

# Описание локального статуса курируемых больных

- ▶ Внешний осмотр челюстно-лицевой области. Окраска кожи лица, конфигурация лица, симметрия, локализация и размеры отёка, припухлости, наличие рубцов, шелушения. При невралгической симптоматике оценить чувствительность в области выхода периферических ветвей тройничного нерва (в области точек Валле). Оценить состояние ВНЧС на наличие патологических шумов, хрустов, болезненности при пальпации суставных головок в наружном слуховом проходе и др. Состояние красной каймы губ (наличие сухости, трещин, эрозий, корок). Обратить внимание на углы рта (заеды, трещины, язвенные образования, повышенная влажность). Состояние лимфатических узлов (подчелюстных, подбородочных, околоушных, шейных передних и латеральных, сосцевидных, затылочных, а также щёчных, которые пальпируются бимануально в области жирового комка и др.). Количество, величина, размер, консистенция, болезненность, спаянность с окружающими тканями, подвижность лимфатических узлов определяется при пальпации.
- ▶ Осмотр полости рта (наличие галитоза). Состояние слизистой оболочки губ, щёк, твёрдого и мягкого нёба. Характеристика слизистой оболочки; цвет, отметить отёчность слизистой оболочки и места её локализации, определить степень влажности или сухости слизистой оболочки, нарушение её целостности (десквамация, трещины, эрозии и т.д.). В области преддверия отметить состояние мелких слюнных губных желёз (бугристость на внутренней поверхности губ), на внутренней поверхности щёк в области задней трети определить наличие скопления желтоватого цвета в виде сальных желёз. Оценить секрет из выводного протока околоушной слюнной железы (консистенция, количество, прозрачность). Оценить глубину преддверия, степень прикрепления уздечек верхней и нижней губ.
- ▶ Состояние десны: цвет, отёчность, рыхлость, гипертрофия, атрофия десневых сосочков, плотность прилегания к шейке зуба, нарушение целостности, изъязвление, кровоточивость при надавливании в области десневой борозды, целостность эпителиального прикрепления, наличие патологических десневых карманов, глубина в миллиметрах, выделения из них (серозный, гнойный экссудат). Оценка потери пародонтального прикрепления при наличии рецессии десны (её размер в мм, класс рецессии) и пародонтального кармана (глубина в мм).

- ▶ Язык: цвет, состояние сосочков (атрофия, гипертрофия, складчатость, налёт, легко ли снимается, запах), достаточно влажный или сухой, целостность поверхности (десквамация, трещины, язвы), отёчность (отпечатки зубов).  
Состояние фолликулярного аппарата языка, состояние зева.
- ▶ Зубы. Зубная формула (С - кариес, К- коронка, Р -пульпит, Рt - периодонтит, П -пломбированный, R - корень, O - отсутствует).
- ▶ Прикус, цвет и величина зубов, аномалии положения, формы и величины зубов.
- ▶ Наличие некариозных поражений зубов: гипоплазия, флюороз, клиновидный дефект, стирание.
- ▶ Оценка гигиенического статуса при помощи индексов гигиены (Green-Vermillion, API). Назубные отложения: налёт на зубах, цвет, локализация; отложения зубного камня (над - и поддесневого), количество, цвет, консистенция, локализация.

- ▶ После опроса больного приступают к осмотру. Осмотр требует определенных условий и должен проводиться по плану. В ортопедических кабинетах осмотр производится в стоматологическом кресле при хорошем освещении. Следует иметь в виду, что при искусственном освещении теряется возможность заметить желтушную окраску, некоторые виды пигментации и сосудистые реакции слизистой оболочки полости рта.
- ▶ Осмотр начинается незаметно для больного. Еще когда пациент входит в кабинет, незаметно для него, врач изучает его манеру держаться, походку. У взрослых, обращающихся за ортопедической помощью, в связи с полной или частичной потерей зубов изучение позы не дает ценных сведений для постановки диагноза и составления плана лечения. Но у детей с аномалиями эти сведения очень важны.
- ▶ У всех пациентов следует провести внешний осмотр лица. Последнее делают незаметно для больного во время расспроса. Обращают внимание на симметричность половин лица, высоту нижней трети его, выступание подбородка, линию смыкания губ, выраженность подбородочной и носогубных складок, положение углов рта (рис. 41), обнажение зубов или альвеолярного отростка при разговоре и улыбке.



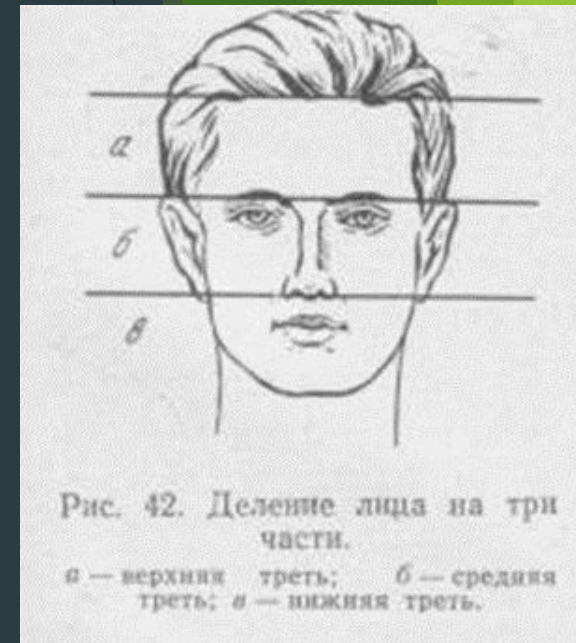
- ▶ Анатомические образования нижней трети лица

- ▶ В клинике ортопедической стоматологии широкое распространение получило деление лица на три части: верхнюю, среднюю и нижнюю треть (рис. 42). Верхняя треть лица расположена между границей волосистой части на лбу и линией, соединяющей брови. Средняя часть лица расположена между линией, соединяющей брови, и основанием перегородки носа. Нижняя треть лица расположена между только что упомянутой линией и нижней точкой подбородка.

- ▶ Деление лица на три части

- ▶ Установить какую-либо зависимость между высотой этих трех частей лица, вероятно, можно лишь для лиц строгого классического профиля. Вообще деление высоты лица на три части условно, поскольку положение точек, в соответствии с которыми производится деление, весьма индивидуально и в течение жизни человека оно может меняться. Например, граница волосистой части на лбу у различных субъектов расположена неодинаково и с возрастом может перемещаться. То же касается и нижней трети лица, высота которой непостоянная и зависит от вида прикуса и сохранности зубов. Наименее изменчива средняя треть лица. Несмотря на то что между размерами указанных частей лица нельзя усмотреть закономерной пропорциональности, у большинства лиц они имеют относительное соответствие, что обеспечивает эстетический оптимум. Поэтому при потере зубов высота нижней трети лица уменьшается, западают губы, подбородочная и носогубные складки углубляются: человек при этом выглядит старше своего возраста. Для ортопедических целей важно различать два размера высоты нижней трети лица. Первая измеряется при сомкнутых зубах и называется окклюзионной, вторая измеряется при положении относительного покоя, когда нижняя челюсть несколько опущена и между зубами возникает промежуток. Первая высота нижней трети лица называется окклюзионной, вторая — высотой относительного покоя. Между ними имеется разница, которая строго индивидуальна, как и величина разобщения зубов при относительном покое нижней челюсти.

- ▶ При асимметрии лица следует выяснить, за счет чего она возникает (рубцы, атрофия мышц, костная дистрофия, опухоли и др.).



- ▶ Обследование органов, расположенных в полости рта и ограничивающих ее, является одним из основных моментов, так как именно местное проявление заболеваний определяет врачебную тактику.
- ▶ Врач уже подготовлен к такому обследованию. Он выслушал жалобы и рассказ больного, имеет данные внешнего осмотра, им мысленно выдвинут ряд предположений — «рабочих гипотез». Однако врач не должен сужать методику обследования и концентрировать внимание лишь на подтверждении предположений или поиске доказательств обоснованности или необоснованности жалоб больного.
- ▶ Необходимо помнить, что ряд симптомов встречается при различных заболеваниях. Кроме того, в рассказе больных преобладают субъективно оцениваемые ими и наиболее важные с их точки зрения явления, которые, доминируя в физиологическом и психологическом восприятии, могут завуалировать другие, весьма сложные заболевания зубочелюстной системы, протекающие без субъективных ощущений. Важно также помнить, что чаще всего встречается сочетание различных заболеваний зубочелюстной системы и их осложнений.
- ▶ При обследовании органов полости рта врач всегда проводит сопоставление увиденного со знанием физиологических вариантов строения каждого органа. На этом этапе именно сопоставление поможет найти отклонение, т. е. симптом болезни или аномалийного развития и определить важность и значимость его в патологическом процессе.

- ▶ Обследование проводят в следующей последовательности: 1) оценка зубов; 2) оценка зубных дуг, дефектов в них и взаимоотношения зубных рядов; 3) оценка слизистой оболочки рта; 4) оценка челюстных костей.
- ▶ Осмотр и обследование зубов проводят с помощью зонда, зеркала и пинцета. Сначала осматривают зубы правой стороны нижней челюсти, затем левой и с переходом на верхнюю челюсть, продолжая осмотр слева направо. Оценка зубов складывается из оценки формы коронки, определения состояния твердых тканей коронковой части и корня, тканей периодонта, состояния пульпы зуба. При осмотре зуба стоматологическое зеркало держат в левой руке, а зонд или пинцет — в правой. Применение зеркала позволяет осмотреть каждый зуб со всех сторон (рис. 5); пинцетом определяют подвижность зуба, зондом — целостность поверхностей коронки зуба, чувствительность обследуемого участка, глубину десневой бороздки, а возможно, периодонтального кармана. Сопоставляя знания анатомической формы зубов с полученными данными, отмечают соответствие или отклонение в форме у каждого обследованного зуба (рис. 6). Одновременно оценивают цвет зуба; замечают изменение цвета всей коронки или отдельных ее участков. При кариесе цвет зуба меняется соответственно степени процесса: исчезновение естественного блеска эмали, меловидное пятно, окрашивание кариозного пятна от серого до темно-коричневых тонов. Если для лечения кариеса применяли амальгамы, наблюдается темно-синее окрашивание, а если пластмассовые материалы — темно-коричневое. У зубов, у которых погиб или удален сосудисто-нервный пучок (депульпированные зубы), эмаль теряет блеск и приобретает сероватожелтоватый оттенок.

- ▶ Изменяется цвет эмали у курильщиков, работников кислотных цехов. Цвет и форма зуба могут изменяться при ряде заболеваний (флюороз, дисплазии).
- ▶ При обследовании коронки зуба важно правильно направить луч света от осветительной лампы или осветить обследуемую зону с помощью световода. Тщательному осмотру подлежат области межзубных контактов, где чаще всего развивается кариес.
- ▶ Форма зубов нарушается при флюорозе, дисплазиях, гипоплазии, клиновидных дефектах, физиологической и патологической стираемости твердых тканей зуба (рис. 7, 8). Это нарушения некариозного происхождения.
- ▶ Наиболее часто форма зуба изменяется в результате кариеса — патологического процесса, при котором происходит деминерализация твердых тканей с последующим образованием дефекта.
- ▶ Локализация и частота поражения разных групп зубов различны. Чаще поражаются моляры и премоляры, как правило, фиссуры жевательной поверхности и контактные поверхности. Блэк предложил в зависимости от групп зубов и поверхности поражения классификацию кариозных дефектов (см. рис. 68).
- ▶ Кариозным процессом коронковая часть может быть разрушена частично или полностью. При обследовании обнаруживают зубы, запломбированные разными материалами. В этих случаях необходимо визуально и с помощью зонда оценить качество пломбы, степень ее прилегания к тканям зуба, выяснить, не развился ли вторичный кариес (см. рис. 12, а).
- ▶ Оценка нарушения формы зуба, топографии и степени поражения твердых тканей зубов позволяет не только установить наличие заболеваний, но и определить необходимость ортопедических вмешательств. Это, как правило, предполагает проведение ряда дополнительных исследований: оценка состояния околоверхушечных тканей по данным рентгенологического исследования и правильности пломбирования зубного канала (каналов), определение толщины стенок корней.



- ▶ Степень разрушения твердых тканей коронки и корня зуба определяют в 2 этапа: до и после удаления всех размягченных тканей. Именно после удаления размягченных тканей можно с достоверностью говорить о возможности сохранения оставшейся части твердых тканей зубов, а с учетом топографии дефекта о виде лечения: пломба, вкладка, искусственная коронка, частичная и полная резекция коронковой части с последующим ее восстановлением штифтовыми конструкциями.
- ▶ Степень разрушения твердых тканей пломбированных зубов определяется относительно, так как не представляется возможным установить объем проведенного врачом перед пломбированием иссечения тканей.
- ▶ Данные о состоянии коронковой части зуба в виде условных обозначений заносят в одонтопародонтограмму. Существует несколько форм одонтопародонтограмм (рис. 9). Одонтопародонтограмма — это запись результатов исследования коронковой части зуба и функционального состояния пародонта в виде таблицы, содержащей данные измерения глубины десневой бороздки или периодонтальных карманов, сопоставленных с данными рентгенографии.
- ▶ Основу таблицы составляет развернутая зубная формула. В первый ряд клеток над и под зубной формулой вносят данные о состоянии тканей зубов верхней и нижней челюстей: С — кариес, Р — пульпит, Рт — периодонтит, R — корень, п — пломба, К — зуб покрыт искусственной коронкой, И — искусственный зуб, замещающий отсутствующий. В этих же клетках стрелкой можно отметить направление смещения подвижного зуба.
- ▶ В следующие клетки вносят данные зондирования и обводят кружком цифры, соответствующие глубине периодонтального кармана, ориентируясь на условные обозначения, вынесенные слева от таблицы: N — патологических изменений нет; 0 — зуб отсутствует; '/
- ▶ — I степень атрофии (зонд погружается на глубину, равную половине вертикального размера коронки);
- ▶ /, — II степень атрофии (погружение зонда равно величине вертикального размера коронки); 3/
- ▶ — атрофия III степени (зуб подлежит удалению) . Функциональное состояние пародонта при различной глубине периодонтальных карманов заранее рассчитано и выражено в условных единицах.

- ▶ По сумме этих цифр можно судить о функциональном состоянии отдельных групп зубов и всего зубного ряда.
- ▶ При осмотре коронковой части зубов можно выявить наличие (обычно в возрасте старше 30 лет) фасеток физиологической стертости, характеризующих контактные (окклюзионные) движения нижней челюсти. Их расположение зависит от вида прикуса (см. рис. 31, 32).
- ▶ Эти фасетки необходимо отличать от патологической стертости, для которой характерно зональное или полное истирание эмали на окклюзионных поверхностях, с обнажением дентина (более желтого, чем эмаль, цвета) и его истиранием (рис. 10). В ряде случаев, если стертость значительна, в участках дентина, соответствующих рогу пульпы, можно увидеть прозрачные или светло-белые, обычно округлые зоны заместительного дентина. Отмечают, захватил ли процесс стираемости все зубы (генерализованная стертость) или какую-либо отдельную группу зубов (локализованная). Вид прикуса определяет характер убыли твердых тканей: горизонтальная, вертикальная или смешанная форма стираемости.
- ▶ Фактически фасетки окклюзионной стертости следует отнести к физиологической стертости. Если у лиц старше 30 лет при осмотре не обнаружены такие фасетки, то говорят о задержке истирания. Эта задержка может обусловить развитие патологического процесса в тканях пародонта, особенно если она характерна для отдельных или функционально ориентированной группы зубов.
- ▶ Зубы, у которых изменен цвет или значительно разрушена коронковая часть, даже при отсутствии субъективных ощущений, подлежат электроодонтологическому и рентгенологическому исследованиям. Эти же исследования показаны для всех зубов с патологической стертостью. Применение данных методов обусловлено тем, что при этом виде поражения патологический процесс захватывает не только твердые ткани, но пульпу и околоверхушечную область. Образующиеся в пульпе дентинкли могут быть причиной «пульпитных» болей, а облитерация канала — асептического некроза всего сосудисто-нервного пучка. Процесс может захватить околоверхушечную область пародонта, где чаще всего определяются бессимптомно протекающие кистозный и кистозно-гранулематозный процессы. Гиперестезия эмали, которая определяется по субъективным ощущениям больного, возникновению болей при зондировании окклюзионной поверхности коронки зуба, диктует иную врачебную тактику и

# Дополнительные методы исследования

- ▶ **Лабораторные:** Клинический анализ крови ? одно из самых частых лабораторных исследований. Определение числа эритроцитов, содержание гемоглобина, цветного показателя, числа лейкоцитов, лейкоцитарной формулы позволяют оценить тяжесть болезни и характер реактивной способности организма.
- ▶ Цитологическое исследование позволяет изучать динамику состояния слизистой оболочки под протезом, а также провести необходимую дифференциальную диагностику воспалительных процессов слизистой оболочки полости рта и различных онкологических заболеваний. Преимущество цитологического исследования в сравнении с гистологическим состоит в следующем: имеется возможность наблюдать более тонкие структурные изменения отдельных клеток, взятие материала для исследований менее травматично для больного, значительно быстрее можно получить результат исследования.
- ▶ Гистологическое исследование используется для установления или подтверждения диагноза при наличии инфильтрации, опухоли, труднозаживающих язв и др. Материал для исследования следует брать с пограничного участка между здоровой и патологической тканью.
- ▶ Обследование больного при наличии металлических включений. При ортопедическом лечении используют нержавеющую сталь, кобальто-хромовые, серебряно-палладиевые, золотые, золото-платиновые, титановые сплавы, припой для соединения деталей зубных протезов. В составе этих материалов содержится свыше 10 металлов. Необходимо тщательно соблюдать технологию изготовления мостовидных протезов, коронок, выдерживать температурный режим, предупреждать растекание и разбрызгивание припоя, добиваться качественного литья, высокого класса полирования. При нарушении одного из слагаемых могут возникнуть патологические реакции на металлические протезы, связанные с влиянием различных по своей природе материалов зубных протезов на ткани полости рта и организм человека с одной стороны и с реакциями биологических сред на зубные протезы ? с другой. Причинами поступления микроэлементов из зубных протезов в слюну являются: гальваническая коррозия, износ металлической поверхности, локальная коррозия и др. При наличии в полости рта двух различных металлов и слюны создается гальванический элемент, продуцирующий электрический ток, сила которого зависит от pH слюны. Микротоки способствуют возникновению лейкоплакии, плоского лишая, парестезии.

- ▶ При клиническом обследовании лиц с наличием в полости рта металлических включений в медицинскую карту стоматологического больного необходимо внести следующие данные: характер, интенсивность, время появления жжения, привкуса металла или других субъективных признаков патологии, время протезирования, материал изготовленного протеза, внешний вид протеза, количество единиц в протезе и количество паяных соединений, состояние слизистой оболочки. Кроме того, необходимо выяснить, лечился ли больной по данному поводу до настоящего обращения, и каковы результаты этого лечения. Также необходимо представить данные клинико-лабораторных исследований. В некоторых случаях необходимо провести общеклиническое обследование больного: анализ крови, мочи, желудочного сока, а также получить заключение терапевта, невропатолога. При расспросе особое внимание уделяется выявлению субъективной симптоматики болезни, времени ее появления и продолжительности, а также периоду выраженных субъективных ощущений. При объективном исследовании больного оценивают состояние слизистой оболочки полости рта ? цвет, влажность, отечность, наличие эрозий или других патологических изменений. Для уточнения диагноза измеряют разность электрохимических потенциалов, определяют рН, вязкость и электропроводность слюны, вкусовую лабильность рецепторов языка.
- ▶ Метод определения электрохимических потенциалов с помощью биопотенциометра. Методика состоит в следующем: один электрод (хлористоводородный или аналогичный с известным потенциалом) приводят в контакт с подъязычной областью, а с помощью второго поочередно касаются заранее выбранных участков слизистой оболочки полости рта или имеющихся искусственных включений (вкладки, пломбы, протезы и др.). Разница потенциалов в норме не должны превышать 50 мВ. При регистрации больших значений проводят тщательное всестороннее обследование для выяснения и устранения (снятия протеза, удаления пломбы и пр.) причинного металлического включения.
- ▶ Метод определения порога вкусовой лабильности рецепторов языка основан на оценке состояния вкусового анализатора по показателям длительности скрытого периода ощущений и порогов вкусовой чувствительности. Для определения порога на сладкое используют раствор глюкозы концентраций 0,1, 0,5, 10, 20% и выше, на соленое ? раствор поваренной соли 0,1, 0,5, 1% и выше, на кислое ? раствор винно-каменной кислоты концентрированной 0,15, 0,5, 1% и выше, на горькое ? раствор соляно-кислого хинина концентрации от 0,0002, 0,002, 0,01% и выше. За вкусовой порог принимают величину минимальной концентрации, правильно характеризующую обследуемым. Исследование проводят через 1,5-2,0 ч после приема пищи пациентом.
- ▶ Исследование слюны проводится для уточнения предварительного диагноза. Определяют количество, скорость секреции, рН, вязкость, содержание органических и неорганических компонентов, количество осадка. Суточное количество слюны обычно составляет в среднем один литр. Если больной предъявляет жалобы на сухость во рту или наоборот, на повышенное слюноотделение, то у него определяют скорость слюновыделения. Ротовую жидкость (слюну) собирают утром, натощак, желательно в определенное время. Пациенты пассивно сплевывают в течение 20 мин слюну в чистую стерильную градуированную пробирку, по которой определяют количество смешанной слюны. Скорость секреции определяют путем деления количества ротовой жидкости в пробирке на 20 мин. Показатель рН смешанной слюны определяют потенциометрически.

- ▶ Инструментальные методы исследования: определение угла наклона зубов; электроодонтодиагностика; реодентография; термоодонтодиагностика; реопародонтография; эхоостеометрия; измерение выносливости опорно-удерживающего аппарата зубов к вертикальной и горизонтальной нагрузке; полярография; гнатодинамометрия и др. используются для установления и подтверждения диагноза.
- ▶ Электроодонтодиагностика - метод оценки возбудимости чувствительных нервов зуба при их раздражении электрическим током. У интактных зубов порог раздражения чувствительных нервов зуба электрическим током лежит в пределах 2-6 мкА. Порог раздражения при глубоком кариесе - до 20 мкА, при воспалении в пульпе ? 20-50 мкА, при гибели коронковой части пульпы ? 50-60 мкА, при гибели корневой пульпы ? 100 мкА и выше. Следует помнить, что цифровые показатели электроодонтодиагностики зависят от возраста пациента, его психического состояния и возбудимости его нервной системы, а также анатомических размеров зуба, правильности наложения активного электрода.
- ▶ Термоодонтодиагностика - оценка состояния возбудимости чувствительных нервов зуба с помощью температурных раздражителей. С этой целью применяют охлажденную воду, поток воздуха, разогретую гуттаперчу. При воздействии температурными раздражителями быстро проходящая болевая реакция свидетельствует о кариозном процессе в зубах. Длительно не проходящая сильная боль позволяет предположить наличие воспалительного процесса в пульпе зуба.
- ▶ Реодентография. Данный метод оценки состояния пульпы зуба основан на графической регистрации пульсирующего потока крови по сосудистой системе пульпы зуба. Метод предназначен для дифференциальной диагностики среднего и глубокого кариеса, глубокого кариеса и пульпита, различных форм пульпита, а также для определения витальности пульпы зуба. Реодентография служит для контроля за состоянием пульпы зуба после одонтопрепарирования под искусственную коронку или состояние тканей под искусственными коронками.
- ▶ Диагностические модели челюстей больного служат неотъемлемой частью лечебно-диагностического процесса в клинике ортопедической стоматологии при большинстве нозологических форм. Модели необходимы для постановки диагноза и для контроля лечения (оценка начального состояния, после одонтопрепарирования, после наложения и фиксации протезов). Ряд измерительных приемов удобнее проводить на моделях, а некоторые возможны исключительно на них. Модели облегчают постановку диагноза и разработку плана лечения, позволяют судить о его результатах. С помощью диагностических моделей удастся уточнить рельеф поверхности альвеолярного отростка и альвеолярной части, степень атрофии и ее характер, деформацию после травмы.