Практическое занятие №1

1. Тема: Осмотр детей разного возраста. Медицинская документация, инструменты. Клинические аспекты развития зубов. Рентгеносемиотика заболеваний зубов и околозубных тканей в детском возрасте.

2. Цель: закрепление у студентов основные представления о обследование детей разных возрастов, основной медицинской документации и инструментарии, клиническом аспекте развития зубов, рентгеносемиотики заболеваний зубов и околозубных тканей в детском возрасте..

3.. Задачи:

Обучающая:

Изучить основную медицинскую документацию в стоматологии

Изучить инструменты используемые на детском стоматологическом приеме

усвоить клинические аспекты развития зубов

Развивающая:

научиться осуществлять осмотр детей разных возрастов, читать рентгеновских снимков с заболеваниями зубов и околозубных тканей

Воспитывающая:

Воспитывать профессиональную ответственность за свою будущую медицинскую деятельность и коллективную солидарность.

4. Вопросы для рассмотрения:

1. Осмотр детей разного возраста

2. Основная медицинская документация

3. Основной инструментарий на стоматологическом приеме.

4. Клинические аспекты развития зубов

5. Рентгеносемиотика заболеваний зубов и околозубных тканей в детском возрасте.

5. Основные понятия темы

1. Осмотр детей разного возраста

Стоматологический осмотр до 8 месяцев, как правило, не составляет особого труда. Во время осмотра он находится на руках у мамы, с ним нужно разговаривать, используя голосовые модуляции, мимику, ласковые телесные прикосновения.

В возрасте от 8 до 14–24 месяцев малыш становится менее общительным с незнакомыми людьми, поэтому нормально развивающийся ребенок в этом возрасте будет сопротивляться осмотру: ему вначале нужно «исследовать» новую ситуацию и увериться в ее безопасности, и только после этого он будет вести себя спокойно. В этот период очень хорошо работает система маленьких подарков после осмотра или необходимых манипуляций.

Стоматологический осмотр в период от 1 года до 3 лет может быть затруднителен. Ребенок проявляет негативизм и неконтактность. Во время осмотра ребенок находится на руках у родителей в стоматологическом кресле, каждое свое действие врач должен озвучить. Также важно использовать различные голосовые модуляции, мимику, жесты. Стараться отвлечь от происходящего. Ребенку нужно осмотреть и потрогать предмет для того, чтобы понять его предназначение. В период до трех лет ребенка принимают только на руках у кого-нибудь из родителей .

2. Основная медицинская документация

Первичная учетная документация:

-мед карта стомат больного (ф 043у),

-единый талон амбулаторного пациента (ф. 025-8),

-листок ежедневного учета работы вр-стомат (037),

-сводная ведомость учеты работы вр-стомат(039),

-контрольная карта диспасерного наблюдения (030),

-журнал записи амбулаторных операций (069).

3. Основной инструментарий на стоматологическом приеме.

Зеркало стоматологическое, с помощью которого производят осмотр зубов,слизистой оболочки,освещают операционное поле, отодвигают язык и щеки при обследовании.

Зонды стоматологические для исследования пораженности зубов кариесом, определения устья канала корня зуба, глубины зубодесневых карманов; вносят в полость зуба или десневой карман лекарственные вещества.

Шпатель стоматологический металлический для отведения щек, губ, языка.

Для препарирования твердых тканей зуба применяют боры зубоврачебные; Экскаваторами извлекают из полости зуба пищевые остатки и размягченные слои дентина, удаляют зубные отложения Лекарственную обработку полости зуба производят с помощью стоматологического пинцета; пинцетом захватывают ватные шарики, валики, тампоны.

Корневые иглы применяют для определения направления канала корня зуба и внесения в него лекарственных веществ на ватном фитильке, намотанном на иглу.  
Для расширения и обработки корневых каналов. Дрильборы ручные и машинные применяют для расширения каналов корня.

Пульпэкстрактор, предназначается для удаления пульпы из корневого канала.  
Шпатель для замешивания цементных пломб и временных повязок.

Матрицы фасонные служат для временного замещения стенки зуба при пломбировании. Для пломбирования корневых каналов жидким цементом применяют каналонаполнители, работающие от бормашины.. Штопферы применяют для уплотнения пломб; рабочая часть их грушевидной формы, на торце — плоская или слегка вогнутая поверхность, что предупреждает выдавливание пломбировочного материала. Гладилка предназначена для формирования пломб, их сглаживания и удаления избытка пломбировочного материала.

4. Клинические аспекты развития зубов

В постнатальном онтогенезе выделяют возрастные периоды с характерной морфологической картиной.

У новорожденного в челюстях располагаются фолликулы всех 20 молочных зубов и 16 постоянных (резцов, клыков и первых моляров). В этот период коронки молочных резцов минерализованы на 2/3 их высоты, а коронки клыков – на 1/3.

У первых молочных моляров четко определяются границы фолликула и начинается минерализация бугров жевательной поверхности.

У вторых молочных моляров определяется точечная минерализация бугров жевательной поверхности. Кальцифицирован медиально-вестибулярный бугорок у первых постоянных моляров.

Развивающиеся фолликулы постоянных зубов на нижней челюсти располагаются с язычной стороны от молочных, но они еще неминерализованны. На верхней челюсти фолликулы постоянных зубов локализуются под орбитами, также с язычной стороны от молочных.

Период молочного прикуса начинается с 6 мес после прорезывания медиальных резцов нижней челюсти.

Следующими прорезываются медиальные резцы верхней челюсти, затем латеральные резцы нижней и верхней челюстей.

Одним из важных моментов в периоде образования молочного прикуса является прорезывание первых молочных моляров. С их прорезыванием устанавливается высота прикуса, что позволяет молочным клыкам занять правильную позицию между резцами и первыми молочными молярами.

Коронки постоянных резцов минерализованные, на 1/3 сформированы коронки клыков. Практически полностью кальцифицированы коронки первых постоянных моляров, которые располагаются позади вторых молочных моляров.

К 2,5–3 годам, после прорезывания вторых молочных моляров и установления окклюзионных взаимоотношений между зубными рядами челюстей, заканчивается период становления молочного прикуса.

Период сменного прикуса. Постоянные зубы имеют тенденцию к групповому прорезыванию, последовательность которого имеет важное клиническое значение. Первая группа прорезывающихся постоянных зубов включает в себя медиальные резцы нижней челюсти и первые постоянные моляры.

Более благоприятным фактором, свидетельствующим о правильном формировании прикуса, предохраняющим прикус от снижения, считается прорезывание первых постоянных моляров позади молочных зубов. Первые постоянные моляры называют «ключом окклюзии», и с их прорезыванием связан второй этап подъема высоты прикуса.

Следующей прорезывается группа резцов верхней и нижней челюстей, что соответствует 7-9-летнему возрасту ребенка.

В этот период резорбируются корни молочных моляров. Коронки премоляров и вторых постоянных моляров уже полностью минерализованы. Отверстия верхушек корней первых постоянных моляров широкие.

После небольшого перерыва прорезывается следующая группа зубов: клыки и первые премоляры нижней челюсти и первые премоляры верхней челюсти (у ребенка 9–1 2-летнего возраста). На нижней челюсти нередко клыки прорезываются раньше премоляров либо одновременно с ними.

Постоянные резцы полностью развиты. Корни вторых премоляров и клыков верхней челюсти сформированы более чем наполовину. Началась минерализация третьих моляров.

К 12–13 годам, после прорезывания клыков верхней челюсти и вторых премоляров, завершается период сменного прикуса.

Корни вторых постоянных моляров сформированы более чем наполовину окончательной высоты. Коронки третьих моляров минерализованны полностью.

Период постоянного прикуса характеризуются прорезыванием вторых постоянных моляров. Полное развитие зубов происходит спустя 2–3 года после их прорезывания.

5.Рентгеносемиотика заболеваний зубов и околозубных тканей в детском возрасте.

Обычно диагностика нарушений закладки и формирования зубов требует тщательного осмотра, пальпации альвеолярного отростка и зондирования тканей зубов. Многие виды нарушений закладки и формирования зубов можно выявить рентгенологически.

Рентгенологическое исследование кариеса зубов. наиболее часто применяется для выявления начальных кариозных поражений или таких, которые локализуются на контактных поверхностях, под десной или под пломбами (рецидивирующий кариес

Рентгенологическое исследование может быть использовано для контроля качества пломбирования, особенно кариозных полостей аппроксимальной локализации.

Кариозная полость на рентгенограмме выглядит участком просветления округлой, овальной либо неправильной формы, с неровными контурами. При поверхностном кариесе, когда полость расположена на контактной поверхности, кариозный дефект выглядит как небольшая выемка в эмали

Кариес жевательной и аппроксимальной поверхностей становится хорошо видимым на рентгенограмме, когда он достигает эмалево-дентинного соединения. При распространении кариеса в дентин очаг поражения имеет неровные треугольные очертания.

Рентгенографическое исследование при пульпитах Поскольку пульпа не задерживает рентгеновских лучей, то специфических рентгенологических признаков пульпита не существует. Косвенным рентгенологическим признаком его является наличие глубокой кариозной полости, соприкасающейся или сливающейся с полостью зуба

При длительном течении хронических форм пульпита во временных зубах возможно развитие изменений в тканях периодонта, которые рентгенологически выявляются в виде разрежения костной ткани в области бифуркации и верхушек корней.

Рентгенологическое исследо-вание при пульпите временных зубов показано

— при всех формах хронического пульпита у детей, страдающих множественным кариесом;

— при значительном разрушении коронки зуба;

— при гангренозной форме хронического пульпита;

— у детей 6 лет и старше.

Рентгенологическое исследование при травмах зубов обязательно во всех случаях травмы.

Рентгенологический метод используют не только при первичном обследовании для установления диагноза, но и для динамического наблюдения за результатами лечения.

Ушиб (сотрясение) зуба При рентгенологическом исследовании не выявляют никаких повреждений зуба и окружающих его тканей

Вывих зуба Рентгенологическое исследование помогает уточнить вид вывиха и направление смещения зуба, определить ширину периодонтальной щели, состояние кортикальной пластинки стенки альвеолы, целостность губчатой кости альвеолярного отростка. При вывихе временного зуба рентгенологическое исследование позволяет оценить взаимоотношение корня этого зуба с зачатком постоянного зуба, состояние кортикальной пластинки фолликула и самого зачатка.

Смещение коронки в сторону полости рта (экструзия) На рентгеновском снимке травмированный зуб выглядит укороченным по сравнению с рядом стоящим зубом из-за своего наклонного положения.

Перелом зуба По рентгеновскому снимку определяют направление линии перелома корня. Поперечный перелом характеризуется одной или двумя темными полосками на корне, расположенными параллельно режущему краю коронки зуба, разделяющими корень на две или три части.

Хронический фиброзный периодонтит На рентгенограмме определяется изменение контуров периодонтальной щели.

Хронический гранулирующий периодонтит Отмечается деструкция периодонтальной щели. У верхушки корня образуются различных размеров участки разрежения костной ткани без четких границ,

При хроническом гранулирующем периодонтите у детей ренгенологически нередко выявляется обширная неограниченная деструкция костной ткани, которая во временных молярах локализуется в области бифуркации. Довольно часто отмечается частичное или полное расплавление костной пластинки, отделяющей фолликул постоянного зуба от корней временного зуба

Фолликулярная киста на рентгенограмме имеет вид очага разрежения костной ткани раз-личных размеров, округлой или овальной формы, с хорошо очерченными контурами. Внутри плости видны коронки одного или нескольких зубов

Рентгенологическое исследование при заболеваниях периодонта

При чтении рентгенограмм необходимо учитывать особенности, характерные для процессов формирования костных структур пародонта у детей и подростков. Это относится к высоте межальвеолярных перегородок, форме их вершин, структуре губчатого вещества межзубных перегородок, размерам периодонтальной щели, состоянию кортикальной (за-мыкающей) пластинки межальвеолярной перегородки.

При постановке диагноза заболеваний тканей пародонта следует учитывать четкую закономерность в их строении, которая заключается в постоянной перестройке до периода их окончательного формирования. На этот процесс влияют формирование зуба, этап его прорезывания, динамика развития челюсти, нарушения окклюзии, степень функциональ-ной нагрузки. В детском возрасте пародонт не имеет завершенного мор-фологического строения и даже незначительная функциональная нагрузка может создавать благоприятные условия для возникновения заболеваний его тканей. Поэтому структура костной ткани пародонта в возрастном аспекте вариабельна, что необходимо иметь в виду при постановке диагноза.

В период временного прикуса рисунок губчатого вещества межальвеолярной перегородки нечеткий. Вершины перегородок имеют различную форму: округлую, реже — острую.

В период сменного прикуса у прорезывающихся зубов губчатое вещество не имеет четко выраженной структуры, что свидетельствует о незрелости костной ткани пародонта

У прорезывающихся зубов нижней челюсти, особенно в боковых участках, вершины межзубных перегородок срезаны в сторону прорезывающегося зуба и располагаются на уровне или вблизи эмалево-цементной границы. Периодонтальная щель у шейки и коронки этого зуба расширена, рисунок губчатого вещества нечеткий

В период постоянного прикуса четко формируется рисунок губчатого вещества межальвеолярной перегородки. В области фронтального участка нижней челюсти оно имеет мелкопетлистый и крупнопетлистый

Катаральный гингивит Рентгенологические изменения в краевых отделах межальвеолярных перегородок у большинства больных при хроническом катараль-ном гингивите отсутствуют при длительно текущем хроническом катаральном гингивите можно выявить рентгенологические изменения. У таких больных возможен остеопороз вершины межзубной перегородки, иногда ее равномерная резорбция.

Гипертрофический гингивит При рентгенологическом исследовании обнаруживается остеопороз межальвеолярных перегородок без деструкции компактной пластинки. При длительном течении гипертрофического гингивита и наличии усугубляющих факторов возможна резорбция межальвеолярных перегородок.

Язвенно-некротический гингивит — На рентгенограмме изме-нения в тканях пародонта отсутствуют.

Локализованный пародонтит Рентгенологически определяется расширение периодонтальной щели, деструкция кортикальной пластинки вершины межзубной пере-городки, остеопороз межзубной перегородки в верхней и средней ее трети, который может смениться резорбцией при прогрессировании процесса.

Генерализованный пародонтит

При рентгенологическом исследовании определяется резорбция межальвеолярных перегородок на 1/3 их высоты, Тяжелая форма генерализованного пародонтита характеризуется снижением межальвеолярных перегородок на 1/2 и более их высоты.

6. Средства обучения:

- дидактические - таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал,

- материально-технические - мел, доска, стоматологические материалы, стоматологический инструментарий.