**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации . Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии.**

**Обследование ортодонтического пациента.**

Выполнил ординатор

кафедры стоматологии

 детского возраста

 и ортодонтии по специальности:

 «Ортодонтия»

 Макарова Юлия Александровна

Рецензент: д.м.н., доцент Бриль Е.А

Красноярск, 2020

**Опрос ортодонтического пациента. Внешний осмотр. Осмотр полости рта.**

Обследования ортодонтического пациента состоит из нескольких этапов:

1.Опрос пациента:

* паспортная часть,
* сбор медицинского и стоматологического анамнеза,
* жалобы;

2.Клинического обследование:

* внешний осмотр,
* осмотр полости рта;

3.Анализ диагностических данных:

* изучение контрольно-диагностических моделей,
* ОПТГ,
* ТРГ головы в боковой проекции;

4.Проведение других дополнительных методов исследования

* оценка функции жевания, глотания, речи и дыхания;

**Опрос пациента**

 Первичным методом исследования является именно опрос пациента. На данных, полученных во время первого осмотра, строится дальнейшая диагностическая работа. Во время опроса, особое внимание уделяют нескольким аспектам, позволяющим выявить клиническую картину и оценить наличие изменений по всем статьям:

Паспортная часть истории болезни – отображает фамилию, имя и отчество пациента, его пол, возраст, сведения о месте воспитания или обучения, адрес.

Болезненность. Так как, боль является наиболее частой жалобой, то ее выделяют в первую очередь. При этом определяют ее характер, локализацию, выраженность и длительность, а также наличие иррадиации.

Качество родов (если проводится обследование ребенка). Одной из основных причин ортодонтических аномалий является травма во время родов или внутричерепное кровоизлияние, которое приводит к нарушению развития зубочелюстной системы.

Вид вскармливания. Определение вида и периода вскармливания позволяет определить первопричину ортодонтической аномалии. При искусственном вскармливании, мышцы работают не так как при грудном, что негативно сказывается на развитии челюсти.

Соответствие развития ребенка нормам. Каждый параметр, начиная от первого самостоятельного шага, произнесенного слова или прорезавшегося зуба показывает степень развития всех систем ребенка.

Заболевания, которые были перенесены в детском возрасте. Некоторое из них приводят к нарушению обменных процессов, что сказывается на росте челюсти и зубов.

 Наличие вредных привычек, таких как длительное сосание пустышки, регулярное покусывание карандашей и т.д.

Состояние верхних дыхательных путей пациента. Патологические изменения окклюзии могут быть спровоцированы длительным ротовым дыханием.

Все полученные данные заносятся в историю болезни, где будут отображены и результаты других методов диагностики.

**Клинического обследование**

Осмотр – основной прием обследования ортодонтического пациента- состоит из:

- общего осмотра, определения телосложения и осанки, особенностей строения лица;

- осмотра полости рта.

Общий осмотр.

Во время проведения общего осмотра определяют соматическое и психическое развитие пациента, их соответствие возрасту; Обращают внимание на рост и массу тела, конституцию пациента.

Пациента осматривают в фас, профиль, со спины и определяют:

- положение головы, плеч, лопаток, ног (искривление голеней, ступней);

- форму грудной клетки, живота, спины – искривление позвоночника;

Особое внимание уделяют уровню физического развития пациента и его телосложению. В зависимости от степени выраженности изгибов позвоночника – различают следующие виды осанки- нормальную, или выпрямленную, сутулую, лордическую, кифотическую, и сколиотическую.

Эти сведения, кроме общей характеристики роста и формирования скелета, позволяют определить патогенетическую связь с ослаблением опорно-двигательного аппарата и нарушениями телосложения.

При осмотре головы необходимо:

- определить ее пропорциональность размерам тела;

- пропорциональность лицевого и мозгового отделов;

- форму лица.

* Форма лица.

Форма лица может напоминать форму круга, квадрата, ромба, усеченного конуса, овала, треугольника, шестигранника.

Лицо может быть – узким, широким и средней ширины; укороченным, средней длины, удлиненным.

* Форма профиля лица может быть выпуклой, прямой, уплощенной, вогнутой.

Особенности формы и строения лица имеют важное значение в определении эстетического прогноза ортодонтического лечения.

Индивидуальные, врожденные особенности строения и формы лица подчеркивают или уменьшают нарушения, обусловленные наличием зубочелюстной аномалии.

Кроме общей характеристики формы лица и головы, описывают их составляющие.

Лицо делится на несколько топографических областей – лобную, область глазницы, область носа, подглазничную область, область рта, подбородочную область, щечную область, околоушно-жевательную область, скуловую, височную.

* Оценка пропорционального развития лица.

Обычно при ортодонтическом осмотре лицо подразделяют на три относительно пропорциональные части:

- верхнюю (лобную), среднюю (носовую), нижнюю (челюстную).

Верхняя часть начинается от границы роста волос и заканчивается посредине линии, которая соединяет надбровные дуги.

Средняя - продолжается от середины линии надбровных дуг до подносовой точки, соединяющей нижние края крыльев носа; нижняя – от подносовой точки до нижней точки подбородка.

Только средняя часть лица (носовая) имеет относительно стабильные вертикальные размеры.

Высота верхней части лица (лобной) зависит от линии роста и сохранения волос.

Высота нижней части зависит от вида прикуса в вертикальной и сагиттальной плоскостях – при глубоком прикусе она может быть уменьшена; при открытом и мезиальном – увеличена.

Особое внимание уделяют изменениям размеров нижней части лица.

* Существует относительная симметрия правой и левой половин лица.

При врожденных пороках развития, трансверзальных аномалиях прикуса определяют нарушения симметрии разной степени тяжести.

Абсолютно симметричных лиц не существует.

Различают физиологическую и патологическую асимметрию лица. Физиологической асимметрией считают различие в размерах до 2 мм.

Определяют форму лба, выраженность и размер глаз, направление зрения – прямое, исподлобья. Это имеет значение для определения расовых особенностей, психического развития, этиологических факторов. Так при перенесенном в раннем детстве рахите – лоб может быть высоким, квадратным с хорошо выраженными надбровными буграми.

Осматривают спинку носа, характеризуют подвижность крыльев носа – при наличии аденоидных разращений – спинка носа может быть широкой, неподвижные крылья носа в сочетании с полуоткрытым ртом и сухой красной каймой губ свидетельствуют о нарушении носового дыхания.

Отклонения в строении ушных раковин (атрезия, оттопыренные уши и уши «сатира») могут быть вторичным признаком нарушения роста височной кости, что отражается на расположении элементов височно-нижнечелюстных суставов и нижней челюсти.

* Кожные складки лица, носогубная и подбородочная.

Характеризуют выраженность носо-губных складок – сглаженные, глубокие или средней глубины. Глубина носогубных складок может быть проявлением сагиттальных аномалий прикуса.

Обращают внимание на характер смыкания губ (свободное, с напряжением, полуоткрытый рот).

Определяют толщину и длину верхней и нижней губ, поскольку эти факторы влияют на эстетический прогноз лечения. При напряженном смыкании губ и инфантильном типе глотания может возникнуть «симптом наперстка», или «лимонной корки» - точечные углубления на коже подбородке. Поэтому при короткой верхней губе нежелательно перемещение нижней челюсти или расширение челюстей, так как увеличение обьема полости рта приведет к напяженному смыканию губ и изменению выражения лица (формируется как бы удивленное лицо), может появиться «десневая улыбка» , когда при широкой улыбке обнажается альвеолярный отросток.

Оценивают глубину подбородочной борозды (глубокая, средняя, сглаженная). Глубина губо-подбородочной борозды зависит от наличия аномалий прикуса в вертикальной либо сагиттальной плоскости.

Форма подбородка имеет большое значение в эстетическом прогнозе лечения. Подбородок может быть прямым, скошенным назад или выступающим вперед. Эти проявления могут быть признаком индивидуального строения лица или симптомом сагиттальных аномалий прикуса. Прямой квадратный подбородок придает лицу мужественный вид. Двойной подбородок может быть проявлением изменения языка – глоссоптоза.

Определяют величину нижнечелюстных углов, размер ветви и тела нижней челюсти.

Обследование пациентов с зубочелюстными аномалиями и проявлениями дисфункции височно-нижнечелюстного сустава необходимо проводить по схеме, которая заключается в сборе и изучении жалоб, анализе анамнеза, осмотре лица, пальпации и аускультации суставов, определении тонуса мышц и болевых точек на лице, изучении состояния суставов во время движений нижней челюсти, определении расстояния между краями центральных резцов при максимально открытой полости рта, применении функционально-диагностических проб, рентгенологическом исследовании. При необходимости пациентов направляют на консультацию к смежным специалистам.

При разных видах дисфункции височно-нижнечелюстного сустава могут возникать следующие симптомы: хлопанье, щелканье, хруст, крепитация, ограничение открывания рта, смещение нижней челюсти в сторону при открывании рта, S – образные движения при опускании нижней челюсти, признаки стирания зубов.

* Пальпация суставов осуществляется следующим образом:

- указательные пальцы устанавливают впереди от козелка уха с обеих сторон и просят пациента широко открыть рот. При чрезмерной екскурсии головок (вывих, подвывих) пальцы при максимально открытой полости рта проваливаются в пустые суставные впадины. Пальпаторно можно определить хруст, хлопанье, а иногда пропальпировать деформированный мыщелок.

Далее пальпируют места прикрепления собственно жевательных и височных мышц; боль в мышцах говорит об их гипертонусе.

Обращают внимание на характер движений нижней челюсти во время открывания и закрывания рта.

Движения нижней челюсти должны быть плавными.

Толчкообразные и, зигзагообразные движения свидетельствуют о поражении элементов височно-нижнечелюстного сустава.

В момент закрывания рта обращают внимание на наличие и степень смещения нижней челюсти. После этого необходимо выяснить причину смещения (артрогенное, миогенное).

Артрогенное смещение характерно для односторонних привычных вывихов, подвывихов, деформирующих артрозов.

Миогенное развивается вследствие резкого одностороннего гипертонуса жевательных мышц (особенно латеральной крыловидной).

Щтангельциркулем измеряется расстояние между режущими краями центральных резцов – при максимально открытой полости рта у взрослых по Д.Е.Каланторову оно составляет в среднем 44 мм.

По Ю.Л.Образцову (1992) глубина преддверия – может быть очень мелкой – до 3 мм, мелкой – от 3 до 5 мм, средней глубины 0т 5 до 10 мм и глубокой больше 10 мм.

Мелкое преддверие полости рта может быть этиологическим фактором, способствующим недоразвитию переднего участка нижней челюсти, которое проявляется скученностью нижних фронтальных зубов, и заболеваниями пародонта.

* Осмотр уздечек губ

После осмотра преддверия полости рта переходят к осмотру уздечек губ и щечных тяжей с целью определения аномалий их расположения.(высокое прикрепление, низкое, нормальное), формы и их размеров.

Нормально развитая уздечка губы представляет собой тонкую, треугольной формы складку слизистой оболочки, с широким основанием на губе, которое заканчивается по средней линии альвеолярного отростка, приблизительно на расстоянии 5 мм от десневого края.

Аномалии уздечек характеризуют по месту прикрепления, форме, размерам

* Осмотр языка

Большое значение имеет осмотр языка, так как его размеры, форма, положение и подвижность оказывают непосредственное влияние на развитие прикуса и формирование зубочелюстных аномалий.

Наличие отпечатков зубов на боковых поверхностях языка или на фронтальном участке свидетельствует о недостаточном пространстве для языка или об увеличении его размеров (уменьшение обьема полости рта наблюдается при дистальном положении нижней челюсти).

Укороченная уздечка языка, прикрепленная близко к его кончику, может быть причиной ряда функциональных и морфологических нарушений в зубочелюстной системе. Ограничение подвижности языка затрудняет сосание у новорожденного ребенка, способствует формированию инфантильного глотания, неправильному произношению отдельных звуков.

У таких детей формируется открытый прикус, макрогнатия нижней челюсти.

* Осмотр полости рта является
* Определение состояния тканей пародонта

Поскольку заболевания пародонта часто сопровождают зубочелюстные аномалии, для ортодонта важно определить состояние десны. При этом оценивают цвет, размеры, обьем и форму десневых сосочков;

- характер десневого края (фестончатый, усеченный, сглаженный);

- определяют уровень расположения десневого края относительно шеек зубов (разрастание, рецессия).

Осматривая небо, обращают внимание на подвижность мягкого неба;

- небные дужки;

- небные миндалины (их обьем, цвет, расположение относительно небных дужек);

- зев;

- слизистую оболочку задней стенки глотки, определяют ее состояние (атрофичная, нормальная, гипертрофичная).

* Осмотр зубов и запись зубной формулы

Позволяют определить принадлежность зубов к временному или постоянному прикусу;

- состояние твердых тканей зубов (поражение кариесом и его осложнениями, гипоплазией, флюорозом и т.п.)

Осмотр отдельных зубов позволяет определить аномалии их количества, прорезывания, положения, величины и формы, цвета, структуры твердых тканей и т.п.