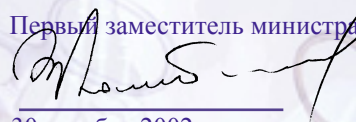


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Разрешено Минздравом Республики
Беларусь для практического использования

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

30 декабря 2002 г.

Регистрационный № 101-0701

Обследование стоматологического больного

(инструкция по применению)

Учреждения-разработчики: Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Институт физиологии НАНБ

Авторы: д-р мед. наук, проф. И.К. Луцкая, д-р мед. наук, проф., чл.-кор. НАНБ В.А. Кульчицкий, доц.
Я.А. Песоцкая, доц. Г.В. Бинцаровская, И.В. Кравчук

Перейти к оглавлению

ОГЛАВЛЕНИЕ

Общая схема обследования.....	3
Симптомы при поражении твердых тканей зуба.....	4
Обследование зубных рядов	6
Индексная оценка стоматологического статуса	6
Обследование области поражения	11

ОБЩАЯ СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ

Согласно требованиям Всемирной организации здравоохранения, в процессе обследования стоматологического больного необходимо соблюдать ряд этапов. Любые манипуляции врача должны быть направлены на нивелирование негативных симптомов, заставивших пациентов обратиться к стоматологу, и оптимизацию диагностических и лечебных мероприятий, цель которых заключается в излечении больного.

Первым этапом работы врача является сбор фактического материала, то есть выявление симптомов отклонения от нормы. Далее идет уточнение полученных сведений вплоть до постановки окончательного диагноза.

Применяемые в стоматологии методы исследования могут быть разделены на следующие группы: опрос больного (его близких), осмотр, пальпация, инструментальное обследование (зондирование, перкуссия зубов, термодиагностика), оценка индексов состояния десны и налета, физические методы (электрические, рентгенологические), лабораторные исследования (биохимическое, бактериологическое, цитологическое), специальные тесты (волдырная, гистаминовая, проба Ковецкого, кожная аллергическая проба и т.д.).

Опрос начинается с выявления жалоб. Наводящими вопросами врач направляет рассказ пациента об истории заболевания. При этом прежде всего важно расспросить о самых ранних проявлениях, о течении болезни, динамике ее развития — начальных симптомах и изменениях очагов поражения.

При выяснении анамнеза заболевания оценивается лечение, которое проводилось ранее. Пациент не всегда может точно определить начало и причину нарушений стоматологического статуса, поэтому задача врача — найти возможную связь с перенесенными или сопутствующими заболеваниями. Выясняется общее самочувствие больного, состояние других органов и систем, жалобы на изменения их деятельности (желудочно-кишечный тракт, сердечно-сосудистая и эндокринная системы и т.д.).

При опросе устанавливаются не только анамнез заболевания, но также условия жизни и труда, так как профессиональные вредности могут способствовать изменению цвета эмали (соли тяжелых металлов), повышенной стираемости тканей зуба (пары кислот), увеличению кариозного поражения (углеводы при работе на кондитерской фабрике), возникновению воспаления десен, периодонтита и пр.

Выясняются вредные привычки, благоприятствующие поражению органов полости рта.

СИМПТОМЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

При обследовании пациента оценивается состояние всего зубного ряда, в том числе учитываются характер и выраженность болевых ощущений.

Как известно, боли могут возникать под влиянием слабого или сильного раздражителя (термического, механического, химического), что характерно для кариеса и пульпита, а также без воздействия внешних факторов, самопроизвольно (воспаление пульпы, апикального периодонта).

Опытный врач-стоматолог знает, что продолжительность болей зависит от степени изменений в пульпе зуба. Нормальная пульпа не реагирует на обычные механические, химические и температурные раздражители. Боль от воздействий, которая быстро возникает, но с устранением причины сразу исчезает, характерна для заболеваний, при которых пульпа зуба не воспалена (кариес, стирание твердых тканей, гиперестезия — повышенная чувствительность зуба).

При воспалительном процессе в пульпе боль, вызванная тем же раздражителем, продолжается и после устранения причины в течение более или менее длительного времени.

Если боли возникают без воздействия внешних факторов, самопроизвольно, то выясняется их характер и продолжительность. Они могут быть прерывистые (приступообразные) и непрерывные (постоянные). Непрерывные ноющие или острые боли (дергающие, пульсирующие) типичны для верхушечного периодонтита, приступообразные — для пульпита. В последнем случае болевые приступы могут продолжаться от нескольких минут до нескольких часов, но обязательно существуют периоды, когда боль прекращается или хотя бы незначительно утихает.

Важное значение имеет выяснение времени появления болевых приступов. Известно, что для пульпитов характерны приступы ночных болей. Отсутствие боли ночью и наличие приступов при воздействии на триггерные зоны свидетельствует о невралгии тройничного нерва. Боль в зубе при резком наклоне головы характеризует конкрементозный пульпит.

Большое значение в установлении диагноза имеет определение локализации болей, поскольку при некоторых заболеваниях или их начальных стадиях болевые ощущения носят локализованный характер, а при других — разлитой, что особенно характерно для гнойного воспаления мягких тканей зуба. Например, при остром пульпите боли могут иррадиировать по ходу ветвей тройничного нерва.

Обследование стоматологического больного

В то же время одинаковые жалобы могут встречаться при различных заболеваниях, поэтому определение диагноза только по опросу затруднено. Вот почему во всех случаях диагностики необходимо применять объективные методы клинического исследования (осмотр, зондирование, термометрия, перкуссия), а также способы, использующие современные достижения различных отраслей науки: физики, химии, биологии и пр.

Осмотр является первым приемом объективного исследования.

Эксперты ВОЗ рекомендуют следующий подход. Обследование включает три части: А — внеротовую область головы и шеи; В — околоротовые и внутриротовые мягкие ткани; С — зубы и ткани периодонта.

Необходимое оборудование и материалы (для всех этапов): адекватное освещение, два зубоврачебных зеркала и две марлевые салфетки. Не следует забывать о перчатках, маске, гигиеническом контроле.

Пациент находится в положении сидя.

Первая часть обследования — А — требует ограниченного количества инструментов и занимает не более 5 мин. Осматривается голова, лицо, шея. Врач оценивает изменения в размерах, цвете и форме анатомической области.

Часть вторая — В — включает 7 шагов: красная кайма губ; слизистая и переходная складка губ; углы рта, слизистая и переходная складка щек; десна и альвеолярный край; язык; дно полости рта; твердое и мягкое небо.

V_1 — губы осматривают при открытом и закрытом рте. Регистрируют цвет, блеск, консистенцию.

V_2 — осматривают слизистую губ и переходной складки (цвет, консистенция, влажность и т.д.). На внутренней поверхности губы в норме иногда обнаруживаются небольшие возвышения за счет мелких слизистых желез, что не является патологией.

V_3 — используя два зеркала, обследуют сначала правую, затем левую щеку (слизистую) от угла рта до небной миндалины (пигментация, изменение цвета и пр.). По линии смыкания зубов могут располагаться дериваты сальных желез, которые не следует принимать за патологию. Эти бледновато-желтого цвета узелки диаметром 1–2 мм не возвышаются над слизистой оболочкой. Нужно помнить, что на уровне 17 и 27 зубов имеются сосочки, на которых открывается выводной проток околоушной железы, иногда также принимаемый за отклонения.

Обследование стоматологического больного

B_4 — десна — сначала осматривают щечную и губную область, начиная с правого верхнего заднего участка, и затем перемещаются по дуге влево. Опускаются на нижнюю челюсть слева сзади и перемещаются вправо по дуге. Затем обследуют язычную и небную области десен: справа налево на верхней челюсти и слева направо вдоль нижней челюсти. На десне могут встречаться изменения цвета, опухоли и отечность различной формы и консистенции. По переходной складке — свищевые ходы, которые возникают чаще всего в результате хронического воспалительного процесса в верхушечном периодонте.

B_5 — язык — оценивают консистенцию, подвижность, все виды сосочков.

B_6 — дно полости рта — регистрируют изменение цвета, сосудистого рисунка и т.д.

B_7 — небо — осматривают при широко открытом рте и откинутой назад голове; широким шпателем осторожно прижимают корень языка, с помощью зубоорачебного зеркала осматривают твердое, затем мягкое небо. Если ткани отличаются по виду от нормы, их пальпируют.

Обследование зубных рядов

Вначале производится осмотр всех зубов, а не только того, на который указывает пациент. Обследование рекомендуется производить в одном и том же порядке, то есть по определенной системе с помощью стоматологического зеркала и зонда. Тщательно осматриваются и зондируются окклюзионные и проксимальные поверхности, на которых обнаружить полость, особенно небольших размеров, довольно трудно.

Обследование зубных рядов завершается заполнением зубной формулы и подсчетом КПУ с анализом его структуры.

После осмотра зубов переходят к регистрации других объективных показателей состояния полости рта.

Индексная оценка стоматологического статуса

Оптимальное определение параметров пародонта (периодонта) обеспечивается изучением специальных индексов.

СРITN (ВОЗ)

Комплексный пародонтальный (периодонтальный) индекс нуждаемости в лечении применяется для оценки состояния пародонта взрослого населения, для планирования профилактики и лечения, определения потребности в стоматологическом персонале, анализа и совершенствования лечебно-профилактических программ.

С целью определения показателя используется периодонтальный зонд специальной конструкции, имеющий на конце шарик диаметром 0,5 мм и черную полосу на расстоянии 3,5 мм от кончика зонда.

У лиц старше 20 лет исследуют пародонт в области шести групп зубов (17/16, 11, 26/27, 37/36, 31, 46/47) на нижней и верхней челюстях. Если в названном секстанте нет ни одного индексного зуба, то в нем осматриваются все сохранившиеся зубы.

У молодых людей в возрасте до 19 лет исследуют 16, 11, 26, 36, 31, 46 зубы.

Регистрация результатов исследования проводится согласно следующим кодам:

- 0 — здоровая десна, нет признаков патологии,
- 1 — после зондирования наблюдается кровоточивость десны,
- 2 — зондом определяется поддесневой зубной камень, черная полоска зонда не погружается в десневой карман,
- 3 — определяется карман 4–5 мм; черная полоска зонда частично погружается в зубодесневой карман,
- 4 — определяется карман более 6 мм; черная полоска зонда полностью погружена в десневой карман.

Индекс РМА (Schour, Massler)

Воспаление десневого сосочка (Р) оценивают как 1, воспаление края десны (М) — 2, воспаление слизистой оболочки альвеолярного отростка челюсти (А) — 3.

При суммировании оценок состояния десны у каждого зуба получают индекс РМА. При этом число обследуемых зубов пациентов в возрасте от 6 до 11 лет составляет 24, от 12 до 14 лет — 28, а с 15 лет — 30.

Индекс РМА вычисляют в процентах следующим образом:

$$\text{РМА} = (\text{сумма показателей} \times 100) : (3 \times \text{число зубов}).$$

Обследование стоматологического больного

В абсолютных числах РМА = сумма показателей : число зубов.

Десневой индекс GI (Loe, Silness)

У каждого зуба дифференцировано обследуют четыре участка: вестибулярно-дистальный десневой сосочек, вестибулярная краевая десна, вестибулярно-медиальный десневой сосочек, язычная (или небная) краевая десна.

Результаты оцениваются следующим образом:

0 — нормальная десна,

1 — легкое воспаление, небольшое изменение цвета слизистой десны, легкая отечность, нет кровоточивости при пальпации,

2 — умеренное воспаление, покраснение, отек, кровоточивость при пальпации,

3 — резко выраженное воспаление с заметным покраснением и отеком, изъязвлениями, тенденцией к спонтанным кровотечениям.

Ключевые зубы, у которых обследуется десна: 16, 21, 24, 36, 41, 44.

Для оценки результатов обследования сумма баллов делится на 4 и на количество зубов:

0,1–1,0 — легкий гингивит, 1,1–2,0 — гингивит средней тяжести, 2,1–3,0 — тяжелый гингивит.

Комплексный периодонтальный индекс (КПИ) (Леус П.А.)

У подростков и взрослых исследуют 17/16, 11, 26/27, 31, 36/37, 46/47 зубы.

Обследование пациента производится в стоматологическом кресле при адекватном искусственном освещении. Используется обычный набор зубоврачебных инструментов.

Результаты могут быть следующими: 0 — здоровый периодонт, 1 — зубной налет, 2 — кровоточивость, 3 — зубной камень, 4 — патологический карман, 5 — подвижность зуба.

При наличии нескольких признаков регистрируется более тяжелое поражение (более высокий балл). В случае сомнения предпочтение отдается гиподиагностике.

КПИ индивидуума рассчитывается по формуле:

$$\text{КПИ} = \frac{\sum \text{кодов}}{n \text{ зубов (обычно 6)}}$$

Средний КПИ обследованной группы населения рассчитывается путем нахождения среднего числа индивидуальных значений КПИ.

$$\text{Средний КПИ} = \frac{\sum \text{КПИ индивидуальных}}{n \text{ обследованных лиц}}$$

Оценочные критерии интенсивности болезней периодонта по индексу КПИ: 0,1–1,0 — риск заболевания, 1,1–2,0 — легкая, 2,1–3,5 — средняя, 3,6–5,0 — тяжелая.

Важную роль в диагностике и прогнозировании эффективности лечебно-профилактических мероприятий в стоматологии играют индексы гигиены полости рта.

Коррекция нарушений цвета зуба, независимо от избранного метода лечения, требует особого внимания к оценке гигиенического состояния зубов.

Индекс Грина — Вермиллиона (Green, Vermillion)

Упрощенный индекс гигиены полости рта (ОНИ-S) заключается в визуальной оценке площади поверхности зуба, покрытой налетом и/или зубным камнем, не требует использования специальных красителей. Для определения ОНИ-S исследуют щечную поверхность 16 и 26, губную поверхность 11 и 31, язычную поверхность 36 и 46, перемещая кончик зонда от режущего края в направлении десны.

Отсутствие зубного налета обозначается как 0, зубной налет до 1/3 поверхности зуба — 1, зубной налет от 1/3 до 2/3 — 2, зубной налет покрывает более 2/3 поверхности эмали — 3. Затем определяется зубной камень по такому же принципу: 0 — нет (или любое количество плотного пигментированного налета), 1 — наддесневой камень на 1/3 коронки; 2 — наддесневой камень на 2/3 коронки, и/или поддесневой зубной камень в виде отдельных конгломератов; 3 — наддесневой камень >2/3 коронки или поддесневой зубной камень, окружающий пришеечную часть зуба.

Формула для расчета индекса:

$$\text{ОНИ-S} = \frac{\sum \text{ЗН}}{n} + \frac{\sum \text{ЗК}}{n}$$

где n — количество зубов, ЗН — зубной налет, ЗК — зубной камень.

Значение и оценка показателя ОНI-S

Значение	Оценка индекса	Оценка гигиены полости рта
0–0,6	низкий	хорошая
0,7–1,6	средний	удовлетворительная
1,7–2,5	высокий	неудовлетворительная
>2,6	очень высокий	плохая

Индекс Силнес — Лоу (Silness, Loe)

Он учитывает толщину налета в десневой области на четырех участках поверхности зуба: вестибулярной, язычной, дистальной и мезиальной. После высушивания эмали кончиком зонда проводят по ее поверхности у десневой борозды. Если к кончику зонда не прилипает мягкое вещество, индекс налета на участке зуба обозначается как 0. Если визуально налет не определяется, но становится видимым после движения зонда, индекс равен 1. Бляшка толщиной от тонкого слоя до умеренного, видимая невооруженным глазом, оценивается показателем 2. Интенсивное отложение зубного налета в области десневой борозды и межзубного промежутка обозначается как 3. Для каждого зуба индекс вычисляется делением суммы баллов 4 поверхностей на 4.

Общий индекс равен сумме показателей всех обследованных зубов, деленной на их количество.

Для определения кислотоустойчивости эмали разработан тест резистентности эмали, основанный на регистрации убыли твердых тканей зуба после кислотной травмы.

Обследование стоматологического больного

Тест проводится следующим образом: на очищенную от налета и высушенную ватным тампоном вестибулярную поверхность одного из верхних центральных резцов по центру наносится капля 1 N раствора соляной кислоты диаметром 1,5 мм, которая через 5 с смывается водой, зуб высушивается. На участок травления наносится капля 1% водного раствора метиленового синего и сразу снимается сухим ватным тампоном одним стирающим движением. Участок протравки при этом окрашивается в различные оттенки синего цвета. Чем ниже кислотоустойчивость, тем больше шероховатость и выше интенсивность окраски, которая оценивается по стандартной 10-балльной шкале цветов (от бледно-голубого до интенсивного синего). Если интенсивность окраски места протравки соответствует цветовым полоскам от 10 до 30% отмечают высокую устойчивость зубов к действию кислот, 40–50% — среднюю, 60–70% — пониженную, 80% и более — крайне низкую кислотоустойчивость. Интенсивность окраски обозначается также в баллах от 1 до 10, что соответствует процентному выражению. Исследование не требует длительного времени исполнения и может широко использоваться не только в научных исследованиях, но и в клинической диагностике.

Высокая кислотоустойчивость эмали характеризует резистентность зубов к кариесу, низкая — восприимчивость. Следовательно, тест резистентности эмали может использоваться с целью прогнозирования кариеса.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ОБЛАСТИ ПОРАЖЕНИЯ

После заполнения в амбулаторной карте разделов, касающихся опроса, общего осмотра органов полости рта и зубных рядов, индексной оценки их состояния, приступают к детальному обследованию области поражения: отдельного зуба, группы зубов и т.д.

Важным признаком при постановке диагноза может быть цвет эмали. У взрослых людей зубы обычно белого цвета с желтоватым оттенком (постоянные), у детей — с голубым оттенком (временные). Независимо от цвета для эмали всех здоровых зубов характерна особенная прозрачность и «живой» блеск.

Депульпированные зубы теряют живой блеск эмали, приобретают темно-серый оттенок. Цвет зуба бывает изменен вследствие действия внешних факторов: курение (темно-бурый налет), металлические пломбы (окрашивание зуба в зеленоватый, темные серые или черный цвет), химическая обработка каналов (черная окраска после применения метода серебрения, розовая — после воздействия резорцин-формалиновой смеси).

Форма и величина зубов также имеют диагностическое значение. Каждый зуб характеризуется типичной формой и размерами. Для определения целостности твердых тканей, их консистенции, выявления дефекта, определения степени чувствительности (болезненности) врач производит зондирование.

Перкуссия применяется для определения состояния апикального периодонта. Производится постукиванием пинцетом или ручкой зонда по режущему краю или жевательной поверхности. В норме, если периодонт не изменен, перкуссия безболезненна.

Пальпация используется для выявления отека, опухоли, подвижности зубов и пр. Ощупывание участков поражения производят надавливанием указательного пальца на слизистую оболочку либо захватом всей толщи или складки слизистой оболочки щеки, губы, языка двумя пальцами. Подвижность зубов оценивают при помощи пинцета.

Термодиагностика используется для определения чувствительности зуба на холодное или горячее путем орошения зубов струей воды из шприца. Лучше, когда в кариозную полость вносят или прикладывают к зубу ватный тампон, предварительно погруженный в холодную или горячую воду. Рекомендуется использовать специальные хладоагенты, например, «Coolan», направляя тонкую струю на испытываемый зуб.

После осмотра, перкуссии, термометрии переходят к исследованию зуба вспомогательными методами.

Для изучения состояния зубных тканей могут быть использованы физические способы. Наибольшее распространение получило применение электрического тока. Определение электровозбудимости пульпы зуба производят, например, аппаратами ОД-1 и ОД-2М, которые позволяют точно оценить пороговую силу тока. Активный электрод помещают на чувствительную точку зуба, пассивный пациент зажимает в ладони. Медленно увеличивают силу тока в цепи до появления слабых ощущений в зубе — сигнала о достижении порога чувствительности.

Следует помнить, что у резцов и клыков чувствительные точки расположены на середине режущего края, у премоляров — на вершине щечного бугра, у моляров — на вершине переднего щечного бугра.

Известно, что здоровые зубы обычно реагируют на ток 2–6 мкА. В начальных стадиях кариеса зубы сохраняют чувствительность к токам 2–6 мкА. Однако уже при среднем кариесе, а особенно часто при глубоком, возбудимость пульпы может быть пониженной (8–10 мкА).

Снижение электровозбудимости зуба до 20–40–60 мкА указывает на развитие воспалительного процесса (пульпит). Реакция на ток 60 мкА и выше говорит о некрозе коронковой пульпы. Если же некротизируется и корневая пульпа, то зуб реагирует на ток выше 100 мкА. Существенное снижение электровозбудимости зуба на фоне нарушения его окраски с большой долей вероятности свидетельствует о потере витальности.

В настоящее время имеется возможность использовать для оценки состояния пульпы и твердых тканей биоэлектрическую активность зуба. Биоэлектрический потенциал (БЭП) регистрируется цифровым электронным вольтметром.

Средние значения БЭП, полученные с различных точек одного зуба, разнятся и величиной, и зарядом. Значение БЭП, снятые с режущего края или вершины бугра и экваториальной точки, близки по абсолютной величине и всегда имеют положительный заряд. Две другие точки (пришеечная область всех зубов и дно борозды окклюзионных поверхностей боковых зубов) характеризуются отрицательным зарядом. Причем сразу после прорезывания зуба абсолютное значение БЭП наибольшее и выражено положительной трехзначной цифрой. С возрастом оно уменьшается и доходит до отрицательного заряда порядка нескольких десятков мВ. Величины БЭП в аналогичных точках симметричных зубов тождественны.

При клиническом диагнозе «начальный быстротекущий кариес» у детей БЭП поверхности кариозного пятна приобретает отрицательный показатель. Причем, величина БЭП зависит от наличия и размеров кариозного пятна: чем оно больше, тем выше абсолютное значение отрицательного заряда.

Электрометрия. Разработан электрометрический способ диагностики очаговой деминерализации эмали. Метод основан на способности кариозных тканей зуба проводить электрический ток различной величины в зависимости от степени поражения при установлении надежного контакта между активной поверхностью электрода и исследуемой поверхностью зуба с помощью раствора электролита.

Величина электрического тока, проходящего через твердые ткани интактных зубов, находится в пределах от 0,9 до 2,1 мкА.

Через участки очаговой деминерализации, локализованные на видимых поверхностях постоянных зубов с законченной минерализацией эмали, проходит электрический ток, в среднем силой от 1,8 до 4,0 мкА. Нарушение проницаемости эмали при начальном кариесе, соответствующее повышению интенсивности окрашивания метиленовым синим от 10 до 80% по градационной шкале, сопровождается нарастанием величины тока от 1,7 до 5,2 мкА. С увеличением размеров пятен средняя величина тока, проходящего через твердые ткани зуба, достоверно увеличивается от 2,6 до 3,3 мкА.

При гипоплазии и флюорозе изменение электрометрических параметров не характерно, равно как и витальное окрашивание.

Рентгенологическое исследование имеет большое диагностическое значение, а иногда является единственно надежным методом, позволяющим подтвердить или уточнить диагноз. При рентгенологическом исследовании могут быть использованы следующие способы: рентгеноскопия, рентгенография, стереорентгенография, томография, панорамная рентгенография, дигитальная радиография.

Рентгеноскопия получила ограниченное применение в стоматологии: она может быть использована для определения инородного тела в тканях.

Рентгенография является основным способом рентгенологического исследования зубов и костей челюстно-лицевой области. В поликлинических условиях чаще всего производят внутриротовые снимки. Особое диагностическое значение метод приобретает при лечении корневых каналов зубов (для определения их направления, проходимости, рабочей длины), оценке состояния окружающих зуб тканей, изменений в структуре челюстных костей и пр.

Панорамная рентгенография становится все более распространенной. Особенностью этого метода является возможность одновременного изображения всех зубов и костной ткани верхней и нижней челюстей на рентгеновской пленке.

Стереорентгенография позволяет получить представление о пространственном расположении дистопированных зубов, инородных тел, располагающихся в челюстно-лицевой области.

Томография обеспечивает рентгеновское изображение участка кости, расположенного на любой глубине. Этот метод применяется для выявления небольших патологических очагов, расположенных в глубоких слоях.

Дигитальная радиография. Стоматологическая компьютерная радиография (СКР) представляет собой беспленочную систему визуального контроля изображения твердых тканей. Система СКР превосходит традиционную рентгенографию по таким показателям, как скорость и качество получения изображения, его хранение, поиск, возможность значительного увеличения необходимого участка. Важным достоинством является существенное снижение дозы радиации при получении снимка.

Система СКР включает сенсорные датчики, которые работают в соответствии с компьютерной программой, которая контролирует захват изображения, хранение и увеличение. В распечатку вносятся имя пациента, дата обследования, оттиск изображения и другие сведения.

Витальное окрашивание. Одним из дополнительных методов является окрашивание эмали исследуемого зуба 2% водным раствором метиленового синего. Для этого на поверхность зуба после тщательной очистки его от налета (можно применять 3% раствор перекиси водорода), высушивания и изоляции от слюны наносится тампон с 2% водным раствором метиленового синего. Через 2–3 мин тампон удаляется, а избыток краски снимается, полость рта прополаскивается водой.

В норме эмаль не окрашивается. При наличии очагов подповерхностной деминерализации (кариес, кислотный некроз) появляется синий оттенок различной интенсивности в зависимости от степени поражения. Площадь поражения измеряется в мм². Для оценки интенсивности окраски зубных тканей используется стандартная 10-балльная шкала, выпускаемая полиграфической промышленностью, предусматривающая различные оттенки синего цвета от 1 до 10 баллов (или 10–100%).

Трансиллюминация. Метод визуально-тактильного обследования предусматривает использование галогеновой лампы и фиброоптического элемента, при помощи которых создается мощный пучок холодного света.

Непосредственно к зубу концентрированный луч подводится с помощью гибкого волоконно-оптического световода. При интактной коронке свет равномерно проходит через твердые ткани, не давая тени. При кариесе, некариозных поражениях, налетах, отложениях зубного камня на пораженном участке отмечается гашение свечения вследствие изменения оптической плотности просвечиваемых тканей.

Обследование стоматологического больного

В настоящее время для оказания квалифицированной стоматологической помощи врачам необходимы знания в сопряженных областях медицины. В первую очередь это касается области неврологии, поскольку нервная система контролирует работу всех систем и органов, обеспечивая функциональное единство организма. В условиях поликлинического приема пациентов обстоятельное исследование черепно-мозговых нервов часто оказывается неосуществимым. Однако быстрый целенаправленный ориентировочный осмотр пациентов поможет стоматологу обратить внимание на ряд важных клинических признаков и выработать адекватные приемы терапии. Особенно это касается выбора стратегии обезболивания.

Стоматологу следует помнить о симптомах аллодинии и гипералгезии, встречающихся при многих стоматологических заболеваниях.

При аллодинии болевые ощущения возникают в условиях нанесения неноцицептивных раздражений (то есть тех, которые в естественных условиях не способны вызвать ощущения боли).

При гипералгезии болевые ощущения усиливаются в условиях нанесения ноцицептивных раздражений. Возникает иррадиация боли, синестезии (когда раздражения ощущаются не только в месте их нанесения, но и в других областях), полиестезии (когда возникает представление о нескольких раздражениях, хотя фактически он один) и т.д.

В процессе первоначального осмотра больного в стоматологическом кабинете внимательный наружный осмотр может дать врачу очень многое. Ряд патологических явлений, к примеру, контрактуры, атрофии мышц лица, заметны уже при наружном осмотре и должны быть зарегистрированы в амбулаторной карте (с юридической точки зрения это важно, например, для избежания конфликтной ситуации в случае неудовлетворенности пациентов оказанным врачебным приемом).

При специальном неврологическом исследовании в первую очередь необходимо обратить внимание на форму и величину зрачков. Деформация зрачков заслуживает особого внимания в смысле подозрения на органическое поражение нервной системы. При исследовании зрачков необходимо оценить движение глазных яблок, особенно наличие нистагма (подергиваний глазных яблок). Наружный осмотр мимической мускулатуры недостаточен. Желательно попросить пациента наморщить лоб, нос, широко открыть рот, показать зубы. При параличе лицевого нерва наблюдаются тикообразные подергивания пораженных лицевых мышц, изменение ширины глазной щели, повышение механической возбудимости мышц. После периферического паралича язычной мускулатуры отмечаются фибриллярные подергивания с атрофией языка (что может быть симптомом синингобульбии или амиотрофического бокового склероза). Двусторонний парез языка вызывает расстройство речи типа дизартрии. Дефекты артикуляции, скандированная речь выявляются в процессе беседы и опроса больного.

Сложность диагностики неврогенных заболеваний языка заключается в большом полиморфизме чувствительных нарушений, обусловленном избирательностью поражения регионарных соматических или вегетативных нервных образований, центральных или периферических участков, а также характером и степенью поражения (ирритативный или дистрофический процесс).

Клинические наблюдения и экспериментальные исследования позволили дифференцировать чувствительные синдромы языка (Яворская Е.С., 1967). Основой систематики является клиническая картина и анатомический субстрат синдрома (табл. 2).

Согласно вышеприведенной схеме, все чувствительные синдромы языка по клинической картине делятся на две большие группы — болевые и парестетические; болевые в свою очередь подразделяются по анатомическому субстрату на соматические и вегетативные. Изучение чувствительных расстройств языка позволило выделить парестетический — висцеро-рефлекторный стволочной синдром (глоссодию) в самостоятельную нозологическую единицу. Важно отметить, что каждая группа заболеваний характеризуется типичной клинической симптоматикой (жалобами и объективными данными), что позволяет установить топический диагноз заболевания языка неврогенной этиологии.

Чувствительные синдромы языка

1 группа Болевые синдромы (глоссалгии)		2 группа Парестетические синдромы
соматические	вегетативные	
невралгия, неврит язычного нерва	ганглионит поднижнечелюстного, подъязычного и верхнего шейного вегетативных узлов	глоссодиния — висцеро-рефлекторный стволловой синдром
невралгия, неврит языкоглоточного нерва	синдром периваскулярной алгии языка	сирингобульбия, поражения мозга в результате сосудистых расстройств, опухоли ствола головного мозга
неврит промежуточно-лицевого нерва	шейный симпатический тунцит	

Способ диагностики заболеваний языка неврогенной этиологии состоит из тщательного опроса пациента, при котором необходимо выяснить характер болей или парестезий, их локализацию, нарушение слюноотделения и вкуса и другие жалобы (расстройства глотания, речи, изменение голоса, ограничение подвижности языка). Боль изучают с позиции феноменологии: характер, интенсивность, длительность, локализация, частота болевых приступов, факторы, провоцирующие боль. Изучение стоматоневрологического статуса включает исследование функций тройничного, промежуточно-лицевого, языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов (исследование поверхностной, глубокой и вкусовой чувствительности, объема движений языка), а также состояния регионарных соматических и вегетативных нервных образований методом скользящей, фиксирующей пальпации. Проекционные точки соматических нервов, вегетативных узлов, артериальных стволов показаны на рисунке.



*Проекционные точки: ● — соматических нервов, * — проекционные точки вегетативных узлов, нервов, ○ — проекционные точки артерий; 1, 2, 3 — 1-3 ветви тройничного нерва, 4 — шейные спинномозговые корешки, 5-6 — малый и большой затылочные нервы, 7 — поднижнечелюстной вегетативный узел, 8 — верхний шейный вегетативный узел, 9 — звездчатый узел, 10 — шейный симпатический ствол, 11 — медиальная сосудистая точка орбиты (Геймановича), 12 — язычная артерия (точка Яворской), 13 — каротидный синус*

Из дополнительных методов исследования используют рентгенографию альвеолярных отростков челюстей, височно-нижнечелюстного сустава, черепа, шейного отдела позвоночника; изменение кожной температуры, определение электропотенциалов области регионарных рецепторных полей, электроэнцефалографию, реоэнцефалографию.

Итак, квалифицированный стоматолог обязан обладать разнообразными врачебными знаниями, что в сочетании с высокой профессиональной подготовленностью поможет оказать пациенту необходимую помощь в кратчайший период. В современных условиях в процессе обследования и лечения стоматологического больного недостаточно ориентироваться только на те знания, которые были получены во время обучения в вузе. Новейшие достижения стоматологической науки должны стать достоянием каждого стоматолога во время повышения квалификации в Белорусской медицинской академии последипломного образования. Новые знания помогут врачу-стоматологу оказывать пациентам помощь в соответствии со всеми современными требованиями ВОЗ.