

**Методы обследования
стоматологического пациента с
кариесом и некариозными
поражениями твердых тканей зубов.**

**Зав. кафедрой терапевтической стоматологии
с курсом ИПО ГОУ ВПО БГМУ Минздрава России
д.м.н., профессор Герасимова Л.П.
УФА 2014г.**

Деонтология в стоматологии.

Академик Б. В. Петровский во введении к коллективной монографии "Деонтология в медицине" (1988) пишет:

"Деонтологию следует рассматривать как основу формирования и воспитания советского медицинского работника в духе высоких гуманистических и морально-этических и эстетических требований, постоянного совершенствования профессионального уровня, патриотизма, преданности Родине, народу, своему делу и долгу".

В одном из последних учебных пособий по психиатрии Н. Г. Шуйский (1998) указывает:

"Деонтология медицинская - учение о профессиональной моральной и юридической обязанности и правилах поведения медиков по отношению к больному".

□ Соблюдение принципов деонтологии регулирует отношения врача с больным, его родственниками, врача и других медработников между собой, положение врача в коллективе и обществе в целом.
(Л.Ю. Орехова, Т.В. Кудрявцева, 2003).

□ Деонтология является по существу частью социальной психологии в системе отношений "врач - пациент", а основу составляет психология общения.

Характер, смысл и технологии взаимодействия врача и пациента в прежней, то есть государственной и современной — рыночной системах медицинского обслуживания настолько различны, что правомерно говорить **о парадигмальных, т.е. принципиальных изменениях** в этой сфере социальных отношений.

Естественно, параллельно с этими новациями должны изменяться принципы и цели руководства персоналом, структура и содержание формальных и неформальных связей в коллективе — вся идеология частного учреждения. Что же подвергалось, точнее сказать, подвергается решительным переменам?

Во-первых, *содержание деятельности врача-стоматолога.*

В прежней парадигме он оказывал *медицинскую помощь пациенту*, и этим было ограничено профессиональное общение с ним. В условиях рынка, кроме того, врач *предлагает услуги* — выступает в новых ролях — производителя, продавца и дистрибьютора своих услуг.

Соответственно, появляются дополнительные и непривычные аспекты профессионального общения с пациентами — подать «товар лицом», создать ему рекламу, произвести на пациента выгодное впечатление и, как бы прагматично это ни звучало — «отнять» его у конкурентов.

Во-вторых, **обновились основные целевые установки врача.**

В прежней парадигме взаимодействия он заботился о качестве своей работы и соблюдении деонтологических норм.

В новой парадигме взаимодействия (**НПВ**) основная цель деятельности — вызвать доверие к себе; при ее достижении качество работы и этика отношений с пациентом играет подчиненную роль.

В государственной системе медицинского обслуживания категория «доверие» не имела столь мощной психологической нагрузки и не несла в себе какого-то ни было коммерческого смысла.

В новой парадигме взаимодействия доверие врачу психологическая основа коммерческого успеха.

Показатели доверия врачу:

- уверенность в том, что проблема решена отлично
- уверенность в том, что стоимость оправдана
- принятие личности и стиля врача
- желание обращаться к врачу вновь
- желание советовать врача друзьям и близким

В-третьих, **расширилось содержание понятия «индивидуальный подход» к пациенту.**

В прежней парадигме оно сводилось в основном к **клиническому смыслу** — врач отслеживал особенности медицинского и стоматологического анамнеза пациента, подбирал материалы и технологии с учетом конкретных показаний, в некоторой степени ориентировался на особенности поведения пациента в кресле и его стоматологический опыт.

В НПВ индивидуальность пациента прежде всего ассоциируется с его особенностями как **потребителя услуг** — его правами (право на получение информации, право выбора и т. д.), притязаниями, чувством собственного достоинства, свободным проявлением характера, эмоций, интеллекта, воли, нравственных качеств.

Новая парадигма взаимодействия имеет психологическое содержание — она ориентирует врача на индивидуальность пациента как потребителя услуг.

В-четвертых, **НПВ обязывает врача занять по отношению к пациенту активную позицию — врач убеждает, побуждает, добивается своих целей.**

Пассивность настораживает, разочаровывает и отворачивает пациента. Прежде всего это касается согласования конкретного плана лечения, стоимости, освещения гарантий, предупреждения о возможном дискомфорте в процессе и после лечения.

В-пятых, *в НПВ предполагается субъектный тип отношений медперсонала к пациенту.*

Такой тип отношений принимает в расчет субъектную реальность пациента и построен на понимании и уважении.

В прежней парадигме взаимодействия пациент выступал больше как объект воздействия: он делал то, что врач считал нужным, был лишен возможности заявлять о своих притязаниях, умонастроениях, а тем более проявлять свои воззрения, характер, эмоции, давать оценки работе врача.

Наконец, **НПВ должна соответствовать новым юридическим нормативам предоставления услуг потребителю.**

В этом смысле все действия и слова врача, обращенные к пациенту, подвергаются рефлексии, то есть им самим же проверяются на соответствие законодательству, правам личности и социальным гарантиям.

Таким образом,

НПВ предполагает кардинальное изменение содержания профессионализма врача-стоматолога — в ней совершенно новые цели деятельности, наличествует не только технологическое мастерство, но также искусство воздействия на пациента, рефлекслируемое врачом под углом деонтологии и юридической ответственности.

В связи с распространением частных стоматологических клиник и ростом доходов населения изменяются не только взаимоотношения врача и пациента, но и очень часто возникают конфликтные ситуации между стоматологом и пациентом. Причины заключаются в коренном изменении правового поля, росте правового сознания населения, возрастания дорогостоящих услуг за счет внедрения новых современных технологий и материалов.

Надо учитывать, что если

- *врач умеет взаимодействовать с пациентом, то конфликт можно урегулировать на этапе «врач-пациент».*
- *Любые амбиции медицинского работника недопустимы.*
- *Пациент должен из разговора с врачом понять свою проблему и пути ее решения.*
- *Необходимо уметь выслушать пациента.*

Нередко поводом для до- и судебного и расследования являются:

- Информация неправильно понята пациентом;
- Несостоявшиеся ожидания пациента;
- Картина излишней оптимистичности нарисованная врачом пациенту;
- Критика предыдущего врача.

Это подрывает доверие ко всем врачам, к критикующему в первую очередь. Лучше посоветовать обратиться к тому стоматологу, который лечил до Вас и рассеять атмосферу враждебности и предотвратить действия пациента, направленные на обращения по инстанциям или в суд.

Методы обследования больного.

Все методы обследования подразделяют на **основные и дополнительные.**

К основным методам относятся
расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия и термометрия.

Расспрос включает в себя общий и специальный анамнез.

Общий анамнез предусматривает сбор данных о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, выяснение наследственности.

Для этих целей широко внедряется предварительное анкетирование пациента, которое проводит медицинская сестра стоматологического кабинета или помощник врача.

В анкете перечисляются наиболее часто наблюдаемые заболевания, травматические повреждения, аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты, эффективность обезболивания с помощью применявшихся ранее анестетиков.

Анкету анализирует врач; при необходимости пациенту задают дополнительные вопросы, проводится уточнение анамнеза жизни и болезни.

Специальный анамнез ставит целью сбор информации о жалобах применительно к челюстно-лицевой области.

Сбор анамнеза заболевания начинают с выяснения жалоб. Необходимо расспросить больного, что его беспокоит в данный момент, каковы первые проявления заболевания, характер течения заболевания, проводилось ли ранее лечение и насколько оно было эффективным.

Во время беседы врач уточняет интересующие его подробности и направляет рассказ в нужное русло. Важную роль в постановке диагноза играет болевой симптом, который чаще всего и заставляет пациента обратиться к врачу. При жалобах на болевые ощущения выясняют:

- их характер,
- длительность,
- локализацию,
- интенсивность,
- изменение в зависимости от времени суток
- и других факторов (движения, погодных условий и пр.).

По характеру боль может быть

- *причинная или самопроизвольная,*
- *локализованная или генерализованная,*
- *постоянная или кратковременная,*
- *тупая, ноющая или острая, пульсирующая, иррадиирующая.*

Самопроизвольная пульсирующая боль характерна для гнойных воспалительных процессов (пульпит, периодонтит, абсцедирующий пародонтит, гайморит). Острая самопроизвольная боль различной продолжительности возникает при серозном воспалении пульпы зуба, неврите тройничного нерва.

Причиной возникновения боли могут быть:

- **термические (холодное, горячее),**
- **химические (кислое, сладкое, соленое) и**
- **механические раздражители (попадание пищи в кариозную полость, смыкание зубов, надавливания на зуб, прикосновение к «курковым» зонам).**

Важное диагностическое значение имеет **время появления** самопроизвольных болей. Например, ночные приступообразные боли характерны для пульпита, а при невралгии тройничного нерва приступы возникают в дневное время.

Определение локализации боли также имеет диагностическое значение. При периодонтите больной точно указывает «причинный» зуб, а при пульпите локализация болей неопределенная («отдает в ухо, висок»).

Важное значение имеет и **продолжительность боли**. Кратковременная боль от раздражителей (температурных, химических, механических), быстро проходящая после их устранения, отмечается при дефектах в dentine и эмали кариозного и некариозного происхождения (эрозия, патологическая стираемость). Постоянные боли (пульсирующие, дергающие) характерны для острого или в стадии обострения периодонтита и пародонтита.

Таким образом, при кариесе, пульпите, периодонтите и пародонтите характер болей различный, что и определяет жалобы больного.

При хроническом апикальном периодонтите (ремиссия), в начальных стадиях кариеса жалобы могут отсутствовать.

Жалобы на изменение цвета, величины зубов характерны для некоторых некариозных поражений.

В связи с тем, что некоторые изменения в полости рта могут быть следствием перенесенных и сопутствующих заболеваний, необходимо выяснить, как чувствует себя больной и какие он перенес заболевания, их продолжительность, ремиссии, осложнения.

Врач выясняет причину потери зубов (вследствие их расшатанности или разрушения), давность потери, наличие запаха изо рта и нарушение вкуса.

Запах может быть следствием негигиенического содержания полости рта, поражения зубов, слизистой оболочки полости рта, миндалин, некоторых заболеваний верхних дыхательных путей, болезни пищевода, желудка, диабета.

Нарушение вкуса может быть связано с заболеваниями ЦНС.

Осмотр подразделяется на внешний — определение цвета кожных покровов и патологических изменений видимых слизистых оболочек, симметричности лица, а также осмотр полости рта.

Осмотр полости рта является первым приемом объективного исследования. Он производится при хорошем освещении с помощью набора стоматологических инструментов.

Цель этапа — выявить изменения, возникшие при заболевании челюстно-лицевой области.

Осмотр полости рта включает внешний осмотр и обследование

- слизистой оболочки,*
- Периодонта,*
- зубных рядов, а затем*
- прицельно области поражения.*

При этом системное обследование — наиболее эффективный метод выявления патологии в полости рта и окружающих тканях. Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) рекомендуют следующий подход.

Обследование включает три части:

- А) внеротовую область головы и шеи;
- В) околоротовые и внутриротовые мягкие ткани;
- С) зубы и ткани периодонта (пародонта).

Необходимое оборудование и материалы (для всех этапов):

- ▣ *адекватное освещение,*
- ▣ *два зубоврачебных зеркала и*
- ▣ *две марлевые салфетки.*

Не следует забывать о перчатках, маске, гигиеническом контроле. Протезы перед обследованием необходимо снять.

Исследование В состоит из 7 шагов:

- кожа и красная кайма губ (В1);
- слизистая губ и переходная складка (В2);
- углы рта, слизистая и переходная складка щек (В3);
- десна и альвеолярный край (В4);
- язык (В5);
- дно полости рта (В6);
- твердое и мягкое нёбо (В7):

В1 - губы осматривают при открытом и закрытом рте (цвет, блеск, консистенция).

В2- осматривают слизистую губ и переходной складки (цвет, консистенция, влажность и т.д.). На внутренней поверхности губы в норме иногда обнаруживаются небольшие возвышения за счет мелких слизистых желез, что не является патологией.

В3 - используя два зеркала, обследуют сначала правую, затем левую щеку (слизистую) от угла рта до нёбной миндалины (пигментация, изменение цвета и пр.).

*По линии смыкания зубов могут располагаться **дериваты сальных желез (железы Фордайза)**. Это бледновато-желтого цвета узелки диаметром 1—2 мм, которые не возвышаются над слизистой оболочкой.*

Нужно помнить, что на уровне 17 и 27 зубов имеются сосочки, на которых открывается выводной проток околоушной железы, иногда также принимаемый за отклонения.

В4 - десна - сначала осматривают щечную и губную область, начиная с правого верхнего заднего участка, и затем перемещаются по дуге влево. Опускаются на нижнюю челюсть слева сзади и перемещаются вправо по дуге. Затем обследуют язычную и нёбную области десен: справа налево на верхней челюсти и слева направо вдоль нижней челюсти.

На десне могут встречаться изменения цвета, опухоли и отечность различной формы и консистенции. По переходной складке — свищевые ходы, которые возникают чаще всего в результате хронического воспалительного процесса в верхушечном периодонте.

В5 - язык — оценивают консистенцию, подвижность, все виды сосочков.

В6 - дно полости рта — регистрируют изменение цвета, сосудистого рисунка, рельефа.

В7 - нёбо — осматривают при широко открытом рте и откинутой назад голове; широким шпателем осторожно прижимают корень языка, с помощью зубоврачебного зеркала осматривают твердое, затем мягкое нёбо.

Потом проводится определение соотношения зубных рядов — прикуса и осматривается состояние зубов. Важное значение имеет правильное определение прикуса, поскольку нарушение окклюзии может служить причиной изменения в ВНЧС и причиной возникновения болей.

Для выявления макроскопически незаметных патологических образований на коже, слизистых оболочках и зубах следует применять:

- **увеличительные стекла,**
- **освечивание мягких и твердых тканей монохроматическим светом,**
- **проводить витальное окрашивание мягких и твердых тканей красителями.**

Обследование зубных рядов.

Обследование рекомендуется проводить в одном и том же порядке, с помощью стоматологического зеркала и зонда.




Вначале производится осмотр всех зубов, а не только того, на который указывает пациент. В противном случае истинная причина может остаться невыясненной, если боли иррадиируют в здоровый зуб или имеется сочетание заболеваний.

Кроме того, осмотр всех зубов во время первого посещения позволяет наметить общий план лечения органов полости рта, т. е. санации, что является основной задачей стоматологов.

Пальпация — ощупывание руками или с помощью инструментов. Руками пальпируются регионарные лимфатические узлы, альвеолярные отростки, места выхода ветвей тройничного нерва, височно-нижнечелюстные суставы, а также уплотнения, язвы травматического, воспалительного и опухолевого происхождения.

Пинцетом определяется подвижность зубов, протезов. С помощью зондов пальпируются свищевые ходы, клинические карманы, фиссуры, кариозные полости, дефекты ортопедических конструкций.

Перкуссия — постукивание по зубу или искусственной коронке. Проводится ручкой зонда или пинцета с целью определения состояния пульпы зуба и периодонта.



Термометрия — определение ответной реакции пульпы на орошение зуба (полости) холодной или горячей водой или введение в полость тампона, смоченного эфиром. Однако для точного определения температуры кожи лица, слизистой оболочки, локализации и выраженности патологического процесса (фурункул, абсцесс, новообразования, обострения пародонтита и т.д.) следует пользоваться цифровым электротермометром с «миниатюрным термодатчиком» или методом жидкокристаллической термометрии (полоски, мази, гели).

Указанный метод исследования атравматичен, неинвазивен, в связи с чем возможно его многократное проведение.

К перспективным методам исследования относится термовизиография.

В значительной части случаев по совокупности основных методов исследования врач может поставить правильный диагноз и рекомендовать или провести правильное лечение.

Однако довольно часто для уточнения диагноза, выбора рационального метода лечения или контроля эффективности проводимой терапии необходимы дополнительные сведения, которые можно получить только с помощью специальных методов исследования.

Дополнительные (вспомогательные или специальные) методы исследования.

Стоматоскопия применяется для детального обследования отдельных участков слизистой оболочки с целью дифференциальной диагностики элементов поражения, изучения дна эрозии, язвы, поверхности веррукозных разрастаний, папул, бляшек и т. д.

Фотостоматоскопия предусматривает фотографирование очагов поражения при помощи специальных устройств.

Люминесцентные методы предусматривают использование эффекта флюоресценции — вторичного свечения тканей при воздействии ультрафиолетовых лучей (Вуда).

Здоровая слизистая дает бледное синеvато-фиолетовое свечение;

кератоз имеет тусклый желтый оттенок;

голубовато-фиолетовое свечение характерно для гиперкератоза;

синюшно-фиолетовое - для воспаления;

темно-коричневыми выглядят эрозии и язвы.

Белоснежным свечением отличается пятно при красной волчанке.

Люминесцентное исследование широко используется при диагностике гиперкератозов, поскольку обладает высокой степенью надежности. Следует помнить, что многие лекарственные препараты для местного применения также обладают способностью давать свечение в лучах Вуда, что может обеспечить ложную информацию.

Витальное окрашивание слизистой оболочки рта и твердых тканей зуба (колор-тест). Проводятся с целью выявления макроскопически незаметных патологических процессов, определения границ их распространенности, степени выраженности.

Проба Шиллера предполагает смазывание слизистой оболочки 2% водным раствором Люголя.

В норме наблюдается темно-коричневое окрашивание губ, щек, переходной складки, подъязычной области. Остальные участки йод-негативны, поскольку покрыты ороговевающим эпителием. Пара- и гиперкератоз эпителия, в норме неороговевающего, также обуславливает негативную реакцию.

Проба с гематоксилином заключается в различной степени окрашивания слизистой оболочки в зависимости от ее состояния.

Нормальные клетки эпителия приобретают бледно-фиолетовый цвет, атипичные становятся темно-фиолетовыми. Участки гиперкератоза краситель не поглощают, а потому не изменяют своего вида. Наиболее высокая интенсивность окраски характерна для раковых клеток вследствие гиперхромности ядер.

Проба с толуидиновым голубым производится аналогичным образом: нормальные клетки эпителия после обработки слизистой 1% раствором выглядят голубыми, атипичные становятся темно-синими.

ЗАО «ВладМиВа» — Россия выпускает:

- **жидкость № 1** — раствор йода в йодиде калия для выявления воспалительных процессов мягких тканей полости рта (проба Шиллера—Писарева);
- **жидкость № 2** — раствор основного фуксина для выявления повреждений эмали и начального кариеса;
- **жидкость № 3** — раствор метиленового синего для выявления мягкого и твердого зубного налета и оценки гигиены полости рта (проба Ю. А.Федорова, В.В.Володкиной);
- **жидкость № 4** — раствор для выявления устьев корневых каналов зуба.

Необходимо учитывать, что препараты йода окрашивают назубные отложения в коричневый цвет, раствор фуксина — ярко-розовый, а метиленовый синий — в синий.

С целью выявления кариеса, дефектов твердых тканей некариозного происхождения (гипоплазия, флюороз, трещины эмали и т.д.) можно применять детекторы кариеса отечественного и зарубежного производства.

Красители позволяют выявлять не только скрыто расположенные дефекты эмали и дентина кариозного и некариозного происхождения, но и контролировать удаление необратимо поврежденных тканей.

Количественная лазерная флюоресцентная диагностика позволяет диагностировать начальный фиссурный кариес, расположенный на контактных поверхностях, контролировать эффективность проводимого лечения (например, реминерализующей терапии).

Диагностика проводится с помощью аппарата «Diagnodent» (Kavo). Лазерное излучение длиной волны 665 нм.

Основные количественные показатели:

- 5—10 — свидетельствуют о наличии белого кариозного пятна,
- до 30 — средний кариес,
- более 30 — опасность,
- свыше 45 — необратимые изменения в дентине.

Рентгенологическое исследование включает внутриротовое дентальное и внеротовое (панорамные рентгенограммы, ортопантомограммы).

В основе рентгенографического метода лежит способность тканей разной плотности задерживать или пропускать через себя рентгеновские лучи. Лучи, прошедшие через плотные участки костей, зубов, поглощаются ими больше, чем тканями, и проявляются на рентгенограмме как светлые участки.

В последние годы широко внедряется **радиовизиографическое исследование**. Данные рентгеновские системы основаны на бесплёночной компьютерной технологии получения рентгеновского изображения и позволяет получать изображение на мониторе компьютера минуя этап проявления пленки.

Его основное преимущество перед указанными методами заключается

- в меньшей лучевой нагрузке на пациента (доза облучения уменьшается на 90% по сравнению с дентальной рентгенографией),
- быстром получении данных,
- компьютерной сохранности информации.

Панорамная рентгенография.

Особенность метода – на пленке одновременно получается изображение всех зубов и костной ткани *верхней или нижней челюсти.*

На панорамных снимках развернутое плоскостное изображение тела челюсти, альвеолярного отростка со всеми зубами, частичное изображение полости носа и верхнечелюстной пазухи на снимке верхней челюсти.

Преимущество панорамной рентгенографии перед внутриротовой контактной при небольшой дозе облучения получают данные о:

- состоянии всех зубов и тканей, их окружающих,
- структуре кости,
- взаимоотношении верхних моляров и премоляров с дном верхнечелюстной пазухи,
- стадиях формирования корней и
- состоянии фолликулов постоянных зубов у детей.

Ортопантомография — позволяет получить увеличенное изображение изогнутых верхней и нижней челюстей на одной пленке, что дает возможность сравнить состояние костной ткани на различных участках.

Четкое проявление структуры костной ткани позволяет использовать данный метод при диагностике травмы, определении структуры костной ткани при заболевании пародонта, адентии.

Недостатки метода: искажение изображения во фронтальном отделе.

Электроодонтометрия —

определение ответной реакции нервно-рецепторного аппарата пульпы или периодонта на раздражение электрическим током.

Регистрируется минимальная сила тока (в мкА), вызывающая раздражение. По полученным данным можно судить не только о состоянии пульпы и периодонта, но и о толщине, степени минерализации твердых тканей зуба в области наложения активного электрода.

Вакуум-диапюстика, или проба по Кулаженко, — определение устойчивости капилляров (сосудов) десны к отрицательному давлению. Проба показана при диагностике заболеваний пародонта и контроле эффективности проводимой терапии.

С помощью аппарата В.И.Кулаженко можно также осуществлять вакуум-массаж кожи и слизистой оболочки, вакуум-электрофорез, вакуум-кюретаж.

Полярография —

определение концентрации кислорода в тканях, которое позволяет судить о состоянии микроциркуляции и транскапиллярном обмене, скорости усвоения кислорода тканями.

Реография —

исследование регионарного кровообращения путем регистрации разности сопротивления живых тканей при прохождении по ним переменного электрического тока высокой частоты.

Полуавтоматическая и автоматическая обработка данных ЭВМ позволяет быстро и довольно точно получить информацию о состоянии микроциркуляторного русла тканей и органов ЧЛО: артерии, вены, прекапилляры, каилляры, посткапилляры, венулы, вены, артериовенулярные анастомозы, объемный кровоток и т.

д.

Фотоплетизмография —

определение локального кровотока путем регистрации разности пульсовых изменений, оптической плотности тканей при просвечивании их монохроматическим светом.

Реография и фотоплетизмография несут почти исчерпывающую информацию о регионарном кровотоке в тканях и органах ЧЛО.

Определение биопотенциалов (микротоков в полости рта) — «гальванотест».

Проведение данного исследования показано при наличии разнородных металлов в полости рта, воспалительных процессов в слизистой оболочке, нарушении вкуса, предраковых заболеваниях и т. д.

Апекслокация —

определение длины корня зуба, основанное на разности сопротивления твердых тканей зуба и электропроводящих жидкостей (экссудат, кровь и т.д.).

Многие исследования показывают, что среднее расстояние между апикальным отверстием и непосредственно самим апексом верхушкой корня) примерно 0,5 – 1 мм. Апикальное отверстие может располагаться на проксимальной, лабиальной или лингвальной сторонах корня.

Апекслокатор позволяет точно определить

- длину корневого канала,
- расстояние до физиологического отверстия,
- перфорацию стенки канала, дна полости зуба.

Определение кариесрезистентности, или теста эмалевой резистентности.

В клинических условиях оценить устойчивость твердых тканей зуба к действию кислот можно проведением витальных методов:

- теста эмалевой резистентности по В.Р.Окушко (1984);
- клинического определения скорости реминерализации эмали по Т.Л.Рединовой и соавт. (1982).

Определение контакта зубов — окклюдодиаграммы.

Оценка эффективности работы жевательного аппарата:

- жевательная эффективность;
- жевательный эффект;
- жевательная способность.

Определение скрытого отека — проба Мак-Клюра—Олдрича.

Определение функциональной активности соединительной ткани по способности ее клеточных элементов к фагоцитозу — проба Кавецкого—Базарновой.

Определение насыщенности ткани аскорбиновой кислотой — проба Роттера и языковая проба в модификации Яковца.

Цитологическое исследование

находит широкое применение при заболеваниях слизистой оболочки (мазок-отпечаток, мазок-перепечаток, мазок-соскоб, осадок промывной жидкости или пунктата).

Метод основан на изучении структурных особенностей клеточных элементов и их конгломератов.

Проба Ясинского изучает интенсивность миграции лейкоцитов в ротовую жидкость и слущивания эпителия. Предполагает серию последовательных смывов с последующим подсчетом живых и погибших клеток крови - лейкоцитов.

Мазок выполняется чаще со слизистых задних отделов полости, позволяет оценить микрофлору зева и др. участков. С поверхности очага поражения например со дна язвы, цитологический материал забирается при помощи мазков отпечатков.

Бактериологическое исследование

предполагает анализ микробной и грибковой микрофлоры, полученной с участка поражения и применяется для диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта при:

- гнойных процессах,
- специфических заболеваниях,
- для определения бациллоносительства и
- чувствительности очагов поражения к антибиотикам.

Пробы берут микробиологической петлей и осуществляют посев на питательные среды. С помощью бактериологических исследований выявляют сифилис, туберкулез, гонорею, актиномикоз, грибковые заболевания, язвенно-некротический гингивостоматит Венсана.

Гистологическое исследование — используют для уточнения диагноза и определения характера патологического процесса.

С этой целью применяют биопсию — прижизненное иссечение ткани для последующего микроскопического исследования.

Гистологическому исследованию обязательно подлежат любые хирургически иссеченные ткани. Взятый материал помещают в 10% раствор формалина и биопсию проводят с соблюдением правил асептики и антисептики.

Клиническое и биохимическое исследование ротовой, десневой жидкости, крови и мочи.

Общий анализ крови включает в себя определение количества гемоглобина, числа эритроцитов и лейкоцитов, цветного показателя и лейкоцитарной формулы.

Клинический анализ крови является важным дополнительным методом и должен выполняться у каждого больного с заболеванием слизистой оболочки рта.

К абсолютным показаниям для проведения этого метода относятся:

- наличие в полости рта участка некроза слизистой оболочки,
- длительно незаживающих язв, а также
- все случаи, когда возникает подозрение на заболевание органов кроветворения.

Биохимическое исследование крови, мочи и др.

Исследование на содержание глюкозы проводят при подозрении на сахарный диабет (сухость во рту, хронический рецидивирующий кандидоз, болезни пародонта и др.).

В настоящее время широко внедряется в практику **интраоральная видеозапись с помощью цифровых интраоральных видеокамер.**

После проведения витального окрашивания пациенту демонстрируется состояние гигиены полости рта, согласовывается план дальнейшего обследования и лечения.

Необходимая информация регистрируется в амбулаторной карте стоматологического больного и сохраняется в памяти компьютера. При анализе отдаленных результатов лечения или конфликтных ситуациях достоверность видеозаписи неоспорима.

Медицинская карта стоматологического больного.

Учетная форма №043/У — документ, в котором кроме паспортных данных регистрируются результаты проводимого обследования и лечения.

Существуют различные формы записи клинической картины. Однако заполнение карты должно соответствовать определенным стандартам. Карта должна быть:

- простой - понятной для врача и персонала с точным указанием заболеваний;
- полной — отражать картину проведенного лечения и изменений как стоматологического, так и общего состояния;
- доступной для получения нужной информации о проводимом лечении;
- регулярной — заполнение должно соответствовать дате приема.

Кроме того, поскольку в карте представлены данные о практической деятельности врача, она является **юридическим документом** и может быть использована в судебном разбирательстве при рассмотрении спорных вопросов между пациентом и врачом (учреждением).

Запись в истории болезни и др. документы – основной рычаг в рассмотрении жалобы пациента. В ней должны быть указаны

- жалобы больного,
- объективное состояние слизистой, зубодесневых карманов,
- зубная формула,
- план лечения,
- диагноз,
- совет врача,
- отклонение пациента от посещения, рекомендаций,
- лекарственные препараты (наименование и доза),
- осложнения.

Медицинская карта больного хранится в регистратуре в течение 5 лет, а после этого передается в архив.

При проведении платного лечения обязательным является также заполнение других документов, имеющих юридическую силу (*договор о информированном добровольном согласии пациента на планируемые диагностические или лечебные процедуры*).

Зубная формула. Обозначение временных и постоянных зубов.

Для удобства записи результатов осмотра зубов применяют различные схемы (зубная формула). В нашей стране наиболее широкое распространение получила, и до недавнего времени была почти единственной, **система Зигмонда-Палмера**.

По этой системе горизонтальная линия указывает на принадлежность зубов к верхней или нижней челюсти, а вертикальная — на принадлежность зубов к правой или левой стороне. Зубы постоянного прикуса обозначают арабскими цифрами, а временные — римскими.

87654321	12345678	VI	VIV	IIIIII	IIIIIIIV	V	VI					
87654321	12345678	VI	V	IV	III	II	I	I	II	III	IVV	VI

В настоящее время применяется **двухцифровая система**, которая принята Международной Ассоциацией стоматологов (FDI) и рекомендована Стоматологической Ассоциацией России.

По этой системе к порядковому номеру зуба челюсти с 1 по 8 добавляется номер квадранта, который ставится впереди номера зуба. При временном прикусе зубы обозначаются цифрами 1—5, а квадранты 5—8.

1 квадрант | 2 квадрант

4 квадрант | 3 квадрант

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

постоянные зубы

56 54 53 54 51 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

временные зубы

С течением времени сложилась общепринятая система обозначений ряда заболеваний и проведенного лечения:

кариес — С,

пульпит — Р,

периодонтит — Рt,

пломба — П,

удаление — У,

искусственная коронка — К.

Степень подвижности зуба обозначается римскими цифрами над или под его цифровым индексом.

Дополнительная информация указывается в свободных графах под формулой зубов.

В настоящее время все большую популярность завоевывают компьютерные версии амбулаторных карт.

Планирование лечения —

это ряд мероприятий, направленных на устранение этиологических факторов заболевания и восстановление функции органов или тканей.

План лечения зависит от

1. оценки состояния пациента,
2. определения стоматологического статуса,
3. показаний и противопоказаний к выбору метода лечения и
4. отношения к нему пациента.

При составлении плана важно предвидеть исходы проводимого лечения.

Планирование лечения определяется следующими позициями:

- выявление проблемы;
- решение о вмешательстве;
- предвидение альтернативного лечения;
- согласование с пациентом плана лечения.

Составление плана лечения.

На первом этапе начинается с постановки диагноза.

На втором этапе принимается решение о вмешательстве с учетом поставленного диагноза.

Третий этап — выбор альтернативного, наиболее оптимального метода из ряда существующих.

Заключительный этап включает определение (выбор) метода при консультации с пациентом, который должен знать возможные варианты лечения.

Окончательный вариант лечения принимается врачом и пациентом после совместного обсуждения.

При этом важное значение имеет

- финансовое положение пациента,
- знание,
- опыт и
- технические возможности врача.

Следует помнить, что план лечения — это неизменный перечень мероприятий. Однако в ряде случаев в зависимости от состояния пациента и изменяющихся условий, он может корректироваться, но основным показанием к этому должно быть желание улучшения качества оказываемой помощи. При этом изменение планируемого лечения должно быть отражено в медицинской карте.

Последовательность выполнения плана лечения — это распределение необходимых процедур по времени, т. е. по этапам.

На первом этапе выполняется то, в чем пациент нуждается в первую очередь. Это купирование боли и некоторых патологических состояний (воспаления), устранение этиологических факторов.

На следующем этапе, например, проводят эндодонтическое лечение и некоторые хирургические вмешательства, которые предшествуют ортопедическому лечению.

В реализации плана лечения важное значение имеет завершающая фаза (этап), которая в нашей литературе получила название **диспансерное наблюдение**.

При этом предусматриваются регулярные осмотры, в процессе которых может возникнуть необходимость коррекции лечения. Частота осмотров зависит, главным образом, от степени риска стоматологического заболевания. Пациентов с высоким риском кариеса осматривают через 4—6 мес. Пациентов со стабильным статусом здоровья — через 9—12 мес.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

