

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

Реферат на тему:

**“МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО
ВОЗРАСТА”**

Выполнил ординатор
кафедры стоматологии ИПО
по специальности «стоматология
детская»
Дмитроняк Анна Ивановна
рецензент к.м.н., доцент Буянкина
Римма Геннадьевна

Красноярск, 2023

Структура

1. Введение	3
2. Классификация методов обследования:	4
3. Основные методы:	4
Сбор жалоб и анамнеза:	4
Внешний осмотр:	5
Обследование регионарных лимфоузлов.	6
Обследование ВНЧС.	7
Обследование преддверия полости рта и собственно полости рта.	7
Определение подвижности зубов:	12
Определение гигиенического состояния полости рта и интенсивности кариеса зубов.	13
4. Дополнительные методы:	17
Рентгенологические:	17
Физические:	19
Лабораторные:	21
5. Заключение	24
6. Список литературы.	25

Введение

Конечная цель обследования стоматологического больного - поставить окончательный диагноз. Методы, используемые для этого, можно разделить на две группы: основные и дополнительные. В комплексе они позволяют оценить саму нозологическую форму и, что важно, не упустить из внимания общее состояние человека.

Полноценная диагностика осуществляется поэтапно. На основании жалоб, данных анамнеза, первичного обследования врач ставит предварительный диагноз и, если необходимо, составляет план последующих действий. Окончательный диагноз определяется путем сопоставления предварительного диагноза и результатов дополнительных исследований с учетом дифференциальной диагностики заболеваний, имеющих подобные клинические проявления.

Классификация методов обследования в стоматологии

Методы обследования в стоматологии принято разделять на основные и дополнительные.

Основные методы обследования сопровождаются использованием несложной аппаратуры, доступного инструментария, а также включают в себя информацию, полученную от наших органов чувств (ключевая роль отводится зрению и осязанию).

Дополнительные методы подразумевают задействование высоких технологий, связанных с медициной, и нередко диагноз может быть выставлен без использования этих методов. Однако их наличие значительно повышает качество оказания медицинских услуг для ряда сложных нозологических форм.

Основные методы

Сбор жалоб и анамнеза:

Сбор информации осуществляется при помощи организованного и системного подхода, что требует развитого клинического мышления. Врач должен уметь формулировать вопросы, которые нужно задать пациенту и/или его родителям, и знать, как именно это лучше сделать.

1 этап - сбор жалоб. Необходимо выяснить причину, которая мотивировала обратиться в медицинское учреждение, и проблемы, которые волнуют ребенка и его родителей. Также уточнить были ли жалобы ранее, проводилось ли самостоятельное или медицинское вмешательство, его результаты, каким было поведение ребенка и его самочувствие на различных этапах, есть ли предполагаемые факторы, влияющие на появление жалоб или их улучшение/ухудшение.

Кратковременная быстропроходящая боль в зубе после приема сладкой пищи предположительно свидетельствует о наличии кариеса.

Подъемы температуры тела до высоких цифр отмечаются при

остром стоматите, остром одонтогенном остеомиелите, лимфадените, при росте злокачественных опухолей (саркома Юинга и некоторые формы ретикулярных сарком у детей).

2 этап - собрать анамнез жизни:

1. Место рождения и жительства;

2. Информацию об антенатальном периоде ребенка (доказано прямое влияние, например, раннего токсикоза на качество эмали временных зубов, также на развитие челюстно-лицевой области ребенка могут оказать воздействие соматические заболевания матери во время беременности и др.).

3. Срок беременности и особенности рождения ребенка;

4. Постнатальный и грудной период (длительность вскармливания, срок введения прикорма и его вид, пользование соской - всё это напрямую формирует прикус ребенка и гармоничное развитие мышц лица).

5. Характер питания ребенка в последующие годы жизни (если в рационе нет твердой пищи, то к периоду смены зубов не будет сформировано достаточно пространства для постоянных зубов, возникнет необходимость ортодонтической коррекции, которая не всегда может дать стопроцентный результат).

Собранные данные позволяют предварительно дифференцировать жалобы, касающиеся исключительно челюстно-лицевой области, от жалоб из-за сопутствующих патологий.

Внешний осмотр:

С того момента, как ребенок оказался в кабинете врача-стоматолога, необходимо оценить физическое и психоэмоциональное состояние (настроение, контактность), а также конституционный тип развития (гиперстенический, астенический, нормальный).

Психозмоциональное состояние охватывает настроение ребенка, его контактность, уровень тревожности и любопытства и др.

Далее обращается внимание на состояние опорно-двигательного аппарата; может быть изменение осанки, искривление костей конечностей, деформация позвоночника.

Определение стоматологического статуса начинают с исследования конфигурации лица и состояния его наружных покровов. В первую очередь оценивается симметричность половин лица, цвет кожи и её эластичность, наличие образований или дефектов (например, рубцов), выраженность носогубных складок. Также проверяется соотношение верхней, средней и нижней третей лица (дисбаланс в этой области может прямо свидетельствовать о челюстно-лицевых аномалиях).

Так, у детей, больных острым герпетическим стоматитом, кожные высыпания на лице и паронихии могут предшествовать или сопутствовать основному заболеванию.

В норме линия смыкания губ параллельна зрачковой линии, углы губ чистые, сухие, на одном уровне. Контур красной каймы губ целостный. Слизистая губ бледно-розовая, сухая, чистая, гладкая.

Если ребенок умеет говорить, то оценивают его речь (разборчивость, четкость). Нарушения могут свидетельствовать о челюстно-лицевых патологиях, например, расщелине неба, или короткой уздечке языка.

Пальпация регионарных лимфоузлов.

Методом пальпации определяется состояние лимфатических узлов (шейных, подчелюстных, подбородочных).

Необходимо отметить их количество, размеры, консистенцию (плотные, мягкие, частично размягченные), подвижность, отношение к соседним узлам (прощупываются изолированно, спаяны в пакеты), отношение к окружающим тканям, коже и подкожной клетчатке (спаяны

или нет), чувствительность (болезненные, безболезненные). Следует обратить внимание на состояние кожи над ними: покраснение, рубец, свищ и т.д.

Увеличение подчелюстных лимфатических узлов наблюдается при обострении хронического пульпита, периодонтита, т.е. при наличии одонтогенных очагов инфекции в полости рта.

Обследование ВНЧС.

Индивидуальную норму открывания рта предложено определять по ширине 3 пальцев пациента (указательного, среднего и безымянного). В норме при открывании рта движение нижней челюсти плавное, без боковых смещений, средняя линия нижней челюсти не отклоняется от средней линии лица. Боковые движения нижней челюсти в обе стороны плавные, на равные расстояния.

У детей возможна чрезмерная подвижность нижней челюсти при перерастяжении связочного аппарата сустава и привычном вывихе.

При смещении в момент открывания рта нижней челюсти в одну сторону врач должен искать на стороне, противоположной направлению смещения, патологический очаг в суставном отростке или медиальной крыловидной мышце (воспалительный процесс, перелом суставного отростка, привычный вывих одного сустава, костная опухоль суставной головки).

Далее важно провести пальпацию сустава и наружного слухового прохода (припухлость, гиперемия, болезненность). Подушечки средних пальцев устанавливают впереди козелка уха и при открывании, закрывании рта, при боковых движениях челюсти устанавливают степень подвижности головок нижней челюсти, появление при этом болезненности, хруста или щелканья. У здорового пациента головки нижней челюсти при экскурсии пальпируются с обеих сторон, экскурсия безболезненна, симметричная, плавная, без патологических шумовых

явлений.

Обследование преддверия полости рта и собственно полости рта.

Преддверие осматривают при сомкнутых зубах, отодвинув губы. В норме слизистая оболочка преддверия бледно-розовая, влажная, чистая, без патологических изменений. Уделяют внимание состоянию выводных протоков мелких слюнных желез.

Контур вестибулярной десны, соотношение формы десен, зубов и межзубных промежутков не нарушены, ткани плотные, упругие. После прорезывания зубов может быть установлено правильное или низкое прикрепление уздечки верхней губы (ниже уровня шеек центральных резцов), правильное или высокое прикрепление уздечки нижней губы (выше уровня шеек центральных зубов), мелкое преддверие полости рта (менее 5 мм). При этом уздечки губ могут быть укорочены, утолщены.

Затем пациента просят сомкнуть зубы и проглотить слюну. В этом положении оценивают прикус (соотношение зубных дуг в центральной окклюзии).

Физиологические виды прикуса: ортогнатический, прямой, бипрогнатический, физиологический прогенический (с отсутствием сагиттальной щели во фронтальном участке), глубокое резцовое перекрытие. Для физиологических видов прикуса характерны полноценная функция и хорошая эстетика. Зубы не должны выступать из зубной дуги, должны плотно контактировать друг с другом.

Аномальные (патологические) виды прикуса: прогнатический, прогенический, глубокий, открытый, перекрестный.

Собственно полость рта осматривают, попросив широко открыть рот. В норме слизистая оболочка рта бледно-розовая, влажная, чистая, без патологических изменений. Однако стоит отметить, что чем младше ребенок, тем более яркую окраску имеет слизистая оболочка, что связано с

крупным количеством кровеносных сосудов, просвечивающих через тонкий эпителий.

Небо по форме и глубине визуально определяется как нормальное, глубокое, плоское, очень глубокое и узкое «готическое».

Язык в норме не имеет отпечатков зубов, подвижен, при широко открытом рте кончик языка упирается в верхние передние зубы (если нет, то может быть короткая уздечка языка), уздечка языка прикрепляется к альвеолярной части нижней челюсти на уровне дна полости рта (если выше – патология, «парус»). Слизистая спинки языка розовая, чистая, влажная, без складок и участков ороговения.

Классификация по Ф.Я.Хорошилкиной:

- 1. Тонкие прозрачные тяжи, нормально прикрепленные к языку, но малой протяженности.*
- 2. Тонкие полупрозрачные, прикрепленные близко к кончику языка и малой протяженности.*
- 3. Плотный короткий тяж, прикрепленный близко к кончику языка*
- 4. Тяж уздечки выделяется, но сращен с мышцами языка*
- 5. Тяж уздечки малозаметен, переплетается с мышцами языка.*

Зубная формула (рис.1): принято начинать осмотр с последнего зуба верхней челюсти справа, далее – влево все зубы верхней челюсти, затем слева направо все зубы нижней челюсти, заканчивая осмотр последним зубом нижней челюсти слева. Для краткости записи состояния зубов обычно пользуются зубной формулой.

Постоянные зубы отмечаются арабскими цифрами, временные – римскими.

5					ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ										6				
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65										
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V										
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V										
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75										
8					НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ										7				
ПОСТОЯННЫЕ ЗУБЫ:																			
1					ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ										2				
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
4					НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ										3				

Рис.1

Одновременно с записью зубной формулы врач оценивает:

- аномалии количества зубов.
- аномалии величины коронковой части зуба (макродентия, микродентия);
- сколы, трещины, стираемость коронковой части зуба;
- некариозные поражения (например, флюороз);
- кариозные поражения;

Признаки здоровой эмали:

1. Цвет.

В норме эмаль постоянных зубов может иметь желтовато-белый цвет, встречаются более глубокие оттенки, вплоть до темно-желтого. Цвет эмали временных зубов светлее - от голубоватого до молочно-белого.

На изменение цвета эмали влияет ряд факторов:

А. Налет:

- мягкий зубной налет;

- налёт Пристли и др.

Б. Выбор метода лечения:

- резорцин-формалиновый метод;

- метод серебрения и др.

В. Поражения кариозного или некариозного характера.

2. Целостность эмали зуба.

Норма: форма коронки соответствует групповой принадлежности, имеются фиссуры, ямки. На остальных участках эмаль гладкая, без трещин и других деформаций.

Патология: форма может быть изменена: разрушение коронок кариозным процессом, образование участков гипоплазии, гиперплазии эмали, наличие трещин эмали, повышенная стираемость зубов.

Форма временных зубов подобна форме постоянных зубов соответствующей групповой принадлежности, однако величина коронок временных зубов значительно меньше таковой постоянных зубов; у коронок временных зубов преобладает ширина, у постоянных зубов – высота. Самая широкая часть коронки временных зубов – пришеечная, постоянных зубов – в области экватора; переход коронки в шейку у временных зубов резкий за счет эмалевого валика, у постоянных зубов – плавный. В отличие от постоянных зубов в детском возрасте бугорки и режущие края временных зубов к 4-5 годам значительно стираются. Толщина твердых тканей коронок временных зубов и степень минерализации эмали существенно меньше, чем у постоянных зубов.

3. Блеск эмали (с помощью зеркала).

Норма: выраженный блеск.

Патология: депульпированные зубы не имеют блеска.

4. Увлажненность эмали.

Норма: поверхность эмали увлажнена.

Патология: отсутствие увлажненности (открытый прикус, ксеростомия).

Зондирование зубов помогает оценить:

- глубину кариозной полости и ее сообщение с пульповой камерой зуба;
- состояние твердых тканей зуба при некариозных поражениях (шероховатые или гладкие);
- качество краевого прилегания пломб.

Перкуссия важна не менее, чем зондирование. Равномерно постукивая по режущему краю зуба или жевательной поверхности (параллельно оси зуба) ручкой зонда или зеркала, мы можем определить состояние периапикальных тканей зуба. Например, при наличии в них воспалительного процесса перкуссия будет положительной или даже резкоположительной, т.е. очень болезненной. Это вертикальная перкуссия.

Горизонтальная перкуссия проводится постукиванием по щечной поверхности зуба, расположив инструмент перпендикулярно оси зуба. Она нужна для определения изменений в маргинальном пародонте.

Важное примечание: перкуссию лучше начинать со здоровых зубов, чтобы провести сравнение с реакцией от пораженного зуба, а также не причинить ребенку резкой боли.

Также пальпаторно оценивается наличие/отсутствие **подвижности зубов**, ее тип - физиологический или патологический.

Различают три степени подвижности зуба:

- I - небольшая подвижность в вестибуло-оральном направлении.
- II - подвижность в вестибуло-оральном и мезио-дистальном направлениях.
- III - выраженная подвижность во всех

направлениях, включая вертикальное.

Определение гигиенического состояния полости рта и интенсивности кариеса зубов.

Индекс оценки зубного налета у детей раннего возраста (по Э.М. Кузьминой, 2000).

Обследуют визуально и/или с помощью зонда все зубы, имеющиеся в полости рта ребенка.

Критерии оценки:

0 - нет налета;

1 - налет присутствует.

Формула для расчёта:

ИГ = количество зубов с налетом/количество обследованных зубов.

Результаты:

0 - хороший;

0,1-0,4 - удовлетворительный;

0,5-1,0 - плохой.

Индекс гигиены Федорова-Володкиной - окрашивают вестибулярную поверхность шести нижних фронтальных зубов раствором Шиллера-Писарева или другими красителями (1% раствором фуксина, эритрозина и др.).

Критерии оценки:

1 - налет не выявлен;

2 - окрашивание $\frac{1}{4}$ поверхности;

3 - окрашивание $\frac{1}{2}$ поверхности;

4 - окрашивание $\frac{3}{4}$ поверхности;

5 - окрашивание всей поверхности зуба.

Индекс гигиены ребенка определяют как сумму полученных значений, деленную на 6.

Результаты:

1,1 - 1,5 - хороший;

1,6 - 2,0 - удовлетворительный;

2,1 - 2,5 - неудовлетворительный;

2,6 - 3,4 - плохой;

3,5-5,0 - очень плохой.

Упрощенный индекс гигиены рта (ИГР-У) позволяет оценить количество зубного налета и зубного камня. Для определения индекса обследуют шесть зубов: вестибулярные поверхности 16, 11, 26, 31 и язычные поверхности 36, 46.

Зубной налет оценивают визуально или с помощью окрашивающих растворов, зубной камень выявляют с помощью стоматологического зонда.

Критерии оценки налета:

0 - зубной налет не выявлен;

1 - мягкий налет покрывает не более $\frac{1}{3}$ поверхности зуба или выявлены в любом количестве пигментированные отложения;

2 - мягкий налет покрывает от $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$ поверхности зуба;

3 - мягкий налет покрывает более $\frac{2}{3}$ поверхности зуба.

Коды и критерии оценки зубного камня:

0 - зубной камень не выявлен;

- 1 - наддесневой камень покрывает не более $\frac{1}{3}$ поверхности зуба;
- 2 - наддесневой камень покрывает от $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$ поверхности зуба или выявлены отдельные отложения поддесневого зубного камня в пришеечной области зуба;
- 3 - наддесневой зубной камень покрывает более $\frac{2}{3}$ поверхности зуба или выявлены значительные отложения поддесневого камня вокруг пришеечной области зуба.

Формула:

$$\text{ИГР-У} = \frac{(\text{сумма значений налета} + \text{сумма значений камня})}{\text{количество зубов.}}$$

Результаты:

0 - 0,6 - хороший;

0,7 - 1,6 - удовлетворительный;

1,7 - 2,5 - неудовлетворительный;

2,6 - 3,0 - плохой;

Интенсивность кариеса зубов – сумма клинических признаков кариозного поражения, рассчитанная индивидуально для одного или группы обследованных.

В постоянном прикусе:

- Индекс КПУ(з) – сумма всех кариозных, пломбированных и удаленных зубов;

Во временном прикусе:

- Индекс кпу(з) - сумма всех кариозных, пломбированных и удаленных зубов;

В сменном прикусе:

- КПУ + кп(з) – сумма показателей КПУ для постоянных зубов и кп для временных.

- КПУ(п) и кпу(п) – абсолютное число пораженных кариесом поверхностей зубов (в постоянном и временном прикусе соответственно).

Уровень интенсивности кариеса детей до 12 лет определяется по схеме:

- 0 – 3 – низкий;
- 3 – 6 – средний;
- Более 6 – высокий.

ВОЗ предложено пять уровней интенсивности кариеса зубов в зависимости от индекса КПУ для возраста 12 лет:

0 – 1,1 очень низкая;

- 1,2 – 2,6 низкая;
- 2,7 – 4,4 – средняя;
- 4,5 – 6,5 – высокая;
- 6,6 и выше – очень высокая.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

1. Рентгенологические методы обследования:

Внутриротовая (интраоральная) рентгенография - метод рентгенологического обследования в стоматологии. Её разновидности:

- Контактная (периапикальных тканей по правилу изометрической проекции) - рис. 2;
- Оклюзионная (“вприкус”);
- Оклюзионная (нижней челюсти) в аксиальной проекции;
- Интерпроксимальная (по Рапперу) - рис.3;
- Длиннофокусная (параллельным пучком лучей с использованием увеличенного фокусного расстояния).



Рис.2

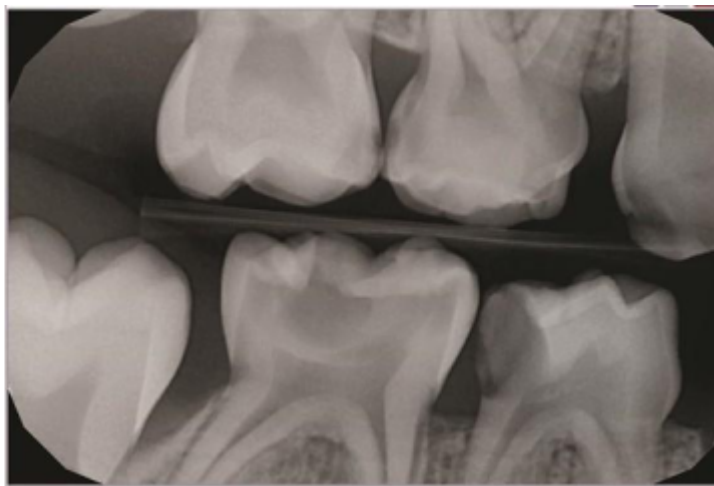


Рис.3

Наиболее используемые типы внутриротовой рентгенографии.

Внеротовая (экстраоральная) рентгенография

Ортопантомография (рис.4) - обеспечивает получение изображения изогнутых объемных челюстей на плоскости пленки. В результате получаем снимок с изображением челюстей, височно-нижнечелюстных суставов и всех зубов.

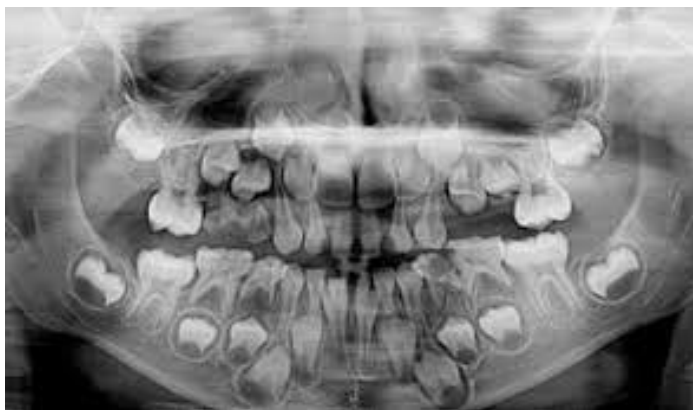


Рис.4

Томография (рис.5) - конусно-лучевая компьютерная томография, КЛКТ, обеспечивает высокоточное цифровое изображение челюстно-лицевой области в трех плоскостях, взаимно перпендикулярных друг другу (фронтальной, сагиттальной и аксиальной).



Рис.5

Телерентгенография (ТРГ, рис.6) – метод рентгенологического исследования высокоточным компьютерным томографом с цефалостатом, который позволяет получить панорамный снимок черепа во фронтальной и боковой проекциях. Незаменим для обнаружения и точной диагностики патологий зубов и положения челюстей. Проводится преимущественно в рамках ортодонтического лечения.

сравнить с соседними зубами или соответствующим зубом в другом квадранте.

Есть несколько способов воспроизвести ощущение холода. Например, используют струю холодной воды.

Возможны несколько видов реакций:

- сразу проходящая реакция (здоровый зуб, некариозные поражения, кариес);
- быстро проходящая реакция (гиперемия пульпы);
- болевая реакция от холодного, длительно не проходящая (острый серозный пульпит);
- боль от горячего, длительно не проходящая (острый гнойный пульпит);
- длительно нарастающая и медленно проходящая боль (хронические формы пульпитов).

Электроодонтометрия - используя электроток, можно проанализировать состояние пульпы зуба, её жизнеспособность, морфологическое и функциональное состояние. Если чувствительность нервных окончаний снижена, это может быть признаком патологических изменений. При нормальном состоянии пульпы при прохождении электрического тока пациент ощущает легкое жжение или покалывание.

Реография - метод, позволяющий судить о состоянии гемодинамики ВНЧС. Реография проводится при помощи прибора – реографа, в состав которого входят электроды, смазанные электропроводной пастой и накладываемые на обезжиренную кожу в области суставной головки вперед и от козелка уха.

Трансляционный метод - с помощью метода трансллюминации оценивают тенеобразования, наблюдаемые при прохождении через объект исследования безвредного для организма

холодного луча света.

Исследование проводят в темной комнате с помощью световода из органического стекла, присоединенного к стоматологическому зеркалу. Метод может использоваться для диагностики кариеса, пульпита, выявления поддесневых зубных отложений, трещин в эмали, а также для контроля качества подготовки полостей к пломбированию, наложения пломбы и удаления зубных отложений во фронтальной группе зубов.

В трансиллюминационном освещении при кариесе определяется отграниченная от здоровых тканей полусфера коричневого цвета. При остром пульпите коронка пораженного зуба выглядит несколько темнее коронок здоровых зубов, при хроническом — наблюдается сравнительно тусклое свечение твердых тканей зуба.

Люминисцентная диагностика - метод люминесцентной диагностики основан на способности тканей и их клеточных элементов под действием ультрафиолетовых лучей изменять свой естественный цвет. Его можно использовать для определения краевого прилегания пломб, распознавания начального кариеса зубов, а также некоторых заболеваний слизистой оболочки рта и языка.

Капилляроскопия - это метод прижизненного изучения состояния капиллярной сетки пародонта и слизистой оболочки полости рта. Для обследования используют капилляроскопы и оптические системы с люминесцентным или поляризованным отраженным светом.

3. Лабораторные методы диагностики.

Цитологические методы исследования - состоят в исследовании клеточных элементов, их структурных особенностей и сочетаний.

Мазок-отпечаток получают путем прикладывания к исследуемому участку, например, предметного стекла. Это может быть полезным в изучении микробиомы полости рта. Однако стоит учитывать, что данный

метод помогает исследовать только поверхностные, 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.

Микробиологические - предполагают изучение количественного и видового состава микрофлоры и ее чувствительности к антибактериальным препаратам. Количественный состав микрофлоры определяют несколькими методами. Наиболее быстрый и доступный - метод фазово-контрастной микроскопии.

Также микробиологические методы тесно связаны с развитием профилактической стоматологии, ведь именно в слюне содержатся как кариесогенные, так и кариесстатические микроорганизмы. Регулировать их баланс, следить за кислотностью, работой буферных систем - то направление, на которое возлагают крупные надежды в настоящем и будущем.

Биохимические - исследование на содержание глюкозы проводят при клиническом подозрении на сахарный диабет (сухость во рту, хронический рецидивирующий кандидоз, болезни пародонта и др.). В качестве исследуемого материала может быть взята в том числе и слюна.

Аллергологические пробы - стоматологическое лечение нередко

сопряжено с появлением реакций аллергического типа, а также все больше юных пациентов приходят на первичный прием с уже отягощенным аллергоанамнезом. В связи с этим необходимо тесное сотрудничество с коллегами по данному направлению медицины.

Проводить соответствующие пробы и назначать определенную премедикацию может только врач аллерголог-иммунолог. Необходимо подробно информировать его о предстоящем вмешательстве. В случае уже возникавших реакций детально осведомить, с каким препаратом произошел контакт.

Заключение

Существуют несколько основных и дополнительных методов обследования в практике врача-стоматолога детского возраста. Все они направлены на установление верного диагноза, но, разумеется, степень применяемости и доступности варьирует в зависимости от местонахождения, внешних условий, а также настроения самого пациента.

Крайне важно установить и в дальнейшем поддерживать доверительные отношения с ребенком. Это является половиной успеха.

А далее - изучить и грамотно применять в первую очередь основные методы обследования, последовательно подключая в практику и дополнительные методы. В совокупности они позволяют достигнуть ключевой цели - поставить правильный диагноз.

Список литературы.

1. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство / под ред. В. К. Леонтьева, Л. П. Кисельниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»).
2. Леонтьев, В. К. Детская терапевтическая стоматология / под ред. Леонтьева В. К. , Кисельниковой Л. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 952 с.
3. Л.П. Кисельникова, Т.Е. Зуева, А.Г. Седойкин, Л.Н. Дроботько ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 183 с.
4. Персин Л. С. Стоматология детского возраста / Л. С. Персин, В. М. Елизарова, С. В. Дьякова. - Изд. 5-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2003. — 640 с: ил. (Учеб. лит. Для студентов мед. вузов).
5. Базилян, Э. А. Пропедевтическая стоматология : учебник для медицинских вузов / Под редакцией профессора Э. А. Базиляна - Москва : ГЭОТАРМедиа, 2008. - 768 с.
6. Курякина Н.В Терапевтическая стоматология детского возраста.-М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2001. - 744 с.: илл.
7. Диагностика и лечение пациентов стоматологического профиля: учебник / И.М. Макеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256.