



Тема № 4

«Современные методы обследования стоматологических пациентов. Современные методы диагностики в зубоврачевании.»

Цель обследования любого больного - установление диагноза на основании тщательного анализа жалоб, сбора анамнеза и объективного обследования.

Обследование стоматологического больного включает этот комплекс исследований, проводимых врачом для оценки как его общего состояния, так и выявления наличия заболеваний. На основании полученных данных исследований устанавливается диагноз, определяются общие и местные этиологические и патогенетические факторы заболевания. Диагностика заболевания является одной из важнейшей составляющей врачебной специальности. От умения обследовать стоматологического больного зависит в дальнейшем постановка диагноза по различным нозологическим формам заболевания.

При обследовании стоматологического больного акцент делают на важности последовательности методов его проведения.

Обследование больного, как правило, начинается с опроса, выяснения жалоб и анамнеза заболевания, перенесенных и сопутствующих заболеваний, аллергического статуса. Данные опроса позволяют врачу с самого начала предположить правильный диагноз (предварительный) и наметить дальнейшие методы обследования.

Опрос. Выясняют жалобы и анамнез болезни. Во время опроса необходимо установить доверительный контакт с больным, определить его нервно-психический статус, интеллект и на этом основании проанализировать жалобы, ход развития болезни. Врач наводящими вопросами должен помочь больному изложить историю болезни.

Обследование проводят по всем правилам деонтологии, учитывая особенности личности пациента.

Методы клинического исследования разделяют на основные и дополнительные. Основные состоят из выяснения жалоб, сбора анамнеза, в том числе развития настоящего заболевания, проводимого ранее лечения, его эффекта. Важны все данные анамнеза жизни, перенесенных и сопутствующих болезней. Объективное обследование больного включает наружный осмотр лица и шеи, пальпаторное исследование околочелюстных мягких тканей, органов и костей лицевого и мозгового отделов черепа, определение функций открывания и закрывания рта, движений в височно-нижнечелюстных суставах, осмотр, пальпацию полости рта и ее составляющих, пальпацию и перкуссию зубов. К дополнительным относятся различные инструментальные и лабораторные методы исследования.

Жалобы больных. Больные могут предъявлять жалобы, связанные с процессом в челюстно-лицевой области и относящиеся к сопутствующим заболеваниям. Тщательный и целенаправленный опрос больного позволяет врачу выделить основные и второстепенные жалобы, профессионально оценить их.

Наиболее характерными из них являются жалобы на болевые ощущения, которые могут быть постоянными или временными, острыми или тупыми, локализованными или разлитыми, самопроизвольными или связанными с прикосновением к зубу, участку тканей лица, челюстей и с другими раздражениями. Такой характер болей, как острота, специфичность, периодичность и другие особенности, может быть достаточным, чтобы квалифицированному врачу на первом этапе опроса сделать диагностическое предположение. Патологические процессы, развивающиеся в челюстно-лицевой области, в большинстве случаев бывают признаками воспаления, чаще одонтогенной природы. Они отличаются определенным характером болей, что может служить основанием для дифференциальной диагностики некоторых заболеваний. Так, при пульпите наблюдаются острые боли разлитого характера, часты ночные боли, иррадиирующие по ходу нервных ветвей и стволов. Для острого периодонтита характерны острые боли, локализованные в зубе, боли при накусывании. Со временем они усиливаются, становятся постоянными и иррадиируют по ходу ветвей чувствительных нервов. Острый гнойный периостит челюсти проявляется распространением боли от причинного зуба на участок челюсти, т.е. боль носит разлитой характер. Боли при остром остеомиелите челюсти в зависимости от локализации процесса и протяженности поражения кости разнообразны: острые, иррадиирующие по ходу нервов, сверлящие, разлитые. Абсцессы, острый лимфаденит, специфические воспалительные процессы головы, шеи, челюстей характеризуются болями ноющего характера в участке пораженных тканей, усиливающимися при пальпации. При флегмоне, аденофлегмоне, фурункулах, карбункулах боли носят разлитой, постоянный характер. В дальнейшем интенсивность болей усиливается, они становятся дергающими, пульсирующими. Помимо локальных болей при воспалительных процессах наблюдаются головные боли, недомогание, потеря аппетита, сна, озноб и другие проявления, отражающие степень интоксикации.

Болевые ощущения могут возникать при движении нижней челюсти, языка, глотании, дыхании, разговоре. Это наблюдается при воспалительных, онкологических заболеваниях, травмах мягких и костных тканей лица, органов полости рта. Возможны

нарушения жевания, глотания, открывания рта, вкуса, дыхания. Жалобы на затрудненное глотание, дыхание являются грозными симптомами, и в этих случаях требуется безотлагательное дальнейшее обследование больного.

Пациенты могут предъявлять жалобы на болезненность и припухлость слюнных желез, сухость в полости рта, неприятный солоноватый привкус, связанный с приемом пищи, что характерно для заболеваний слюнных желез.

Пациенты нередко жалуются на нарушение симметрии лица. Это может происходить вследствие припухлости, новообразования тканей лица, челюстей, органов полости рта. Сопоставляя жалобы на боли с характером припухлости, в одних случаях можно говорить о заболеваниях воспалительного характера, в других - об опухоли или опухолеподобном образовании.

Пациенты могут предъявлять жалобы по поводу дефекта или деформации лица, вызывающих функциональные и эстетические нарушения. В таких случаях следует выяснить природу дефекта или деформации (врожденная или приобретенная). При приобретенном дефекте важно установить причину его (травма, воспалительный, онкологический процессы, ранее проводимые операции и др.).

Анамнез болезни. Важно уяснить, что стоматологические заболевания являются болезнями целостного организма, и диагностика их должна основываться на общеклинических принципах. Это требует глубоких и разносторонних знаний как в области стоматологии, так и в других разделах медицины. Методология распознавания заболеваний полости рта и челюстно-лицевой области базируется на анамнестическом и объективном исследованиях, которые могут усложняться в зависимости от характера болезни, требовать более сложных приемов и использования новых технологий диагностических исследований.

При диагностике должен быть соблюден единый врачебный подход и выделение нозологических форм заболеваний согласно Международной классификации стоматологических болезней, травм и причин смерти на основе МКБ-10 (1997). По ней следует различать следующие классы болезней.

Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни с проявлениями в полости рта и челюстно-лицевой области; протозойные болезни.

Класс II. Новообразования, исходящие из слизистой оболочки рта, слюнных желез и др.

Класс III. Болезни крови, кроветворной системы и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм с поражениями в полости рта.

Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, при которых наблюдаются проявления в полости рта.

Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (расстройства психологического развития).

Класс VI. Болезни нервной системы. Поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений.

Класс IX. Болезни системы кровообращения.

Класс X. Болезни органов дыхания.

Класс XI. Болезни органов пищеварения.

Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки.

Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Класс XVII. Врожденные аномалии [пороки развития] деформации и хромосомные нарушения. Класс XIX. Травмы головы.

При диагностике следует иметь в виду общие и местные симптомы, связанные с отравлениями лекарственными средствами, медикаментами, биологическими веществами, токсическим действием веществ, внешних причин, а также возникающих при хирургических, терапевтических вмешательствах, при последствиях травм.

В процессе опроса уточняют динамику заболевания: когда появились первые симптомы, какими они были, кто их заметил (больной, окружающие, врач), куда обращался пациент за помощью, какое лечение проводилось и с каким результатом. Следует ознакомиться с имеющейся у пациента документацией по поводу проведенного обследования (выписка из истории болезни, данные лабораторных и других исследований, рентгенограммы, заключения консультантов).

При жалобах на боли и припухлость в челюстно-лицевой области следует уточнить, как развивался процесс и установить источник инфекции. При нарастании общих и местных симптомов воспалительного процесса необходимы госпитализация и, возможно, проведение экстренных операций.

При наличии специфических воспалительных очагов, язв, дефектов челюстно-лицевой области и слизистой оболочки рта следует собрать сведения о наследственности, образе жизни, контактах с больными людьми, животными для исключения туберкулеза, сифилиса, сибиреязвенной и ВИЧ-инфекций, а также уточнить результаты обследований, проведенных при этих заболеваниях.

При локализации процесса в области слюнных желез из анамнеза нужно выяснить, имелась ли припухлость железы, связана ли она с приемом пищи. Следует уточнить возможность развития заболевания после операций на внутренних органах, особенно брюшной полости, малого таза, после вирусной или другой инфекции, а также после заболеваний внутренних органов.

При наличии травмы необходимо уточнить, при каких обстоятельствах она произошла, терял ли больной сознание и на какое время, были ли тошнота, головокружение, рвота, кровотечение из носа, ушей, какая была оказана помощь. Надо выяснить, вводили ли больному противостолбнячную сыворотку или столбнячный анатоксин, как, когда и в каких дозах. Требуется уточнения факт получения травмы в состоянии алкогольного опьянения, наркотической интоксикации.

При обращении больного по поводу кровотечения, связанного с травмой, оперативным вмешательством (в том числе с удалением зуба) надо обязательно расспросить о длительности его при ранее перенесенных операциях, порезах, ушибах.

При болях, характеризующих заболевания и повреждения нервов лица и челюстей, нужно знать данные неврологического статуса. При обращении больных по поводу болей и нарушения функции височно-нижнечелюстных суставов необходимо выяснить связь процесса с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани.

При опухолях и опухолеподобных поражениях лица, челюстей, органов полости рта необходимо выяснить связь процесса с другими заболеваниями внутренних органов, ЛОР-органов, кожи и др., уточнить особенности роста новообразования

(распространенный или ограниченный), сопровождающие симптомы (боли и их характер, нарушение функции и др.).

При врожденных дефектах надо уточнить данные семейного анамнеза (наследственность), особенности течения первой половины беременности и родов, развития в раннем возрасте и позже. При наличии приобретенных дефектов и деформаций важно узнать их причину - травма, ожог, воспалительный, специфический или онкологический процесс, ранее проводимые операции и т.д.

Анамнез жизни. Собирают сведения об особенностях родов, здоровье родителей, условиях труда, быта, питания, отдыха, занятиях физической культурой, злоупотреблении алкоголем, курением, приеме наркотиков и т.д. Это позволяет получить правильное представление о физическом и нравственном здоровье. Следует выяснить, какие заболевания перенес больной, как они протекали, какое проводилось лечение и его результаты.

Необходимо выявить наследственные болезни и в дальнейшем, при диагностике стоматологического заболевания учитывать генетические факторы. Большое значение генетический анамнез имеет при врожденных пороках развития, особенно множественных. Следует уточнить отягощенный акушерский анамнез и обратить внимание на такие факты, как бесплодие, выкидыши, мертворождение, ранняя детская смертность, вредные факторы воздействия на организм матери во время беременности: курение, прием алкоголя, наркотиков.

При сборе анамнеза надо выяснить, не наблюдались ли у близких родственников аллергические, аутоиммунные, иммунопролиферативные болезни, не было ли злокачественных опухолей в нескольких поколениях, а также психических болезней, в том числе шизофрении.

Необходимо уточнить у пациента возможную связь болезни с укусами насекомых или животных, нахождением в природных условиях, предрасполагающих к редким инфекциям, эпидемии их в местности, где пребывал пациент.

Сопутствующие заболевания. Определенное внимание должно быть уделено ранее перенесенным заболеваниям, их течению, эффективности проводившегося лечения.

Особое внимание надо обратить на больных с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, стенокардией. При этих заболеваниях всегда имеется риск осложнений в виде гипертонического криза, инфаркта миокарда, приступа стенокардии. Кроме того, следует учитывать наличие таких заболеваний, как миокардиты, кардиомиопатии, дистрофии миокарда, нарушения сердечного ритма и проводимости.

При заболеваниях сердца следует уточнить связь сердечных симптомов с гнойными заболеваниями кожи, внутренних органов, удалением зубов или другими стоматологическими вмешательствами, так как инфекционные болезни сердечно-сосудистой системы, особенно недиагностированные, могут быть обусловлены этими факторами (Debeke H. et al., 1992).

У пациентов с заболеваниями соединительной ткани, в том числе с ревматической болезнью, часто выявляются ее признаки в полости рта, челюстно-лицевой области (слюнные железы, височно-нижнечелюстные суставы). Такие системные заболевания соединительной ткани, как красная волчанка, склеродермия, васкулиты, протекают

при значительных нарушениях иммунологической реактивности. Это следует учитывать при подготовке больного к операции.

В случае заболевания органов дыхания необходимо уточнить наличие рецидивирующих воспалительных заболеваний, легочной недостаточности, бронхиальной астмы. Эти пациенты часто принимают кортикостероиды. Следует учитывать при оценке общего, местного статуса и подготовке к операции как указанные заболевания, так и прием гормональных препаратов.

При заболевании почек необходимо узнать, какова степень острой или хронической недостаточности. Надо иметь в виду, что у таких пациентов нарушается водно-электролитный и белковый обмен, а также функция свертывающей системы крови, поэтому перед операцией необходимо лабораторное исследование мочи и крови.

Опрашивая пациента относительно состояния эндокринной системы и наличия заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы, щитовидной и околощитовидных желез и надпочечников особое внимание надо обратить на сахарный диабет. С этим заболеванием могут быть связаны гнойные процессы в челюстно-лицевой области, фурункулы и карбункулы лица, в том числе поражения лимфатических узлов и слюнных желез.

У женщин, особенно в возрасте 50 - 55 лет, надо получить сведения о климактерическом периоде, психоэмоциональном состоянии. Кроме того, в этом возрасте у женщин может интенсивно развиваться остеопороз костей, в том числе челюстных.

Отмечая у больного заболевания пищеварительной системы, следует иметь в виду, с одной стороны, болезни воспалительной природы, а с другой - аллергические, нередко связанные с поражениями слюнных желез. Пациентов с хронической диареей, лихорадкой, снижением массы тела следует обследовать на ВИЧ-инфекцию.

Болезни системы крови у пациентов всегда должны настораживать врача при диагностике как стоматологического заболевания, так и опасностью кровотечений при хирургических вмешательствах. Следует выяснить, не страдает ли пациент заболеваниями нервной системы, органов зрения, уха, горла, носа, а также других органов и кожи. Заболевания нервной системы часто связаны с патологией чувствительного, двигательного и вегетативного нервных аппаратов лица. Кроме того, неврологическая патология зубочелюстной системы может быть обусловлена заболеваниями ушей, околоносовых пазух, глаз, внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, в том числе позвоночника.

Болезни кожи часто связаны с нарушениями деятельности внутренних органов, эндокринной и нервной систем. При них могут проявляться соответствующие симптомокомплексы в полости рта и челюстно-лицевой области.

Нередко причиной кожных болезней является нерациональное применение лекарственных препаратов. Болезни кожи могут быть обусловлены профессиональными вредностями, генетическими факторами. Необходимо иметь в виду их связь с патологическими проявлениями в полости рта и челюстно-лицевой области. Однотипность патологических симптомов на коже (в том числе лица), в полости рта, челюстно-лицевой области должна насторожить врача. В таких случаях надо исключить сифилис. Кроме того, на коже могут наблюдаться патологические

изменения, характерные для заразных инфекционных болезней (корь, скарлатина, дифтерия), которые могут поражать также полость рта и ротоглотку.

Опрашивая больного о сопутствующих болезнях, следует обратить внимание на факт увеличения лимфатических узлов, как регионарных, так и периферических, наличие хронических заболеваний легких. Последнее особенно актуально в настоящее время в связи с ростом заболеваемости туберкулезом легких. Пациенты с лимфаденопатией, лихорадкой нуждаются в обследовании для исключения ВИЧ-инфекции, туберкулеза.

Для оценки функционального состояния организма значительную роль играют данные об иммунитете.

Многие заболевания легких, сердца, пищеварительной системы, печени, кожи, уха, горла, носа, глаз имеют аллергическую природу. Аллергологический анамнез важен как для диагностики стоматологического заболевания, так и для разработки общей тактики лечения.

Аллергические заболевания всегда ведут к нарушению иммунитета, поэтому необходимо различать патологию и атипичию функционирования иммунной системы. При сборе анамнеза и анализе данных о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, наследственных болезнях надо отмечать следующую патологию иммунной системы:

- 1) инфекционные заболевания;
- 2) аллергические и аутоиммунные заболевания;
- 3) лейкопролиферативные и неопластические болезни;
- 4) врожденные дефекты иммунной системы;
- 5) атипичность функционирования иммунной системы на фоне сопутствующих заболеваний, в различные возрастные периоды, при стрессе, беременности.

Обследование больного начинают с общего осмотра.

Внешний осмотр

При внешнем осмотре обращают внимание на общий вид больного, наличие припухлости, асимметрии, образований на красной кайме губ. Так, при воспалительных процессах челюстно-лицевой области, опухолях, травме изменяется конфигурация лица. Она может меняться и при некоторых эндокринных заболеваниях, в частности при микседеме (слизистый отек), акромегалии. При гиперфункции щитовидной железы (базедова болезнь) отмечается выпячивание глазного яблока (экзофтальм), увеличение щитовидной железы (зоб). Конфигурация лица может меняться за счет отека при нефрите, заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Цвет, отечность кожных покровов, а также наличие пигментации и состояние волосяного покрова и ногтей нередко помогают врачу в выборе правильного пути дифференциальной диагностики.

Цвет кожи зависит не только от количества гемоглобина крови, но также и от индивидуально различной просвечиваемости наружных слоев кожи пациента. Поэтому в большинстве случаев степень окраски видимых слизистых оболочек служит лучшим показателем степени анемии, чем цвет кожи. Помимо анемии, бледность кожи наблюдается при болезнях почек. Бледность почечных больных обусловлена не только почечной анемией, но также и отеком кожи и особенно плохим кровоснабжением ее. Кожа при этом теплая в отличие от бледной, отечной и холодной кожи больных с заболеванием сердца.

Цианоз лица, губ, слизистых оболочек следует разделять на истинный и ложный. Истинный цианоз появляется в тех случаях, когда в крови находится значительный процент восстановленного гемоглобина, а также при длительном приеме и в больших дозах определенных химических лекарственных веществ (сульфаниламиды, фенацетин, антифибрин, нитриты, производные анилина, висмута нитрат основной, анальгетики). Истинный цианоз как симптом полиглобулии наблюдается при врожденных и приобретенных пороках сердца, при легочной недостаточности (эмфизема легких, бронхоэктазы и др.).

Ложный цианоз наблюдается при отложении в коже и слизистых оболочках производных серебра и золота.

Кожные покровы и слизистые оболочки с желтым окрашиванием или оттенком наблюдаются при заболеваниях печени, гемолитической и пернициозной анемиях, хронических энтероколитах, затяжных септических состояниях, у больных раком и др.

Пигментации кожных покровов и слизистых оболочек способствует выделяемый гипофизом стимулирующий меланофоры гормон, который тесно связан с продукцией АКТГ.

Пигментная маска или гиперпигментация вокруг глаз в виде очков наблюдается преимущественно у женщин и часто носит семейный характер. Однако гиперпигментация может наблюдаться при циррозе печени, тиреотоксикозе. Пигментацией кожи часто сопровождается беременность. Значительная пигментация кожи наблюдается при некоторых заболеваниях: железодефицитной анемии, аддисоновой болезни, гемохроматозе, лимфогранулематозе, овариальных дисфункциях (после лечения массивными дозами гормонов), авитаминозах

В12, РР и др.

Отмечают температуру тела: субфебрильную (колебания в пределах 37 - 38 °С), фебрильную (от 38 до 39 °С), пиретическую (от 39 до 41 °С), гиперпиретическую (выше 41 °С). С учетом жалоб, анамнеза, индивидуальных особенностей органов и систем организма, сопутствующих заболеваний и характера хирургического стоматологического заболевания и температурной реакции определяют состояние больного (удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое и крайне тяжелое).

В условиях стационара обследование проводят с учетом всех правил, принятых в клинической медицине. В поликлинике следует оценить телосложение больного, установить наличие дефектов и деформаций тела, определить пульс, артериальное давление, морально-психическое состояние.

При подозрении на острую инфекцию, сифилис, рожу, опухоль, ВИЧ-инфекцию и другие заболевания осматривают кожу всего тела

(на предмет наличия высыпаний, кровоизлияний). Врача всегда долженстораживать бледный цвет кожи, так как это может свидетельствовать об интоксикации или об астенических синдромах, болезни крови. Пальпируют затылочные, латеральные шейные, подключичные, подмышечные лимфатические узлы, исследуют зрачковый рефлекс, симптом Кернига и др.

Обследование челюстно-лицевой области включает внешний осмотр, пальпацию, осмотр полости рта, инструментальное исследование (зондами, тупыми и острыми иглами и др.). Клиническое обследование при необходимости может быть дополнено взятием соскоба, проведением пункции или биопсии, биохимическими,

микробиологическими, иммунологическими исследованиями, рентгенографией, томографией и др.

Осмотр пациента проводят в стоматологическом кресле. Его голова должна быть хорошо фиксирована на подголовнике; можно поднимать и опускать кресло, менять положение спинки (прямо, под тупым углом) и подголовника (голова больного запрокинута или подбородок приближен к груди). При состоянии средней тяжести и тяжелом больные осматривают в кровати, на столе в перевязочной или в стоматологическом кресле, приведенном в горизонтальное положение.

Для обследования используют лоток со стерильными инструментами: шпателем (для отведения губ, щек и осмотра преддверия рта и собственно полости рта, отведения языка и осмотра подъязычной области, тела языка, миндалин, глотки) и стоматологическим или анатомическим пинцетом (для определения подвижности зубов и их перкуссии). В ходе обследования пользуются стоматологическим зеркалом (для осмотра зубов, подъязычной области, неба), зубным зондом, чаще под углом (для зондирования дефектов коронки зубов, десневых сосочков, десневого края ручкой зонда можно также проводить перкуссию зубов), тонким зондом Баумана, специальными слюнными зондами (для зондирования протоков, свищевых ходов), пуговчатым зондом (для зондирования ран, свищей, перфорационных сообщений с верхнечелюстной пазухой, дефектов неба и др.). Полость носа, глотки, наружного уха лучше осматривать с помощью лобного рефлектора, носового и ушного зеркал.

Наружный осмотр заключается в определении симметрии лица: его рельефа, обусловленного соединением костей лицевого скелета, уровнем развития подкожного жирового слоя, состояния хрящевого отдела носа, ротовой и глазных щелей, ушных раковин и кожного покрова. Лицо в норме чаще бывает симметрично. Важно определить нарушение его симметрии вследствие воспалительных, травматических, опухолевых и других изменений. При заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области следует обратить внимание на характер нарушения пропорций лица и шеи (отек, инфильтрат, опухолевидное образование, деформация и т.д.).

Необходимо провести наклоны, повороты, запрокидывание головы, чтобы определить объем ее движения.

Пальпаторное исследование позволяет уточнить границы патологических изменений, консистенцию тканей, способность кожи собираться в складку, наличие рубцов, свищевых ходов. При наличии припухлости окологлазничных мягких тканей определяют ее консистенцию, спаянность кожи с подлежащими тканями, ее цвет. Если тупой конец инструментов при давлении оставляет след, то это указывает на отек воспалительной природы. Он может иметь место при различных воспалительных заболеваниях и травме лица и челюстей.

Если при пальпации окологлазничные мягкие ткани уплотнены, болезненны, кожа с подлежащими тканями спаяна, с трудом собирается в складку или не образует ее, цвет изменен от интенсивно-розового до ярко-красного или багрово-синего, температура тканей повышена, то это свидетельствует о наличии инфильтрата. Все эти признаки могут наблюдаться при абсцессе, флегмоне, лимфадените и других воспалительных заболеваниях окологлазничных мягких тканей. При этом следует отмечать границы патологических изменений, определять участки наибольшей

болезненности и флюктуации, спаянность пораженных тканей с подлежащими костями лицевого скелета, наличие свищей.

Конфигурация лица может быть изменена вследствие смещения нижней челюсти кзади, в сторону или западения в скуловой области, удлинения среднего отдела лица, западения спинки носа и других нарушений, обусловленных травмой. Обращают внимание также на ушибы, ссадины, раны, гематомы.

Сравнительное пальпаторное исследование костей лицевого скелета производят по костным контурам лица и, главным образом, в местах соединения костей, обращая внимание на нетипичные неровности кости, болевые ощущения при пальпации.

При переломе челюстей, скуловой кости нарушается функция открывания рта в виде ограничения, смещения нижней челюсти в сторону и др. Пальпаторно исследуют височно-нижнечелюстной сустав: головку мышечного отростка, сочленения ее с суставной впадиной, определяют объем движений нижней челюсти при открывании и закрывании рта, в стороны.

Пальпацией определяют чувствительность выхода периферических ветвей тройничного нерва (надглазничного, подглазничного и подбородочного нервов). Различные заболевания и повреждения нервов лица и челюстей сопровождаются болями, нарушениями чувствительности.

Для определения тактильной чувствительности дотрагиваются до исследуемого участка кожи марлевой салфеткой, куском бумаги. Болевую чувствительность проверяют с помощью иглы и сравнивают ее с ощущениями противоположной стороны - кожи или слизистой оболочки. Температурную чувствительность исследуют, прикладывая емкости с холодной водой, льдом или горячей водой.

Проверяют чувствительность конъюнктивы, роговицы, слизистой оболочки носа, губ, переходных складок преддверия рта. По силе движения и тону жевательных мышц судят о функции двигательных ветвей тройничных нервов. Пальпируют собственно жевательные, височные мышцы, участок прикрепления внутренних крыловидных мышц у внутренней поверхности угла нижней челюсти.

Отмечают движения мимических мышц, синхронность их функции с обеих сторон лица. Фиксируют внимание на образовании кожных складок на лбу, закрывании век и симметричность глазных щелей, носогубных складок, углов рта. При пальпаторном исследовании боли могут усиливаться, может развиваться приступ. Обследование может выявить также нарушение чувствительности кожи лица (анестезия, парестезия, гипестезия, гиперестезия).

При подозрении на онкологические заболевания производят глубокую пальпацию. Опухоли и опухолеподобные заболевания могут иметь различную консистенцию - тестоватую, плотноэластическую, хрящевую и др., гладкую или бугристую поверхность, четкие или плохо определяемые границы.

Фиксируют спаянность кожи с подлежащими тканями, ее цвет, применяя глубокую и бимануальную пальпацию. В случае пульсации образования проводят аускультацию, что позволяет дифференцировать аневризмы сосудов и сосудистые опухоли.

При онкологических заболеваниях должныстораживать такие симптомы, как боли, выделения из полости носа, заложенность носовых ходов и нарушение чувствительности нижнего альвеолярного нерва на нижней челюсти.

Важное значение имеет пальпация регионарных лимфатических узлов: поднижнечелюстных, подподбородочных, шейных, лицевых и др. Для пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов врач правой рукой наклоняет голову больного вниз, а левой последовательно ощупывает их тремя пальцами, наклоняя голову больного в соответствующую сторону; подподбородочные ощупывает в таком же положении указательным пальцем, а сосцевидные - II пальцем, двигая их вперед к заднему краю ветви нижней челюсти и кзади - к переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Лицевые лимфатические узлы (щечный, носогубный, скуловой, нижнечелюстной) пальпируют бимануально - пальцами правой руки со стороны полости рта и левой - снаружи. Околоушные лимфатические узлы пальпируют в проекции поверхности ветви нижней челюсти, в позадичелюстной области - в толще слюнной железы и бимануально - по переднему краю околоушной слюнной железы. Латеральные шейные лимфатические узлы пальпируют 2 - 3 пальцами кпереди от грудиноключично-сосцевидной мышцы, от сосцевидного отростка книзу - к ключице. Далее, став позади больного, тремя пальцами (II, III, IV), помещенными на ключице, ощупывают надключичные лимфатические узлы.

Увеличение, болезненность, ограничение подвижности лимфатического узла или пакета их может свидетельствовать об остром воспалении бактериальной, вирусной, протозойной или гистоплазмозной природы. Увеличение, плотная консистенция, распад с образованием «холодных» абсцессов характерны для хронического воспаления и могут быть при актиномикозе, туберкулезе, сифилисе, лепре, саркоидозе. Плотность, неподвижность, спаянность с подлежащими тканями должны насторожить в плане наличия злокачественного новообразования. Генерализованное увеличение лимфатических узлов, сопровождающееся общими симптомами - лихорадкой, диареей, снижением массы тела должны вызвать подозрение о наличии ВИЧ-инфекции.

При деформации лица необходимо отметить ее локализацию (челюсти, губы, нос, околочелюстные мягкие ткани) и определить характер изменений (увеличение, уменьшение, укорочение, искривление). Математический анализ позволяет получить объективные данные о глубине и протяженности деформации.

Обследование полости рта заключается в определении степени открывания рта, осмотре преддверия рта, собственно полости рта, глотки.

Отмечают степень открывания рта (в норме оно должно быть 5 см, или на три поперечника II, III, IV пальцев, введенных между центральными резцами), свободно и безболезненно ли открывание, нет ли хруста в сочленении, каково смещение нижней челюсти в сторону. Воспалительные процессы с вовлечением жевательных мышц делают открывание рта затруднительным и болезненным. В таких случаях следует отметить степень сведения челюстей (воспалительная контрактура жевательных мышц I, II и III степени).

Ограничения открывания рта в сочетании с болезненностью, хрустом в височно-нижнечелюстном суставе, толчкообразными его движениями, смещением нижней челюсти в сторону наблюдается при поражении височно-нижнечелюстного сустава.

Ограничение открывания рта, связанные с рубцовыми изменениями жевательных мышц, возникают после патологических процессов, чаще инфекционной природы, травм, операций, системных заболеваний соединительной ткани. При пальпации

головок мышечных отростков через наружный слуховой проход определяется их подвижность и степень качательных и боковых движений. Это позволяет дифференцировать рубцовые контрактуры от ограничений открывания рта и сведения челюсти при поражении височно-нижнечелюстного сустава.

Контрактура челюсти возникает также при опухолевом процессе в результате прорастания новообразования, чаще злокачественного, из челюстей, слизистой оболочки ротоглотки в жевательные мышцы.

Осмотр полости рта

Начинают с осмотра преддверия рта при сомкнутых челюстях и расслабленных губах, подняв верхнюю и опустив нижнюю губу или оттянув щеку стоматологическим зеркалом. В первую очередь осматривают красную кайму губ и углы рта. Обращают внимание на цвет, образование чешуек, корок. На внутренней поверхности губы, как правило, определяется незначительная бугристая поверхность, обусловленная локализацией в слизистом слое мелких слюнных желез. Кроме того, можно видеть точечные отверстия - выводные протоки этих желез. У этих отверстий при фиксации рта в открытом положении можно наблюдать скопление капелек секрета.

Затем с помощью зеркала осматривают внутреннюю поверхность щек. Обращают внимание на ее цвет, увлажненность. По линии смыкания зубов в заднем отделе располагаются слюнные железы (железы Фордайса), которые не следует принимать за патологию. Это бледно-желтого цвета узелки диаметром 1 - 2 мм, иногда видимые только при натяжении слизистой оболочки. На уровне верхних вторых больших коренных зубов (моляров) имеются сосочки, на которых открываются выводные протоки околоушных слюнных желез. Их иногда принимают за признаки заболевания. На слизистой оболочке могут быть отпечатки зубов.

Вслед за осмотром полости рта производят осмотр десны. В норме она бледно-розовая, плотно охватывает шейку зуба. Десневые сосочки бледно-розовые, занимают межзубные промежутки. По месту зубодесневого соединения образуется бороздка (раньше ее называли зубодесневым карманом). Вследствие развития патологического процесса эпителий десны начинает прорастать вдоль корня, образуя клинический, или пародонтальный, зубодесневой карман. Состояние образовавшихся карманов, их глубину, наличие зубного камня определяют при помощи углового пуговчатого зонда или зонда с насечками, нанесенными через каждые 2 - 3 мм. Осмотр десны позволяет определить вид воспаления (катаральное, язвенно-некротическое, гиперпластическое), характер течения (острое, хроническое, в стадии обострения), распространенность (локализованное, генерализованное), тяжесть (легкий, средний, тяжелый гингивит или пародонтит) воспаления. Может быть увеличение размера десневых сосочков за счет их отека, когда прикрывается значительная часть зуба.

Затем приступают к исследованию собственно полости рта. В первую очередь производят общий осмотр, обращая внимание на цвет и увлажненность слизистой оболочки. В норме она бледно-розовая, однако может становиться гиперемированной, отечной, а иногда приобретает белесоватый оттенок, что указывает на явление параиили гипер кератоза.

Осмотр языка начинают с определения состояния сосочков, особенно при наличии жалоб на изменение чувствительности или жжение и болезненность в каких-либо участках. Может наблюдаться обложенность языка вследствие замедления

отторжения наружных пластов эпителия. Такое явление может быть следствием нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, а возможно, и патологических изменений в полости рта при кандидозе. Иногда происходит усиленная десквамация сосочков языка в каком-то участке (чаще на кончике и боковой поверхности). Такое состояние может не беспокоить больного, но могут возникать боли от раздражителей, особенно химических. При атрофии сосочков языка его поверхность становится гладкой, как бы полированной, а вследствие гипосаливации она приобретает клейкость. Отдельные участки, а иногда и вся слизистая оболочка могут быть ярко-красными или малиновыми. Такое состояние языка наблюдается при злокачественной анемии и носит название гюнтеровского глоссита (по имени автора, описавшего его впервые). Может отмечаться и гипертрофия сосочков, которая, как правило, не причиняет беспокойства больному. Гипертрофия сосочков языка часто сочетается с гиперацидным гастритом.

При осмотре языка следует помнить, что у корня языка справа и слева имеется лимфоидная ткань розового или синюшно-розового цвета. Нередко это образование больные, а иногда даже и врачи принимают за патологическое. В этом же месте иногда отчетливо виден рисунок вен вследствие варикозного их расширения, однако клинического значения этот симптом не имеет.

При осмотре языка обращают внимание на его размер, рельеф. При увеличении размера следует определить время проявления этого симптома (врожденный или приобретенный). Необходимо отличать макроглоссию от отека. Язык может быть складчатым при наличии значительного количества продольных складок, однако больные могут об этом не знать, так как в большинстве случаев это их не беспокоит. Складчатость проявляется при расправлении языка. Больные принимают их за трещины. Различие состоит в том, что при трещине целостность эпителиального слоя нарушена, а при складке эпителий не поврежден.

Осмотр слизистой дна полости рта. Особенностью слизистой оболочки здесь является ее податливость, наличие складок, уздечки языка и выводных протоков слюнных желез, а иногда и капельки скопившегося секрета. У курильщиков слизистая оболочка может приобретать матовый оттенок.

При наличии ороговения, которое проявляется участками серовато-белого цвета, определяют их плотность, размер, спаянность с подлежащими тканями, уровень возвышения очага над слизистой оболочкой, болезненность.

Важность выявления указанных признаков состоит в том, что иногда они служат основанием для активного вмешательства, так как очаги гиперкератоза слизистой оболочки рта рассматриваются как предраковые состояния.

При выявлении на слизистой оболочке рта каких-либо изменений (язва, эрозия, гиперкератоз и др.) необходимо исключить или под-

твердить возможность действия травматического фактора. Это необходимо для постановки диагноза и для проводимого лечения.

Пальпаторно исследуют альвеолярный отросток верхней челюсти с вестибулярной, язычной и небной сторон, цвет слизистой оболочки над этими участками. При обнаружении свищевого хода, выделении из него гноя, выбухании грануляций при помощи зонда исследуют ход, уточняют его связь с костью челюсти, наличие узуры в кости и далее (к зубу или зубам). Пальпируя свод преддверия рта,

отмечают тяж по переходной складке. Такие симптомы характерны для хронического гранулирующего периодонтита. При таком процессе может быть выбухание кости. Однако выбухание кости может наблюдаться при радикулярной кисте, опухолеподобных и опухолевых поражениях челюсти.

Если пальпаторно в области вестибулярного свода преддверия рта или на нижней челюсти с язычной стороны отмечается выбухание в виде болезненного инфильтрата либо на небе в виде округлого инфильтрата, можно предполагать наличие острого периостита. Периостальная воспалительная инфильтрация тканей по поверхности альвеолярных отростков с вестибулярной, язычной и небной сторон, болезненная перкуссия нескольких зубов, гноетечение из десневых карманов, свищей характеризуют острый, подострый остеомиелит челюсти. На нижней челюсти на уровне моляров и премоляров это может сопровождаться нарушением чувствительности тканей, иннервируемых нижним альвеолярным и подбородочным нервами (симптом Венсана). Периостальное плотное утолщение челюсти, свищи на коже лица и в полости рта типичны для хронических форм одонтогенного остеомиелита, а также специфических воспалительных поражений. Вместе с тем при подвижности зубов, сопровождающих подобные клинические симптомы, надо проявлять онкологическую настороженность.

Фокус воспалительных изменений в окологлоточных мягких тканях требует уточнения локализации и границ инфильтрата со стороны рта. Обычно используют бимануальную пальпацию. Выявляют нарушение функции открывания рта, глотания, дыхания, нарушение речи. Особое внимание обращают на корень языка, подъязычное, крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства.

Делая массаж слюнных желез, следует обращать внимание на возможные характерные изменения: густую консистенцию слюны, мутный цвет, наличие в ней хлопьев, сгустков, слюнных тромбов.

При заболеваниях слюнных желез проводят зондирование протоков, что позволяет установить их направление, наличие стеноза, стриктуры или полной облитерации его, конкремент в протоке.

Осмотр зубов

При обследовании полости рта необходимо произвести осмотр всех зубов, а не только того, который, по мнению больного, является причиной боли или неприятных ощущений. Нарушение этого правила может привести к тому, что причина беспокойства больного в первое посещение может быть не обнаружена, потому что, как говорилось об этом ранее, боль может иррадиировать. Кроме того, осмотр всех зубов в первое посещение необходим и для того, чтобы наметить план лечения, завершающийся санацией полости рта.

Важно, чтобы в процессе осмотра были обнаружены все изменения тканей зуба. С этой целью рекомендуется выработать определенную систему осмотра. Например, осмотр всегда следует производить справа налево, начиная с зубов верхней челюсти (моляров), а затем слева направо осматривать зубы нижней челюсти.

Осмотр зубов производят с помощью набора инструментов; наиболее часто используют стоматологическое зеркало и зонд (обязательно острый). Зеркало позволяет осмотреть плохо доступные участки и направить пучок света в нужный участок, а зондом проверяют все углубления, пигментированные участки и др. Если

целостность эмали не нарушена, то зонд свободно скользит по поверхности зуба, не задерживаясь в углублениях и складках эмали. При наличии кариозной полости в зубе (незаметной для глаза) острый зонд задерживается в ней. Особенно тщательно следует осматривать поверхности соприкосновения зубов (контактные), так как обнаружить имеющуюся полость при неповрежденной жевательной поверхности бывает нелегко, в то время как зондированием обнаружить такую полость можно. В настоящее время применяется методика просвечивания тканей зуба путем подведения света по специальным световодам. Зондирование помогает определить наличие размягченного дентина, глубину кариозной полости, сообщение с полостью зуба, расположение устьев каналов, наличие в них пульпы.

Цвет зуба может иметь значение в постановке диагноза. Зубы обычно белого цвета с множеством оттенков (от желтого до голубоватого). Однако независимо от оттенка для эмали здоровых зубов характерна особая прозрачность - «живой блеск эмали». При ряде состояний эмаль теряет характерный блеск, становится тусклой.

Так, началом кариозного процесса является изменение цвета эмали, появление вначале помутнения, а затем белого кариозного пятна. Депульпированные зубы теряют обычный блеск эмали, они приобретают сероватый оттенок. Подобное изменение цвета, а иногда и более интенсивное наблюдается в зубах, в которых наступил некроз пульпы. После некроза пульпы цвет зуба может резко измениться.

Цвет зуба может изменяться и под воздействием внешних факторов: курения (темно-бурый цвет), металлических пломб (окрашивание зуба в темный цвет), химической обработки каналов (оранжевый цвет после резорцин-формалинового метода).

Обращают внимание на форму и величину зубов. Отклонение от обычной формы обусловлено лечением или аномалией. Известно, что некоторые формы аномалий зубов (зубы Гетчинсона, Фурнье) характерны для определенных заболеваний.

Перкуссия - постукивание по зубу - применяется для определения состояния пародонта.

Пинцетом или ручкой зонда постукивают по режущему краю или жевательной поверхности зуба. Если в периодонте нет очага воспаления, перкуссия безболезненна. При наличии воспалительного процесса в периодонте от ударов, которые не вызывают неприятных ощущений в здоровых зубах, возникает болевое ощущение. При проведении перкуссии удары должны быть легкими и равномерными. Начинать перкуссию следует с заведомо здоровых зубов, чтобы не причинить сильной боли и дать возможность больному сравнить ощущение в здоровом и пораженном зубе.

Различают вертикальную перкуссию, когда направление ударов совпадает с осью зуба, и горизонтальную, когда удары имеют боковое направление.

Подвижность зубов определяют пинцетом путем раскачивания. Зуб имеет физиологическую подвижность, которая в норме почти незаметна. Однако при повреждении пародонта и наличии экссудата в нем возникает выраженная подвижность зуба.

Различают три степени подвижности: I степень - смещение в вестибулярно-оральном направлении; II степень - смещение в вестибулярно-оральном и боковом направлениях; III степень - смещение и по оси зуба (в вертикальном направлении).

Осмотр зубов проводят независимо от определенных жалоб пациента и фиксируют их состояние справа налево вначале на верхней, затем на нижней челюсти. Используют зеркало и острый зонд, что

позволяет установить целостность эмали или обнаружить полость, отметить ее глубину и размеры, а также сообщение с полостью зуба. Следует обратить внимание на цвет зубов. Сероватый и мутный цвет эмали зуба может свидетельствовать о некрозе пульпы. Имеют значение также форма и величина зубов, в том числе аномалии зубов: зубы Гетчинсона, Фурнье, что может указывать на общие заболевания и наследственные признаки патологии.

Обследуя зубы, производят их перкуссию, пинцетом определяют подвижность, отмечают наличие сверхкомплектных или молочных зубов в постоянном прикусе, прорезывание нижних зубов мудрости, определяют характер смыкания зубов. Исследуют десневые бугорки, определяют состояние пародонта. Инструментом постукивают по режущей или жевательной поверхности зуба (вертикальная перкуссия) и по вестибулярной поверхности зуба (горизонтальная перкуссия). Если при перкуссии отмечается боль, это свидетельствует о наличии околоверхушечного или маргинального очага в пародонте. Производят также пальпацию зубов - ощупывание, что позволяет установить их подвижность и болезненность. Захватив коронку зуба зубоврачебным пинцетом, отмечают степени подвижности - I, II и III. При помощи зубного зонда определяют десневые карманы, их глубину, кровоточивость при зондировании, выделения из карманов и их характер.

При подвижности зубов следует уточнить, имеет место локализованный процесс или диффузное поражение пародонта, а также проявить онкологическую настороженность. Патологическая подвижность ряда зубов в сочетании с болезненностью при перкуссии может быть одним из симптомов остеомиелита челюсти.

Обязательно проводят оценку гигиенического состояния полости рта. При необходимости экстренных хирургических операций производят простейшие гигиенические процедуры, уменьшающие количество зубного налета. При плановых операциях осуществляют весь комплекс лечебных процедур и оценивают гигиеническое состояние по индексу Грина-Вермиллиона или Федорова-Володкиной, и только при высоком индексе гигиены проводят оперативное вмешательство.

Результаты осмотра зубов фиксируют в специальной схеме (зубная формула), где молочные зубы обозначают римскими цифрами, постоянные - арабскими. В настоящее время принято обозначать номер зуба по международной классификации.

Клиническое обследование пациента должно включать ряд диагностических методов и исследований. Вид и объем их зависят от

характера заболевания или травмы челюстно-лицевой области и от условий проведения обследования (в поликлинике или стационаре), а также от уровня оснащенности лечебного учреждения.

Рентгенологические исследования имеют важное значение для диагностики патологии зубов, челюстей и других костей лица и свода черепа, верхнечелюстных и лобных пазух, височно-нижнечелюстных суставов, желез полости рта. Производят контактную внутриротовую рентгенографию зубов, альвеолярных и небного отростков, дна полости рта, позволяющую уточнить локализацию и характер

изменений в периодонте, кости, отметить наличие конкремента. Имеется 4 методики внутриротовой рентгенографии: рентгенография периапикальных тканей по правилу изометрической проекции; интерпроксимальная; съемка вприкус или окклюзионная; рентгенография с увеличенного фокусного расстояния параллельным пучком лучей.

Изометрические съемки применяют для оценки периапикальных тканей, однако они дают искажения по величине, что может вести к гиперили гиподиагностике. Интерпроксимальные рентгенограммы отображают зубы, периапикальные ткани, краевые участки обеих челюстей. Окклюзионная рентгенография позволяет получить снимок участка альвеолярного отростка. Наиболее часто эта проекция дает представление о кортикальной пластинке альвеолярного отростка с вестибулярной и язычной сторон, в том числе о толщине надкостницы. В другой плоскости можно судить более точно о патологии: кистах, ретенированных зубах, линии перелома челюсти, наличии инородного тела (конкремента) в поднижнечелюстной и подъязычной слюнных железах. Окклюзионные снимки производят дополнительно к предыдущим.

Длиннофокусная рентгенография производится на аппаратах, имеющих более мощную рентгеновскую трубку и длинный конуслокализатор. Метод используется преимущественно для отображения краевых отделов альвеолярных отростков, структуры костной ткани, формы корней и наличия деструктивных изменений вокруг них.

Рентгенологическое исследование зубов, челюстей и других костей лицевого скелета имеет принципиальное значение для суждения о наличии кариозных полостей зубов, форме корней, степени заполнения их пломбировочной массой, состоянии периодонта, кости и др.

Эмаль зуба дает более плотную тень, а дентин и цемент - менее плотную эмаль. Полость зуба распознается по очертаниям контура альвеолы и цементом корня - определяется по проекции корня зуба и компактной пластинки альвеолы, которая выглядит равномерной более темной полоской шириной 0,2 - 0,25 мм.

На хорошо выполненных рентгенограммах отчетливо видна структура костной ткани. Рисунок кости обусловлен наличием в губчатом веществе и в кортикальном слое костных балок, или трабекул, между которыми располагается костный мозг. Костные балки верхней челюсти имеют вертикальное направление, что соответствует силовой нагрузке, оказываемой на нее. Верхнечелюстная пазуха, носовые ходы, глазница, лобная пазуха представляются в виде четко очерченных полостей. Пломбировочные материалы вследствие различной плотности на пленке имеют неодинаковую контрастность. Так, фосфат-цемент дает хорошее, а силикатный цемент - плохое изображение. Пластмасса, композиционные пломбировочные материалы плохо задерживают рентгеновские лучи, и, следовательно, на снимке получается нечеткое их изображение.

Рентгенография позволяет определить состояние твердых тканей зубов (скрытые кариозные полости на поверхностях соприкосновения зубов, под искусственной коронкой), ретенированных зубов (их положение и взаимоотношение с тканями челюсти, степень сформированности корней и каналов), прорезавшихся зубов (перелом, перфорация, сужение, искривление, степень сформированности и рассасывания), инородные тела в корневых каналах (штифты, обломанные боры,

иглы). По рентгенограмме можно также оценить степень проходимости канала (в канал вводят иглу и делают рентгеновский снимок), степень пломбирования каналов и правильность наложения пломбы, состояние околоверхушечных тканей (расширение периодонтальной щели, разрежение костной ткани), степень атрофии костной ткани межзубных перегородок, правильность изготовления искусственных коронок (металлических), наличие новообразований, секвестров, состояние височно-нижнечелюстного сустава.

По рентгеновскому снимку можно измерить длину корневого канала. Для этого в корневой канал вводят инструмент с ограничителем, установленным на предполагаемой длине канала. Затем делают рентгеновский снимок. Длину канала зуба рассчитывают по формуле:

$$K = \frac{i \cdot K_1}{i_1},$$

где i - фактическая длина инструмента;
 K_1 - рентгенологически определяемая длина канала; i_1 - рентгенологически определяемая длина инструмента.

Эффективно во время резекции верхушки корня зуба, удаления зубов (особенно ретенированных), имплантации пользоваться изображениями на радиовизиографе. Радиовизиография дает изображение об остаточных корнях, инородных телах, положении имплантата по отношению к соседним зубам, дну верхнечелюстной пазухи, носа, каналу нижней челюсти, подбородочному отверстию. Новые поколения визиографов дают объемные, цветные, цифровые данные, позволяющие с большей точностью судить о количестве и структуре кости, эффекте проводимых хирургических вмешательств. Внеротовая рентгенография применяется для исследований верхней и нижней челюстей, скуловых, лобных, носовых, височных и других костей черепа, верхнечелюстных и лобных пазух, височно-нижнечелюстных суставов. Используют следующие проекции при рентгенографии: прямую, боковую, полуаксиальную, аксиальную, а также косые контактные и тангенциальные.

Перспективным методом рентгенологического исследования является ортопантомография, которая позволяет получить обзорное изображение зубов и челюстей.

Панорамные рентгенограммы имеют определенное преимущество перед внутриротовыми снимками, так как при минимальной лучевой нагрузке дают обзорное изображение челюсти, зубов, периапикальных тканей и соседних с ними пазух носа. Однако на панорамных рентгенограммах возможны искажения строения корней зубов, структуры кости, расположения отдельных анатомических образований; плохо получаются центральные зубы и окружающая их костная ткань. Боковые панорамные снимки дают меньше искажений.

Для первичной диагностики воспаления, травмы, опухоли, деформации наиболее эффективна ортопантомография.

При диагностике патологических процессов в челюстях и полостях носа, глазнице ортопантомографию дополняют продольной томографией и зонографией, используя

прямую, боковую, заднюю и переднюю аксиальную проекции. Для снижения лучевой нагрузки производят также зонограммы с малыми углами поворота трубки, дающие послойное изображение более толстых срезов.

В диагностике также используют электрорентгенографию, которая весьма эффективна для экстренного получения информации. Однако при этом методе пациент получает большую лучевую нагрузку.

При заболеваниях и повреждениях слюнных желез, бронхиогенных свищах, хроническом остеомиелите челюстей применяют контрастную рентгенографию, используя йодолипол и водорастворимые

контрастные вещества. При сиалографии околоушной железы нормой контрастного вещества является 2,0 - 2,5 мл, для поднижнечелюстной слюнной железы - 1,0 - 1,5 мл. При патологических процессах эти цифры могут корригироваться в сторону уменьшения (калькулезный сиаладенит, интерстициальный сиаладенит) или увеличения (паренхиматозный сиаладенит). При сиалографии применяют внутриротовую зонографию - прямую и боковую и ортопантомографию. Сиалография позволяет оценить состояние протоков железы, определить наличие слюнного камня. Метод можно дополнять пневмосубмандибулографией, цифровой субтракционной сиалографией, радиометрией, сцинтиграфией.

Контрастную рентгенографию применяют также при хроническом остеомиелите, свищах лица и шеи, в том числе врожденного характера (фистулография), кистах челюстей, заболеваниях верхнечелюстной пазухи.

При заболеваниях височно-нижнечелюстных суставов используют артрографию. После внутрисуставного введения контрастного вещества получают томоили зонограммы при различном положении мышечного отростка.

Рентгенография с контрастированием артериальных и венозных сосудов челюстно-лицевой области наиболее эффективна при новообразованиях сосудистого характера. В одних случаях пунктируют опухоль, вводят контрастное вещество и выполняют рентгенограммы в прямой и боковой проекциях. В других случаях, особенно при кавернозной гемангиоме, оперативным путем выделяют приносящий сосуд, а затем вводят контрастный препарат и осуществляют серию рентгенограмм в различных проекциях. Ангиография требует специальных условий и должна проводиться в стационаре, рентгенооперационном кабинете, где осуществляют обезболивание, хирургическое выделение приводящего сосуда опухоли, осуществляют подход к бедренной, подключичной, наружной сонной артериям. Выбирают водорастворимые контрастные препараты (верографин, урографин, кардиографин, кардиотраст). Чаще для диагностики сосудистых опухолей используют серийную ангиографию через наружную сонную артерию.

Реже используют лимфографию - прямую для диагностики лимфатических узлов, сосудов.

Перспективной в диагностике заболеваний челюстно-лицевой области является рентгеновская компьютерная томография (РКТ), позволяющая получить двух- и трехмерное послойное изображение

головы. Благодаря послойному изображению РКТ определяет истинные размеры и границы дефекта или деформации, локализацию воспалительного или опухолевого процесса. Большая разрешающая возможность РКТ позволяет дифференцировать

патологические процессы в костных и мягких тканях. Этот метод очень важен при травмах и наличии внутричерепных изменений. Установление дислокации мозговых структур, локализации травмы мозга, наличия гематом, кровоизлияний помогает диагностике, позволяет планировать вмешательства и их последовательность в челюстно-лицевой области, мозговом отделе черепа и мозге.

В диагностике патологических процессов в челюстно-лицевой области применяют также магнитно-резонансную томографию (МРТ). Она имеет особое преимущество, так как не связана с ионизирующей радиацией. МРТ устанавливает изменения в мягких тканях: отек, инфильтрат, скопление экссудата, гноя, крови, опухолевый рост, в том числе злокачественных новообразований, наличие метастазов.

Сочетанное применение рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографии позволяет получить трехмерное изображение мягких и костных тканей лица и на основании пространственных послойных анатомо-топографических данных создавать графические компьютерные модели. Это определяет точную диагностику, позволяет планировать должный объем вмешательства. Данные РКТ и МРТ также определяют возможность интраоперационной пространственной ориентации в челюстно-лицевой области. Особенно важна возможность на основании этих методов создавать трехмерные графические образы для восстановительных операций в челюстнолицевой области.

Электроодонтодиагностика

Применение электрического тока основано на общеизвестном факте, что всякая живая ткань характеризуется возбудимостью, или способностью приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя. Минимальная сила раздражения, вызывающая возбуждение, называется пороговой. Установлено, что при наличии патологического процесса в пульпе возбудимость ее изменяется.

Применение электрического тока с целью диагностики получило наибольшее распространение, так как его сила и продолжительность легко дозируются, а использовать его можно неоднократно без риска нанести повреждение.

При проведении этого исследования обычно не ограничиваются одним пороговым раздражением. Получив положительный ответ, уменьшают силу тока и снова проверяют порог возбудимости. Во избежание ошибок, связанных с утечкой тока, врач должен работать в резиновых перчатках, а вместо зеркала пользоваться пластмассовым шпателем.

Установлены показатели порогового возбуждения пульпы в норме и при патологических состояниях. Здоровые зубы реагируют на токи 2 - 6 мкА. В начальных стадиях кариеса чувствительность зуба не изменяется. Однако уже при среднем кариесе, и особенно при глубоком, возбудимость пульпы может снижаться, что указывает на морфологические изменения в ней. Снижение электровозбудимости до 20 -40 мкА свидетельствует о наличии воспалительного процесса в пульпе. Следует помнить, что показатель электровозбудимости не характеризует степень распространенности процесса. Об ограниченности воспалительного процесса можно говорить в том случае, если с одного бугра возбудимость понижена, а с остальных не изменена. Если же процесс захватывает всю коронковую пульпу, то возбудимость будет понижена со всех бугров коронки.

Реакция пульпы на ток 60 мкА указывает на некроз коронковой пульпы. Если же наступает некроз и корневой пульпы, то зуб реагирует на ток 100 мкА и выше. Нормальный периодонт чувствителен к токам 100 -200 мкА. При выраженных морфологических изменениях в периодонте зуб реагирует на токи более 200 мкА.

Лабораторное исследование при диагностической необходимости включает большое число различных методов, проводимых как в условиях поликлиники, так и в стационаре. В условиях поликлиники применение их ограничено. Как правило, производят общие анализы крови и мочи, определение содержания в них глюкозы, цитологические и морфологические исследования. В базовых стоматологических и общих поликлиниках могут также дополнительно проводить бактериологические, иммунологические, биохимические и другие исследования. Перед операцией в поликлинике врач должен направить больного для исследования крови на RW, ВИЧ-инфекцию, наличие вирусов гепатита А, В, С, а при необходимости - и других исследований крови, мочи, кала. Перед операциями в стационаре, помимо перечисленных методов, обязательно проводят лабораторные исследования: определяют группу крови и резус-фактор, содержание глюкозы в крови и моче, показатели свертывающей системы крови, биохимический анализ крови, протромбиновый индекс; производят ЭКГ, флюорографию; исследуют мазок из зева на дифтерию или получают документ о проведенной прививке. Необходимо заключение терапевта о возможности проведения операции. Отдельным больным бывает необходимо исследование кала на наличие кишечной флоры. При заболевании на фоне нарушений иммунитета определяют иммунный статус (по иммунограмме или результатам иммунных реакций с моноклональными антителами). Кроме того, применяют разнообразные функциональные исследования (реография, капиллярография, электромиография, доплерография). Методом биомикроскопии определяют микроциркуляцию в слизистой оболочке рта, в коже лица и визуально измеряют скорость кровотока в капиллярах, устанавливают количество и вид сосудов.

Реография показывает графически пульсовые колебания электрического сопротивления слизистой оболочки, покрывающей альвеолярные отростки, в том числе ткани пародонта.

Фотоплетизмография позволяет определить локальный кровоток на основании пульсовых изменений оптической плотности тканей.

Полярография устанавливает уровень оксигенации тканей.

Лазерная доплеровская флоуметрия позволяет изучать тонкие механизмы микроциркуляторного русла как наружных покровов лица, так и слизистой оболочки рта. Методика помогает оценивать сосудистую систему при травме, после восстановительных операций, контролировать эффективность лекарственной терапии.

Электромиография дает информацию о функции мышц, главным образом жевательных, и необходима при травме, восстановительных операциях.

В стационаре в ходе обследования и лечения при наличии показаний диагностические исследования могут быть расширены.

При длительно незаживающих язвах, безболезненных инфильтратах, дефектах неба, аномалиях зубов и других нарушениях проводят обследование на туберкулез, сифилис (серодиагностика), глубокий микоз, ВИЧ-инфекцию.

Важное значение для подтверждения характера заболевания имеют цитологические исследования: взятие мазков-отпечатков, соскоба, пунктата, смыва.

Более достоверный ответ получают при взятии материала методом биопсии - иссечением кусочка ткани, который фиксируют в

10% растворе нейтрального формалина и направляют в патоморфологическую лабораторию со специальным сопроводительным бланком. Нередко с целью уточнения диагноза в процессе оперативного вмешательства производят экстренную биопсию (экспресс-биопсия).

В условиях как стационара, так и поликлиники часто возникает необходимость в проведении микробиологических исследований. Посев гнойного экссудата в аэробных и анаэробных условиях, выделение основного возбудителя, определение его свойств, получение антибиотикограмм имеют важное значение для диагностики и лечения воспалительных заболеваний.

В ходе обследования в поликлинике и стационаре может возникнуть необходимость в серологических исследованиях. Определение антител или антигенов в сыворотке крови больных необходимо при подозрении на паразитарные, специфические или другие инфекционные, в том числе кишечные, заболевания. Такие исследования производят в специализированных лабораториях. В отдельных случаях возникает необходимость повторить реакцию Вассермана и даже провести серологическое исследование цереброспинальной жидкости. Иногда неоднократно приходится исследовать кровь на антитела вируса иммунодефицита, а также для выявления ВИЧ-инфекции; аналогичные исследования проводят со слюной, спермой, вагинальным секретом.

При заболеваниях слюнных желез исследуют их секреторно-выделительную функцию, проводят качественный и цитологический анализ слюны. Важное диагностическое значение имеют результаты радиосиалографии, сканирования слюнных желез, сцинтиграфии, эхосиалографии, термовизиографии.

Обоснование диагноза. На основе комплексного анализа жалоб, анамнеза болезни и жизни, оценки функционального состояния организма и сопутствующих заболеваний, комплексного изучения местной симптоматики, а также результатов диагностических исследований врач представляет общую картину болезни. Оценивая субъективные и объективные симптомы, он анализирует явные и скрытые неспецифические и специфические признаки болезни и их патогномичность. Следует отметить, что традиционных методов обследования больного часто бывает недостаточно. Современное техническое совершенствование инструментальной диагностики расширяет возможности распознавания заболеваний.

Диагностика как научная дисциплина основывается на методологических принципах, которые позволяют использовать современные классификационные схемы, разработанные в соответствии с Международной классификацией стоматологических болезней.

Специалист в ходе диагностического процесса (анализа и синтеза полученных фактов) должен выстроить логико-дидактическую схему, по которой он обосновывает диагноз, составляет план лечения и реабилитации, а также определяет пути профилактики.

Единый аналитико-мыслительный процесс на основании всех данных обследования пациента должен послужить основанием для установления клинического диагноза: в первые 1 -2 дня - в поликлинике, 1 -3 дня - в стационаре, у ургентных больных - в первые часы обращения в поликлинику или поступления в стационар. В более сложных случаях, но не угрожающих жизни больного, после завершения обследования ставят окончательный диагноз.

Результаты перечисленных методов обследования вносятся в историю болезни, которая является важным юридическим документом, в том числе и для судебно-медицинской экспертизы.

Медицинская карта стоматологического пациента

Медицинская карта стоматологического пациента - учетная форма ? 043/У - документ, в котором регистрируются паспортные данные, результаты проводимого обследования и лечения. По записи можно судить об эффективности и правильности лечения.

Первый раздел медицинской карты - паспортная часть. Заполнение этого раздела производится в регистратуре и при первичном обращении пациента в поликлинику. Все последующие разделы заполняются врачом.

Графа «Диагноз» заполняется лечащим врачом как окончательный диагноз после сбора анамнеза, осмотра и проведения при необходимости дополнительных методов исследования.

В некоторых случаях диагноз может быть уточнен или даже заменен, но при этом должна быть указана дата. Однако во всех случаях диагноз должен быть указан в соответствии с существующими классификациями.

В графе «Развитие настоящего заболевания» необходимо указать появление первых признаков заболевания, характер течения, лечение и его эффективность. В карту должны быть внесены результаты лабораторных и других методов исследования.

Специальный раздел карты отводится составлению плана лечения. Это важно сделать в первое посещение больного, что позволяет осуществлять полное и комплексное лечение. Наличие плана лечения необходимо еще и потому, что пациент по какой-либо причине может попасть к другому врачу.

В разделе «Дневник» проводится краткая, но четкая запись о состоянии больного и результате проводимого лечения.

Медицинская карта как юридический и научный документ в течение 5 лет хранится в регистратуре, а затем сдается в архив.

Для удобства записи результата осмотра зубов применяются специальные схемы (зубная формула). Существует несколько таких схем. В нашей стране применяется схема, на которой горизонтальная линия указывает на принадлежность зубов к верхней или нижней челюсти, а вертикальная - на принадлежность зубов к правой или левой стороне. При этом постоянные зубы принято обозначать арабскими цифрами:

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

а молочные (временные) – римскими:

V IV III II I	I II III IV V
V IV III II I	I II III IV V

По этой схеме цифра 1 соответствует центральным резцам, 2 - боковым резцам, 3 - клыкам, 4 - первым малым коренным зубам (премолярам), 5 - вторым малым коренным зубам, 6 - первым большим коренным зубам (молярам), 7 - вторым и 8 - третьим большим коренным зубам.

Для обозначения принадлежности зуба или челюсти пользуются следующими обозначениями:

$\underline{1}$ – первый резец верхней челюсти справа; $\overline{1}$ – первый резец верхней челюсти слева; $\overline{1}$ – первый резец нижней челюсти справа; $\overline{3}$ – клык нижней челюсти слева; $\underline{7}$ – второй большой коренной зуб верхней челюсти справа и т. д.

Существуют и другие способы обозначения формулы зубов. Широкое применение получило обозначение, когда к порядковому номеру зуба челюсти с 1 по 8 добавляется и номер квадрата, который ставится впереди номера зуба;

1 квадрат	2 квадрат
4 квадрат	3 квадрат

Формула зубов выглядит следующим образом:

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

При таком обозначении достаточно назвать две цифры для точного определения зуба в дуге: 21 - центральный резец верхней челюсти слева; 44 - первый малый коренной зуб (премоляр) нижней челюсти справа.

Для определения состояния зуба применяются буквенные обозначения: кариес - С, пульпит - Р, периодонтит - Рт, пломба - П, зуб, покрытый коронкой, - К, искусственный зуб несъемного протеза - Н. Наличие зубного камня, гипоплазия, флюороз и другие патологические изменения отмечаются в графах, расположенных под формулой зубов. Степень подвижности зуба обозначается римскими цифрами над или под его цифровым индексом. В некоторых случаях возникает необходимость точного обозначения локализации пломбы или кариозной полости на поверхности зуба. Для этого применяется формула зубов с обозначением поверхностей.

Схематически это выглядит так, что резцы и клыки имеют 4, а малые и большие коренные зубы - 5 поверхностей.

При этом должна быть оговорена последовательность обозначения поверхностей. Для резцов и клыков губная поверхность обозначается 1, срединная - 2, язычная - 3, боковая - 4. На малых (премолярах) и больших коренных зубах (молярах) счет начинают с жевательной поверхности - 1, затем следуют щечная - 2, передняя - 3, язычная - 4, задняя - 5.

В медицинской карте должны быть указаны дата приема, состояние больного, отмечены все проводимые мероприятия и назначения.

Карту нужно заполнять сразу после приема больного, а запись вести без сокращений.

При обследовании пациента необходимо также соблюдение деонтологических принципов.

Деонтология - это сочетание научно-практических знаний, обеспечивающих успешные отношения между людьми. В медицине - это нормы профессионального долга, поведения всех медицинских работников, взаимоотношения их между собой и с пациентами. Целью деонтологии является формирование доверия пациента к медицинскому персоналу, что является залогом успешного лечения. Данная цель обеспечивается следующими компонентами: этический - убежденность пациента в добросовестности медперсонала; деловой - высокая квалификация врача, стремление к профессиональному росту; психологический - отношение с пониманием, с сочувствием. Кроме того, имеют значение внешний вид медперсонала, коммуникабельность, умение задавать вопросы и выслушивать пациента.

Каждый врач должен уважать своих коллег, не подрывать их авторитет.

Неправильным является поведение врачей, когда после осмотра больного в его присутствии отвергаются ранее поставленный диагноз и проводимое лечение. Врач не должен выставить своего предшественника, первым начавшим лечение, как неуча, ничего не понимающего в медицине, а должен внести при этом необходимые изменения, исправить ошибки в предельно корректной форме. Желая показать свою эрудицию, знания и большую осведомленность перед другими врачами, он совершенно не думает о больном. Больной теряет веру в своего врача, что отражается на его здоровье. Это вызывает у больного возникновение ятрогенных заболеваний, которые протекают очень тяжело.

Термин ятрогения происходит от греческого: *iatros* - врач, *genes* - порождаемый, т.е. вызванное врачом. Таково первоначальное значение слова. Имеются различные трактовки, определения ятрогении, которые значительно трансформировались в последние годы.

Ятрогенными называют заболевания, которые возникают в результате (вследствие) неосторожного слова или действия врача (медработника), неблагоприятного воздействия на психику больного (энциклопедический словарь медицинских терминов, 1982). Англоамериканские словарные источники включают в определение ятрогении не только психические, но и соматические нарушения, вводя понятия умысла, и определяют этап деятельности врача.

Пациент может стать непреднамеренным «пособником» ятрогенных ситуаций.

I. На этапе диагностики это может произойти из-за:

- 1) неумения или нежелания оценить свое состояние;
- 2) намеренно ложного представления симптоматики;
- 3) сокрытия данных об имеющихся заболеваниях.

II. На этапе принятия решения это происходит из-за:

- 1) отказа от консультаций, дополнительных методов исследования;
- 2) «навязывания» врачу собственного мнения;
- 3) поиск «лучшего врача».

III. На этапе лечения - из-за:

- 1) самолечения, нечеткого выполнения назначений;
- 2) отказа от лечения.

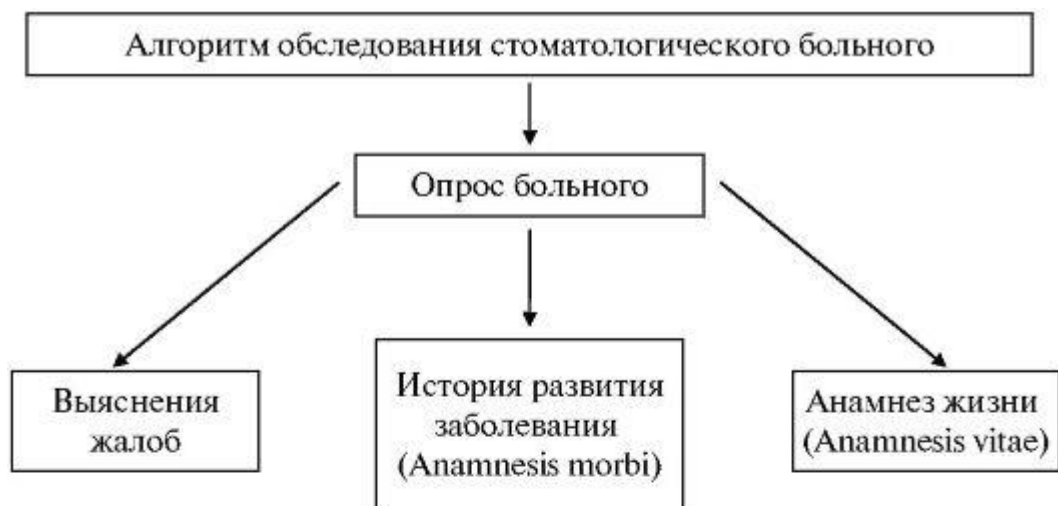
Ввиду исключительной важности раздела, приводим схемы и алгоритм методов обследования.

На схемах 5.1 и 5.2 отражены методы обследования больного и алгоритм их проведения.

Схема 5.1



Схема 5.2



ДЕЙСТВИЯ
ВРАЧА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Компоненты и последовательность действия	Средства, результат действия
1	2
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ	Опрятная внешность, доброжелательное обращение врача располагают больного к доверию
I. Опрос больного 1. Выяснение жалоб больного	Правильная постановка вопросов, внимательное выслушивание ответов и анализ врачом сведений, получаемых со слов больного, помогают врачу составить оптимальный план обследования и лечения больного
а) жалобы могут отсутствовать	Отсутствие жалоб объясняется тем, что больной явился с целью профилактического осмотра
б) жалобы на наличие кариозной полости, изменение положения, формы, величины и цвета зубов, эстетический дефект, отсутствие зубов	Данные жалобы предъявляются при: бессимптомном течении кариеса и его осложнений (хронического периодонтита), некариозных поражениях, необходимости ортодонтического и ортопедического лечения. Выявление жалоб позволяет получить исходные данные для предварительного диагноза
в) жалобы на боль в зубе	Выяснение характера боли, продолжительности, времени появления, локализации (локализованные или иррадиирующие). При кариесе характерны кратковременные боли от химических, температурных и механических раздражителей; боль при пульпите – острая, приступообразная, ночная, самопроизвольная; при периодонтите – боль постоянного характера, усиливается при накусывании; при пульпите и периодонтите возможна иррадиация боли по ветвям тройничного нерва
г) жалобы на кровоточивость десен, запах изо рта, подвижность зубов	Часто сопутствуют заболеваниям пародонта (гингивиту, пародонтиту)

Продолжение

таблицы

Компоненты и последовательность действия	Средства, результат действия
1	2
д) жалобы на изменение конфигурации лица, наличие припухлости, рубцов, свищей челюстно-лицевой области, затруднение открывания рта	Характерны для воспалительных заболеваний челюстей, мягких тканей лица, лимфатических узлов, слюнных желез, травмы, опухолевом процессе и других заболеваниях
е) жалобы на затрудненное открывание рта	Необходимо выяснить причины. При затрудненном прорезывании зубов, заболевании височно-нижнечелюстного сустава, при сложном удалении зуба, проведении анестезии
2. Анамнез развития настоящего заболевания	При расспросе выясняют время появления первых симптомов, возможные причины, течение болезни, методы проведенного лечения и их эффективность. Тщательный расспрос позволяет судить о причинах заболевания, о течении заболевания, о том, что это заболевание возникло впервые, имеет острое течение, хроническое, или в настоящее время возникло обострение хронического процесса
3. Анамнез жизни больного	Выясняют наследственные факторы, перенесенные и сопутствующие заболевания (по органам и системам, начиная с детского возраста, а также наличие туберкулеза, венерических, опухолевых, сердечно-сосудистых заболеваний и др.). Выясняют: условия труда, жизни (профессиональные вредности), так как различные факторы жизни больного могут быть причиной заболевания или отягощать его течение, местность проживания (содержание фтора в воде); особенности питания (количество и регулярность приема сахара), вредные привычки (курение, прием алкоголя), аллергологический анамнез, регулярность ухода за полостью рта, частоту посещения стоматолога

Продолжение

таблицы

Компоненты и последовательность действия	Средства, результат действия
1	2
<p>П. Осмотр</p> <p>1. Общий осмотр</p>	<p>Визуальная оценка физического и психоэмоционального состояния по шкале ШКС (шкала клиническая стоматологическая по профессору Бизяеву А.Ф.). При измененном физическом статусе – измерение давления, пульса, температуры и др. Определение конституционных особенностей, уравновешенности психики (состояние спокойное, тревожное, безразличное)</p>
<p>2. Внешний осмотр челюстно-лицевой области</p>	
<p>а) конфигурация лица</p>	<p>Визуальная оценка, измерение пропорциональности трех отделов лица: верхнего, среднего и нижнего. В норме лицо симметричное, пропорциональное. Асимметричное – при врожденной патологии, травме, воспалительных процессах, новообразованиях</p>
<p>б) вид кожных покровов</p>	<p>Проводится визуальная (цвет, целостность) и пальпаторная оценка. В норме кожные покровы бледно-розового цвета, чистые, легко собираются в складку. При патологических состояниях: гиперемированы, бледны, цианотичны, желтушны, нарушение целостности, наличие высыпаний, элементов поражения, рубцов, свищей, язв и др.</p>
<p>в) степень выраженности носогубных, подбородочных, шейных складок</p>	<p>Проводится визуальная оценка. В норме складки умеренно выражены, симметричны или при отсутствии зубов, патологической стираемости, нарушении окклюзии – выражены, глубокие, несимметричные</p>
<p>г) состояние красной каймы губ, видимых слизистых</p>	<p>Оценивают характер смыкания губ, контур, образование чешуек, корок; бледность или гиперемия видимых слизистых (носа, глаз). Губы обычно нормального размера и формы, ярко-красного цвета, без нарушения целостности. Видимые слизистые умеренно влажные, розового цвета, без нарушения целостности</p>

Продолжение

таблицы

Компоненты и последовательность действия	Средства, результат действия
1	2
д) открывание рта	<p>Оценивают степень открывания. В норме оно свободное – на ширину указательного, среднего и безымянного пальцев. При тризме – затрудненное.</p> <p>Отмечают также наличие парезов, опущения углов рта не отмечается</p>
е) состояние височно-нижнечелюстных суставов	<p>Пальпация (ощупывание) одной рукой или бимануально (двумя руками); исследование в покое, при открывании и закрывании полости рта.</p> <p>Указательные пальцы обеих рук прижимают к козелку уха и просят больного открыть и закрыть рот или вводят в наружный слуховой проход, оказывая давление.</p> <p>В норме – отсутствие болезненности, хруста, шелканья, движение сустава плавные, бесшумные.</p> <p>Наличие болезненности, хруста, шелканья указывает на изменение в суставе</p>
ж) исследование костей лицевого скелета	<p>Кости лицевого скелета исследуют визуально и пальпаторно, начиная с области лба, переходя постепенно на края орбит, скуловую кость, боковую поверхность и спинку носа, подглазничную область (стенку верхнечелюстной пазухи), верхнюю и нижнюю челюсть.</p> <p>Исследуют «симптом нагрузки», надавливая на отдельные участки костей, их сочленения, обращают внимание на нетипичные неровности, болевые ощущения, западения, подвижность.</p> <p>При отсутствии патологии – конфигурация лица не изменена, пальпация безболезненна.</p> <p>При патологических состояниях, травме конфигурация лица изменяется, выявляются неровности, боли, смещения нижней челюсти кзади, в сторону, удлинения среднего отдела лица, западение спинки носа и другие нарушения.</p> <p>При переломе челюстей, скуловой кости нарушается функция открывания рта, подвижность и смещение отломков</p>

Продолжение

таблицы

Компоненты и последовательность действия	Средства, результат действия
1	2
<p>з) исследования выхода ветвей тройничного нерва в точках Валле</p>	<p>I ветвь (<i>n. ophthalmicus</i>) – в виде конечного нерва – <i>n. frontalis</i> выходит на кожу надглазничной области из <i>foramen supraorbitalis</i>, проекция которого находится на 0,5 см выше и кнаружи от желобка, расположенного по верхнему краю глазницы.</p> <p>II ветвь (<i>n. maxillaris</i>) – в виде конечного нерва – <i>n. infraorbitalis</i> и ветвей «малой гусиной лапки» выходит на кожу подглазничной области из <i>foramen infraorbitalis</i>, проекция которого находится на 0,5 – 0,75 см книзу от желобка, расположенного по нижнему краю орбиты.</p> <p>III ветвь (<i>n. mandibularis</i>) – в виде конечного нерва – <i>n. mentalis</i> выходит через одноименное отверстие (<i>foramen mentalis</i>). Проекция отверстия на коже подбородочной области определяется на среднем расстоянии от места пересечения собственно жевательной мышцы с краем тела нижней челюсти до средней линии, отступя вверх от края нижней челюсти на 0,75 см.</p> <p>В норме точки выхода слегка чувствительны, безболезненны. Различные заболевания и повреждения нервов лица и челюстей вызывают нарушение тактильной чувствительности и возникновение боли. Пальпаторное исследование может вызвать приступ боли</p>
<p>и) исследование лимфатических узлов</p>	<p>Методом пальпации определяют величину, консистенцию, спаянность, болезненность. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов пациент сидит прямо, не опирается на спинку кресла, подбородок приведен к груди; врач впереди и справа от пациента, правой рукой фиксирует голову пациента, а II, III и IV пальцами левой руки, подведенными под тело нижней челюсти, ощупывает лимфатические узлы; при обследовании с левой стороны положение рук меняется. При пальпации подбородочных лимфатических узлов больной находится в том же положении.</p>

Продолжение

таблицы

Компоненты и последовательность действия	Средства, результат действия
1	2
	<p>Врач II и III пальцы подводит под тело нижней челюсти в области подбородка, ощущая лимфатические узлы.</p> <p>При пальпации передних и задних шейных лимфатических узлов врач становится сзади больного, ощущая лимфатические узлы II, III, IV пальцами по переднему и заднему краю грудино-ключично-сосцевидных мышц.</p> <p>При обследовании над- и подключичных лимфатических узлов врач II, III и IV пальцами ощупывает их над и под ключицами. При обследовании щечных, околоушных, заушных лимфатических узлов врач стоит спереди пациента, пальпируя согнутыми пальцами соответствующие области.</p> <p>В норме лимфатические узлы не пальпируются, безболезненны. При одонтогенных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области (периоститах, абсцессах, флегмонах и др.) лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации, возможен воспалительный отек окружающих тканей.</p> <p>При инфекционных воспалительных заболеваниях (сифилис, ВИЧ-инфекции и др.) лимфатические узлы увеличены, плотно эластичные, неспаивные друг с другом и окружающей тканью, безболезненны. При присоединении вторичной инфекции – болезненны при пальпации. При злокачественных новообразованиях – твердые, плотные, безболезненные</p>
3. Осмотр полости рта	Проводят визуальный осмотр и инструментальное обследование с помощью зеркала, зонда, пинцета
<i>3.1. Осмотр преддверия полости рта</i>	Осмотр преддверия полости рта производят при сомкнутых челюстях и расслабленных губах, подняв верхнюю и опустив нижнюю губу или оттянув щеку стоматологическим зеркалом
а) определение глубины преддверия полости	Измерение расстояния от шейки зуба до переходной складки Преддверие бывает нормальное (в среднем 1,5 см), мелкое, глубокое.

Продолжение

таблицы

Компоненты и последовательность действия	Средства, результат действия
1	2
б) определение уровня прикрепления уздечек верхней и нижней губы, выраженности тяжей слизистой оболочки	<p>Определяется при сомкнутых зубах и поочередном оттягивании губ (тест-симптом натяжения).</p> <p>Нормальное прикрепление уздечек (0,5 – 0,8 см от свободной десны), появление побледнения (ишемизации) свидетельствует об укорочении уздечек и тяжей, что увеличивает нагрузку на пародонт и способствует развитию патологии пародонта</p>
в) определение состояния слизистой оболочки преддверия полости рта (щек, внутренней поверхности губ)	<p>Визуальным осмотром, пальпацией определяется состояние слизистой оболочки по трем признакам: цвету, влажности, рельефу.</p> <p>Слизистая оболочка полости рта в норме бледно-розового цвета, равномерно увлажнена, рельеф ее не изменен. При патологии выявляются изменение цвета, отпечатки зубов на слизистой щек при воспалении, наличие морфологических элементов поражения (эрозий, язв, свищей и др.). В заднем отделе преддверия полости рта могут располагаться слюнные железы, бледно-желтоватого цвета узелки 1 – 2 мм, не возвышающиеся над слизистой оболочкой (железы Фордайса). Их не следует принимать за патологию. На уровне верхних первых, вторых моляров имеются сосочки, в области которых открываются протоки околоушных слюнных желез. Секрет из них выделяется свободно, по характеру слюна – прозрачная, жидкая или вязкая, желеобразная при заболевании околоушных желез</p>
г) определение состояния десны (свободной, прикрепленной, переходной складки)	<p>Визуальное, пальпаторное обследование.</p> <p>Определяется по трем признакам: цвету, влажности и рельефу. Определяют болезненность или безболезненность при пальпации.</p> <p>В норме десна бледно-розового цвета, влажная, рельеф ее не изменен; десневые сосочки бледно-розового цвета, располагаются в межзубных промежутках, в области резцов имеют треугольную форму, в области жевательных зубов – трапециевидную; при патологии – гиперемированы, отечные, гипертрофированы или атрофированы (рецессия десен), кровоточат, болезненны или безболезненны</p>

Продолжение

таблицы

Компоненты и последовательность действия	Средства, результат действия
1	2
д) определение прикуса (физиологического, аномалийного, патологического)	<p>Визуальное с использованием инструментов: зеркала, пинцета.</p> <p>При смыкании челюстей в норме наблюдается плотный фиссурно-бугорковый контакт зубов-антагонистов.</p> <p>Виды физиологического прикуса: ортогнатический, прямой, прогенический, бипрогнатический.</p> <p>Виды аномалийного прикуса: глубокий, открытый, перекрестный, патологический (потеря одного и более зубов с развитием патологии твердых и мягких тканей)</p>
<i>3.2. Осмотр собственно полости рта</i>	
а) определение состояния слизистой оболочки полости рта (языка, дна полости рта, твердого и мягкого неба)	<p>Визуально, пальпаторно, инструментально (зеркало, пинцет). Определяют по признакам: цвет, влажность, рельеф.</p> <p>В норме слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная, рельеф не изменен, пальпация безболезненна</p>
б) осмотр языка	<p>Осмотр проводят, фиксируя язык большим и указательным пальцем, используя марлевую салфетку.</p> <p>Осматривают поверхности языка: верхнюю (спинку), нижнюю и боковые; кончик, тело и корень языка; подвижность языка, выраженность уздечки при широко открытом рте.</p> <p>Отмечают наличие и состояние сосочков языка: нитевидных, грибовидных, листовидных и желобоватых (окруженных валом); при патологии сосочки гипертрофированы, атрофированы (отсутствуют); в норме язык подвижен, уздечка выражена, кончик языка достает до верхних фронтальных зубов); на спинке языка пальпируется продольная борозда.</p> <p>Обратной стороной пинцета проводят по спинке языка, определяя наличие и количество налета</p>

Продолжение

таблицы

Компоненты и последовательность действия	Средства, результат действия
1	2
в) осмотр слизистой оболочки дна полости рта	<p>Проводят визуально и пальпаторно.</p> <p>От уздечки языка по обе стороны пальпируются валики с расположенными в них протоками подъязычной и поднижнечелюстной слюнных желез и выводными точечными отверстиями протоков.</p> <p>У корня языка имеется сосудистое венозное сплетение, которое иногда принимают за патологию. При пальпации желез в норме на дне полости рта образуется «слюнная лужица». Оценивается количество слюны (скудное, обильное, отсутствует), прозрачность (прозрачная, мутная с включениями), консистенция (жидкая, вязкая)</p>
г) осмотр твердого неба, мягкого неба	<p>По средней линии пальпируется костное возвышение – небный валик (торус); в переднем отделе – резцовый сосочек, под ним в костной ткани резцовый канал с носо-небным нервом; в области мягкого неба определяется большое количество слизистых желез с точечными отверстиями и выделением секрета</p>
4. Обследование зубных рядов, зубов	
4.1. Оценка зубных рядов	<p>Проводится визуально и с помощью инструментов (зеркало, зонд, пинцет).</p> <p>В норме зубной ряд верхней челюсти имеет форму полуэллипса, нижней – параболы. Зубы имеют окклюзионные и межзубные (точечные в молодом возрасте, плоскостные у пожилых) контакты. При патологическом состоянии зубы могут отклоняться небно, язычно, вестибулярно, вертикально, изменяя форму зубного ряда. Определяют дефекты зубного ряда по классификации Кеннеди (четыре класса).</p> <p>При потере антагонистов развивается феномен Попова–Годона (отклонение, выдвижение зубов в сторону отсутствующего зуба)</p>

Продолжение

таблицы

Компоненты и последовательность действия	Средства, результат действия
1	2
4.2. <i>Обследование зубов</i>	
а) осмотр зубов	<p>Визуально с помощью зеркала проводят в определенной последовательности. На верхней челюсти справа налево, на нижней челюсти – слева направо, начиная с моляров. Определяют количество, цвет, форму зубов.</p> <p>В норме зубы белого цвета с различными оттенками (голубого, желтого); имеют характерную прозрачность (живой блеск эмали); анатомическая форма и целостность их сохранена; количество зубов – 28 – 32. Цвет зубов может быть тусклым, серым, коричневым или розовым. Изменение цвета может быть вызвано травмой, гибелью пульпы, проведенными методами лечения (резорцин-формалиновый метод), пломбами из амальгамы, некариозными поражениями, курением, составом пищи и др.</p>
б) зондирование зубов	<p>Проводится острым угловым зондом.</p> <p>Определяют наличие кариозной полости, ее глубину, болезненность дна, стенок по эмалево-дентинному соединению, наличие сообщения с полостью зуба, отмечают наличие пломб, состояние пломб (краевое прилегание), их качество, искусственные зубы, коронки, ортопедические конструкции, удаленные зубы</p>
в) перкуссия (вертикальная, горизонтальная)	<p>Стоматологическим зондом или пинцетом проводится легкое постукивание по зубу в горизонтальном или вертикальном направлении.</p> <p>Перкуссию проводят, начиная со здорового зуба.</p> <p>Определяют состояние красного периодонта (горизонтальная перкуссия), верхушечного периодонта (вертикальная перкуссия).</p> <p>При отсутствии воспаления перкуссия безболезненна</p>

Продолжение

таблицы

Компоненты и последовательность действия	Средства, результат действия
1	2
г) определение подвижности зубов	<p>Используют пинцет, зонд и зеркало. Определяют пицетом, либо ручками двух инструментов путем раскачивания зуба.</p> <p>Различают три степени подвижности:</p> <p>I степень – смещение зуба в вестибуло-оральном направлении (1 мм);</p> <p>II степень – смещение зуба в вестибуло-оральном и боковом направлении (более 1 –2 мм);</p> <p>III степень – смещение зуба I, II степени и по оси зуба (в вертикальном направлении)</p>
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	
1) термодиагностика (определение чувствительности нервных окончаний пульпы зуба на раздражители)	<p>Проводят воздействие на зуб холодной или подогретой воды (60 – 70°), разогретой гуттаперчи. При воздействии на зуб (кариозную полость) тампона, смоченного водой, или гуттаперчи возникновение быстропроходящей боли характерно для неосложненного кариеса. Возникновение продолжительной боли характерно для пульпита. Отсутствие боли позволяет предположить о гибели пульпы, возникновении воспаления периодонта</p>
2) электроодонтодиагностика (ЭОД) (определение чувствительности нервных окончаний пульпы на раздражение постоянным током)	<p>Используют различные аппараты ЭОД.</p> <p>Здоровые зубы реагируют на токи 2 –6 мкА, при глубоком кариесе снижается возбудимость пульпы до 15 –20 мкА, при пульпите возбудимость пульпы понижается от 20 до 80 мкА. Реакция пульпы на ток 60 мкА указывает на гибель коронковой пульпы. Реакция на ток свыше 100 мкА указывает на изменение в периодонте и окружающих тканях зуба</p>

Продолжение

таблицы

Компоненты и последовательность действия	Средства, результат действия
1	2
3) рентгенологический метод исследования	<p>Используются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внутриворотная рентгенография (близкофокусная контактная рентгенография, рентгенография в прикусе). Дает возможность оценивать состояние зубов (коронки, корневых каналов), пародонта, кортикальной пластинки, окружающей костной ткани лунки. 2. Вперотовая (панорамная, ортопантомография, томография, контрастная рентгенография). Применяется для определения состояния тканей пародонта, травматического поражения челюстей, опухолей, воспаления верхнечелюстной пазухи (синуса), височно-нижнечелюстного сустава, зубов, альвеолярного отростка и тела челюстей. 3. Радиовизиография (цифровая рентгенография)
4) лабораторные методы исследования	<p>Применяются исследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Цитологическое. 2. Бактериологическое. 3. Гистологическое. 4. Биохимическое исследование крови и мочи. 5. Клинический анализ крови. 6. Ротовой жидкости. 7. Желудочного сока и другие исследования. <p>Методы проводятся по определенным показаниям. С их помощью можно диагностировать заболевание слизистой оболочки полости рта, пародонта, слюнных желез, опухолей и др.</p>

Продолжение

таблицы

Компоненты и последовательность действия	Средства, результат действия
1	2
<p>Обследование тканей пародонта (десны, периодонта костной ткани альвеолярных отростков, тела челюсти, цемента)</p>	<p>Проводят визуально, пальпаторно, зондированием пародонтологическим зондом. Определяют состояние десневой борозды, наличие пародонтальных карманов, кровоточивости десны, образование экссудата, резорбцию костной ткани межзубной перегородки.</p> <p>В норме десневая борозда определяется в виде щели, эпителий дна борозды (эпителиальное прикрепление к зубу) не нарушен. При катаральном гингивите десна воспалена, ярко-красного или синюшного цвета, определяется маргинальная десна, десневые сосочки увеличены в размере, болезненны; при гипертрофическом гингивите – десна плотная, определяется маргинальная десна, десневые сосочки увеличены в размере (могут закрывать коронку зуба), образуются «ложные карманы» (без нарушения эпителиального прикрепления). При пародонтите образуются пародонтальные карманы, эпителиальное прикрепление нарушается. По рентгенограмме обнаруживается резорбция кортикальной пластинки межзубной перегородки, затем резорбция межзубной перегородки на 1/3, 2/3, 1/2. При пальпации десна болезненна, кровоточит, из пародонтальных карманов выделяется экссудат. При зондировании визуально определяется наличие мягкого налета, над- и поддесневого зубного камня. Определяется разная степень подвижности зубов</p>
<p>Оценка гигиенического состояния, воспаление десны, наличие зубной бляшки</p>	<p>Проводится визуально, используя зеркало, зонд, красители (р-р Шиллера–Писарева, фуксин, эритрозин и др.) Определяется индекс Федорова–Володкиной, Грин–Вермильона.</p> <p>При наличии зубного налета, зубной бляшки, наддесневого зубного камня, воспаления десны происходит окрашивание. По специальным формулам производят качественную и количественную оценку гигиенического состояния полости рта, наличие воспаления десны</p>

Полученные во время обследования данные заносятся в медицинскую карту стоматологического больного - учетная форма ? 043/У - документ, имеющий юридическую значимость. Кроме результатов обследования, диагноза в карте записывают план лечения, проведенное лечение, рекомендации больному по стоматологической реабилитации и профилактике. Медицинская карта является юридическим документом, за ведение которой отвечает врач. История амбулаторного стоматологического больного позволяет обеспечить преемственность лечения, так как в ней четко записан диагноз, лечение, отмечена эффективность. Все действия обязательно датируются.

Форма и схема заполнения амбулаторной карты (№ 043/У):

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

Медицинская карта стоматологического больного

№ _____ 20 __ г.

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО заполняется в регистратуре
Пол (м., ж.) _____
Адрес _____
Возраст _____
Профессия _____
Диагноз Средний кариес 6| зуба полость II класса по Блэку

Жалобы На боль в области нижнего бокового зуба справа _____
(записывают со слов больного)

Перенесенные и сопутствующие заболевания – туберкулез, венерические заболевания отрицает, аллергический статус не отягощен (со слов больного). Переболел гепатитом в 1980 г. Считает себя практически здоровым _____

Развитие настоящего заболевания. Кариесом зубов страдает с детства, систематически обращается к стоматологу. Зуб был пломбирован ранее, пломба выпала 10 дней назад, появились боли при попадании пищи в кариозную полость. После удаления остатков пищи полосканием боль проходит _____

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ,
ВНЕШНИЙ ОСМОТР**

Лицо пропорционально, конфигурация лица не нарушена _____

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются _____ Осмотр полости рта.

Состояние зубов. Условные обозначения: отсутствует - О, корень - R, кариес - С, пульпит - P, периодонтит Pt пломбированные - П, подвижность - I, II, III (степень), коронка - К, иск. зуб - И

С		К	К					П	П			О	П		О
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
О		С									П			О	О

В 6 | зубе на передней поверхности - кариозная полость средней глубины в пределах средних слоев дентина, дентин пигментированный, плотный. Зондирование болезненно по эмалево-дентинному соединению, перкуссия безболезненная, реакция на термические (холодное) раздражители болезненная, кратковременная (исчезает после устранения раздражителя) Прикус ортогнатический

Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба: слизистая десны в области 6 | зуба ярко-красного цвета, отечна, легко кровоточит. Пародонтальный карман 3 мм.

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ На рентгенограмме в области 6 | зуба в периапикальных тканях патологические изменения

отсутствуют. Вершина компактной пластинки межзубной перегородки между 6 | и 5 | зубами отсутствует. Проецируется резорбция межзубной перегородки I степени.