

*Методы обследования
полости рта.*



МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА

Основные

- опрос;
- осмотр;
- пальпация;
- перкуссия;
- зондирование.

Дополнительные

- термометрические;
- электрометрические (электроодонтодиагностика);
- гистологический и гистохимический;
- цитологические;
- бактериологические;
- исследования крови и кроветворения;
- рентгенологические;
- сиалография;
- серологические;
- специфические исследования в полости рта.



ОПРОС

- Жалобы
- Анамнез заболевания
- Анамнез жизни
- Наличие профессиональных вредностей
- Аллергологический анамнез
- Перенесенные заболевания



ОСМОТР

Осмотр — один из основных методов диагностики стоматологических заболеваний. Различают внешний осмотр и осмотр полости рта и зубов.

При внешнем осмотре обращают внимание на общий вид больного, его активность.

- Осмотр полости рта начинают при сомкнутых челюстях и зубах. Должны быть обследованы также уголки губ. Затем осматривают вестибулярную часть полости рта.
- Ткани слизистой оболочки полости рта или ткани лица, которые кажутся измененными, а также поднижнечелюстные, подъязычные и шейные лимфоузлы следует пропальпировать.
- При осмотре слизистой оболочки обращают внимание на ее цвет. Здоровая слизистая имеет окраску от неясно-розовой на десне до более красной на переходных складках и в области дужек.
- Осмотр зубов проводят с помощью стоматологического зеркала и зонда. Осмотру подлежат все зубы верхней и нижней челюстей. Чтобы не пропустить то или иное поражение, зубы осматривают в определенной последовательности. Сначала обследуют зубы верхней челюсти справа налево, начиная с правых верхних моляров, затем зубы нижней челюсти, начиная с левых нижних моляров.



ЩЕРКУССИЯ

Проводят легкое постукивание по режущей или окклюзионной поверхности зуба обратным концом (ручкой) зонда в вертикальном (параллельно длинной оси зуба) или горизонтальном направлении. При нормальном состоянии периодонта это не вызывает болезненных или неприятных ощущений у пациента.



Пальпация

С помощью пальпации определяют консистенцию, подвижность тканей и органов, их болевую реакцию, флюктуацию, размеры и границы очага. Различают пальпацию поверхностную, глубокую, вне- и внутриротовую. Ощупывание проводят всеми пальцами обеих рук. Пальпацию нужно проводить не причиняя боли и не вызывая дополнительных повреждений.



Зондирование

Зондирование проводят с помощью зонда. Оно позволяет выявить дефекты и изменения на поверхности эмали, плотность дна и стенок кариозной полости, болевую чувствительность участков поражения, глубину кариозной полости.



Рентгенологическое исследование

Наиболее часто в стоматологической практике применяются:

- обзорная рентгенография;
- внеротовая рентгенография зубов и челюстей;
- внутриротовая рентгенография.



ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАММА

Могут выполняться в трех проекциях — прямой, боковой и передней полуаксиальной — и позволяют получить изображение всего лицевого и мозгового черепа.

Снимки в *носо-подбородочной* проекции применяются: для исследования костей среднего и верхнего этажей лицевого черепа, придаточных пазух носа. Состояние зубов на рентгенограммах в прямой проекции не анализируется.

Боковые снимки черепа производятся как обязательное дополнение к прямым. Обычно доступны обзору лишь грубые, обширные костные изменения. Боковые снимки чаще выполняются для исследования состояния мозгового черепа, его основания, турецкого седла, основной и лобной пазух, а также для определения локализации инородных тел.

Аксиальные и передние *полуаксиальные* снимки выполняются при необходимости исследования всех структур основания черепа, костей средней зоны лица, в том числе глазниц, гайморовых пазух, скуловых костей.

Внеротовые (экстраоральные)

Снимки челюстей выполняются как с помощью дентальных, так и других рентгеновских аппаратов.

Внеротовые рентгенограммы выполняют для изучения нижней челюсти, скуловых костей, височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), а также при сиалографии.

Показаниями для таких снимков могут быть воспалительные, опухолевые, травматические повреждения челюстей, обширные кисты, поражения периодонта нижней челюсти при невозможности выполнения внутриротовых рентгенограмм.



Внутриротовая рентгенография

Является основой рентгенологического исследования при большинстве заболеваний зубов и пародонта. В настоящее время существуют четыре методики внутриротовой рентгенографии, используемые с целью изучения состояния зубов, пародонта и периодонта:

1. Контактная рентгенография по правилу изометрии.
2. Интерпроксимальная рентгенография.
3. Рентгенография в прикус (окклюзионная).
4. Рентгенография с увеличением фокусного расстояния параллельным пучком лучей (длиннофокусная рентгенография).



Панорамная рентгенография – методика, позволяющая получить на одной пленке развернутое (несколько увеличенное) изображение одной из челюстей.

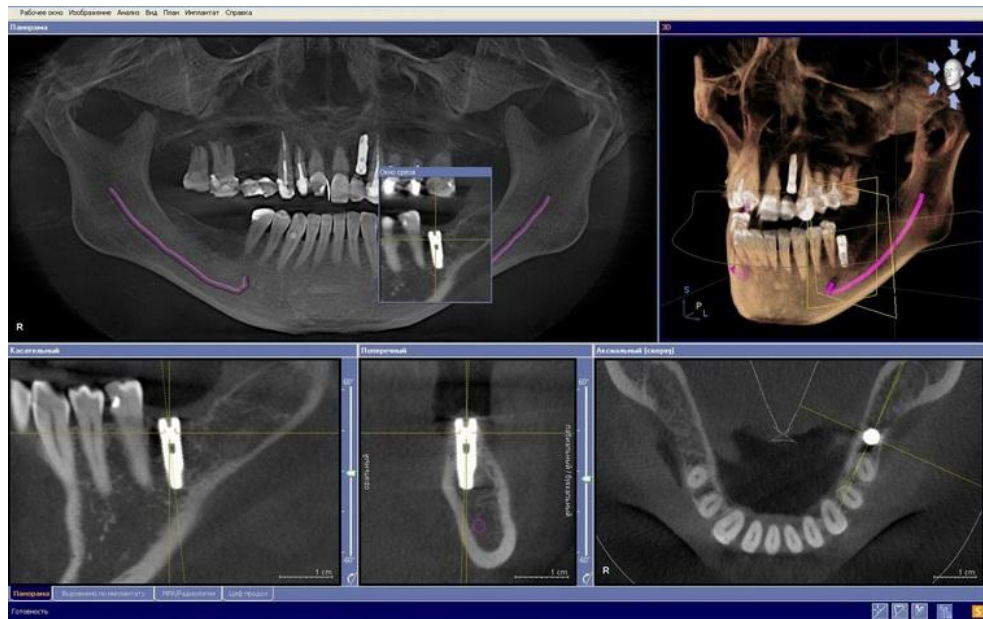


Ортопантомография (панорамная томография) – метод, позволяющий получить изображение изогнутого слоя на плоской рентгеновской пленке.



Компьютерная томография позволяет получить поперечное послойное изображение любой области человеческого тела, в том числе черепа.

КТ используется при диагностике заболеваний лицевого черепа и зубочелюстной системы: переломов, опухолей, кист, системных заболеваний, патологии слюнных желез и ВНЧС. Особенно показано КТ-исследование при процессах труднодоступных локализаций (решетчатый лабиринт, основная кость, крылонебная ямка и др.).



Магнитно-резонансная томография (МРТ)

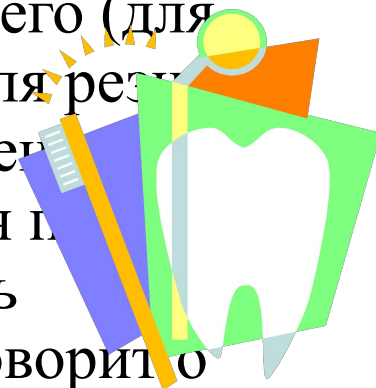
метод лучевой диагностики, основанный на регистрации энергии, испускаемой протонами ядер водорода внутренних сред человеческого тела при возвращении их из возбужденного состояния в исходное (т.н. релаксация).

Резонансное возбуждение ядер и эффект спина возникают под воздействием радиочастотных импульсов, генерируемых при взаимодействии магнита, создающего статическое магнитное поле, и дополнительной высокочастотной катушки. Последняя одновременно служит и для регистрации сигнала релаксации.

Мощный компьютер анализирует получаемую информацию.

Данный метод имеет преимущества в визуализации мягких тканей, таких как мышечная, жировая, хрящевая и т.п., что делает его применение особенно необходимым при исследовании ВНЧС, слизистых оболочек придаточных пазух носа и полости рта, слюнных желез и других мягкотканых структур головы и шеи. Метод необременителен для больного, не несет вредного воздействия на его организм.

Термометрическое исследование может быть использовано для определения жизнеспособности пульпы. Для этого на высушенную поверхность зуба наносят ватный тампон, охлажденный эфиром или водой после таяния льда, или накладывают горячую гуттаперчу. Если от горячего (для резцов например, более 50 °С) или холодного (для резцов например, менее 22 °С) возникает боль, но в течение нескольких секунд после удаления раздражителя и то это нормальная реакция пульпы. Если же боль прекращается через 10—15 с и больше, то это говорит о гиперемии пульпы или обратимом воспалении. Сильная продолжительная боль от раздражителей, продолжающаяся и после их устранения, указывает на необратимый пульпит, при котором показано полное удаление пульпы. Боль, возникающая от тепла, но быстро прекращающаяся от холодного, также говорит о необратимом пульпите. Отсутствие реакции на температурные пробы указывает на то, что пульпа уже некротизирована.



Электрометрическое исследование

(электроодонтодиагностика) предоставляет более полные данные о состоянии пульпы. Применение электрического тока с целью диагностики получило большое распространение, так как его сила и продолжительность легко дозируются, а неоднократное использование не вызывает повреждений. Суть исследования состоит в определении пороговой силы раздражения пульпы. В норме показатели порогового возбуждения пульпы составляют 2—6 мкА.

Снижение электровозбудимости до 20—40 мкА свидетельствует о наличии воспалительного процесса. Об ограниченном воспалении пульпы можно говорить в случае, если на одном бугре возбудимость понижена, а на остальных не изменена. Если процесс захватывает всю коронковую пульпу, то возбудимость будет понижена на всех буграх коронки.

Реакция пульпы на ток 60 мкА и выше указывает на некроз некорневой пульпы. Если пульпа реагирует на ток 100 мкА, то это указывает на некроз всей пульпы зуба. При этом здоровый, не вовлеченный в воспаление периодонт реагирует на ток 100—200 мкА. При значительных изменениях в периодонте зуб реагирует на ток свыше 200 мкА.



Обследуемый зуб до приложения электрода должен быть изолирован и высушен, а затем покрыт токопроводящим веществом — зубной пастой или гелем. Сила тока регулируется аппаратом либо возрастает автоматически через определенный промежуток времени (подробности в инструкции изготовителя). Когда у пациента возникает чувствительность в зубе в ответ на прохождение тока, он с помощью прерывателя разрывает электрическую цепь, автоматически фиксируя минимальное показание прибора. Таким образом, электрометрический тест пульпы обеспечивает дополнительную информацию и при сравнении с другими данными способствует постановке более точного диагноза. Однако в ряде случаев этот тест невозможен (в случае реставрации или наличии коронки, покрывающей зуб).

Людям с вживленным водителем ритма сердца электродиагностика противопоказана.

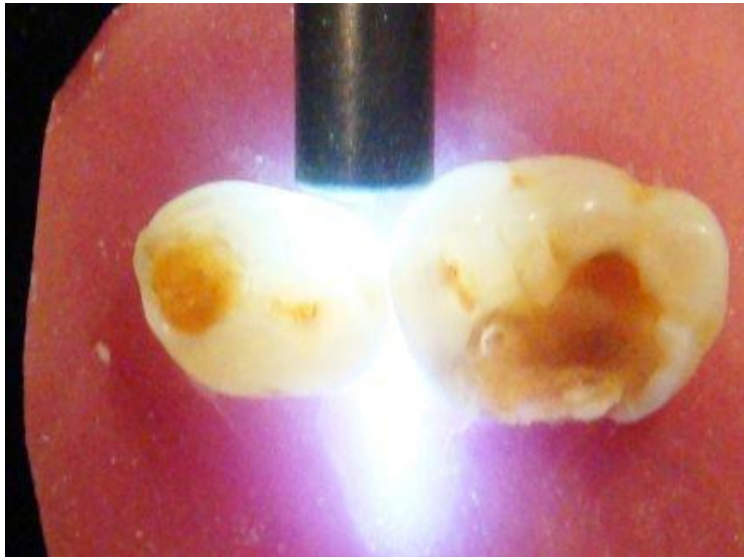
Электроодонтодиагностика обычно не проводится:

- после проведенного обезболивания;
- маленьким детям;
- в зубах с несформированным корнем;
- психически больным.

Чувствительность пульпы зубов с пониженной функцией (отсутствие антагониста, петрификация пульпы и т. д.) также может быть снижена. Снижение возбудимости возможно также в третьих молярах. Важно помнить, что данные порогового значения электроодонтометрии достоверны только в зубах постоянного прикуса с полностью сформированной верхушкой корня.



Люминисцентная диагностика. Эта технология основана на способности тканей и клеток под воздействием ультрафиолетовых лучей менять свой свет. В затемненной комнате люминисцентной диагностике можно подвергать как мягкие, так и твердые ткани.



Апекс-локация. Определение длины зуба — это первый важный шаг в препарировании корневого канала. Хотя стоматологи обычно используют рентгенографию для выявления рабочей длины зуба, апикальное отверстие чаще всего не видно на рентгеновском снимке. Среднее расстояние между апикальным отверстием и непосредственно самим апексом (верхушкой зуба) примерно 0,5—1 мм. На помощь врачу часто приходит апекс-локатор, позволяющий точно определить длину корневого канала и расстояние (мм) до физиологического отверстия.

