

Областное государственное бюджетное образовательное учреждение  
«Томский базовый медицинский колледж»

# **Роль стоматологического скрининга в ранней диагностики стоматологических заболеваний**

Курсовая работа

Студент: Дин Дина Сын Еновна, 571 группа

Преподаватель: Логинова Светлана Ивановна

Специальность: «Стоматология профилактическая»

# Введение

Скрининг (от англ screening — массовое обследование) — комплекс мероприятий в системе здравоохранения, проводимых с целью выявления и предупреждения развития различных заболеваний у населения.

По статистике всего лишь 15% людей приходят на регулярный профилактический осмотр стоматолога, остальные же обращаются к врачу только с острой зубной болью или гнойными воспалениями десен.

Чтоб повысить процент числа статистики, нужно проводить санитарно — просветительские работы, направленной на гигиеническое воспитание населения, пропаганду здорового образа жизни, профилактику стоматологических заболеваний.

## **Цели:**

улучшение стоматологического здоровья населения, путем проведения санитарно – просветительских работ

раннее выявление заболеваний у населения, что позволяет обеспечить раннее начало лечения в расчёте на облегчение состояния

## **Задачи:**

- проведение профилактических осмотров и эпидемиологического стоматологического обследования населения;
- выявление и устранение факторов риска возникновения стоматологических заболеваний;
- выполнение комплекса мер первичной профилактики стоматологических заболеваний среди различных контингентов населения
- просвещения и осуществление мотивации населения к поддержанию стоматологического здоровья

Алгоритм обследования стоматологического больного



Объективное обследование



Обследование начинают с анамнеза и сбора жалоб, проводят внешний осмотр, клиническое и дополнительное обследование.

## **Внешний осмотр челюстно-лицевой области включает:**

- проверку лимфатических узлов;
- осмотр лица;
- проверку нижнечелюстного сустава;
- осмотр шеи.

## **Клиническое стоматологическое обследование включает:**

- осмотр слизистой оболочки полости рта
- осмотр десен
- осмотр языка
- проверку прикуса
- осмотр подвижности зубов
- проверку смыкания зубов
- проверку наличия поврежденных пломб
- визуальное обследование на наличие кариеса
- проверку наличия сломанных зубов
- проверку состояния коронок и зубных протезов

# Методы исследования — дополнительные

Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств:

- лучевой визуализации
- Прицельная внутриротовая контактная рентгенография
- Термодиагностика зуба
- Радиовизиография челюстно-лицевой области
- Электроодонтометрия
- Определение индексов гигиены полости рта
- Определение пародонтальных индексов

# Внешний осмотр

При внешнем осмотре обращают внимание на общий вид больного, наличие припухлости, асимметрии, образований на красной кайме губ. Так, при воспалительных процессах челюстно-лицевой области, опухолях, травме изменяется конфигурация лица. Она может меняться и при некоторых эндокринных заболеваниях, в частности при микседеме (слизистый отек), акромегалии. При гиперфункции щитовидной железы (базедова болезнь) отмечается выпячивание глазного яблока (экзофтальм), увеличение щитовидной железы (зоб).





Конфигурация лица может меняться за счет отечности при нефрите, заболеваниях сердечно-сосудистой системы; при аллергических состояниях может наблюдаться отек лица (отек Квинке). Если больной жалуется на изменение слизистой оболочки рта или появление каких-либо элементов поражения, необходимо тщательно осмотреть кожные покровы. При жалобах на болезненные ощущения в слизистой оболочке носа и глаз обязателен тщательный осмотр их. При некоторых заболеваниях, например пузырчатка, может быть поражение слизистых оболочек рта, носа и глаз.



пузырчатка

Обследование челюстно-лицевой области включает внешний осмотр, осмотр полости рта.

Лицо в норме чаще бывает симметрично. Важно определить нарушение его симметрии вследствие воспалительных, травматических, опухолевых и других изменений. При заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области следует обратить внимание на характер нарушения пропорций лица и шеи (отек, инфильтрат, опухолевидное образование, деформация и т.д.



# Зубочелюстные аномалии

Зубочелюстные аномалии – это неправильное развитие отдельных зубов, зубных рядов, челюстей, мягких тканей. Все их можно разделить на две большие группы – эндогенные и экзогенные.

Эндогенные причины зубочелюстных аномалий включают в себя две группы – генетические факторы и эндокринные факторы.

Следует отдельно упомянуть о наследуемых генетически пороках развития лицевого скелета (например, врожденная расщелина твердого неба, болезнь Шершевского, дизостозы, а также наследующиеся нарушения развития эмали зубов, дентина). По наследству передаются и аномалии размера челюстей (макрогнатия – большая челюсть, микрогнатия – недоразвитие челюсти).

## Экзогенные причины

Экзогенные причины зубочелюстных аномалий различны. Они могут воздействовать как во время внутриутробного периода, так и после рождения ребенка. Во время развития плода очень важную роль играет окружающая беременную женщину среда – экология, содержание в питьевой воде фтора, содержание в пище необходимых витаминов и минералов, прием каких-либо лекарственных препаратов. Все это может привести к нарушению закладки зубочелюстной системы плода. Токсикозы, курение, стрессовые ситуации, вирусные заболевания (корь, краснуха) также приводят к зубочелюстным аномалиям.

Различная патология со стороны лицевого скелета может развиваться и после рождения ребенка под действием внешних факторов. Основные из них – искусственное вскармливание ребенка, заболевания детского возраста (рахит), недостаток витаминов, минералов, поступающих с пищей и водой, затрудненное носовое дыхание, вредные привычки ребенка (сосание пальца, подкладывание руки под щеку во время сна), функциональная недостаточность жевательных и мимических мышц.

# Осмотр полости рта

Начинают с осмотра **преддверия рта** В первую очередь осматривают красную кайму губ и углы рта. Обращают внимание на цвет, образование чешуек, корок.



Затем с помощью зеркала осматривают **внутреннюю поверхность щек**. Обращают внимание на ее цвет, увлажненность. На слизистой оболочке могут быть отпечатки зубов

## Осмотр десны

Вслед за осмотром полости рта производят осмотр десны. В норме она бледно-розовая, плотно охватывает шейку зуба. Десневые сосочки бледно-розовые, занимают межзубные промежутки. По месту зубодесневого соединения образуется бороздка. При помощи зубного зонда определяют десневые карманы, их глубину, кровоточивость при зондировании, выделения из карманов и их характер.

Вследствие развития патологического процесса эпителий десны начинает прорастать вдоль корня, образуя клинический, или пародонтальный, зубодесневой карман. Состояние образовавшихся карманов, их глубину, наличие зубного камня определяют при помощи углового пуговчатого зонда или зонда с насечками, нанесенными через каждые 2 - 3 мм. Осмотр десны позволяет определить вид воспаления (катаральное, язвенно-некротическое, гиперпластическое), характер течения (острое, хроническое, в стадии обострения), распространенность (локализованное, генерализованное), тяжесть (легкий, средний, тяжелый гингивит или пародонтит) воспаления. Может быть увеличение размера десневых сосочков за счет их отека, когда прикрывается значительная часть зуба.

**Исследованию собственно полости рта.** В первую очередь производят общий осмотр, обращая внимание на цвет и увлажненность слизистой оболочки. В норме она бледно-розовая, однако может становиться гиперемированной, отечной, а иногда приобретает белесоватый оттенок, что указывает на явление параили гипер кератоза.

**Осмотр языка** начинают с определения состояния сосочков, особенно при наличии жалоб на изменение чувствительности или жжение и болезненность в каких-либо участках.

Может наблюдаться обложенность языка вследствие замедления отторжения наружных пластов эпителия. Такое явление может быть следствием нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, а возможно, и патологических изменений в полости рта при кандидозе.



кандидоз

**Осмотр языка** начинают с определения состояния сосочков, особенно при наличии жалоб на изменение чувствительности или жжение и болезненность в каких-либо участках.

Может наблюдаться обложенность языка вследствие замедления отторжения наружных пластов эпителия. Такое явление может быть следствием нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, а возможно, и патологических изменений в полости рта при кандидозе. Иногда происходит усиленная десквамация сосочков языка в каком-то участке (чаще на кончике и боковой поверхности). Такое состояние может не беспокоить больного, но могут возникать боли от раздражителей, особенно химических. При атрофии сосочков языка его поверхность становится гладкой, как бы полированной, а вследствие гипосаливации она приобретает клейкость. Отдельные участки, а иногда и вся слизистая оболочка могут быть ярко-красными или малиновыми. Такое состояние языка наблюдается при злокачественной анемии и носит название гюнтеровского глоссита (по имени автора, описавшего его впервые). Может отмечаться и гипертрофия сосочков, которая, как правило, не причиняет беспокойства больному. Гипертрофия сосочков языка часто сочетается с гиперацидным гастритом.



**Осмотр слизистой дна полости рта.** Особенностью слизистой оболочки здесь является ее податливость, наличие складок, уздечки языка и выводных протоков слюнных желез, а иногда и капельки скопившегося секрета. У курильщиков слизистая оболочка может приобретать матовый оттенок.

При наличии ороговения, которое проявляется участками серовато-белого цвета, определяют их плотность, размер, спаянность с подлежащими тканями, уровень возвышения очага над слизистой оболочкой, болезненность.

Важность выявления указанных признаков состоит в том, что иногда они служат основанием для активного вмешательства, так как очаги гиперкератоза слизистой оболочки рта рассматриваются как предраковые состояния.

При выявлении на слизистой оболочке рта каких-либо изменений (язва, эрозия, гиперкератоз и др.) необходимо исключить или подтвердить возможность действия травматического фактора. Это необходимо для постановки диагноза и для проводимого лечения.

## Осмотр зубов

При обследовании полости рта необходимо произвести осмотр всех зубов. Если целостность эмали не нарушена, то зонд свободно скользит по поверхности зуба, не задерживаясь в углублениях и складках эмали. При наличии кариозной полости в зубе (незаметной для глаза) острый зонд задерживается в ней. В настоящее время применяется методика просвечивания тканей зуба путем подведения света по специальным световодам. Зондирование помогает определить наличие размягченного дентина, глубину кариозной полости, сообщение с полостью зуба, расположение устьев каналов, наличие в них пульпы.



**Цвет зуба** может иметь значение в постановке диагноза. Для эмали здоровых зубов характерна особая прозрачность - «живой блеск эмали». При ряде состояний эмаль теряет характерный блеск, становится тусклой.

Началом кариозного процесса является изменение цвета эмали, появление вначале помутнения, а затем белого кариозного пятна. Депульпированные зубы теряют обычный блеск эмали, они приобретают сероватый оттенок. Подобное изменение цвета, а иногда и более интенсивное наблюдается в зубах, в которых наступил некроз пульпы. После некроза пульпы цвет зуба может резко измениться.

Цвет зуба может изменяться и под воздействием внешних факторов: курения (темно-бурый цвет), металлических пломб (окрашивание зуба в темный цвет), химической обработки каналов (оранжевый цвет после резорцин-формалинового метода).

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

**Перкуссия** - постукивание по зубу - применяется для определения состояния пародонта.

Пинцетом или ручкой зонда постукивают по режущему краю или жевательной поверхности зуба. При наличии воспалительного процесса в периодонте от ударов, которые не вызывают неприятных ощущений в здоровых зубах, возникает болевое ощущение

**Подвижность зубов** определяют пинцетом путем раскачивания. Зуб имеет физиологическую подвижность, которая в норме почти незаметна.. При подвижности зубов следует уточнить, имеет место локализованный процесс или диффузное поражение пародонта, а также проявить онкологическую настороженность. Патологическая подвижность ряда зубов в сочетании с болезненностью при перкуссии может быть одним из симптомов остеомиелита челюсти.

**Сероватый и мутный цвет эмали зуба** может свидетельствовать о некрозе пульпы. Имеют значение также форма и величина зубов, в том числе аномалии зубов: зубы Гетчинсона, Фурнье, что может указывать на общие заболевания и наследственные признаки патологии.

# Результаты осмотра зубов фиксируют в специальной схеме (зубная формула).

Постоянные зубы															
Верх справа							Верх слева								
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Низ справа							Низ слева								

Молочные зубы									
Верх справа					Верх слева				
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
Низ справа					Низ слева				

## Обозначения различных видов поражений зубов.

Данные обозначения вносятся в карту над или под соответствующим зубом:

- С — кариес
- Р — пульпит
- Рt — периодонтит
- К — корень
- Ф — флюороз
- Г — гипоплазия
- Кл — клиновидный дефект
- О — отсутствующий зуб
- К — искусственная коронка
- И — искусственный зуб

Обязательно проводят оценку гигиенического состояния полости рта по индексу Грина-Вермиллиона или Федорова-Володкиной

### **Гигиенический индекс Федорова-Володкиной (1971)**

Индекс рекомендуется применять для оценки гигиенического состояния полости рта у детей до 5-6 лет.

Для определения индекса обследуют губную поверхность шести зубов:

**43, 42, 41, 31, 32, 33**

Окрашивают указанные зубы с помощью специальных растворов (Шиллера-Писарева, фуксина, эритрозина) и оценивают присутствие зубного налета с помощью следующих кодов:

- 1** — зубной налет не выявлен;
- 2** — окрашивание одной четверти поверхности коронки зуба;
- 3** — окрашивание половины поверхности коронки зуба;
- 4** — окрашивание трех четвертей поверхности коронки зуба;
- 5** — окрашивание всей поверхности коронки зуба.

# Индекс Грина-Вермиллиона

Индекс позволяет отдельно оценить количество зубного налета и зубного камня. Для определения индекса обследуют 6 зубов: 16, 11, 26, 31 - вестибулярные поверхности 36, 46 - язычные поверхности. Оценка зубного налета может проводиться визуально или с помощью окрашивающих растворов (Шиллера-Писарева, фуксина, эритрозина).

## Коды и критерии оценки зубного налета:

- 0** - зубной налет не выявлен;
- 1** - мягкий зубной налет, покрывающий не более 1/3 поверхности зуба, или наличие любого количества окрашенных отложений (зеленых, коричневых и др.);
- 2** - мягкий зубной налет, покрывающий более 1/3, но менее 2/3 поверхности зуба;
- 3** - мягкий зубной налет, покрывающий более 2/3 поверхности зуба.

Определение над- и поддесневого зубного камня проводят с помощью стоматологического зонда.

### **Коды и критерии оценки зубного камня:**

**0** - зубной камень не выявлен;

**1** - наддесневой зубной камень, покрывающий не более  $1/3$  поверхности зуба;

**2** - наддесневой зубной камень, покрывающий более  $1/3$ , но менее  $2/3$  поверхности зуба, или наличие отдельных отложений поддесневого зубного камня в пришеечной области зуба;

**3** - наддесневой зубной камень, покрывающий более  $2/3$  поверхности зуба, или значительные отложения поддесневого камня вокруг пришеечной области зуба.

Расчет индекса складывается из значений, полученных для каждого компонента индекса с делением на количество обследованных поверхностей суммированием обоих значений.



## **Формула для расчета:**

$$\text{ИГР-У} = \frac{\text{СУММА ЗНАЧЕНИЙ НАЛЕТА}}{\text{КОЛИЧЕСТВО ПОВЕРХНОСТЕЙ}} + \frac{\text{СУММА ЗНАЧЕНИЙ КАМНЯ}}{\text{КОЛИЧЕСТВО ПОВЕРХНОСТЕЙ}}$$

### **Интерпретация индекса (значения ИГР-У уровень гигиены):**

0,0-1,2 хороший

1,3-3,0 удовлетворительный

3,1-6,0 плохой

### **Значения показателей зубного налета (уровень гигиены):**

0,0-0,6 хороший

0,7-1,8 удовлетворительный

1,9-3,0 плохой

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для повышения процента числа статистики, нужно проводить санитарно – просветительские работы. Санитарно-просветительская работа может быть индивидуальной, коллективной и массовой. При организации и проведении санитарного просвещения в системе профилактики стоматологических заболеваний акцент делается на детей и их родителей.

Санитарно-просветительская работа и гигиеническое воспитание среди детей должны быть строго дифференцированными по целям и содержанию в зависимости от возраста.

Ведущая форма работы со взрослым населением - это убеждение и пропаганда. Основная форма воздействия на ребенка - это обучение с повседневным повторением при обязательном личном примере взрослых

Прививать детям гигиенические навыки должны родители, воспитатели, педагоги. Чем меньше возраст ребенка, тем легче формируется гигиенический навык по уходу за полостью рта, переходящий в стойкую привычку. Поэтому начинать санитарно-просветительную работу следует с родителями и воспитателями детских учреждений. Необходимо не только привлечь внимание этой категории взрослых к состоянию зубов и органов полости рта у детей, но и приобрести, таким образом, убежденных помощников. Гигиеническое воспитание - это система привития полезных навыков и привычек на основе знания правил здорового образа жизни и убежденности в необходимости их соблюдения.