

АО « Медицинский университет Астана»
Кафедра ортопедической и детской стоматологии

СРС:

на тему

«Обследование детей на стоматологическом приеме»



Выполнили: студенты 404 стом

Проверила: Орынбаева

Биби-Айша Шубаевна

Астана, 2017 г.

План:

- ▶ Введение
- ▶ 1. Инструментарий
- ▶ 2. Основные методы
- ▶ 3. Дополнительные методы.
- ▶ 4. Медицинская документация



Ведение

- ▶ При организации стоматологического приема у детей, врачи сталкиваются с рядом трудностей, связанных с поведением детей. Для достижения успеха врач-стоматолог должен иметь основы знаний возрастной и семейной психологии, владеть различными технологиями управления поведением детей в ходе проведения каждой стоматологической манипуляции.



Инструменты для обследования полости рта

- ▶ Стоматологическими инструментами для обследования полости рта являются: **зеркало, зонд, пинцет.**
- ▶ Одним из первых инструментов, с помощью которого начинается клиническое обследование полости рта и зубов пациентов, является **стоматологическое зеркало**. Зеркало состоит из металлической ручки с ввинченным стержнем, на конце которого в металлической оправе под углом $115 - 125^\circ$ закреплено плоское или сферическое вогнутое зеркало, преимущественно круглой формы. Вогнутое зеркало в отличие от плоского увеличивает изображение объекта.



Стоматологический зонд

- ▶ Для обследования состояния зубов пациента, используют стоматологические зонды, предназначенные для выявления и исследования кариозных полостей. При помощи этих зондов определяют болезненность зуба и уточняют топографию устьев корневых каналов.



Стоматологический пинцет

Отличается от обычного тем, что его рабочая часть не имеет насечек и согнута под углом 115 - 120°. С помощью пинцета в раскрытый рот вводят ватные валики, тампоны, шарики, выполняют разные манипуляции на пораженной слизистой оболочке и в зубах. Пинцетом вводят жидкие лекарственные вещества в полость зуба, в зубодесневые карманы. С помощью пинцета определяют подвижность зубов.



СБОР АНАМНЕЗА

Сбор анамнеза - это возможность получить информацию о ребенке и его семье, что является очень важным для выяснения условий, которые могли привести к развитию заболевания.

Кроме того, данные анамнеза облегчают диагностику, нередко проясняя ситуацию уже до начала непосредственно клинического обследования.

При сборе анамнеза у ребенка необходимо присутствие родителей, так как на некоторые вопросы ребенок не сможет ответить самостоятельно. Поскольку стоматология детского возраста занимается практически всеми аспектами роста и развития ребенка, целью обследования является не только выявление таких стоматологических заболеваний, как кариес и пародонтит.



▶ **Анамнез жизни ребенка раннего возраста (до 3 лет)**

Опрашиваются родители.

От какой беременности и какой по счету ребенок

Как протекала беременность у матери

Режим и особенности питания беременной.

Как протекали роды

Масса тела и рост при рождении.

На каком вскармливании находится ребенок - естественном, искусственном, смешанном..

Перенесенные заболевания в том числе инфекционные и хирургические вмешательства.

Профилактические прививки Реакции на прививки.



► Анамнез жизни детей старшего возраста

Какой по счету ребенок?

Как развивался в период раннего детства?

Перенесенные заболевания и хирургические вмешательства.

Профилактические прививки.

Туберкулиновые пробы, когда проводились, их результат.

Контакт с инфекционными больными.



- ▶ аллергологический анамнез;
- ▶ при обследовании детей с инфекционными заболеваниями слизистой оболочки полости рта важно выяснить эпидемиологический анамнез
- ▶ наследственная предрасположенность к стоматологическим заболеваниям;
- ▶ сведения о перенесенных и имеющихся стоматологических заболеваниях, травмах челюстно-лицевой области, причинах удаления зубов;
- ▶ информация о социально-экономическом положении семьи и бытовых условиях



▶ **Анамнез заболевания**

- ▶ — субъективная характеристика ребенком и его родителями динамики заболевания от его начала до обращения к врачу-стоматологу.
- ▶ 1. Жалобы при поступлении в стационар и в период наблюдения (рассказ больного или родителей).
- 2. Когда заболел ребенок?
- 3. При каких обстоятельствах развивалось заболевание и как протекало с первого дня до момента обследования?
- 4. Общие проявления заболевания (температура, озноб, сон, аппетит, жажда, вялость, беспокойство, настроение и др.) - отразить в динамике.

Внешний осмотр



ВНЕШНИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО

- ▶ При внешнем осмотре определяют наличие или отсутствие асимметрии лица (губ, щек, углов рта, носа, соотношение верхней и нижней губ, линию их смыкания, размер нижней трети лица, угла НЧ), других деформация, мимические нарушения.

Сглаженность носогубных складок, парезы, опухоли, воспалительные состояния, дефекты, возникшие после травмы или других патологических процессов. Анатомические образования нижней трети лица.

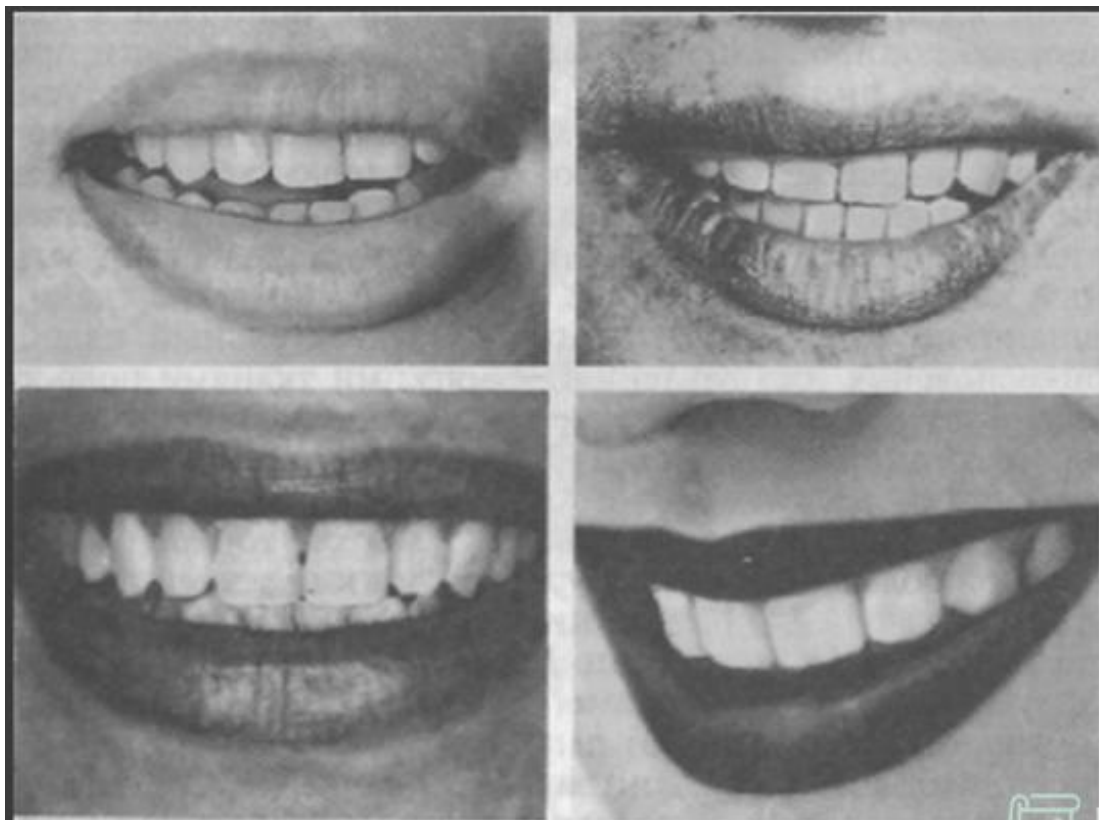
- 1- носогубная складка;
- 2- верхняя губа;
- 3- фильтр;
- 4- угол рта;
- 5- линия смыкания губ;
- 6- красная кайма губ;
- 7- подбородочная складка



Анатомические образования нижней трети лица.

- 1 — носогубная складка;
- 2 — верхняя губа;
- 3 — фильтр;
- 4 — угол рта;
- 5 — линия смыкания губ;
- 6 — красная кайма губ;
- 7 — подбородочная складка

Варианты соотношения передних зубов с красной каймой губ при улыбке



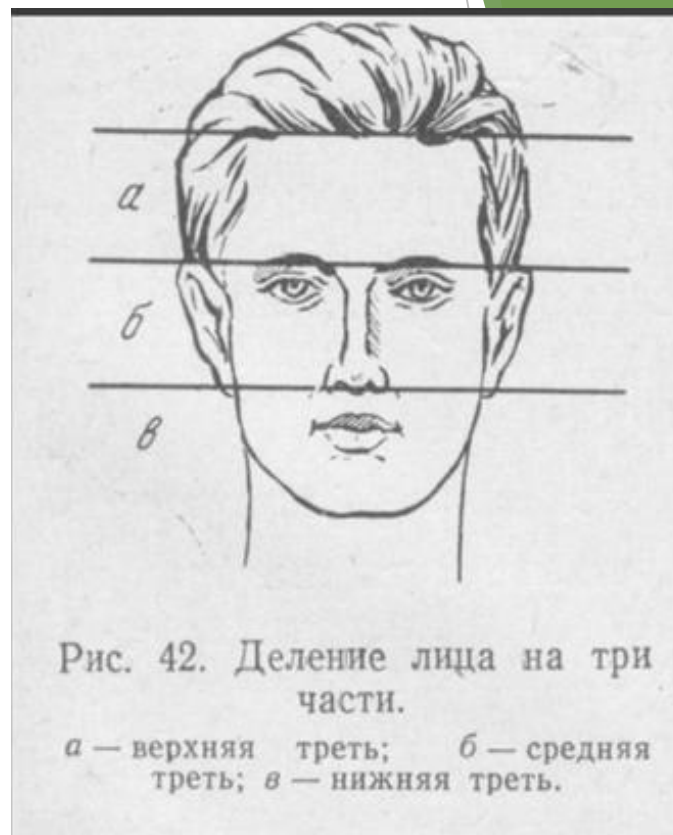
В клинике ортопедической
стоматологии широкое
распространение получило деление
лица на три части:

- ✓ Верхнюю
- ✓ Среднюю
- ✓ Нижнюю

-Верхняя треть лица расположена между границей волосистой части на лбу и линией, соединяющей брови.

-Границами средней части лица служат линия, соединяющая брови и основание перегородки носа.

-Нижняя треть лица - это его часть от основания перегородки носа до нижней точки подбородка



Для ортопедических целей важно различать два размера высоты нижней трети лица.

-Первую измеряют при сомкнутых зубах, и она называется окклюзионной.

-Вторую определяют в положении относительного функционального покоя, когда нижняя челюсть опущена и между зубами возникает промежуток.

Это - высота относительного функционального покоя.

Выраженность подбородочной и носогубной складок.

Мокнущие углы рта при значительной потере зубов, обусловившей снижение окклюзионной высоты.



Выраженность подбородочной и носогубной складок. Мокнущие углы рта при значительной потере зубов, обусловившей снижение окклюзионной высоты.

Осмотр полости рта

Объективное обследование Осмотр полости рта начинают с преддверия рта при сомкнутых челюстях и расслабленных губах, подняв верхнюю и оттянув нижнюю с помощью стоматологического зеркала В первую очередь осматривают красную кайму губ и углы рта: цвет, наличие чешуек, корок. На внутренней поверхности – обычно бугристость за счет малых слюнных желез и точечные отверстия – выводные протоки МСЖ. Затем осматривают внутреннюю поверхность щек с помощью зеркала: цвет, увлажненность, наличие образований. Обычно на уровне верхних вторых моляров обнаруживаются сосочки- устья выводных протоков ОСЖ.

Определяют соотношение зубных рядов – прикус, который делят на физиологический и патологический. Затем производят осмотр десен. В норме слизистая десен бледно-розового цвета, плотно охватывает шейку зуба. Десневые сосочки занимают межзубные промежутки. По месту зубодесневого соединения образуется бороздка, которая может вследствие патологического процесса (прорастание эпителия вдоль корня) образовывать пародонтальный карман. Осмотр десен позволяет определить вид воспаления.



Осмотр собственно полости рта В первую очередь производят общий осмотр, обращая внимания на цвет слизистой и ее увлажненность. Затем осматривают язык. Начинают с определения состояния сосочков: нормальное состояние, гипертрофия, атрофия, усиленная десквамация При атрофии сосочков – поверхность гладкая, иногда ярко-малиновой окраски



Осмотр собственно полости рта

При осмотре дна полости рта обращают внимание на слизистую оболочку: наличие складок, уздечки языка, наличие выводных протоков подчелюстной и подъязычной слюнных желез. Далее осматривают твердое небо. Слизистая неба твердая. В переднем отделе – поперечные складки, видные точечные отверстия МСЖ. Мягкое небо заканчивается небными дужками и язычком.



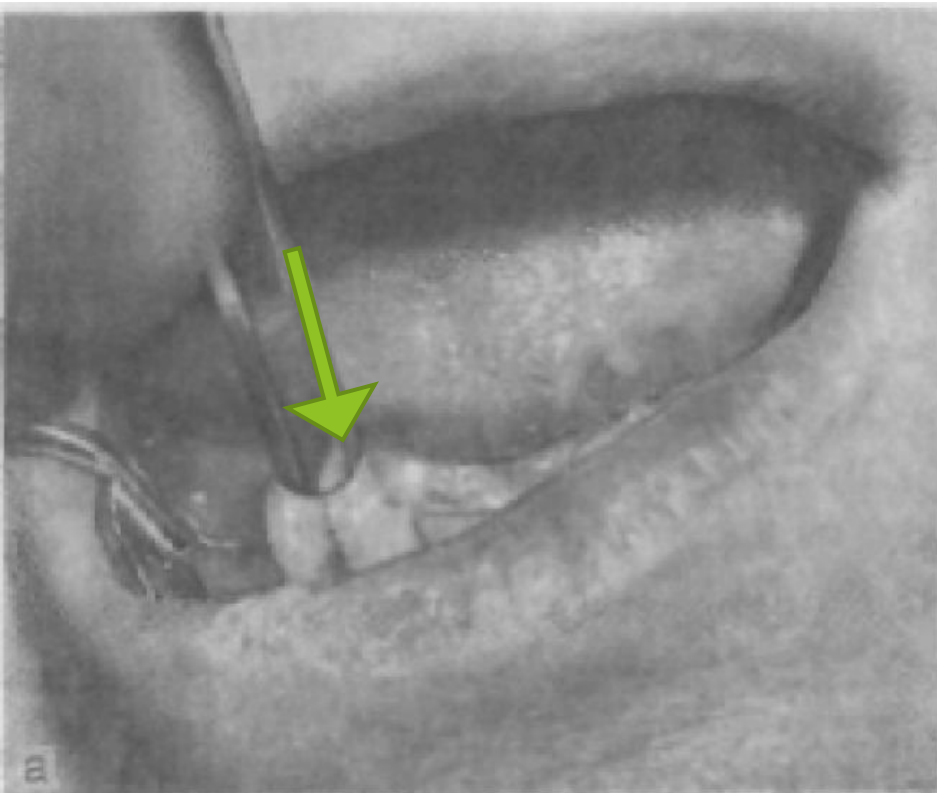
Осмотр зубов

Производят осмотр всех зубов. Целесообразно производить осмотр всегда с одной стороны, например, справа налево с моляров нижней челюсти, а затем слева направо – с моляров верхней челюсти. Осмотр производят с помощью набора инструментов, наиболее часто используют стоматологическое зеркало, зонд и стоматологический пинцет. Однако в работе должны быть угловой зонд, экскаватор, металлический шпатель. При осмотре обращают внимание на цвет зуба, форму и величину. При наличии кариозной полости проводят ее зондирование: глубина, наличие размягченного дентина, состояние устьев каналов и др.

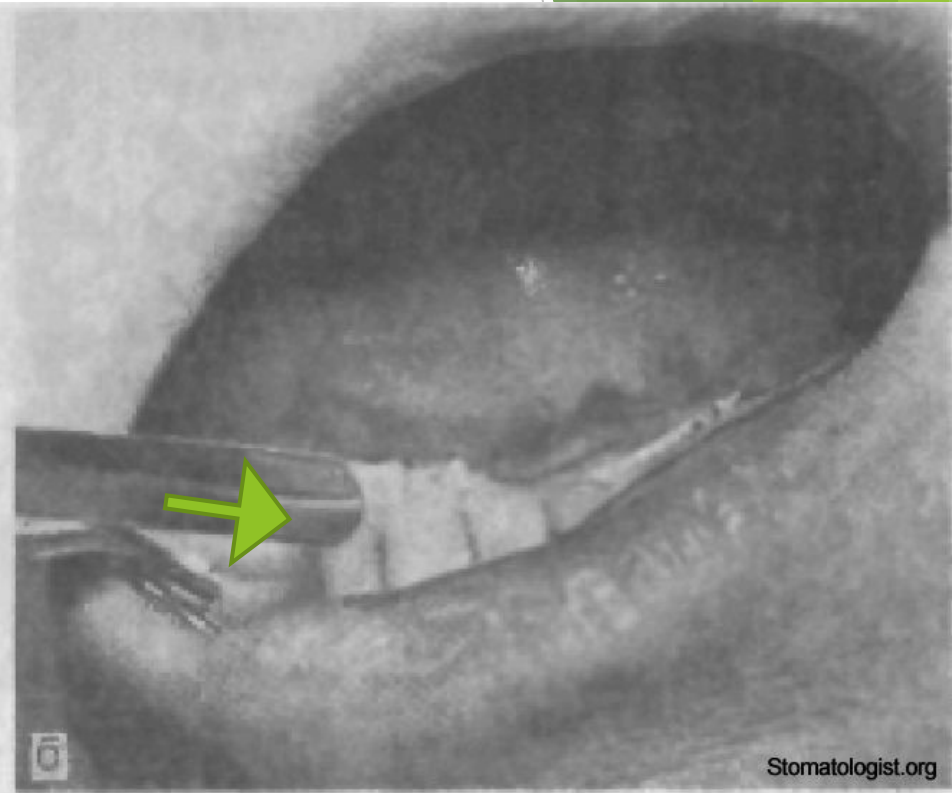
Перкуссия — постукивание по зубу

- ▶ Применяется для определения состояния пародонта. Пинцетом или ручкой зонда постукивают по режущему краю или жевательной поверхности зуба.
- ▶ Если в периодонте нет очага воспаления, перкуссия безболезненна.
- ▶ Удары должны быть легкими и равномерными.
- ▶ Начинать следует с заведомо здоровых зубов.
- ▶ Различают вертикальную перкуссию и горизонтальную

Перкуссия



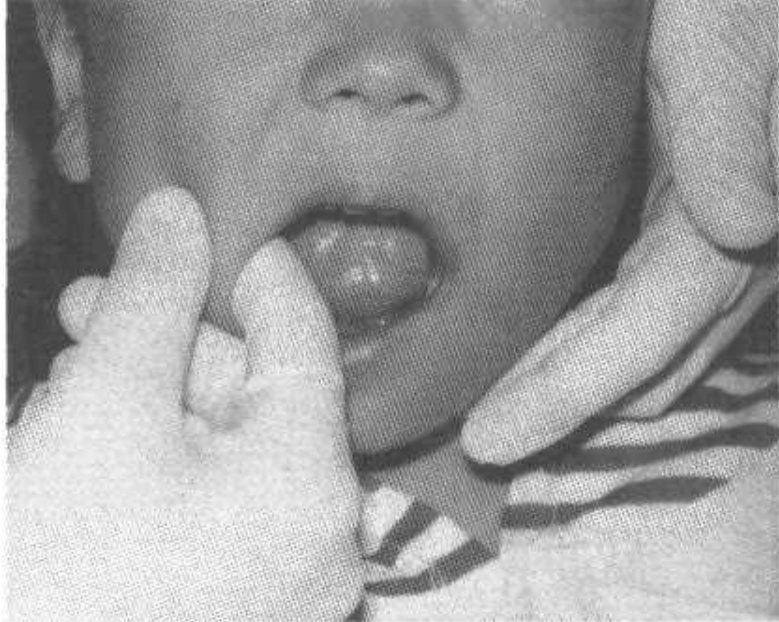
▶ Вертикальная



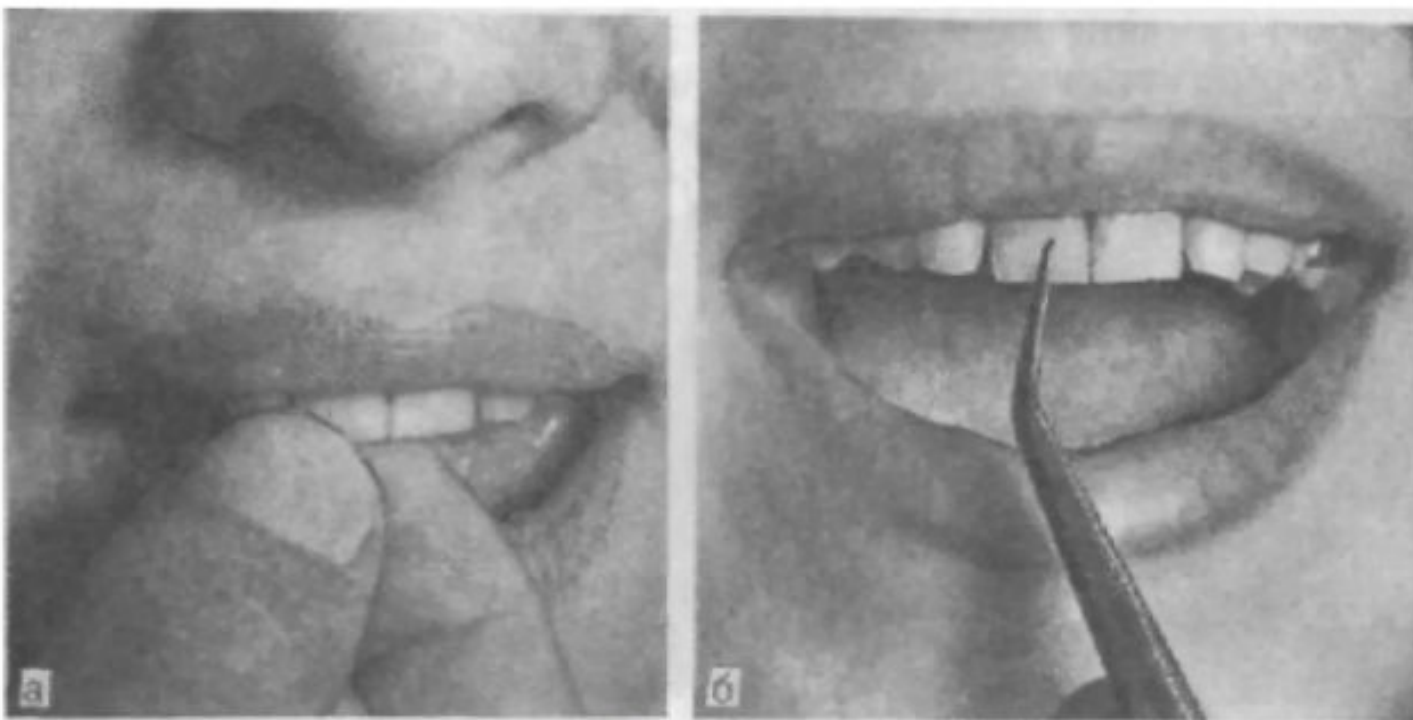
• Горизонтальная

Пальпация – ощупывание

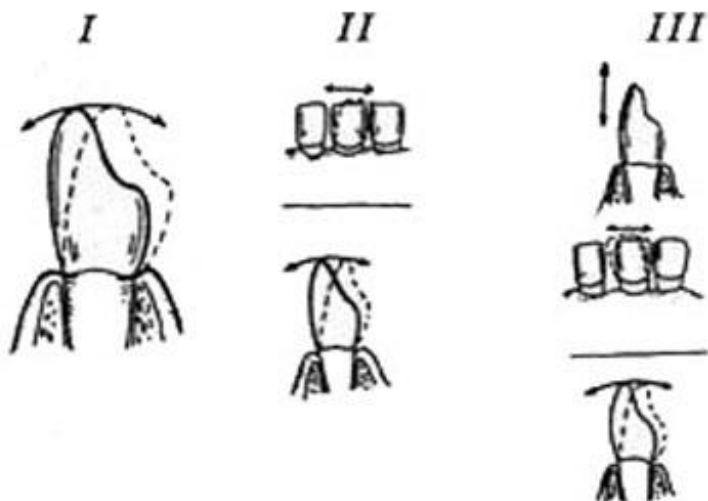
- ▶ Применяется для определения припухлости опухоли, уплотнения, подвижности органов или тк
- ▶ В одних случаях ее производят одним указательным пальцем,
- ▶ В других слизистую оболочку берут в складку двумя пальцами
- ▶ В третьих случаях (при пальпации тканей щеки) ее производят указательными пальцами правой и левой руки, причем один палец находится снаружи, а другой – со стороны полости рта.
- ▶ Начинают с неповрежденного участка слизистой оболочки

A**Б****В**

Осмотр и пальпация тканей щеки (А),
губ (Б) и дна полости рта (В)



Пальпаторное (а) и инструментальное (б) определение подвижности зуба.



Степени подвижности зубов

Подвижность зубов определяют пинцетом путем раскачивания. Зуб имеет физиологическую подвижность, которая в норме почти незаметна.

I степень — смещение в вестибулярно-оральном направлении;

II степень — смещение в вестибулярно-оральном и боковом направлениях;

III степень — смещение и по оси зуба (в вертикальном направлении)

ЗОНДИРОВАНИЕ

- ▶ Данное исследование выполняется с помощью зонда (чаще угловым), который держат в правой руке, в левой руке держат стоматологическое зеркало.
- ▶ Определяется наличие кариозной полости, размягчение в ней, глубина кариозной полости, болезненность дна кариозной полости, а также чувствительность эмали – гиперестезия.





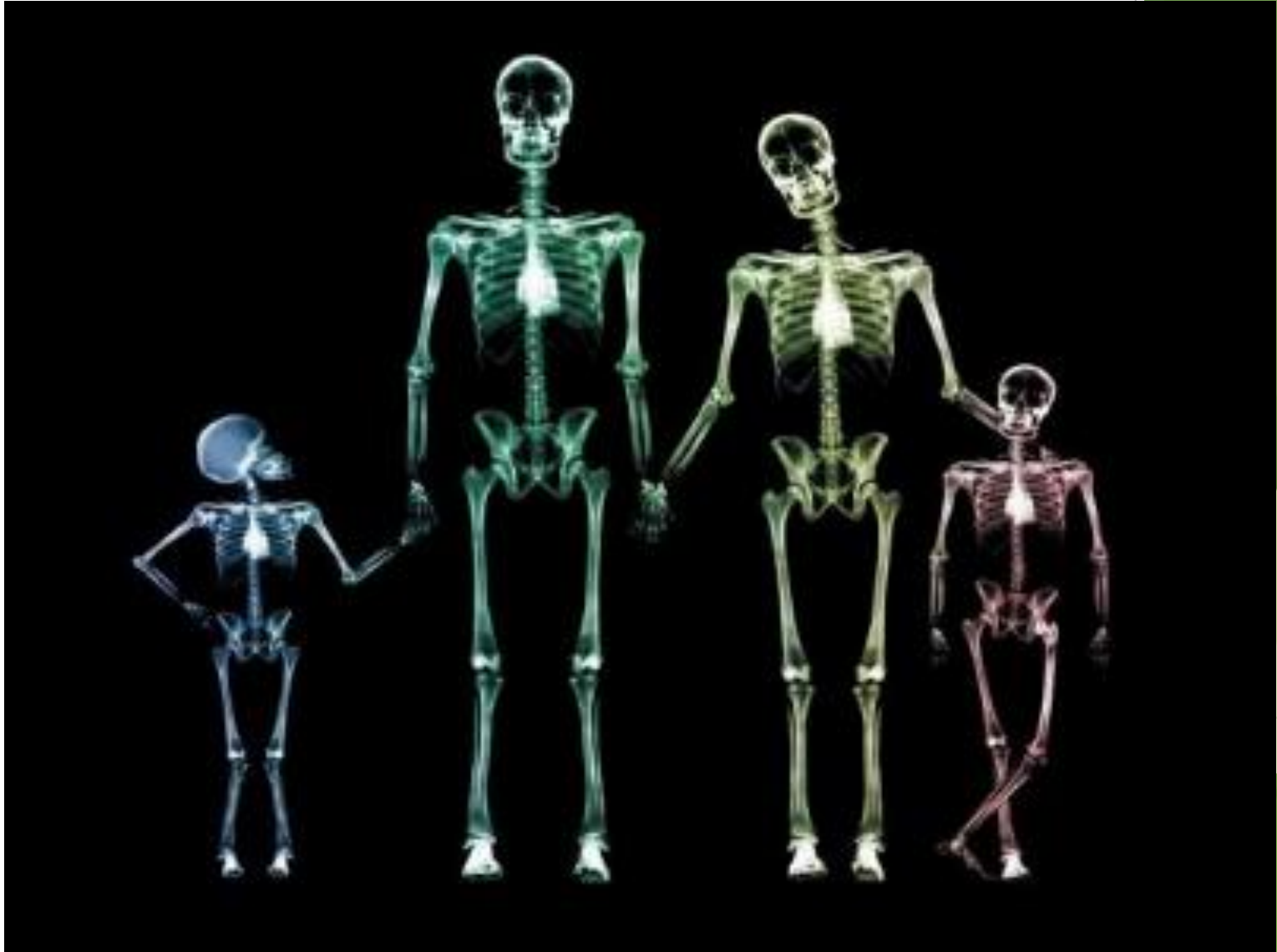
Зондом проверяют все углубления, пигментированные участки и др.

Если целостность эмали не нарушена, то зонд свободно скользит по поверхности зуба.

При наличии кариозной полости в зубе зонд задерживается в ней.

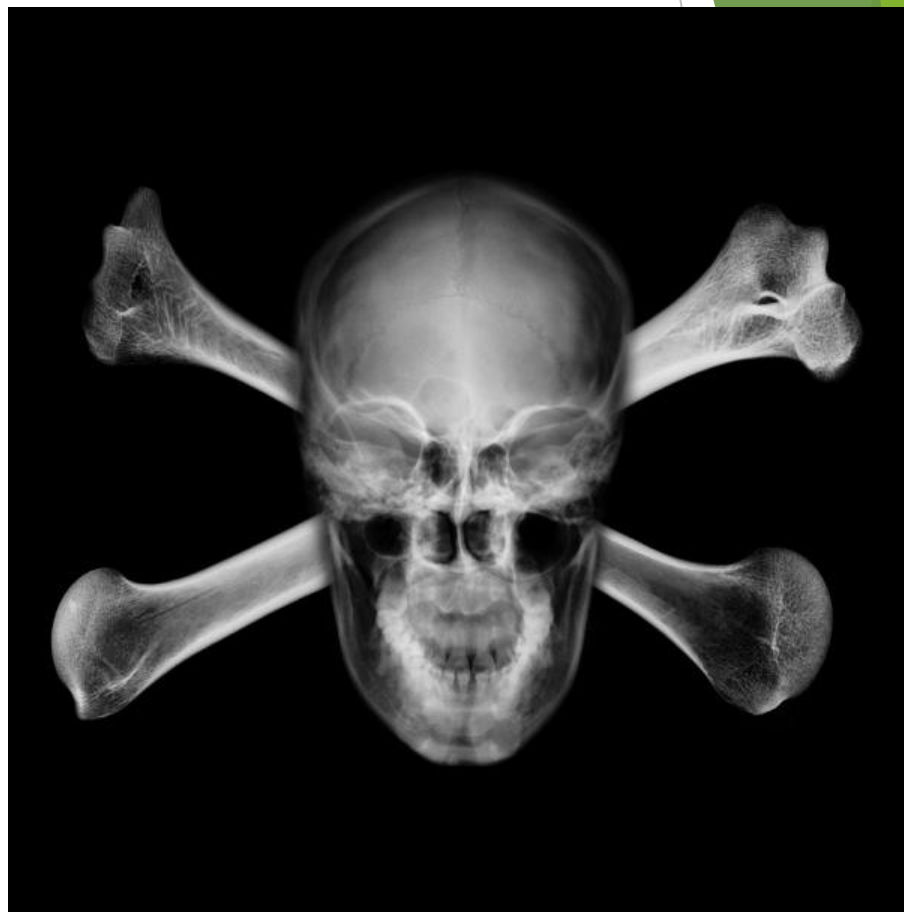
Рентгенологическое исследование зубочелюстной системы у детей

- ▶ Рентгенологическое исследование позволяет получить около 80% всех диагностических показателей, касающихся состояния различных элементов зубочелюстной системы лицевого и мозгового черепа.
- ▶ Многие из этих показателей не могут быть правильно представлены без использования рентгенологического метода.
- ▶ Вместе с тем опасность воздействия ионизирующего излучения на растущий детский организм заставляет использовать его с осторожностью и с особым вниманием относиться к методике и технике рентгенологического исследования детей и подростков



Меры предосторожности

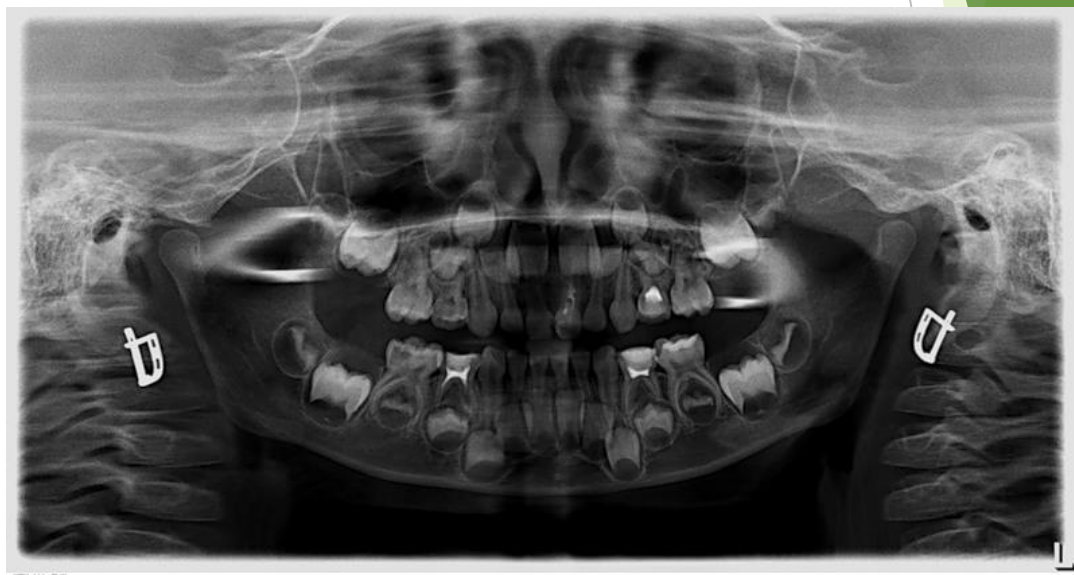
- ▶ Рентгенограммы зубочелюстной системы у детей должны производиться на пленках хорошего качества, позволяющих предельно сокращать время съемки.
- ▶ Внеротовые съемки надо делать с помощью стационарных рентгеновских аппаратов, с большого фокусного расстояния (не менее 1 м), при использовании усиливающих экранов с высокой разрешающей способностью, что также позволяет резко уменьшить дозу облучения.



Продолжение...

- ▶ Необходимо тщательно следить за тем, чтобы поле, на которое падают рентгеновские лучи, было строго ограничено диафрагмами и не превышало размеров снимаемой области.
- ▶ Диафрагмирование поля на дентальных аппаратах осуществляется фильтрами, вложенными в основание тубусалокализатора.
- ▶ Следует использовать набор фильтров разной толщины с различными отверстиями в зависимости от снимаемой группы зубов.

Методики
рентгенографи
и
зубочелюстной
системы
разделяются на
внутриротовы
е, внеротовые
и
специальные.



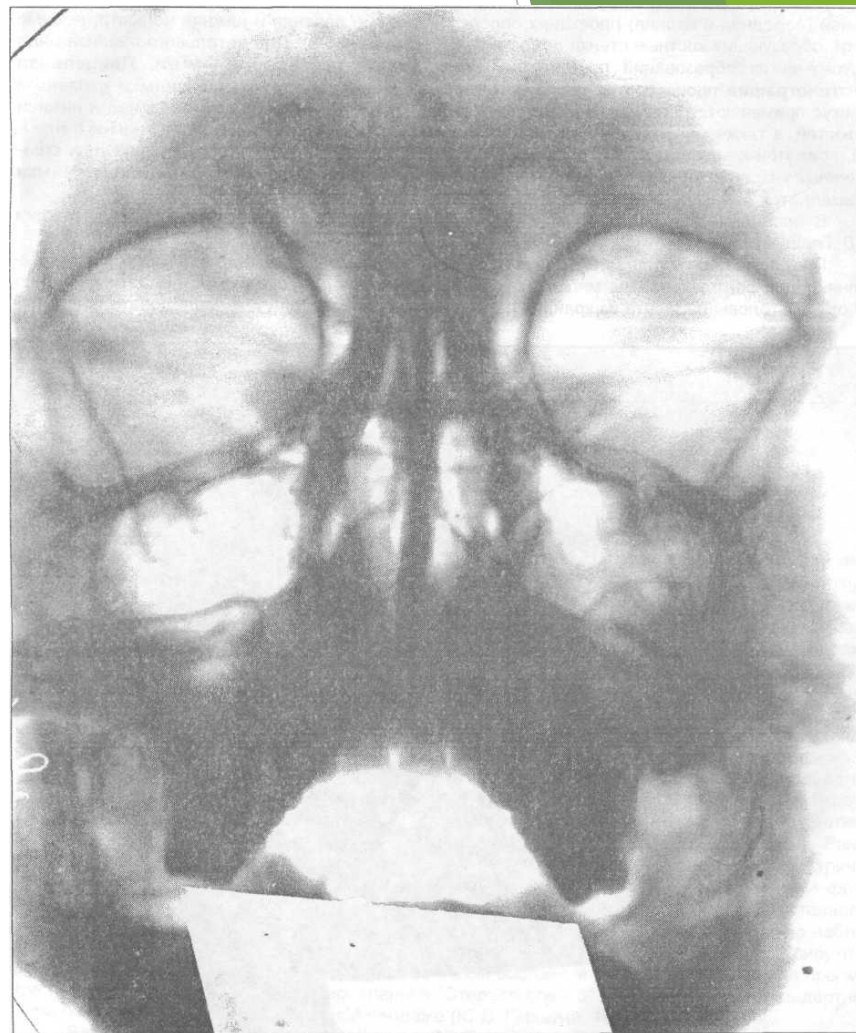
- ▶ Из различных видов внутриротовой рентгенографии у детей, особенно младшего возраста, должна использоваться **съемка вприкус**.
- ▶ Она позволяет получить изображение довольно большого участка альвеолярного отростка и нескольких (4-5 зубов), что необходимо даже при изолированных поражениях. Такую съемку у детей осуществить значительно легче, чем контактную рентгенографию.



► **Обзорная рентгенограмма верхней челюсти** используется для установления наличия

► зачатков зубов, при диагностике сквозной расщелины, подозрении на опухоль центральных отделов верхней челюсти.

► Условия рентгенографии: 55-60 кВ, 10 мА, 0,3-0,6 с, кожно-фокусное расстояние 25-35 см.



- ▶ Съемка *дистальных отделов тела, угла и ветви нижней челюсти* производится на дентальном аппарате на кассете размером 13x18 см.
- ▶ Ребенок сидит в кресле так, чтобы среднесагиттальная плоскость черепа была перпендикулярна плоскости пола, а линия, соединяющая козелок уха и угол рта, располагалась горизонтально.

Кассету прижимают к исследуемой области так, чтобы ее нижний край выступал на 2-3 см ниже края челюсти. Голову наклоняют на 20° и слегка поворачивают в снимаемую сторону, а луч направляют на центр кассеты со стороны нижнечелюстного угла противоположной стороны.



- ▶ *Височно-челюстной сустав* у детей проще всего снимать по методике Парма.
- ▶ Кассету размером 13x18 см прижимают вплотную к снимаемому сочленению и устанавливают параллельна среднесагиттальной плоскости.
- ▶ Трубку без тубуса подводят со стороны противоположного сустава на 3-4 см кпереди от наружного слухового прохода.

Луч падает горизонтально на центр кассеты. Во время рентгенографии исследуемый ребенок открывает рот.

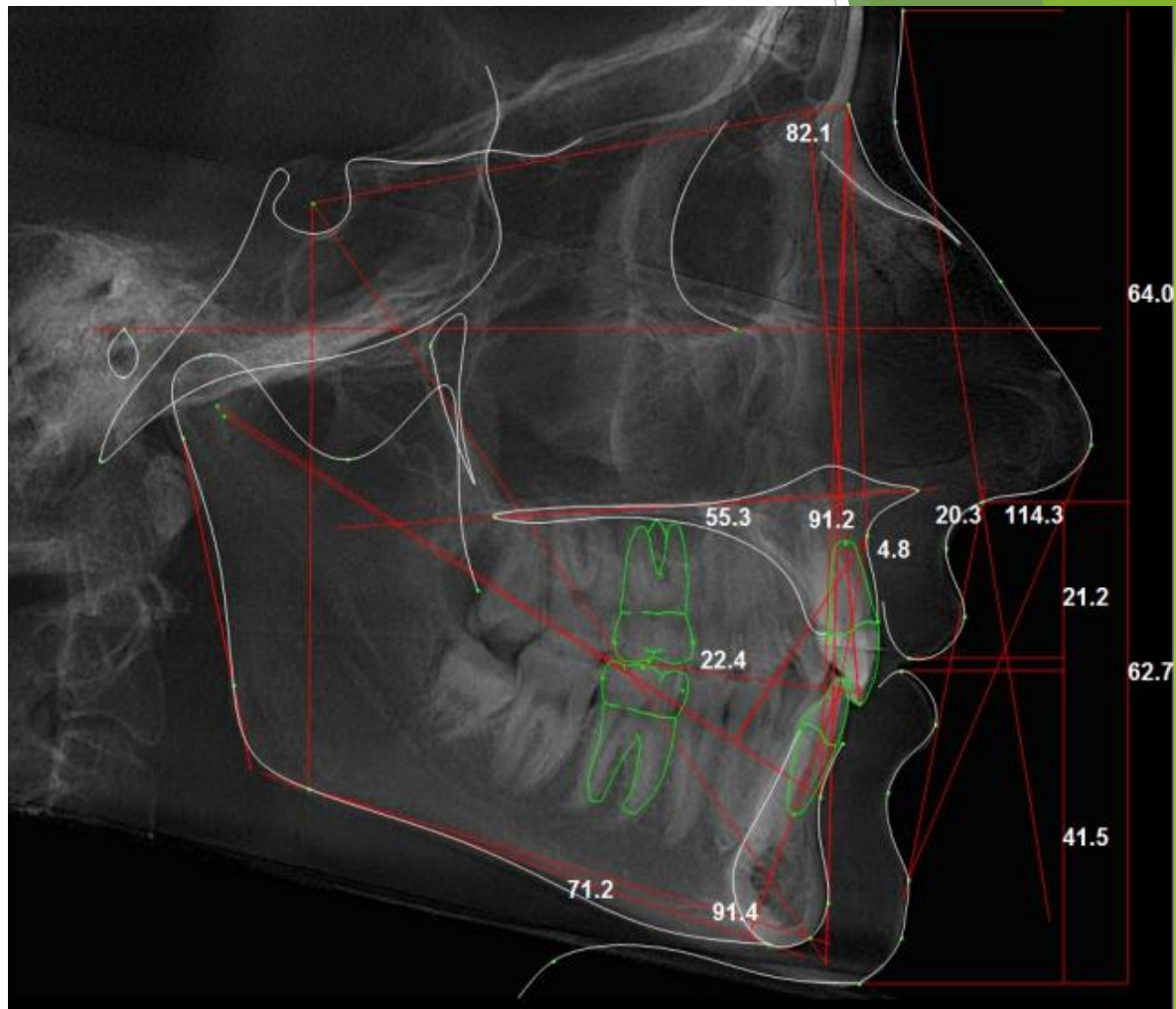
Условия съемки: 60-65 кВ, 10 мА, 0,4-0,5 с.



- ▶ Среди специальных методик рентгенологического исследования важнейшую роль для изучения зубочелюстной системы у детей и подростков играют панорамная томография черепа и увеличенная панорамная рентгенография челюстей.
- ▶ Вторым специальным видом рентгенологического исследования, представляющим большую ценность для детской стоматологии, является **увеличенная панорамная рентгенография челюстей**, которая производится с помощью специальных аппаратов, анод рентгеновской трубки которых вводят во время съемки в рот пациента на глубину 4-6 см.
- ▶ Гибкие кассеты с усиливающими экранами или пакетированную пленку располагают снаружи вокруг верхней или нижней челюсти.
- ▶ Специальная конструкция анода позволяет получить на конце его расходящийся под углом 270° пучок лучей, отображающих на каждой из кассет увеличенную (в 1,2-1,4 раза) развернутую картину всей верхней или нижней челюсти с зубным рядом и прилежащими структурами.



- ▶ За последние годы в диагностике различных деформаций зубочелюстной системы и всего черепа все более широко используется так называемая **телерентгенография**, при которой на рентгенограммах производится серия антропометрических измерений для определения размеров и соотношений различных отделов лицевого и мозгового черепа.



Цитологическое исследование



- ▶ Материал для исследования можно получить с помощью отпечатка, соскоба, пункции и прополаскивания полости рта для получения осадка ротовой жидкости



- ▶ **Мазок-отпечаток** получают следующим образом:
ученическую резинку нарезают узкими столбиками с рабочей частью 5x5 см и стерилизуют кипячением. Исследуемый участок в полости рта просушивают марлевым тампоном и к нему прикладывают резинку. Затем полученный материал отпечатывают на сухом обезжиренном стекле, нанося 4-8 отпечатков.



Таким способом можно получить лишь по верхностные, легко отделяющиеся клетки.

- ▶ **Соскоб** с различных участков исследуемой поверхности делают с помощью металлического шпателя или кюретажной ложки



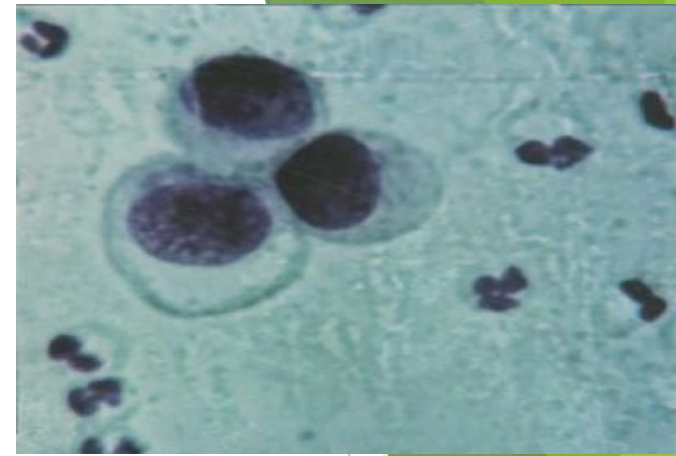
- ▶ **Пунктат** получают, вводя в исследуемый участок иглу, надетую на сухой стерильный шприц. Набирают материал и помещают на предметное стекло, распределяя тонким слоем с помощью другого предметного стекла.



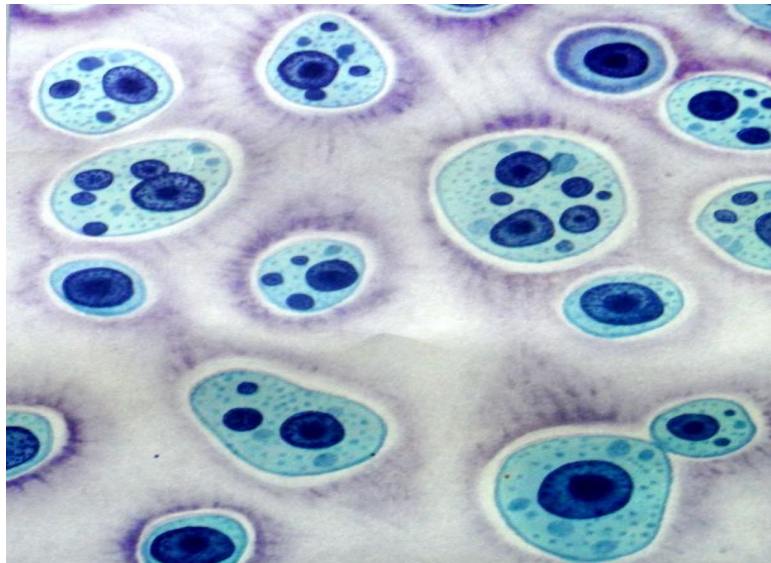
- ▶ **Осадок ротовой жидкости** получают путем последовательных полосканий полости рта физиологическим раствором. В специальных пробирках центрифугируют, сливают надосадочную жидкость, а каплю осадка помещают на предметное стекло. Этот способ получения материала по Ясиновскому может быть использован для определения активных лейкоцитов, а также для экспресс-диагностики вирусных заболеваний с помощью иммунофлуоресценции.



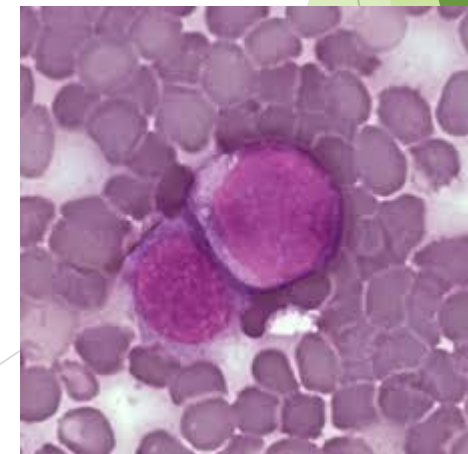
▶ Акантолитические клетки



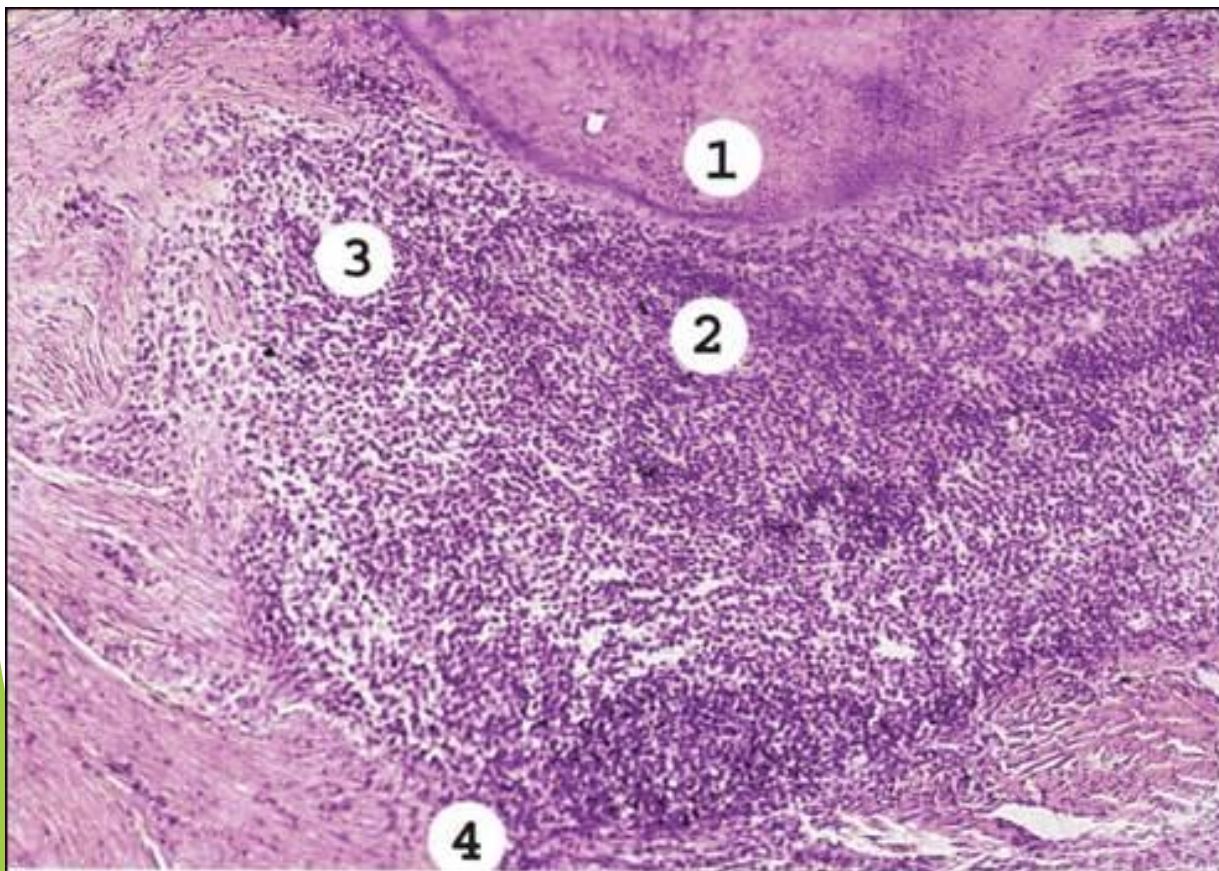
Гигантские клетки образуются при баллотирующей дегенерации, акантолизе и дистрофии клеточных элементов



Опухолевые клетки

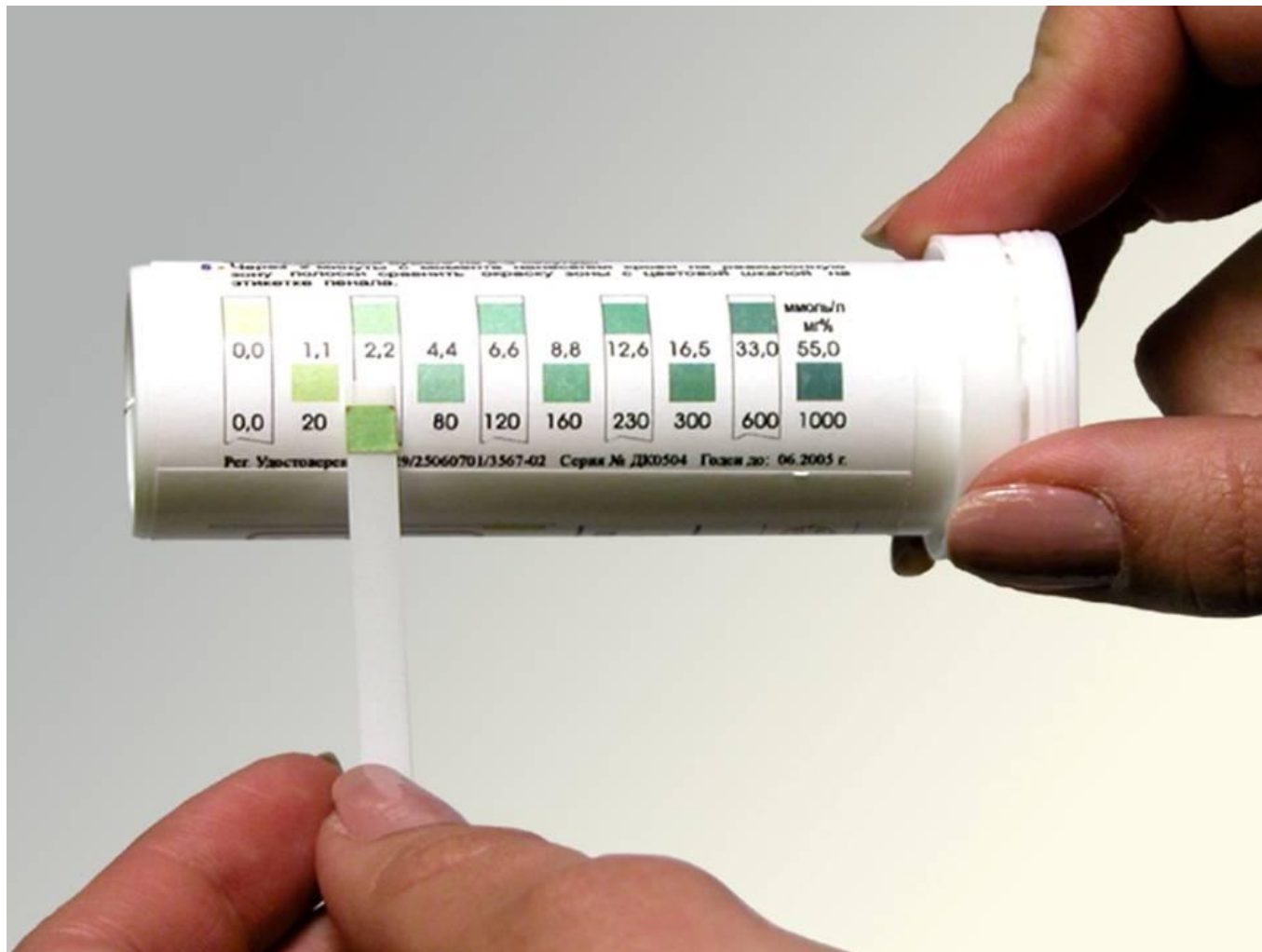


Неспецифическое воспаление



Острый гнойный апикальный периодонтит. У корня зуба (1), в апикальной зоне периодонтальной связки очаг гнойного воспаления с инфильтрацией нейтрофильными лейкоцитами (2), формированием абсцесса (3). Воспалительный процесс распространяется в костную ткань лунки (4) – начальная фаза остеомиелита.

Исследование среды полости рта



- ▶ Определение pH смешанной слюны
- ▶ Определение температуры слизистой оболочки полости рта
- ▶ Бактериоскопические и бактериологические исследования
- ▶ Содержание лизоцима в смешанной слюне
- ▶ Определение интерферона в слюне
- ▶ Определение чувствительности микроорганизмов полости рта к антибиотикам

Определение pH смешанной слюны

- ▶ Полоски имеют известную шкалу соответственно определенному, обозначенному цифрами уровню pH, и индикаторный эталон. Полоску бумаги вводят в полость рта ребенка, где она равномерно смачивается слюной в течение 3-5с. После извлечения ее сравнивают с контрольной. pH смешанной слюны здоровых детей слабощелочная и колеблется от 7,0 до 7,4.



Определение температуры слизистой оболочки полости рта

- ▶ Для измерения температуры слизистой оболочки полости рта применяют медицинский электротермометр типа ТСМ-2. Шкала термометра позволяет регистрировать температуру в пределах от 16 до 40°С, цена деления 0,2°С. К исследуемой поверхности прикладывают точечный датчик, а затем регистрируют указываемую стрелкой на шкале температуру. Температура слизистой оболочки полости рта соответствует температуре тела здорового ребенка



Бактериоскопические и бактериологические исследования

- ▶ проводят для уточнения причины заболевания слизистой оболочки полости рта, вызванного специфической инфекцией.
- ▶ Для забора материала используют специальные стерильные пробирки. Перед взятием мазков надо промыть рот теплой водой, не применяя никаких лекарственных полосканий, поверхность элемента выпадения просушить марлевым тампоном. Материал забирают из глубины исследуемого поражения.



Содержание лизоцима в смешанной слюне

- ▶ определяют по ферментативному лизису чувствительных к нему бактерий *M.lysodeicticus* методом диффузии в агар (К.А.Каграманова, 1964). В качестве субстрата используют взвесь *M.lysodeicticus* в 1% агаре. Среднее содержание лизоцима в слюне здоровых детей в возрасте от 1 мес. до 6 лет $59 \pm 41,06$ мкг/мл.



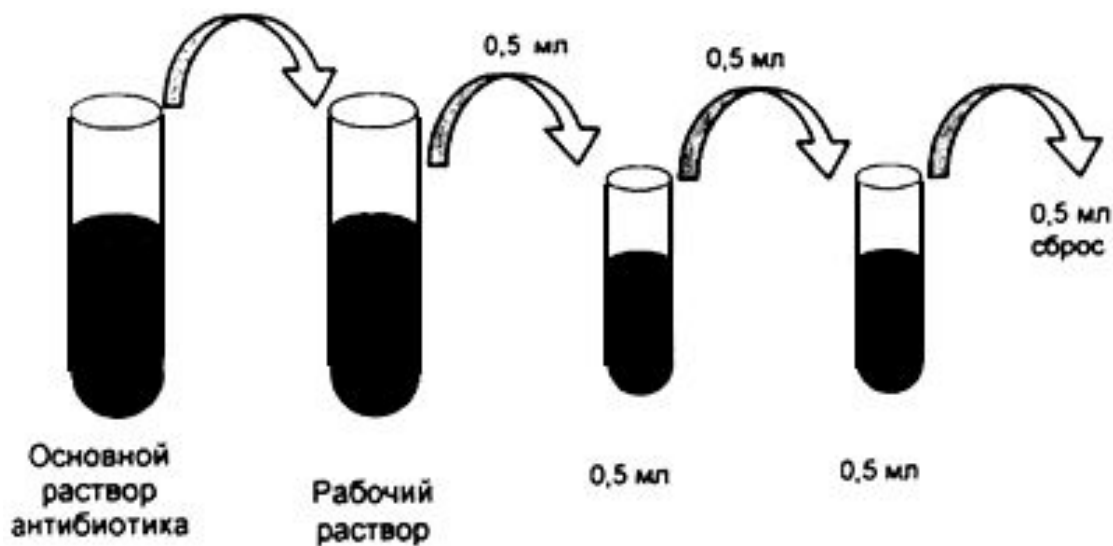
Определение интерферона в слюне

- ▶ основано на исследовании его активности по задержке цитопатического действия тест-вируса. Для проведения этого исследования 2-3 мл слюны собирают с помощью стерильного резинового баллончика и сливают в стерильную пробирку. Затем для устранения микрофлоры добавляют 6% раствор соляной кислоты до pH 2,0 (так как интерферон не инактивируется и при низких значениях pH).
- ▶ В слюне здоровых детей интерферон отсутствует



Определение чувствительности микроорганизмов полости рта к антибиотикам

- ▶ заключается в установлении минимальной концентрации препарата, подавляющей рост микробов. В настоящее время существует два основных метода определения чувствительности микроорганизмов: **метод диффузии в агар** с применением дисков и **метод последовательных серийных разведений** в жидкой или плотной питательной среде. Для забора материала используют стерильный тампон, который после взятия мазка в стерильной пробирке отправляют в бактериологическую лабораторию.



Исследование электроодонто возбу- димости пульпы зуба



- ▶ наложение активного электрода на исследуемый зуб
- ▶ поворачиваем ручку-потенциометра, увеличивая силу тока до получения порогового раздражения
- ▶ необходимо использовать пластмассовый шпатель.
- ▶ внимательно следим за тем, чтобы активный электрод не соскальзывал с чувствительной точки.



Электровозбудимость постоянных и молочных зубов варьирует:

- ▶ в период прорезывания она понижена (или даже отсутствует)
- ▶ по мере роста и формирования корней возбудимость повышается, достигая нормальных цифр к моменту окончательного формирования корня.
- ▶ Электровозбудимость зубов, стоящих вне дуги, не отличается от таковой зубов, стоящих в зубном ряду, и соответствует периоду развития зуба.

-ЭВ зубов, пораженных начальным и средним кариесом, выше, чем интактных зубов.

-ЭВ кариозных фиссур значительно выше, чем интактных.

При глубоком кариесе ЭВ зависит не от глубины кариозной полости, а от состояния пульпы.

*18-20 мкА при начальном пульпите,

*40-50 мкА при общем и фиброзном пульпите

*80-90 мкА при гибели корневой пульпы

- ▶ ЭВ пульпы молочных зубов при поверхностном кариесе равна 3-9 мкА,
- ▶ при среднем 5-10 мкА,
- ▶ при глубоком кариесе 7-12 мкА.



Аппарат для ЭОД ПульпЭст (Geosoft-Dent):

а – беспроводной блок управления с зафиксированным активным электродом на подставке зарядного устройства;

б – электроды «ЭОД» (сверху вниз): «ЭОД острый» Ø 0,3 мм, «ЭОД стандартный» Ø 1,2 мм, «ЭОД тупой» Ø 2,5 мм;

в – загубники «Oral Hook», используемые в качестве пассивного электрода;

г – кабель «Signal Line» для подключения пассивного электрода;



Лабораторные методы диагностики

- лабораторная диагностика включает:

- ОАК

- Биопсию

- *Бактериологическое исследование*

- иммунологические,

- Биохимическое исследование крови

- вирусологические

- морфологическое исследование (гистологическое, цитологическое); и др. методы



Биопсия:

- ▶ *Биопсия* – прижизненное иссечение тканей для последующего их гистологического изучения в целях установления диагноза.

Биопсия

```
graph TD; A[Биопсия] --> B[пункционная]; A --> C[Открытая]; A --> D[аспирационная];
```

пункционная

Открытая

аспирационная

Пункционная биопсия

С помощью троакарами извлекают столбик ткани толщиной несколько мм, который заливают в парафин или целлоидин

Открытая биопсия

- ▶ Заключается в иссечении с помощью скальпеля участка или всей патологической ткани под анестезией.
- ▶ Иссекаемый блок материала должен содержать не только пат изм-ю ткань, но и визуально не измененную ткань.
- ▶ Размер материала 1 куб/см.
- ▶ Фиксацию мат-ла проводят в чистой стеклянной посуде с притертой пробкой.
- ▶ При исследуемый материал не должен подвергаться травмам , сжатию или растяжению.

► Открытая Биопсия подчелюстного лимфоузла.



Аспирационная биопсия

Производят толстой иглой. Полученный материал представляет собой пунктат, который м.б. подвернут только цитолог-му исследованию.

- ▶ Так же в отдельных случаях м.б. проведено экстренная биопсия, в течение 20-40 мин.
- ▶ Экспресс б-я производится в начале операции, предусматривающей удаление опухоли

ОАК

Анализ включает определение количества гемоглобина, числа эритроцитов и лейкоцитов, цветового показателя, подсчет лейкоцитарной формулы.

- ▶ Клинический анализ крови — важный дополнительный метод, и его необходимо выполнять у каждого больного с заболеванием слизистой оболочки рта. Абсолютными показаниями к проведению анализа являются наличие в полости рта участка некроза слизистой оболочки, длительно не заживающих язв, а также возникновение подозрения на заболевание органов кроветворения. Опыт показывает, что нередко больные с заболеваниями крови в первую очередь обращаются к стоматологу, так как изменения могут проявляться прежде всего на слизистой оболочке рта. Так, при остром лейкозе, агранулоцитозе, недостаточности витамина В₂ часто первые клинические признаки заболевания обнаруживают в полости рта.

Общий анализ крови (норма)		
Показатель	Взрослые женщины	Взрослые мужчины
Гемоглобин	120—140 г/л	130—160 г/л
Эритроциты	$3,7—4,7 \times 10^{12}$	$4—5,1 \times 10^{12}$
Цветовой показатель	0,85—1,15	0,85—1,15
Ретикулоциты	0,2—1,2%	0,2—1,2%
Тромбоциты	$180—320 \times 10^9$	$180—320 \times 10^9$
СОЭ	2—15 мм/ч	1—10 мм/ч
Лейкоциты	$4—9 \times 10^9$	$4—9 \times 10^9$
Палочкоядерные	1—6%	1—6%
Сегментоядерные	47—72%	47—72%
Эозинофилы	0—5%	0—5%
Базофилы	0—1%	0—1%
Лимфоциты	18—40%	18—40%
Моноциты	2—9%	2—9%

▶ СОЭ- при воспалительных заб-х повышается через 24 часа и остается увеличенной некоторое время. Увел-е СОЭ при воспал-х заб-х происходит, как правило в соответствии с тяжестью пат процесса, поэтому кроме диагностич-го она имеет важное прогностическое значение.

▶ Цветовой показатель эр-в- благодаря ему можно получить представление о содержании гемоглобина в эр-х. этот тест оценивает состояние красной крови.

Биохим-е ис-е крови проводится с диагностической целью по индивидуальным показаниям, при системных заб-х, при заб-х СОПР и парадонта

Биохимические показатели мочи

Белок	0 г/л
Глюкоза	35—90 ммоль/сут
Магний	1,69—8,23 ммоль/сут
Марганец	0,36—1,27 мкмоль/л
Фосфор неорганический	19,4—38,7 ммоль/сут
17-Кетостероиды:	
мужчины	22,9—81,1 мкмоль/сут
женщины	22,2—62,5 мкмоль/сут
Мочевина	333,0—585,0 ммоль/сут
Мочевая кислота	2,36—5,9 ммоль/сут
Ртуть	Менее 0,498 мкмоль/сут
Свинец	Менее 0,386 мкмоль/сут

Биохимические показатели крови

Общий белок	65—85 г/л
Белковые фракции:	
α_1	3,5—6,0 %
α_2	6,9—10,5 %
β	7,3—12,5 %
γ	12,8—19,0 %
альбумины	56,5—66,8 %
глобулины:	33,2—43,5 %
Мочевина	2,5—8,33 ммоль/л
Остаточный азот	14,28—28,56 ммоль/л
Креатинин	44,0—88,0 мкмоль/л
Глюкоза	2,78—5,55 ммоль/л
Сиаловые кислоты	135—200 ЕД
Билирубин общий	8,55—20,5 мкмоль/л
Холестерин	3,6—6,7 ммоль/л
Мочевая кислота	170—450 мкмоль/л
Молочная кислота	0,56—1,67 ммоль/л
Липиды общие	4,0—8,0 г/л
β -Липопротеиды	3,5—5,5 г/л
Фосфолипиды общие	1,94—3,23 ммоль/л
Фосфор неорганический	0,646—1,292 ммоль/л
Калий (плазма)	3,6—5,4 ммоль/л
Кальций (плазма)	2,25—2,75 ммоль/л
Магний	0,7—1,07 ммоль/л
Железо сывороточное:	
женщины	10,7—21,5 мкмоль/л
мужчины	14,3—25,1 мкмоль/л
Медь	11—22 мкмоль/л
Хлор	96,0—110 ммоль/л
Протромбиновый индекс	0,8—1,1
Фибриноген	2,0—4,0 г/л
Фосфатаза:	
кислая	0,05—0,13 ммоль/(ч·л) ⁻¹
щелочная	0,5—3 ммоль/(ч·л)
Холинэстераза	160—340 ммоль/(ч·л)

Бактериологическое исследование

- ▶ — бактериоскопия материала, получаемого с поверхности слизистой оболочки рта, язв, эрозий. Это исследование проводят во всех случаях, когда нужно уточнить причину поражения слизистой оболочки, при специфических заболеваниях, гнойных процессах, для определения бациллоносительства. Часто установить причину инфекционного поражения слизистой оболочки не удастся из-за наличия в полости рта огромного количества микроорганизмов. Возбудителей специфической инфекции (сифилис, туберкулез, гонорейное поражение, ак-тиномикоз, лепра, грибковые заболевания) также определяют с помощью бактериологических исследований.

- ▶ Более широко используют бактериоскопию фиксированных препаратов, в стоматологии — для подтверждения или исключения грибковых поражений, в частности вызываемых дрожжеподобными грибами *Candida*. Эти грибы в небольшом количестве встречаются в полости рта как сапрофиты у 50 % здоровых людей.

- ▶ Материал для исследования берут утром натощак до чистки зубов и полоскания полости рта или через 3–4 ч после приема пищи и полоскания. При получении материала для бактериологических исследований соблюдают определенный порядок:
- ▶ 1) до взятия мазков не следует применять никаких лекарственных полосканий;
- ▶ 2) перед взятием мазков больному рекомендуют прополоскать рот теплой водой;
- ▶ 3) поверхность язвы очищают стерильным марлевым тампоном;
- ▶ 4) материал берут из глубины язвы;
- ▶ 5) полученный материал немедленно направляют в лабораторию;
- ▶ 6) посев на специальные среды может быть произведен непосредственно в кабинете. Несоблюдение этого порядка может привести к ложноотрицательному заключению. Наличие единичных дрожжеподобных клеток в препарате, даже в стадии почкования, не имеет диагностического значения и расценивается как носительство. Обнаружение большого количества элементов гриба, множественное почкование и наличие мицелия или псевдомицелия свидетельствует об его паразитировании. Бактериоскопическое исследование проводят периодически в процессе лечения, эффективность терапии оценивают на основании результатов лабораторных исследований.





Спасибо за внимание!