поможет предложить **оптимальный для Вас вариант** лечения.

Анкета пациента.

- ⦿ Когда последний раз Вы были на приеме у врача-стоматолога?

- ⦿ С какой периодичностью Вы лечитесь у врача-стоматолога?

- ⦿ Возникали ли у Вас какие-либо осложнения при проведении стоматологического лечения (кровотечения, потеря сознания, аллергическая реакция и др.)? _____

Анкета пациента.

- С какой периодичностью Вы проводите профессиональную гигиену (чистку зубов) у врача - стоматолога? _____
- Подбирал ли врач- стоматолог индивидуально для Вас средства гигиены полости рта?

- Как Вы оцениваете свой стоматологический статус ?
а) хорошо б) удовлетворительно в) плохо
- Когда Вы последний раз проводили медицинский осмотр?

Анкета пациента.

Перечислите заболевания, выявленные у Вас врачами других специальностей:

- Артериальное давление _____
- Заболевания сердца _____
- Заболевания крови _____
- Заболевания желудочно-кишечного тракта _____
- Заболевания печени _____
- Заболевания почек _____
- Эндокринные заболевания (щитовидная железа, сахарный диабет и др.) _____
- Заболевания ЛОР- органов _____
- Укажите другие настоящие или перенесенные заболевания (глаукома, эпилепсия, гепатит, ВИЧ, туберкулез, аллергия и др.) _____

- Принимаете ли Вы в настоящее время какие- либо лекарства?

Анкета пациента.

- Возникают ли у Вас звуки (щелчки) в области сустава при движении нижней челюсти? Да. / Нет.
- Возникают ли у Вас боль в области сустава во время жевания и широкого открывания рта? Да. / Нет.
- Есть ли у Вас затруднения при максимальном открывании рта? Да. / Нет.
- Есть ли ощущение усталости в области челюстей при длительном жевании или приема у стоматолога? Да. / Нет.
- Не отмечали ли Вы (или Ваши близкие) скрежетания зубами по ночам? Да. / Нет.
- Есть ли у Вас привычка стискивать зубы? Да. / Нет.
- Жуете ли Вы преимущественно на одной стороне? Да. / Нет.
- Не бывает ли у Вас частых головных болей? Да. / Нет.

Анкета пациента.

⦿ *Для женщин:*

Наличие беременности или кормление грудью
в настоящее время? Да. / Нет.

« _____ » _____ 200_ г.

_____ Подпись пациента.

*Для вложения в стоматологическую
карту.*

◎ Какие
приоритеты
у нашего
пациента.



Базовые стремления клиентов.

- Благополучие (быть не хуже других, не быть «белой вороной»).
- Престиж (быть лучше других).
- Оригинальность (быть не таким, как другие).
- Мода (быть первым).
- Комфорт.
- Экономия денег.
- Экономия времени.
- Экономия усилий.
- Здоровье, безопасность.
- Красота (чтобы было приятно посмотреть).
- Польза (чтобы не было бесполезной тратой денег).
- Качество.
- Эффективность.

Пациенты.

- Какой у пациента характер?
- Как пациент выглядит внешне?
- К чему пациент стремится?
- Чего пациент боится?
- К чьему мнению пациент прислушивается и кто является для него авторитетным лицом?

Вопросы пациенту.

- Удобно ли будет, если я сначала задам Вам несколько вопросов, чтобы точнее представить ситуацию, с которой Вы к нам обратились?
- Удобно ли будет, если я сначала задам Вам несколько вопросов, чтобы точнее представить ситуацию, а потом Вас посмотрю?

Вопросы пациенту.

- ◎ Что Вас привело?
- ◎ Что я могу для Вас сделать?
- ◎ С чем Вы к нам обратились?
- ◎ Что Вас беспокоит?
- ◎ Что бы Вы хотели?
- ◎ Я слушаю Вас очень внимательно (в форме вопроса)

Открытые вопросы дают нам возможность выяснить, что хочет пациент и какое оно должно быть самым коротким путём.

Вопросы пациенту.

На этапе сбора анамнеза заболевания:

- ⦿ *Как давно Вас это беспокоит?*
- ⦿ *Когда Вы последний раз обращались к врачу стоматологу?*
- ⦿ *С какой периодичностью Вы лечитесь (проводите профессиональную гигиену)?*
- ⦿ *Вы выполняете назначения доктора в полном объёме или решаете конкретную проблему?*

Вопросы пациенту.

На этапе сбора анамнеза заболевания:

- Вы предпочитаете лечиться в одной клинике? В какой? Почему?
- Вы лечились раньше у одного доктора? Что Вам нравилось в лечении у данного доктора?
- Проводилось ли Вам раньше протезирование (имплантация)?
- Что Вы знаете о лечении с применением имплантатов?
- Что конкретно Вас не устроило в предыдущем лечении?
- *Есть ли у Вас рентгеновские снимки или другая информация о Вашем предыдущем лечении у стоматолога?*

Вопросы пациенту.

- ◎ На этапе сбора анамнеза заболевания:
- ◎ Правильно ли я понимаю, что Вас интересует самый недорогой вариант лечения?
- ◎ Имеете ли Вы в виду, что эстетика для Вас имеет решающее значение?
- ◎ Иными словами, Вас интересует максимальная гарантия на лечение при минимальных затратах?

Сбор информации.

- ◎ На этапе сбора анамнеза жизни.
- ◎ Некоторый перечень вопросов из анкеты пациента необходимо произнести в форме диалога, не обращаясь к анкете. Дать пациенту понять важность этих вопросов и их роль при планировании будущего лечения.

А ВОТ ПОМНЮ ЕЩЁ
СЛУЧАЙ БЫЛ...



Сбор информации.

- Оптимально распределение времени на этапе сбора информации – один к трём (врач - пациент).

Резюмирование.

- ◎ Резюмирование – подведение итогов разговора, повторение главного из речи собеседника. Резюмирование помогает нам создать благоприятные условия для перехода к презентации плана лечения.

Что резюмирование даёт пациенту.

- ⦿ Проверить, правильно ли мы его поняли.
- ⦿ Убедиться в том, что мы его слышим и играем на его стороне.
- ⦿ Проверить себя (всё ли я так сказал).
- ⦿ Добавить, уточнить или опровергнуть информацию.
- ⦿ Успокоиться, понимая, что с ним работает профессионал.

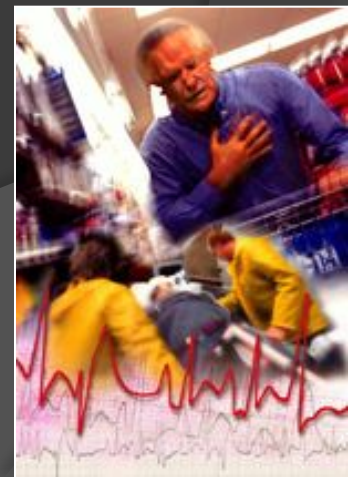
Что резюмирование даёт врачу.

- Спокойного, довольного, заинтересованного пациента, убедившегося, что его услышали, поняли правильно, и готового перейти к этапу презентации.

**АЛГОРИТМ
ОБСЛЕДОВАНИЯ
ПАЦИЕНТА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
КЛИНИКИ.**

Обследование стоматологического больного.

- ◎ Любые манипуляции должны быть направлены на выявление симптомов, заставивших пациента обратиться к врачу.
- ◎ Целью диагностических и лечебных мероприятий является предупреждение осложнений, излечение больного и профилактика рецидивов.



Обследование стоматологического больного.

- ◎ В ходе подбора диагностических тестов должны приниматься в расчёт индивидуальные факторы: степень коммуникабельности пациента, дисциплинированность, денежная стоимость стоматологических услуг.



КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕЦИАЛИСТА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА.

- ◎ **принципы обследования больных врачом-стоматологом, значение специальных и дополнительных методов исследования для дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний; показания и противопоказания к рентгенологическому исследованию;**
- ◎ **клиническую симптоматику основных заболеваний челюстно-лицевой области у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение;**

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕЦИАЛИСТА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА.

- ⦿ **получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии; оказать необходимую срочную помощь;**
- ⦿ **провести обследование челюстно-лицевой области, включая: обследование мягких тканей лица, височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желез и региональной лимфатической системы; зондирование зубов, патологических зубодесневых карманов, свищей и протоков слюнных желез; перкуссию и термодиагностику зубов; электроодонтодиагностику; определение степени тяжести изменения слизистой полости рта, ее подвижности и податливости, а также степени подвижности зубов и атрофии тканей при заболеваниях пародонта;**

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕЦИАЛИСТА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА.

- ◎ **определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), интерпретировать их результаты;**
- ◎ **провести дифференциальную диагностику основных стоматологических заболеваний, обосновать клинический диагноз; составить план обследования, лечения больного;**

Общая схема обследования.

- ⦿ Жалобы (опрос пациента).
- ⦿ Анамнез (изучение истории развития болезни, оценка стадии заболевания).
- ⦿ Осмотр:
 - ▢ первая часть обследования (внеротовая область головы и шеи);
 - ▢ вторая часть обследования (околоротовые и внутриротовые мягкие ткани);
 - ▢ третья часть обследования (зубы и ткани периодонта).

Цель состоит в том, чтобы разработать систему обследования, которая позволила бы оценивать характер заболевания и дисфункции более объективно.

Последовательность проведения обследования.

1. Первичный осмотр во время сбора анамнеза.
2. Внеротовое обследование:
 - мягкие и твердые ткани,
 - мускулатура,
 - суставы.
3. Внутриротовое обследование:
 - мягкие ткани,
 - мускулатура,
 - зубы и пародонт (общая оценка состояния),
 - первичные рентгенограммы,
 - окклюзия,
 - пародонт,
 - зубы,
 - эндодонтический статус,
 - 1. эстетика.
- Общие признаки:
 1. дикция,
 - отношение пациента.

Первичный осмотр во время сбора анамнеза.

Обследование начинается на этапе сбора анамнеза. Во время разговора с пациентом можно определить:

- ⦿ тип, пропорциональность, симметричность лица,
- ⦿ вид профиля лица,
- ⦿ конфигурация лица на наличие каких-либо деформаций,
- ⦿ положение губ,
- ⦿ линия улыбки,
- ⦿ нарушение дикции.

Первичный осмотр во время сбора анамнеза.

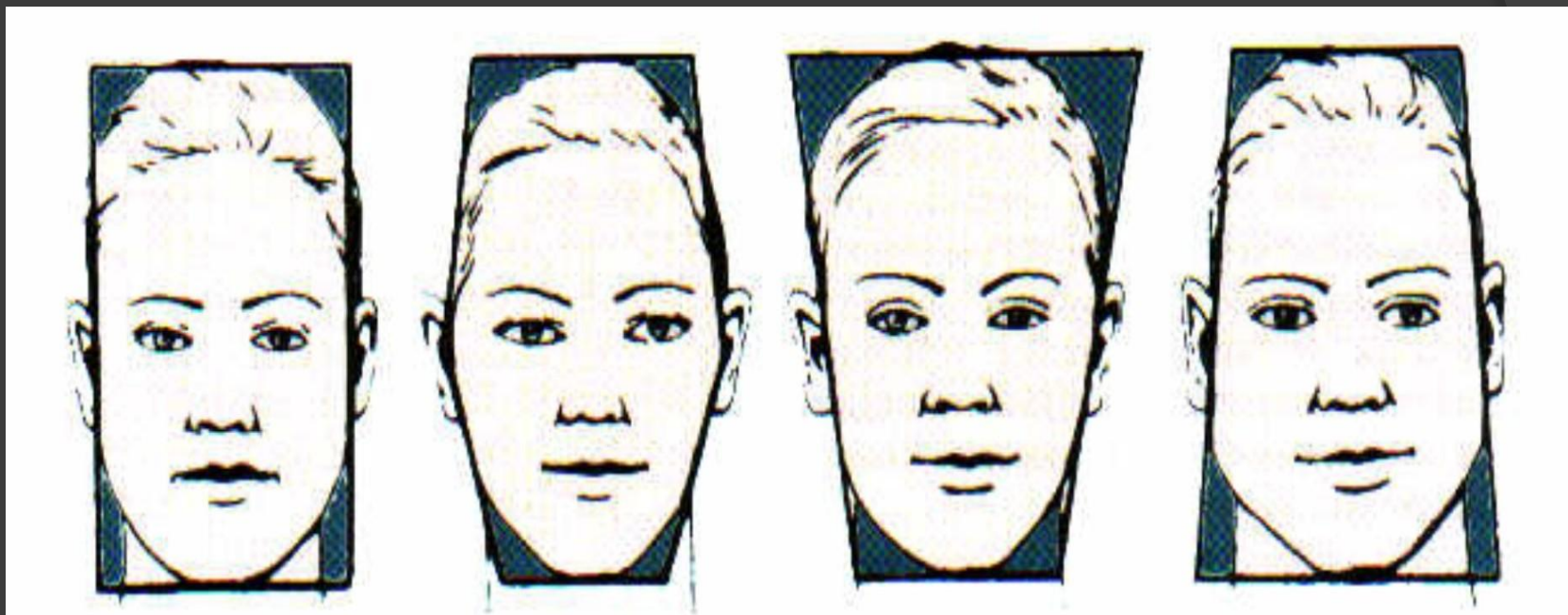


Тип лица.

Степень развития мозгового черепа, жевательного и дыхательного аппарата, костно-мышечной системы формирует лицо человека.

Различают: *церебральный, респираторный, дигестивный, мышечный*

Тип лица.



а- мышечный, б- респираторный, в- церебральный, г- дигестивный.

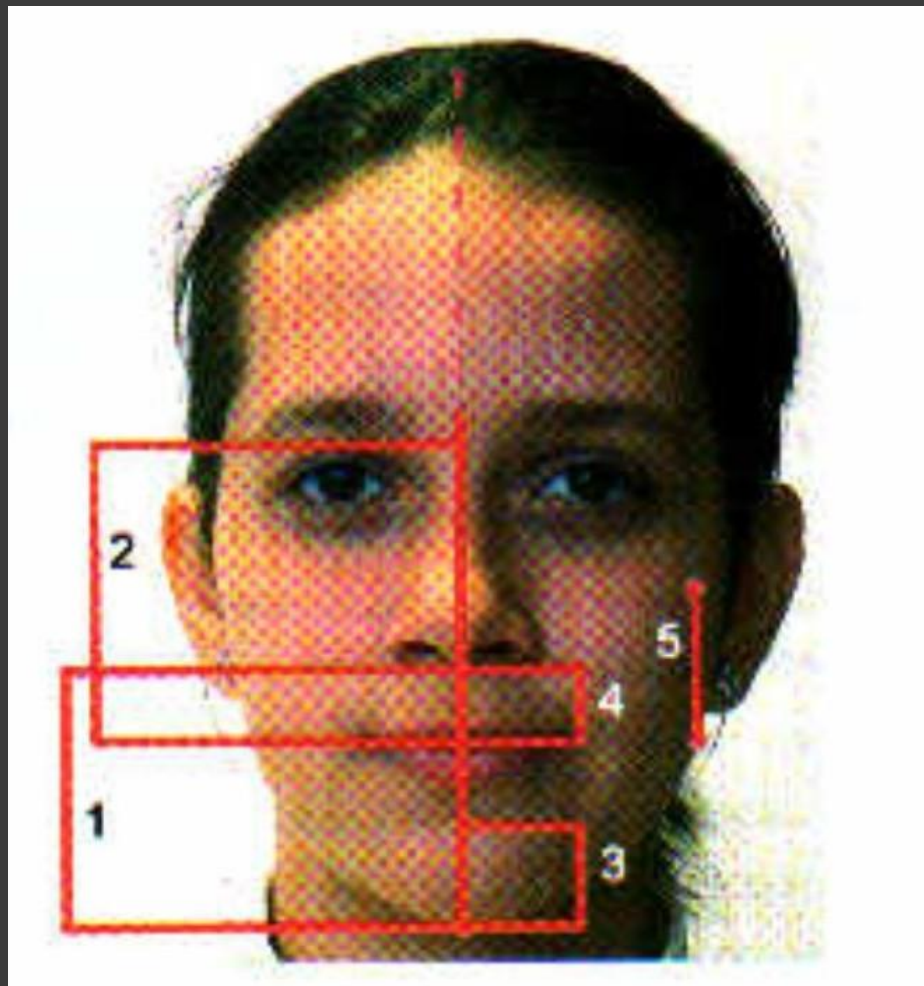
Пропорциональность лица.

Относительно стабильна только средняя часть лица.

Верхняя зависит от сохранности волос на голове.

Нижняя от высоты прикуса.

Относительное соответствие трех частей лица обеспечивает эстетический оптимум.



- 1- нижняя высота лица;
- 2- верхняя высота лица;
- 3- высота подбородка;
- 4- высота верхней губы;
- 5- высота ветви нижней челюсти.

Вид профиля лица.

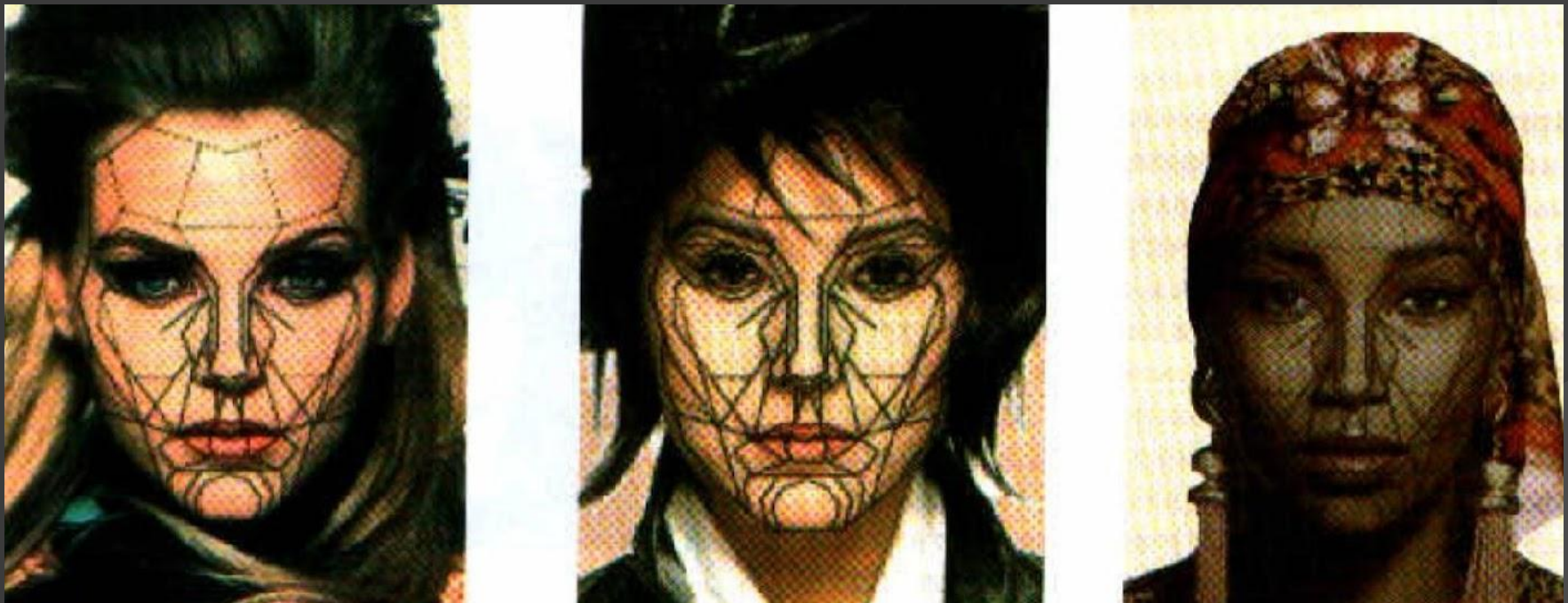
Различают: *прямой, выпуклый, вогнутый.*



Симметричность лица.

Оценка соответствия правой и левой половин друг другу.

Практически, абсолютно симметричного лица не существует, поэтому различают **физиологическую** и **нефизиологическую** асимметрии. Для пациента врач оценивает нефизиологическую асимметрию лица.

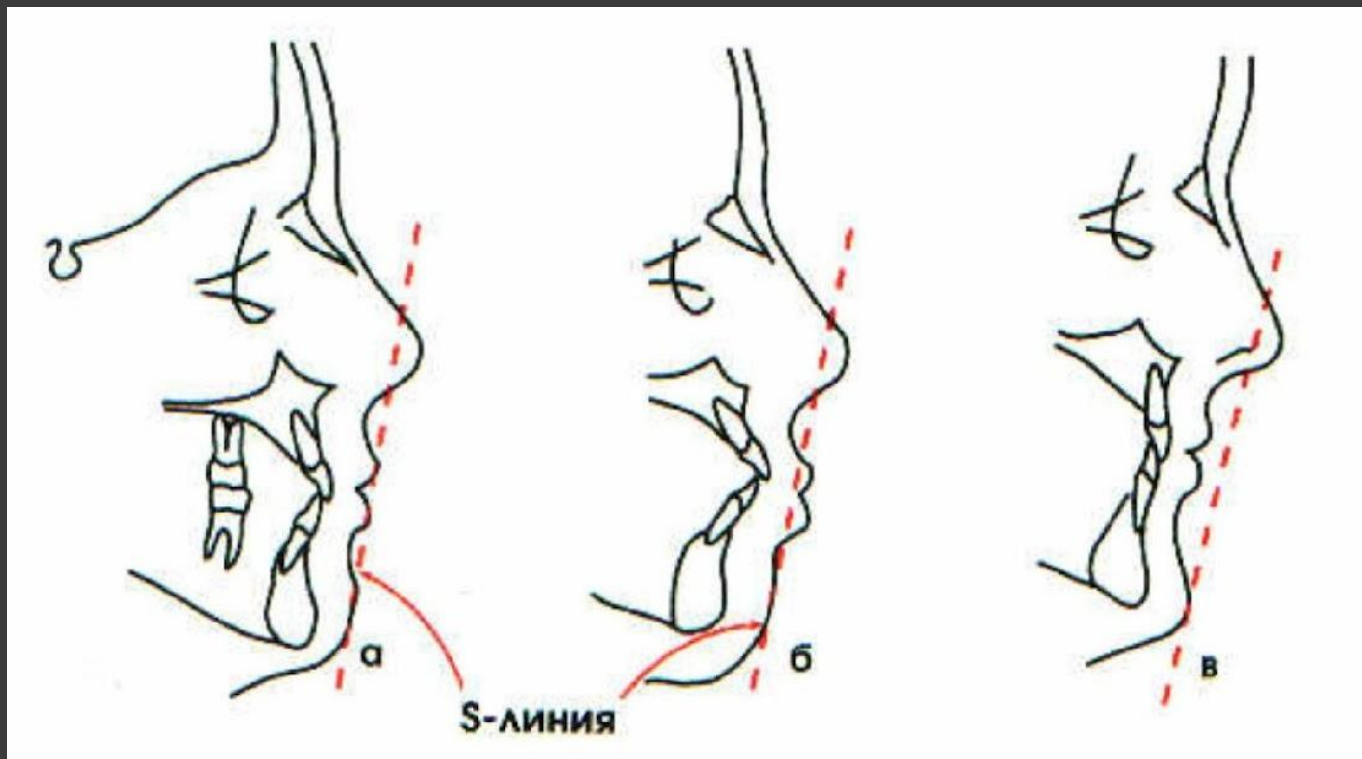


Десятиугольная золотая маска красоты.

Конфигурация лица.

Визуально врач оценивает лицо пациента на наличие каких либо деформаций, таких как: *западение губ, щек, мимические нарушения, патологические новообразования и т.д.*

Положение губ.



Положение губ определяют относительно S- линии.

а- уравновешены, б- выдвинуты, в- западают.

Тип улыбки.



а- резцовая, б- сосочковая, в- альвеолярная.

Внеротовое обследование.

Во время данного обследования оценивают:

- кожные покровы, подлежащие мягкие и твердые ткани, регионарные лимфатические узлы челюстно-лицевой области,
- мускулатуру лица,
- обследование височно-нижнечелюстного сустава.

Внеротовое обследование.



Кожные покровы.

В норме кожа физиологической окраски, без видимых патологических изменений.

При различных патологических состояниях – бледная, гиперемированная, цианотичная, желтушная, с усиленным сосудистым рисунком и т.д.

Пальпация лимфатических узлов.



В норме у взрослого человека лимфатические узлы настолько малы, что не пальпируются.

Появление увеличенных лимфатических узлов является патологией. При обнаружении необходимо описать их месторасположение, величину (в миллиметрах), консистенцию (твердые, мягкие, эластичные), подвижность (или неподвижность), спаянность с подлежащими тканями, изменения кожи над лимфатическими узлами.

Пальпация мускулатуры лица.



Обследование височно- нижнечелюстного сустава.



Оценка начинается с визуального осмотра области сустава (впереди от козелка уха):

- цвет кожи - может быть изменен при воспалительных процессах, при наличии травм;
- конфигурация лица – припухлость или западение тканей;
- целостность кожных покровов – наличие патологических новообразований (ран, свищей, язв).

Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти, пальпация, аускультация суставов.



Внутриротовое обследование.

Данное обследование включает осмотр органов полости рта:

- состояние мягких тканей (слизистые оболочки щек, дна полости рта, языка);
- мускулатура (места прикрепления мышц);
- общее состояние зубов и пародонта (оценивается по ОПТГ);
- определение прикуса и окклюзии;
- тип глотания;
- обследование пародонта и зубных рядов;
- эндодонтическое обследование;
- косметика.

Внутриротовое обследование.



При клиническом осмотре полости рта обращают внимание на:

- цвет,
- влажность,
- блеск,
- наличие патологических образований (отпечатков боковых зубов, воспалительных и дистрофических изменений, налета).

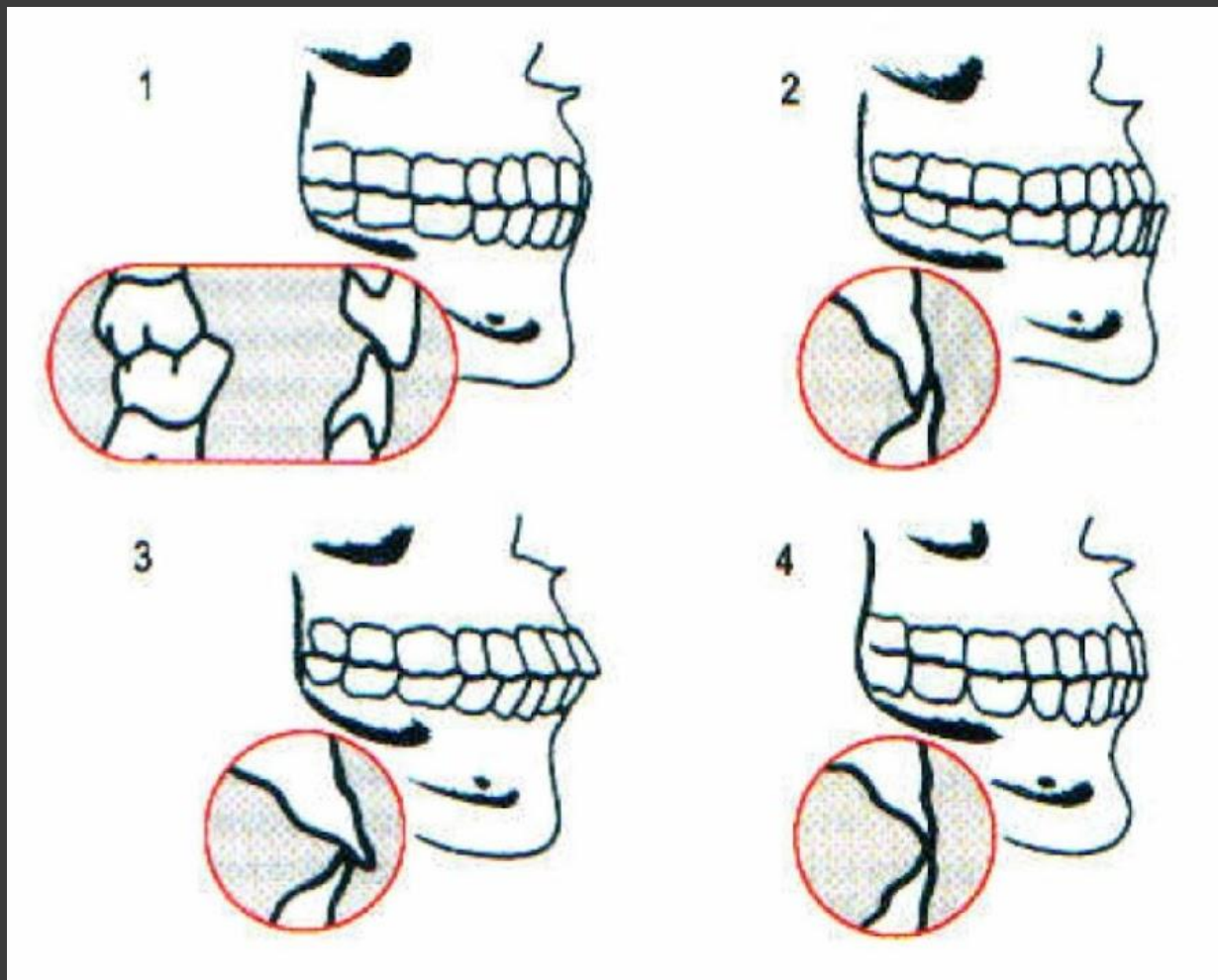


Определение прикуса и

ОККЛЮЗИИ.

Необходимо оценить следующие параметры:

- ⦿ межбугорковое положение;
- ⦿ положение контактов в центральном соотношении;
- ⦿ движение между задней контактной позицией и межбугорковым положением – «соскальзывание в окклюзии»;
- ⦿ латеральные контакты при боковых движениях;
- ⦿ протрузионные контакты, движения и направляющие;
- ⦿ расслабленное положение и вертикальное расстояние.



1-физиологическая окклюзия, 2- физиологическое смыкание боковой группы зубов и обратная резцовая окклюзия, 3- физиологическое смыкание боковой группы зубов и бипротрузия передних зубов, 4- физиологическое смыкание боковой группы зубов и прямая окклюзия передних зубов.

Тип глотания.

Нужно попросить пациента проглотить слюну. Во время глотания развести губы и посмотреть не происходит ли смещения языка в сторону или вперед.

Обследование пародонта и зубных рядов.

При обследовании необходимо осмотреть каждый зуб и подробно описать его состояние.

Обращают внимание на:

- форму (правильная, шиповидная, бочкообразная, треугольная),*
- размер (нормальный, макроденция, микроденция),*
- цвет,*
- состояние твердых тканей (здоровые, кариес, осложненный кариес, повышенная стираемость),*
- перкуссия (отрицательная, положительная),*
- феномен Попова – Годона (выражен, не выражен).*



Исследование зубных рядов.

Различают 3 клинические формы повышенной стираемости по А.Л. Грозовскому, в зависимости от расположения фасеток стирания:

1. горизонтальная - стираются жевательные и режущие поверхности зубов;
2. вертикальная – оральная, вестибулярная, контактные поверхности зубов;
3. смешанная – косо ориентированные фасетки стирания.



Исследование зубных рядов.

Формы вертикального перемещения зубов при утрате антагонистов по В.А. Пономаревой.

1. Перемещение зуба сопровождается увеличением ячеистого отростка. Соотношение вне- и внутриальвеолярной части при этом не изменяется.
2. Выдвижение зубов происходит на фоне увеличенного альвеолярного гребня, но с обнажением части корня зуба.

Принципиальной разницы между этими формами нет.

И в том, и в другом случае происходит зубоальвеолярное удлинение. Вторая форма соответствует более поздним стадиям перестройки альвеолярной части.

Пародонтологическое обследование.

Для оценки следует обратить внимание на следующее:

- ⦿ имеющиеся зубы;
- ⦿ глубина пародонтальных карманов;
- ⦿ кровоточивость при зондировании;
- ⦿ реакция десны;
- ⦿ экссудат;
- ⦿ рецессия;
- ⦿ подвижность;
- ⦿ вовлечение бифуркации;
- ⦿ слизисто-десневое соотношение;
- ⦿ рентгенограммы;
- ⦿ потеря прикрепления;
- ⦿ индекс зубного налета.

Подвижность (0 ст., 1 ст., 2 ст., 3 ст.) оценивают по классификации:

- I. подвижность в вестибуло-оральном направлении,*
- II. в вестибуло-оральном и медиодистальном направлении,*
- III. в вестибуло-оральном, медиодистальном и в вертикальном направлениях, так же возможно вращение вокруг оси зуба.*

Измерение глубины пародонтальных карманов и уровня рецессии десны (при их наличии).

Индекс CRITN – оценивается глубина погружения пародонтального зонда.

- I. до 3 мм,*
- II. 3,5-4 мм,*
- III. до 4-5 мм,*
- IV. более 6 мм.*

Эндодонтическое обследование.

Во время обследования необходимо использование рентгенограмм. Осматривают зубные ряды на наличие глубоких реставраций, обнажений пульпы, чувствительность при перкуссии. Проводят электрическое и температурное тестирование.

Эстетика.

Следует отметить улыбку; цвет, форму зубов и реставраций; пространства между зубами; наличие и состоятельность ортопедических конструкций; окклюзионную плоскость.

Сделать необходимые фотографии.

Общие признаки.

Включают оценку:

- дикции (отмечают в карте варианты исправления дикции, в случае имеющихся нарушений);
- отношение пациента (следует документировать первое впечатление относительно отношения пациента).

ВЫВОДЫ.

- Полноценный сбор информации, определение и формирование потребностей пациента способствуют успешному проведению консультации и правильному планированию лечения.
- Алгоритм диагностического обследования пациента должен быть направлен на комплексное лечение, независимо от специализации доктора – стоматолога.