

Валентина Моисеева

**Терапевтическая
стоматология.
Конспект...**



Валентина Моисеева

**Терапевтическая
стоматология. Конспект лекций**

«Научная книга»

2009

Моисеева В. В.

Терапевтическая стоматология. Конспект лекций /
В. В. Моисеева — «Научная книга», 2009

Книга включает в себя полный курс лекций по терапевтической стоматологии, написана доступным языком и будет незаменимым помощником для тех, кто желает быстро подготовиться к экзамену и успешно его сдать. Предназначена для студентов колледжей, медицинских вузов.

© Моисеева В. В., 2009

© Научная книга, 2009

Содержание

Лекция № 1	6
1. Основные этапы развития терапевтической стоматологии	6
2. Необходимость профилактики стоматологических заболеваний	7
3. Организация стоматологического кабинета	8
Лекция № 2	11
Лекция № 3	15
Конец ознакомительного фрагмента.	16

Моисеева В. В

Терапевтическая стоматология. Конспект лекций

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

Лекция № 1

Вводная

1. Основные этапы развития терапевтической стоматологии

Болезни зубов существовали во все времена. Во все времена люди пытались найти способ их устранения. Зубоврачевание, таким образом, зародилось в далекой древности. Считают, что первые зубные врачи появились в Египте. Чего только ни применяли для лечения зубной боли: ритуалы, обереги, талисманы, смеси из различных трав, плодов, иглоукалывание. Удалять зубы не хотели. Их утрата представлялась несчастьем. И зубные врачи тоже неохотно занимались удалением зубов. В целях профилактики появились зубные щетки из дерева, щетки для языка, применялись полоскания ротовой полости. Дефекты зубных рядов при отсутствующих зубах старались восполнить зубными протезами, которые в разное время имели разное строение.

В XVII – начале XVIII вв. появляется специальность «зубоврачевание». С 1810 г. для возможности работать зубным врачам необходимо сдавать экзамен. Долгое время зубоврачевание было прерогативой мужчин. Но в 1829 г. вышел указ, на основании которого женщины могут также работать по специальности зубного врача при условии сдачи экзамена. Ножная бормашина появилась в 1871 г. Создателем ее является Morrison. Первая зубоврачебная школа появилась в Петербурге в 1881 г. Через 9 лет зубоврачебная школа создается и в Москве. С марта 1920 г. организуются кафедры стоматологии при медицинских институтах. В 1930-е гг. появляются целые институты, выпускающие врачей-стоматологов. На 1949 г. срок обучения врача-стоматолога составляет 5 лет.

2. Необходимость профилактики стоматологических заболеваний

Профилактика стоматологических заболеваний бывает первичной, вторичной, третичной. Первичная профилактика направлена на устранение причины, вызывающей развитие патологии. Таким образом, можно добиться того, что процесс останется на том уровне, на котором он оказывается во время действия средств первичной профилактики. Вторичная профилактика осуществляется посредством лечения заболевания, предотвращается развитие осложнений. Третичной профилактикой является восстановление нормальной работы органа или системы, которые патология затронула.

Врач-стоматолог получает высшее образование. Он должен не просто бездумно, однотипно, монотонно выполнять свою работу, но и рассматривать заболевание ротовой полости во взаимосвязи со всем организмом, четко представлять себе особенности этиологии, течения, динамики развития заболевания и применять свои знания на практике. Он обязан быть специалистом, должен быть в состоянии оказать квалифицированную помощь в полном объеме, помочь пациенту.

3. Организация стоматологического кабинета

Организация стоматологического кабинета имеет большое значение. Объясняется это требованиями эргономики, гигиеническими требованиями. Кабинет необходимо оборудовать так, чтобы они выполнялись.

В каждом кабинете оборудована стоматологическая установка, с помощью которой проводятся обследования и лечение пациента. Каждая установка предполагает наличие в кабинете определенной площади. Так, при нахождении одного кресла в кабинете его площадь должна составлять не менее 14 м². При оборудовании кабинета двумя и более креслами каждое кресло (помимо первого) предполагает еще 10 м² площади. Стоматологическая установка представляет собой комплекс из турбинной бормашины с устройством воздушно-водяного охлаждения, переходника для микромотора и прямых наконечников, лампы дневного света. Установка оснащается стоматологическим креслом с регулировкой высоты сидения. Согласно гигиеническим нормативам стены в стоматологическом кабинете рекомендуют делать гладкими, окрашивать красками пастельных тонов. Пол в кабинете следует покрыть линолеумом, причем с таким расчетом, чтобы края его покрывали нижние 10 см стен. Не должно быть никаких щелей и неровностей ни на полу, ни на стенах.

Освещение в кабинете должно быть как естественное, так и искусственное. Окна предпочтительнее располагать на северную сторону. Наличие источников искусственного света также обязательно. Лампа дневного света, оборудованная на установке, должна обладать освещенностью в пределах 8000–28 000 люкс. Глубина помещения не должна быть больше 6 м.

В кабинете необходимо обеспечить наличие приточно-вытяжной вентиляции.

Во время стоматологического приема врач использует большое количество разнообразных инструментов. На них могут содержаться микроорганизмы, продукты их жизнедеятельности, споры. Пациент, таким образом, может быть подвержен риску заражения этими инфекционными агентами. Чтобы этого не произошло, следуют правилам асептики и антисептики. Антисептика предполагает предупреждение проникновения инфекции в организм человека, очищение раны, уже содержащей инфекционные агенты. Достигается это путем проведения обработки инструментария, в частности стоматологического.

Обработка стоматологического инструментария складывается из ряда последовательных этапов: дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации. Во время проведения стоматологического приема использованные инструменты (такие как боры, эндодонтические инструменты) следует помещать в специальную емкость с дезинфицирующим раствором (например, 6 %-ной перекисью водорода). Называется она накопителем. Инструменты, которые используются для проведения стоматологического осмотра, после приема подлежат замачиванию в дезинфицирующем растворе на определенное время. Оно определяется видом дезинфектанта. При использовании 6 %-ной перекиси водорода или 3 %-ного раствора хлорамина оно составит 60 мин. Той же процедуре подвергаются стекла для пломбировочного материала. Наконечники следует обрабатывать путем двукратного протирания дезинфицирующим раствором с интервалом в 15 мин.

После дезинфекции проводят предстерилизационную очистку. Инструменты замачиваются в моющем растворе на 15 мин. Затем каждый инструмент в течение 30 с моется с помощью специального ершика, ополаскивается в проточной воде 10 мин, дистиллированной воде – 5 мин и сушится при температуре 85 °С до исчезновения влаги. Моющий раствор состоит из стирального порошка в количестве 5 г, перекиси водорода (6 %-ной – 14 мл, 3 %-ной – 160 мл) и дистиллированной воды – до 1 л.

После проведения предстерилизационной очистки необходимо произвести специальные пробы для того, чтобы убедиться в отсутствии на инструментах следов крови, моющего средства.

Азопирамовая проба проводится для определения наличия следов крови на инструментах. Азопирам, содержащий в своем составе солянокислый анилин и 10 %-ный амидопирин, смешивают с перекисью водорода в концентрации 3 %, полученную смесь для проверки помещают на тампон с кровью. В течение 1 мин появляется окрашивание тампона в сине-фиолетовый цвет, что свидетельствует о надежности реактива. Инструменты в количестве 10–15 % каждого наименования (не менее 3–5 штук) проверяются на наличие следов крови. При наличии последней вся партия инструментов подвергается повторной дезинфекции и предстерилизационной очистке.

Фенолфталеиновая проба используется для контроля качества отмывки инструментов от моющих средств. В качестве реактива применяется 1 %-ный раствор фенолфталеина. Смоченный им тампон используется для протирания выборки инструментов (см. азопирамовую пробу). Присутствие моющего средства проявляется в виде розового окрашивания. При положительной фенолфталеиновой пробе следует повторно провести промывание инструментов в проточной и дистиллированной воде, их высушивание.

Стерилизация стоматологического инструментария представлена паровым, химическим методами и сухим жаром. Паровой метод осуществляется в паровых стерилизационных коробках с фильтрами или без фильтров. Таким способом можно стерилизовать изделия из стекла, текстиля, резины при давлении в 2 атмосферы, температуре 132 °С в течение 20 мин. Это первый режим паровой стерилизации. Второй режим используется для стерилизации изделий из латекса, пластика, полиэстера при давлении в 1,1 атмосферы, температурном режиме 120 °С в течение 45 мин. Для контроля стерилизации паровым путем используются физические, химические и бактериологические методы. Стерилизация сухим жаром используется для изделий из стекла, металла, силиконовой резины. Существует два режима. Первый проводится при температуре 180 °С в течение 1 ч, второй – при температуре 160 °С в течение 2,5 ч. Контроль стерилизации осуществляется физическим (для температурного режима) и химическим путем (индикатор для первого режима – тиомочевина, для второго – сахароза). Стерилизация с использованием химических препаратов используется для изделий из стекла, коррозионно-стойких металлов, полимерных материалов. Химическая стерилизация может быть осуществлена с использованием 6 %-ной перекиси водорода (при комнатной температуре – в течение 6 ч, при температуре в 50 °С – 3 ч).

Врачу следует мыть руки с двукратным намыливанием перед приемом каждого пациента, обрабатывать 70 %-ным спиртом. Обязательно использование перчаток.

Важным является правильное накрытие стоматологического инструментального столика. Его поверхность перед началом работы протирается двукратно с применением дезинфицирующего средства (например, перекисью водорода в концентрации 6 %). Стерильные боры и эндодонтический инструментарий, помещенные в чашку Петри, располагают на верхней полке инструментального столика. Наборы стерильного инструментария для каждого больного упакованы в крафт-бумагу или находятся в стерильной ванночке. Тампоны также находятся в стерильной упаковке. Для использованных боров имеется специальный накопитель, подписанный для каждого врача.

На нижней полке располагается емкость, содержащая дезинфицирующий раствор, предусмотренный для обработки инструментального столика после каждого пациента или по мере необходимости при его загрязнении кровью.

Каждые 3 ч следует проводить кварцевание кабинета. Ежедневно необходимо делать влажную уборку. Она проводится дважды: после каждой смены. Генеральная уборка должна быть 1 раз в неделю.

Для того чтобы обезопасить врача во время проведения стоматологического приема, в каждом кабинете должна быть оборудована аптечка. В ее составе обязательно должны присутствовать: 5 %-ный спиртовой раствор йода, 70 %-ный этиловый спирт, пять навесок перманганата калия по 5 г, дистиллированная вода для разведения перманганата калия, стеклянная палочка для его размешивания, 30 %-ный раствор альбуцида или протаргол, глазные пипетки, шприц 20 г без иглы, стерильные салфетки, стерильные марлевые шарики, напальчники, стерильные перчатки, стерильные бинты.

Попадание крови больного на слизистую глаз предполагает промывание их раствором перманганата калия (1 навеску растворить в 500 мл дистиллированной воды) или обработку раствором альбуцида. При попадании крови на слизистую носа необходимо промыть полость носа раствором перманганата калия (1 навеску растворить в 100 мл дистиллированной воды), а после этого прополоскать полость рта 70 %-ным этиловым спиртом. Попадание крови на руки предусматривает их промывание 70 %-ным раствором этилового спирта без втирания последнего. При проколе кожного покрова иглой шприца или острой поверхностью инструмента, загрязненного кровью больного, обязательным является выполнение следующих мероприятий: трехкратное выдавливание крови из раны, обработка спиртом, двукратное мытье с мылом, обработка 5 %-ным спиртовым раствором йода, закрытие раневой поверхности пластырем, надевание напальчника, если повреждение находится на пальце, надевание перчаток. После этого производится запись в аварийном журнале, о происшествии сообщается главному врачу клиники и не позднее чем через сутки – в СПИД-центр. В СПИД-центре производится забор крови с ее последующим исследованием, который должен быть повторен через 3, 6, 9, 12 месяцев после инцидента.

Лекция № 2

Методы обследования больных в клинике терапевтической стоматологии.

Основные методы обследования

Для того чтобы правильно поставить диагноз, выбрать необходимый в конкретном случае метод лечения, добиться хороших результатов, необходимо в полной мере, грамотно и четко произвести обследование больного.

Обследование принято начинать с опроса, который предполагает получение данных о жалобах, беспокоящих больного, анамнезе заболевания, анамнезе жизни. Жалобы больного можно классифицировать как основные (или главные), дополнительные, жалобы на нарушение общего состояния. Основные жалобы беспокоят больного главным образом в первую очередь. Эти жалобы будут указывать на данное заболевание. Например, при глубоком кариесе главной жалобой будет наличие болевых ощущений при воздействии всех видов раздражителей. Температурные, химические, механические воздействия будут провоцировать боль, быстро проходящую после их устранения. При остром пульпите больные будут жаловаться на самопроизвольные ночные приступообразные боли; длительные болевые приступы при воздействии различных раздражителей, не исчезающие после прекращения их воздействия. При остром периодонтите характерно наличие постоянной ноющей четко локализованной боли, которая при давлении на зуб будет усиливаться.

Дополнительные жалобы обычно не связаны с основным заболеванием. Например, пациент может также предъявлять жалобы на нарушение функции органов желудочно-кишечного тракта. Кроме того, дополнительные жалобы могут быть результатом наличия основного заболевания.

После того как получена информация о жалобах больного, необходимо получить данные анамнеза заболевания. Выясняются примерное время начала заболевания, жалобы, которые больной при этом предъявлял. Необходимо обозначить динамику развития заболевания. Например, при наличии у пациента хронического гранулирующего периодонтита он, вероятно, скажет, что зуб раньше болел, реагировал на перепады температуры, воздействие различных раздражителей; затем эти явления стихли. Больной может предполагать причину заболевания либо обострения заболевания. Например, обострение хронического пульпита, хронического периодонтита может быть связано с переохлаждением, стрессом, перенесенным заболеванием, которое привело к снижению реактивности организма. Если пациент обследовался или проходил лечение по поводу данного заболевания, необходимо расспросить его о мероприятиях, которые были проведены, о результатах проведенного обследования, лечения, по мнению пациента.

Анамнез жизни нам потребуется для выяснения того, какую роль в развитии заболевания играют факторы, воздействующие извне, факторы внешней и внутренней среды (например, наследственный фактор). Необходимо обозначить условия жизни больного, особенности его профессиональной деятельности, наличие вредных факторов, воздействующих на него в силу профессии, режима труда и отдыха. Важно также отметить наличие вредных привычек у больного (табакокурение, злоупотребление алкоголем и т. д.). Уточняется наследственный анамнез, поскольку некоторые заболевания имеют наследственный характер либо имеет место наследственная предрасположенность к ним. Выяснение аллергоанамнеза также является очень важным пунктом анамнеза жизни. Во время приема у стоматолога пациенту приходится взаимодействовать с огромным количеством различных аллергенов. Аллергические

реакции могут иметь чрезвычайно серьезный характер, приводить к развитию грозных осложнений и даже заканчиваться смертельным исходом. Наиболее часто аллергические реакции возникают в ответ на введение различных анестетиков, которые широко используются во время стоматологического приема. Кроме того, некоторые заболевания слизистой оболочки полости рта имеют аллергический характер, поэтому необходимо выяснить также наличие аллергической реакции на пищевые продукты, бытовые, природные аллергены.

После опроса больного переходят к объективному обследованию, первым этапом которого является осмотр. При внешнем осмотре обращают внимание на психоэмоциональное состояние пациента, уточняют его общее состояние на данный момент. Тип конституции, конфигурация лица, его симметричность, изменения речи, дыхания по сравнению с нормой также обращают на себя внимание, фиксируются в амбулаторной карте. Осматриваются кожные покровы лица и видимые слизистые оболочки (слизистые носа, глаз) на предмет наличия на них различного рода элементов поражения. Определяется состояние периферических лимфоузлов путем их пальпации. Необходимо помнить, что лицевые лимфоузлы пальпируются бимануально, подбородочные лимфоузлы пальпируются указательным пальцем левой руки при наклоне головы вниз и кпереди, поднижнечелюстные – последовательно тремя пальцами левой руки при наклоне головы в соответствующую сторону, шейные лимфоузлы пальпируются по переднему и заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы при наклоне головы вперед и в сторону, противоположную пальпирующимся лимфоузлам. Околоушные лимфоузлы пальпируются кпереди от козелка уха.

Также необходимым является проведение пальпаторного исследования состояния височно-нижнечелюстного сустава. Пальпация может быть проведена двумя способами: наружным, при котором пальцы врача помещены кзади от козелка ушной раковины, и внутренним, при котором исследование производится через наружный слуховой проход. Пальпация височно-нижнечелюстного сустава проводится при открывании и закрывании рта больным. При отсутствии патологических изменений движения суставной головки плавные, симметричные, синхронные, безболезненные, объем движений не ограничен, щелчков, хруста не определяется.

После внешнего осмотра оценивается состояние красной каймы губ. В норме губы имеют розовую окраску, не содержат на себе элементов поражения, смыкаются по линии Клейна (линией Клейна считается линия перехода кожного покрова губ в слизистую оболочку). Слизистая оболочка преддверия полости рта в норме также бледно-розового цвета, без отека, без отпечатков коронок зубов. Обращается внимание на глубину преддверия полости рта, особенности расположения уздечек верхней и нижней губ, тяжей преддверия. Глубина преддверия полости рта определяется как расстояние от свободной до прикрепленной слизистой (от десневого края до переходной складки). В зависимости от полученного числового значения производится деление на мелкое (менее 5 мм), среднее (от 5 до 8 мм), глубокое (более 8 мм) преддверие. Оценка состояния уздечек верхней и нижней губ производится при отведении губ до горизонтального уровня. При этом не должно отмечаться их побеления. Тяжи слизистой определяются на уровне клыков и премоляров, на уровне моляров челюстей. На уровне вторых верхних моляров определяется выводной проток околоушной слюнной железы или, как его называют по автору, – стенонов проток. Необходимо отметить отсутствие признаков воспаления в области него, отсутствие различного рода выпячиваний и каких-либо др. патологических изменений. Оцениваются характеристики выделяемой при стимуляции слюны, количественные и качественные. Стимуляция слюноотделения околоушной слюнной железой производится посредством ее массажа, при котором в норме происходит выделение капли секрета.

Исследование собственно полости рта включает в себя осмотр слизистой оболочки, состояния языка, выводных протоков подъязычных подчелюстных слюнных желез, уздечки языка, состояния дужек и миндалин.

При осмотре отдельных зубов обращают внимание на полноценность их анатомической формы, наличие или отсутствие дефектов твердых тканей, классифицируя их по тому или иному признаку, наличие пломб, их краевое прилегание, изменение цвета зубов, характера поверхностей, изменение соотношения внутри-и внекоронковой частей зуба, обнажение шеек зубов, их подвижность, изменение положения. При отсутствии зубов обращаем внимание на расположение дефекта зубного ряда, его протяженность, наличие конструкций, замещающих дефекты, их полноценность, восстановление анатомической формы, степень погружения в зубодесневую борозду. Зубы могут быть подвижны по тем или иным причинам. По Д. А. Энтину различают три степени подвижности: при первой наблюдается подвижность в вестибулооральном направлении (т. е. с помощью стоматологического пинцета мы можем в той или иной степени сместить зуб в направлении щеки и полости рта). При второй степени подвижности зуб можно сместить в вестибулооральном и медиодистальном направлениях. При третьей степени зуб обладает подвижностью во всех трех направлениях, т. е. также присоединяется вертикальная подвижность.

Осмотр зубных рядов включает в себя определение формы зубной дуги. В норме зубной ряд верхней челюсти имеет вид полуэллипса, нижней – параболы. При отсутствии части зубов, повышенной стираемости, аномалиях прикуса и по ряду др. причин возможно выявление деформаций зубных рядов, которые необходимо оценивать по расположению на челюсти, по плоскости, относительно которой определена деформация. Зубные ряды могут, кроме того, быть симметрично либо асимметрично суженными.

Оценивается тип смыкания зубных рядов при таком расположении нижней челюсти, когда наибольшее количество зубов находится в контакте, т. е. оценивается характер прикуса. Для определения характера смыкания зубных рядов попросят больного дотронуться языком до неба, проглотить слюну и сомкнуть зубные ряды. Зубы в этом случае сомкнутся в положении центральной окклюзии, при которой и производится определение типа прикуса. Принято подразделять виды прикусы на физиологические, при которых не происходит нарушения функций, и патологические, при которых наблюдаются функциональные нарушения. К физиологическим видам прикуса относят ортогнатический, прямой, бипрогнатический и опистогнатический. Наиболее часто встречающимся является ортогнатический прикус. Характер прикуса определяется наличием признаков. Эти признаки принято подразделять на те, которые характеризуют смыкание зубов, или зубные; те, которые характеризуют состояние жевательной мускулатуры (или мышечные); те, которые характеризуют состояние височно-нижнечелюстного сустава (в частности, взаимоотношения суставной головки и суставного бугорка), или суставные.

При осмотре десневого края обращают внимание на его цвет: при заболеваниях пародонта наблюдаются цианотичность, отечность маргинальной десны, десневых сосочков, что объясняется нарушениями процессов кровообращения в сосудах тканей пародонта. Вследствие отека возможно и изменение формы межзубных десневых сосочков, которые в норме в области фронтальной группы зубов имеют треугольную форму, а в области жевательных зубов – трапециевидную. Десневые сосочки часто также неплотно расположены по отношению к зубам, в то время как в норме имеется их плотное прилегание. При затруднении оттока гнойного содержимого из пародонтального кармана может формироваться пародонтальный абсцесс.

Пальпация представляет собой пальцевое исследование, ощупывание различных органов и тканей. С помощью этого метода возможно определение величины, плотности, консистенции, рельефа органов, тканей, различных образований того или иного происхожде-

ния, их подвижности, болевой чувствительности, наличие очагов флюктуации. Пальпаторное исследование используется при обследовании лимфатических узлов, височно-нижнечелюстного сустава, жевательных мышц, подвижности слизистой оболочки, ее податливости, рельефа костной ткани. Кроме того, чрезвычайно важной является пальпация различных патологических элементов, новообразований. При этом следует помнить, что пальцевое исследование мы начинаем не с патологически измененных тканей, а со здоровых.

Применение такого метода обследования, как перкуссия, позволяет выявить наличие патологических изменений в тканях периодонта. При горизонтальной перкуссии, которую проводят путем постукивания по зубу инструментом в горизонтальной плоскости, определяют наличие изменений в области краевого периодонта. При вертикальной перкуссии (производят постукивание по зубу инструментом в вертикальной плоскости (сверху вниз)) определяют наличие изменений в верхушечной части зуба, тканях, которые его окружают.

Зондирование – метод обследования, при котором врач, используя стоматологический зонд, производит оценку состояния твердых тканей зубов, наличия очагов деминерализации, кариозных полостей, размягченного дентина, сообщения кариозной полости с полостью зуба, болевых ощущений в области твердых тканей зубов, пульпы зуба. Если пользоваться методом зондирования (при этом используется не обычный стоматологический, а специальный пародонтальный зонд), то можно оценить состояние тканей пародонта, глубину пародонтального кармана, наличие или отсутствие кровоточивости после зондирования. Определение глубины пародонтального кармана производится у однокорневых зубов в четырех точках – со всех сторон зуба, а у многокорневых зубов – в шести точках: на вестибулярной и оральной поверхностях – в двух точках, на контактных поверхностях – по одной.

Лекция № 3

Методы обследования больных в клинике терапевтической стоматологии. Дополнительные методы исследования

Метод высушивания заключается в очищении поверхности зуба от зубных отложений и высушивании струей воздуха. При наличии кариозного процесса отмечается появление матового тусклого пятна соответственно зоне деминерализации твердых тканей. Метод витального окрашивания основан на том, что при наличии кариозного процесса структура эмали приобретает изменения, наблюдается появление пространств в эмали, в которые могут проникать достаточно крупные частицы красителей. Таким образом, возможна визуализация кариозного процесса в его начальной стадии. Для проведения метода витального окрашивания необходимо произвести удаление зубных отложений с зуба или зубов, подлежащих обследованию. Зубы с помощью слюноотсоса или ватных валиков отграничиваются от воздействия слюны, высушиваются воздухом и подвергаются окрашиванию раствором метиленового синего (используется 2 %-ный водный раствор). По истечении времени окрашивания зуб промывают водой и, пользуясь специальной десятибалльной шкалой интенсивности окраски, оценивают полученный результат. Выделяют легкую, среднюю и высокую степени деминерализации.

Термотест, или термодиагностика, используется для характеристики температурной чувствительности зубов. Рецепторы пульпы зуба реагируют на температурные раздражители в пределах менее 5–10 °С и более 55–60 °С ощущением боли. В пределах же этих температур болевых ощущений не наблюдается. Это в норме. В условиях наличия патологического процесса границы, в которых болевой реакции не наблюдается, суживаются. При полном распаде пульпы болевых ощущений при действии температурных раздражителей наблюдаться не будет. Для проведения термотеста в наиболее простом его варианте нам понадобится горячая или холодная вода определенной температуры.

Электроодонтометрия используется для определения жизнеспособности пульпы зуба. В основе этого дополнительного метода обследования лежит восприимчивость к раздражителю в виде электрического тока. В норме при отсутствии патологического процесса пульпа постоянного зуба на стадии стабильного существования реагирует на ток силой 2–6 мкА. При наличии патологического процесса этот порог снижается, и при различных нозологиях, при которых имеет место частичная или полная гибель пульпы, числовые значения этого порога соответственно будут различны. При проведении электроодонтодиагностики используется специальный аппарат, содержащий в своем составе два электрода: пассивный, фиксируемый на руку обследуемого, и активный, который помещается на тщательно высушенную поверхность режущего края или бугра при исследовании интактного зуба (либо в кариозную полость при наличии последней). Полученные значения сравнивают с нормальными показателями.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.