РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ

КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

НА ТЕМУ:

ПОВЕРХНОСТНЫЙ КАРИЕС (РЕБЕНОК 10 ЛЕТ)

РАБОТУ ВЫПОЛНИЛА:

СТУДЕНТКА 3 КУРСА

МАРТИРОСЯН НАРИНЭ

МОСКВА 2011

***История болезни***

**I. Общие сведения.**

ФИО:

Дата рождения: 26.01.2002 год (10 лет)

Адрес: г. Москва

**II. Жалобы.**

Жалоба, со слов матери, на эстетический дефект твердых тканей 1.1 зуба.

**III. Анамнез жизни (Anamnesis vitae).**

· **Антенатальный период:**

Протекание беременности матери (первой): без осложнений, наличие перенесенных заболеваний, вирусных инфекций, токсикозов в период беременности отрицается.

Во время беременности принимала препараты кальция и витамина D3 строго в соответствии с рецептом врача-терапевта.

· **Постнатальный период:**

Роды произошли на 38 неделе и 4 дней, протекание родов: длились 6 часов, без осложнений. Ребенок закричал сразу. Рост при рождении - 50 см, масса тела - 3100 г. Физиологическая желтуха новорожденного. Пупочная ранка зажила на 5 день без осложнений. Выписана из роддома на 7 день. Возраст матери на момент рождения ребенка 25 лет.

Ребенок находился на естественном вскармливании до 11 месяцев, прикорм введен с 4 месяцев, после 11 месяцев - питание полноценное, аппетит нормальный,

От соски отучена с 8 месяцев.

· **Перенесенные и сопутствующие заболевания:**

Ветряная оспа (1,8 года), краснуха (2 года и 7 месяца), ОРВИ (3 года).

ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис, туберкулез, сахарный диабет, онкологические заболевания отрицаются.

· **Аллергологический анамнез:**

Со слов матери, непереносимости лекарственных препаратов нет.

· **Прорезывание зубов:**

Молочные зубы прорезались своевременно, симметрично и последовательно.

Первый зуб прорезался в 6 месяцев, процесс протекал без патологических проявлений.

Смена молочных зубов на постоянные осуществляется своевременно, последовательно, парно.

· **Гигиена полости рта:**

С 6 до 12 месяцев гигиена полости рта осуществлялась матерью, 2 раза в день, при помощи дентальных салфеток (напальчников).

С 1 года до 3х лет чистка зубов проводилась матерью с помощью детской зубной щетки, 2 раза в день.

С 4х лет до 6 чистка зубов производилась ребенком, с помощью детской зубной щетки и детской зубной пасты, но под наблюдением родителя.

С 7 лет гигиена полости рта проводится ребенком самостоятельно, 2 раза в день, с помощью детской зубной щетки и детской зубной пасты с содержанием фтора.

· **Семейно-бытовой анамнез:**

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, проживают в 2х комнатной квартире, семья состоит из 4х человек: ребенок, родители и бабушка.

· **Семейный анамнез:**

В анамнезе семьи наличие таких заболеваний, как: ВИЧ, гепатиты B,C, туберкулез, онкологические заболевания, психические заболевания, алкоголизм, наркомания - отрицается.

**IV. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

Со слов матери, около 2х дней назад, был обнаружен небольшой дефект на переднем зубе.

Пациентка и ее мама ранее по этому поводу к стоматологу не обращались.

**V. Состояние больного в настоящее время.**

· **Общее состояние** пациентки удовлетворительное. Сознание ясное,

реакция на окружающих адекватная, настроение хорошее.

Развитие подкожно-жировой клетчатки равномерное, рост - 142см, масса тела - 33 кг, тип телосложение: нормостенический. Температура тела нормальная (36,5С).

Цвет кожных покровов со светло-желтым оттенком, тургор в пределах нормы, нет нарушений целостности. Носовое дыхание не затруднено. Пульс 108 уд/мин.

Со слов мамы, патологий со стороны внутренних органов не обнаружено.

· **Внешний осмотр челюстно-лицевой области:**

Челюстно-лицевая область без видимой патологии, конфигурация лица не изменена, симметрия не нарушена. Трети лица равны. Кожные покровы в норме, нарушения целостности, высыпаний, язв, припухлости, кровоизлияний, отеков нет. Конъюнктива со светло-желтым оттенком, умеренной влажности. Величина ротовой щели в пределах нормы. Состояние красной каймы губ в норме, трещин, эрозий нет. Состояние височно-нижнечелюстных суставов при открывании, закрывании полости рта и в покое в норме. Хруста и болезненности нет, движение сустава плавные. Степень открывания рта в норме. Точки Валле безболезненны. Регионарные лимфатические узлы (околоушные, подчелюстные, подбородочные, щечные) не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации.

· **Осмотр полости рта:**

**Преддверие полости рта:**

Слизистая оболочка губ бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без нарушений целостности. Слизистая оболочка щек бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, состояние выводных протоков околоушных слюнных желез в норме, патологические изменения отсутствуют. Секрет прозрачный, жидкий. Глубина преддверия достаточная, прикрепление уздечек верхней и нижней губ нормальное. Состояние десны: цвет розовый, отечности нет, кровоточивость отсутствует. Прикус ортогнатический, диастемы и тремы не выявлены.

**Собственно полость рта:**

Слизистая оболочка мягкого и твердого неба, языка, дна полости рта и десны бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических изменений. Небные дужки, язычок, миндалины в норме, не увеличены, гнойных пробок в лакунах не выявлено. При массировании в области расположения желез образуется "слюнная лужица" на дне полости рта в течении нескольких секунд. Слюна прозрачная, жидкой консистенции. Язык имеет нормальную величину, чистый увлажнен, налета нет, отпечатков зубов на боковых поверхностях языка не обнаружено, что свидетельствует об отсутствии отека. Кончик языка свободно достает до твердого неба. Уздечка языка в норме, без патологий.

Цвет молочных зубов с голубоватым оттенком, форма и размер в пределах нормы. Количество зубов соответствует возрастной норме (20 зубов). Положение зубов не нарушено, некариозных поражений не выявлено. На 5.5 зубе пломба, нарушения краевого прилегания нет.

· **Зубная формула:**



Прикус - смешанный

Аномалий формы, величины и положения зубов не выявлено

· **Индекс гигиены**

**Индекс Федорова-Володкиной**: проводится для оценки качества гигиены полости рта у детей, исследуются вестибулярные поверхности шести фронтальных зубов на нижней челюсти (8.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 7.3.), на наличие мягкого зубного налета. Окраска р-ром Шиллера-Писарева, критерии оценки: нет окраски - 1 балл, окрасилась 1/4 часть коронки - 2 балла, окрасилась 1/2 коронки - 3 балла, окрасилась 2/3 коронки - 4 балла, вся коронка - 5 баллов. Формула для расчета индекса: ∑ / 6.

Ф. - В. = (1+1+2+1+2+1) /6 = 1,3 (3) - гигиена хорошая.

· **Status localis:**

**Зуб 1.1**

При осмотре на вестибулярной поверхности, в пришеечной области обнаружен дефект, в пределах эмали. Дентино-эмалевое соединение не нарушено, в дентине изменения отсутствуют. При зондировании поверхности зуба наличие шероховатости, безболезненно. Перкуссия вертикальная и горизонтальная безболезненна.

**VI. Дополнительные методы обследования.**

**Витальное окрашивание:** Поверхность зубов, подлежащая исследованию, была тщательно очищена от мягких зубных отложений. Зубы изолируются от слюны, высушиваются и на подготовленную поверхность эмали накладываются ватные тампоны, пропитанные 2% раствором метиленового синего. По истечении 3 минут краситель удалили с поверхности зуба полосканием. Было выявлено окрашивание зуба 1.1 на месте деминерализации эмали.

**Термодиагностика: -** реакция на холод, быстропроходящая после устранения раздражителя.

Была поведена **ЭОД - 3мкА (**т.к. зуб 1.1 является постоянным, со сформированным корнем).

**VII. Предварительный диагноз.**

· **Диагноз:** Зуб 1.1 - K.02.0 поверхностный кариес (caries superficialis).

· **Диагноз поставлен на основании:**

1) Жалоб: со слов матери, на эстетический дефект твердых тканей 1.1 зуба.

) Данных анамнеза: Со слов матери, около 2х дней назад, был обнаружен небольшой дефект на переднем зубе.

) Данных основных методов обследования: При осмотре на вестибулярной поверхности, в пришеечной области обнаружен дефект, в пределах эмали. Дентино-эмалевое соединение не нарушено, в дентине изменения отсутствуют. При зондировании поверхности зуба наличие шероховатости, безболезненно. Перкуссия вертикальная и горизонтальная безболезненна.

) Данных дополнительных методов обследования:

**Витальное окрашивание:** Было выявлено окрашивание зуба 1.1 на месте деминерализации эмали.

**Термодиагностика: -** реакция на холод, быстропроходящая после устранения раздражителя.

**ЭОД -** 3мкА

**VIII. Дифференциальная диагностика.**

**Поверхностный кариес (caries superficialis) дифференцируют с:**

ь Кариесом в стадии пятна

ь Средним кариесом

ь Гипоплазией эмали

ь Флюорозом (эрозивная форма)

ь Эрозией твердых тканей

ь Клиновидным дефектом

ь Кислотным некрозом

**Дифференциальная диагностика поверхностного кариеса с кариесом в стадии пятна.**

Общее:

. Жалоба на боли от раздражителей отсутствуют, могут быть жалобы на эстетику.

. Кариозное поражение расположено в пределах эмали

. Типичная для кариеса локализация

. Пульпа реагирует на ток силой 2-6мкА

. Кариозное поражение окрашивается красителями

Различие:

. При поверхностном кариесе могут быть жалобы на кратковременную боль от химических раздражителей

. При зондировании кариеса в стадии пятна зонд скользит по поверхности, при зондировании поверхностного кариеса обнаруживается шероховатость или дефект в пределах эмали.

. При поверхностном кариесе может быть болезненность при зондировании по дну. Зондировании кариозного пятна болевой реакции не вызывает.

. Температурная проба при поверхностном кариесе может давать кратковременную боль. При кариесе в стадии пятна температурная проба безболезненна.

**Дифференциальная диагностика поверхностного кариеса со средним кариесом.**

Общее:

. Жалоб может не быть или быть жалобы на наличие дефекта, а также могут быть жалобы на кратковременную боль от химических раздражителей.

. Типичная для кариеса локализация.

. При зондировании определяется поражение тканей зуба

. Зуб может давать кратковременную реакцию на раздражители.

. Пульпа зуба реагирует на ток силой 2-6мкА

. Пораженные участки зуба окрашиваются красителями.

Различие:

. При поверхностном кариесе дефект находится в пределах эмали, при среднем кариесе нарушается эмалево-дентинное соединение, кариозный процесс распространяется в пределах плащевого дентина.

. При зондировании поверхностного кариеса обнаруживается шероховатость, при зондировании среднего кариеса обнаруживается неглубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином.

. При зондировании среднего кариеса наблюдается болезненность в области эмалево-дентинного соединения, при поверхностном кариесе болезненность может отсутствовать или быть на дне кариозной полости.

. При поверхностном кариесе реакция на сильные раздражители, при среднем кариесе термопроба всегда дает кратковременную боль.

**Дифференциальная диагностика поверхностного кариеса с гипоплазией эмали.**

Общее:

. Жалобы на боли от раздражителей отсутствуют.

. Жалоба на эстетику.

. Дефект в пределах эмали.

. Пульпа зуба реагирует на ток силой 2-6мкА

Различие:

. При гипоплазии в основном поражаются постоянные зубы до прорезывания. Поверхностный кариес поражает как молочные зубы, так и постоянны зубы при этом пациент может указать примерное время появление очага.

. При поверхностном кариесе могут быть жалобы на раздражители, при гипоплазии только эстетическая недостаточность.

. Дефекты при гипоплазии эмали в отличии от поверхностного кариеса чаще множественные и локализуются на разных уровнях симметричных зубов, а не на характерных для кариеса поверхностях коронок зубов.

. При зондировании поверхностного кариеса обнаруживается шероховатость, при зондировании гипоплазии эмали поверхность гладкая.

. Пятно при местной гипоплазии не прокрашивается красителями. Кариозный очаг поражения окрашивается, интенсивность окрашивания прямо пропорционально степени деминерализации эмали.

**Дифференциальная диагностика поверхностного кариеса с флюорозом (эрозивная форма).**

Общее:

. Жалобы на боли от раздражители отсутствуют, могу быть жалобы на эстетику.

. Дефект в пределах эмали

Различия:

. При флюорозе в основном поражаются постоянные зубы до прорезывания. Поверхностный кариес поражает как молочные, так и постоянные зубы при этом пациент может указать примерное время появления очага.

. При поверхностном кариесе могут быть жалобы на раздражители, при флюорозе только эстетическая недостаточность.

. При зондировании поверхностного кариеса обнаруживается шероховатость, при зондировании эрозивной формы флюороза поверхность гладкая.

. Пятно при эрозивной форме флюороза не прокрашивается красителями. Кариозный очаг поражения окрашивается.

**Дифференциальная диагностика поверхностного кариеса с эрозией твердых тканей зубов.**

Общее:

. Жалобы на кратковременные боли от раздражителей.

. Жалоба на эстетику.

. Дефект в пределах эмали.

. Локализация очагов поражения (вестибулярная поверхность, пришеечная область фронтальных зубов).

. Пульпа зуба реагирует на ток силой 2-6 мкА

Различия:

. Эрозия твердых тканей поражает шейки зубов и часто сопровождается гиперестезией.

. Эрозия твердых тканей имеет чашеобразную форму, кариозный дефект имеет неправильную форму.

. При эрозии твердых тканей дно дефекта гладкое, блестящее. При зондировании поверхностного кариеса определяется шероховатость, зонд задерживается.

. Эрозия твердых тканей не окрашивается красителем. При поверхностном кариесе очаг окрашивается красителями.

**Дифференциальная диагностика поверхностного кариеса с клиновидным дефектом.**

Общее:

. Жалобы на кратковременные боли от раздражителей или жалобы на эстетику.

. Дефект в пределах эмали.

. Локализация очагов поражения (вестибулярная поверхность, пришеечная область фронтальных зубов).

. Пульпа реагирует на ток силой 2-6 мкА.

Различия:

. Клиновидный дефект локализуется исключительно у шеек зубов.

. Клиновидный дефект имеет характерную форму - форму клина.

. Дно клиновидного дефекта имеет плотные стенки.

. Клиновидный дефект не окрашивается, поверхностный кариес при использовании кариесдетектора дает стойкое окрашивание, интенсивность которого прямо пропорционально степени деминерализации эмали.

**Дифференциальная диагностика поверхностного кариеса с кислотным некрозом.**

Общее:

. Жалоба на кратковременные боли от раздражителей или жалобы на эстетику.

. Дефект в пределах эмали.

. Локализация очагов поражения (вестибулярная поверхность, пришеечная область фронтальных зубов).

. Дефект с шероховатой матовой поверхностью

. Пульпа реагирует на ток силой 2-6 мкА.

Различие:

. Жалоба в начале на развития кислотного некроза на чувство оскомины на зубах, ощущение "чувства прилипания" верхних зубов к нижним при их смыкании.

. Локализация очагов поражения (вестибулярная поверхность, режущий край фронтальных зубов) при кислотном некрозе.

. В анамнезе кислотного некроза воздействие кислот на производстве или прием соляной кислоты при анацидном гастрите а также употребление значительного количества цитрусовых или кислых соков.

. При кислотном некрозе дефект серо-матового цвета.

**IX. Окончательный диагноз.**

**Диагноз:** Поверхностный кариес (caries superficialis) - К.02.0

Поставлен на основании:

ь Жалоб

ь Анамнеза

ь Основных методов обследования

ь Дополнительных методов обследования

ь Дифференциальной диагностики

**X. План лечения.**

Сошлифовывание шероховатой поверхности дефекта и применение реминерализующей терапии. Курс состоит из 20 аппликаций каждый день.

**XI. Дневник посещений.**

19.02.2012г

Зуб 1.1.

Под аппликационной анестезией (Ultracaini DS 4% - 1,7 ml) проведена профессиональная гигиена полости рта, снятие налета. Сошлифовывание шероховатой поверхности зуба и проведение ее обработки средствами усиливающие реминерализацию. Промываем поверхность эмали 2% раствором перекиси водорода, высушиваем, изолируем ватными валиками зубы от слюны и накладываем ватные турунды, пропитанные 10 % раствором кальция глюконата, на 15-20 мин, заменяя их каждые 4-5 мин свежими.

После аппликации с минерализующим раствором на обрабатываемую поверхность зуба накладываем ватный тампон, смоченный 0,2 % раствором натрия фторида, на 2-3 мин.

Не принимать пищу в течении 2х часов.

Курс реминерализирующей терапии проводился с 19.02.12 - 9.03.12

.03.2012г

Проведена реминерализующая терапия.

Проводим витальное окрашивание митилен синим для контрольной проверки результата реминерализующей терапии.

Результат окрашивания: отрицательный.

**XII. Рекомендации и профилактика.**

Тщательная чистка зубов 2 раза в день. Полоскание рта после каждого приема пищи.

Повторная реминерализующая терапия через 6 мес.

**XIII. Прогноз.**

Прогноз благоприятный.

**XIV. Этиология и патогенез.**

В механизме возникновении кариеса участвует деминерализация твёрдых тканей зубов под действием органических кислот, образованых микроорганизмами. Предрасполагающими к появлению кариеса факторами являются:

) микрофлора полости рта;

) содержание фторидов в воде;

) количество и качество слюноотделения;

) общее состояние организма;

) наследственность, обуславливающая полноценность структуры и химический состав тканей зуба;

) состояние зубочелюстной системы в период закладки, развития и прорезывания зубов;

) характер питания, повышенное содержание углеводов в пище, т.д.

**В результате недостаточной гигиеной полости рта кариесогенные микроорганизмы (Str. mutans, Str. sanguis, т.д.) плотно фиксируются на пелликуле, образуя зубной налет. Накопление в налете продуктов их жизнедеятельности (молочной кислоты) способствует локальному понижению рН до 5,5, происходит деминерализация подповерхностного слоя эмали.**

**XV. Патологическая анатомия.**

При поверхностном кариесе определяется участок деструкции эмали без нарушения эмалево-дентинного соединения и без изменений в дентине. При прогрессировании процесса происходит разрушение эмалево-дентинного соединения, и возникает следующая стадия кариозного процесса.

**XVI. Рецепты.**

### **Rp.: Sol. Ultracaini DS, 4% - 1,7 ml**

D. S. Для ифильтрационной анастезии.

Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10 % 10 ml D. t. d. N. 20inampull.

S. Для аппликаций или электрофореза на твердые ткани зуба (вводить с анода в течение 20 мин).: Sol. Natrii fluoridi 0,2 % 20 ml D. S. Для аппликаций или электрофореза на твердые ткани зуба (вводить с катода в течение 2-3 мин).

поверхностный кариес лечение зуб

# ***Список литературы***

1. Л.С. Персин, В.М. Елизарова, С.В. Дьякова "Стоматология детского возраста", М., "Медицина", 2003

. Н.В. Курякина "Терапевтическая стоматология детского возраста", М., "Медицинская книга", 2004

. Е.В. Боровский "Терапевтическая стоматология", М., "Медицинская книга", 2001

. Хоменко Л.А. "Терапевтическая стоматология детского возраста", М.,"Книга плюс", 2007

. Куцевляк В.И. "Детская терапевтическая стоматология", ИИК "Балаклейщина", 2002 г.

. Виноградова Т.Ф., Максимова О.П., Рогинский В.В. "Стоматология детского возраста. Руководство для врачей", М., "Медицина", 1987 г.