

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра ортопедической стоматологии

## РЕФЕРАТ

«Методы обследования больного в ортопедической стоматологии»

*Отлично  
проф. Ю.В. Чижов  
15.10.21г.*

Выполнила: Кирсанова В.В.,  
ординатор кафедры  
ортопедической стоматологии

Рецензент: Чижов Ю.В.,  
ДМН, Профессор

Красноярск, 2021 г.

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра ортопедической стоматологии

## **РЕФЕРАТ**

### **«Методы обследования больного в ортопедической стоматологии»**

Выполнила: Кирсанова В.В.,  
ординатор кафедры  
ортопедической стоматологии

Рецензент: Чижов Ю.В.,  
ДМН, Профессор

Красноярск, 2021 г.

## Содержание

Введение.....	3
Классификация.....	4
Основные методы обследования.....	5
Дополнительные методы обследования.....	12
Заключение.....	16
Список литературы.....	17

## Введение

Обследование больного с патологией зубочелюстной системы, нуждающегося в ортопедическом лечении, проводится с целью выявления причины заболевания, течения болезни, характера морфологических и функциональных нарушений, обусловленных данным заболеванием, а также в целях установления диагноза, выбора метода лечения и разработки профилактических мероприятий.

Недостаточное обследование больного и неправильный анализ полученных данных вместо ликвидации заболевания вызывают разрушение зубочелюстной системы, несмотря на, казалось бы, удовлетворительные или хорошие ближайшие результаты лечения.

Основное правило при проведении обследования стоматологического больного независимо от его жалоб и очевидных клинических симптомов - должны быть обследованы зубочелюстная и лицевая области, каждый составляющий их орган. При обследовании необходимо выявить причину заболевания, оценить общее состояние организма, уточнить сопутствующие соматические заболевания. Для установки диагноза врач – стоматолог использует основные и дополнительные методы обследования.

## Классификация

Методы обследования больного принято делить на **основные** (используемые в кресле, кровати больного) и **дополнительные** (инструментальные, лабораторные, рентгенологические, то есть обследование, проводимые дополнительно).

### ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- а) опрос больного (клиническая беседа);
- б) внешний осмотр больного;
- в) обследование височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц;
- г) обследование полости рта:
  - Осмотр слизистой оболочки полости рта;
  - Осмотр зубов и зубных рядов;
  - Осмотр пародонта;
  - Осмотр беззубой альвеолярной части.

### ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- а) инструментальные
- б) рентгенологические
- в) лабораторные

## Основные методы обследования

### 1. Опрос больного (анамнез)

Сбор анамнеза (от греч. Anamnesis - помню, воспоминание) является первым этапом обследования пациента, которому предлагают по памяти воспроизвести историю болезни.

Опрос больного состоит из следующих последовательно изложенных разделов:

- Жалобы и субъективное состояние больного;
- История данного заболевания;
- История жизни больного.

Особое внимание уделяется жалобам на боль.

Здесь необходимо выяснить степень выраженности, характер, периодичность, локализацию боли. Собирая анамнез, важно, прежде всего, выяснить ранние проявления болезни, характер и особенности ее течения, вид и объем проводимого лечения. Нужно также установить потери зубов, жалобы на состояние желудочно-кишечного тракта.

При ряде заболеваний, требующих ортопедического лечения (например, заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава), следует поговорить с больным о вероятных причинах, вызвавших, по его мнению, данное заболевание. Беседу следует расширить, умело и осторожно выяснить эмоциональное состояние пациента, его отношение к болезни и лечению, готовность к длительной терапии и желание помочь стараниям врача. Это позволит составить представление о его психической своеобразии, знание которого играет немалую роль в тактике и поведении врача, как при проведении врачебных манипуляций, так и в период привыкания к протезу.

При сборе анамнеза выясняется место рождения и место жительства, домашние условия, условия работы на производстве, питание, перенесенные заболевания. Важность того или иного пункта анамнеза жизни определяется клинической картиной заболевания. Знание места рождения и жизни пациента важно, поскольку возможна так называемая эндемичная заболеваемость. Например, при избытке фтора в питьевой воде в данной местности возникает очаг эндемического флюороза, при котором повреждается эмаль зубов. При обращении детей по поводу зубочелюстных аномалий анамнез собирают у родителей.

В этом случае врач стремится получить ответы на следующие вопросы: состояние матери во время беременности, как протекали роды, сколько их было, родился данный ребенок доношенным, с каким весом, которой по счету, каким способом вскармливался (грудью или искусственно) и к которому времени. Уточняются также перенесенные ребенком заболевания и их течение. Выясняется время прорезывания молочных зубов, причины преждевременной потери их, время смены зубов, а также возраст, когда ребенок начал ходить, говорить. Собираются данные о бытовых условиях, особенности питания, характер жевания (жует быстро, медленно, на одной, на обеих сторонах).

Важно выяснить способ дыхания днем и ночью (через рот или через нос, спит с открытым или закрытым ртом), любимое положение ребенка во время сна, вредные привычки и которые (сосание пальцев, языка, кусание ногтей, карандаша и т.п.). Уточняется,

проводилось ранее ортодонтическое лечение (в каком возрасте, как долго, которыми аппаратами, с какими результатами), были операции в полости рта (когда, какие), имела место травма, неудобства пациент чувствует в данный момент и на что жалуется (эстетические, функциональные нарушения). Необходимо узнать, как успешно пользовался протезами больной, а если не пользовался - то по какой причине.

Эти сведения имеют значение для составления плана и прогноза ортопедического лечения. В связи с существованием наследственных болезней при аномалиях жевательной-речевого аппарата (нижняя макрогнатия, глубокий прикус) следует интересоваться наличием аномалий у близких родственников. У взрослого пациента, в отличие от ребенка, при выяснении анамнеза отпадают многие вопросы. Во время беседы врач устанавливает степень мотивации обращения за ортопедическим лечением. Часть взрослых больных прекращает лечение, не выдержав трудностей.

## *2. Внешний осмотр лица.*

У всех пациентов следует провести осмотр лица. Это делают незаметно для больного. В ходе опроса обращают внимание на:

- Состояние кожных покровов лица (цвет, тургор, сыпь, рубцы и т.д.);
- Выраженность складок подбородка и носогубных (сглажены, умеренно выражены, углубленные);
- Положение углов рта (подведены, опущены);
- Линию смыкания губ (наличие заед);
- Степень обнажения передних зубов или альвеолярной части при разговоре и улыбке;
- Положение подбородка (прямое, выступает, западает, смещено в сторону);
- Симметричность половин лица.
- Высоту нижней части лица (пропорциональная, увеличена, уменьшена).

При необходимости пациенту задаются наводящие уточняющие вопросы. Так, например, при наличии рубцов выясняют причину (ожог; следствие травм, заболеваний, проведенных операций; давность, эффективность проводимого лечения, отношение больного к своему внешнему виду и др.). При этом обращают внимание не только на содержание ответа, но и на то, как пациент отвечает (чистота языка, беззвучное дыхание). Это дополняет степень информативности внешнего осмотра, так как при аномалиях жевательной-речевого аппарата лицевые и зубные признаки имеют существенное значение.

Так, например, совокупность таких лицевых признаков, как выступание вперед средней части лица на фоне увеличения высоты ее нижней части и сглаженной носогубных и складки подбородка, зияние ротовой щели (мягкие ткани, окружающие ротовую щель, напряженные) с диастемами, тремами, обнажением верхних резцов, под которые западает нижняя губа, позволяют на данном этапе обследования больного предположить наличие такой аномалии жевательной-речевого аппарата, как верхняя макрогнатия.

В ортопедической стоматологии широкое распространение получило деление лица на три части:

- Верхняя - расположена между границей волосистой части на лбу и линией, соединяющей брови;
- Средняя - ее пределами есть линия, соединяющая брови, и линия, проходящая на основе перегородки носа;
- Нижняя - от основания перегородки носа до нижней точки подбородка.

Разделение высоты лица на три части условно, поскольку положение точек, в соответствии с которым проводится это разделение, индивидуальный и на протяжении жизни человека может меняться. Например, предел волосистой части на лбу у различных субъектов расположена неодинаково и с возрастом может перемещаться. Это же касается и нижней части лица, высота которой непостоянна и зависит от вида смыкания и сохранения зубов.

Наименее переменчивая средняя треть лица. Несмотря на то, что между размерами указанных частей лица нельзя увидеть закономерной пропорциональности, у большинства лиц они обладают относительной соответствием, обеспечивает эстетичный оптимум.

Визуальной и метрической оценкой лица при различных его динамических состояниях обнаружено, что во время разговора активной бывает нижняя губа, а потому чаще обнажается нижний зубной ряд.

При высокой верхней губе верхние зубы обнажаются немного или совсем закрыты ней. При улыбке картина меняется - активность верхней губы растет, из-за чего происходит значительное обнажение верхних зубов при меньшей выраженности нижних (в норме на 1/3 их высоты).

По данным разных авторов, известно более 80 признаков красоты улыбки. В формировании ведущая роль принадлежит зубным рядам и зубам (цвет зубов, их форма, размеры, положение, рельеф, целостность, взаимное расположение в зубном ряду относительно краев губ и других частей лица, пропорциональность между собой, со всем лицом и его частями, гармония формы зубов и формы лица и др.).

Для ортопедических целей важно различать два размера высоты нижней части лица:

- Первый измеряют при сомкнутых в центральной окклюзии зубных рядах, при этом высота нижней части лица называется морфологической или окклюзионной;
- Второй определяют в состоянии функционального покоя жевательных мышц, когда нижняя челюсть опущена и между зубами возникает промежуток, это - функциональная высота.

### *3. Обследование ВНЧС и жевательных мышц.*

Пальпация – это использование пальцев (как правило, подушечек концевых фаланг большого, указательного и среднего пальцев, реже мизинца). С помощью пальпации определяют резистентность, конфигурацию, подвижность тканей и органов, болевую реакцию, наличие флюктуации, размеры и границы патологического очага.

Различают пальпацию:

- поверхностную;
- глубокую;
- вне - и внутриротовую.

Осмотр и пальпацию височно-нижнечелюстного сустава проводят так же, как и на терапевтическом приеме. Аускультацию проводят с помощью фонендоскопа, при патологии можно услышать щелчок, хруст, трение, крепитацию.

Пальпацию ВНЧС проводят путем наложения пальцев на кожу спереди козелка ушной раковины или введения пальцев в наружный слуховой проход. При пальпации сустава может появиться боль, часто ощущаются толчки, щелканье, хруст; синхронность движений головки, плавность амплитуды движения.

При пальпации региональных лимфатических узлов врач получает информацию о локализации лимфоузлов, их размере, форме, консистенции, определяется болезненность, взаимоотношение с окружающими тканями. При проведении ощупывания лимфатических узлов с целью расслабления мышц шеи, надо наклонить голову пациента в обследуемую сторону.

Пальпируемые лимфатические узлы: подбородочные, подчелюстные, околоушные, заушные, затылочные, поверхностношейные.

При пальпации жевательных мышц определяют резистентность, конфигурацию, подвижность тканей и органов, болевую реакцию, наличие флюктуации, размеры и границы патологического очага.

Поверхностно расположенные мышцы осматривают в процессе беседы с больным, оценивая движения нижней челюсти, мимические движения. Пальпация мышц позволяет определить их тонус, установить болезненные зоны. Проводят пальпацию жевательных, медиальной крыловидной, собственно жевательной, височной, затылочной, шейной мышц; мышц дна рта; грудиноключично-сосцевидную мышцу. При пальпации собственно жевательной мышцы больного просят сжать зубы, определяют передний край мышцы, таким способом определяют ширину мышцы. Указательным пальцем другой руки пальпируют мышцу с наружной стороны или со стороны полости рта. Находят болезненные участки, сравнивают их с такими же участками на противоположной стороне. При наружной пальпации нижних отделов медиальной крыловидной мышцы палец подводится под нижнюю челюсть и скользит по внутренней поверхности челюсти от угла вверх. Нижний конец мышцы выявляется на один сантиметр выше угла нижней челюсти. Пальпация средней части брюшка мышцы осуществляется через полость рта. Кончик указательного пальца скользит по молярам до края ветви нижней челюсти, лежащей позади и латеральнее последнего моляра. Височную мышцу пальпируют экстраорально (область виска) и интраорально (место прикрепления к венечному отростку). С этой целью указательный палец помещают в ретромолярную ямку и продвигают его вверх и мезиально. При пальпации латеральной крыловидной мышцы в положении больного «полусидя» со слегка запрокинутой головой или лежа при полуоткрытом рте указательный палец направляют по слизистой оболочке вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти дистально и вверх за верхнечелюстной бугор. Здесь прикрепляются задние концы обеих головок мышцы,

лежащие под жевательной мышцей. Нижние головки мышцы пальпируются в верхнем углу защечного мешка. Грудино-ключично-сосцевидную мышцу (передняя головка) пальпируют на протяжении от сосцевидного отростка до внутреннего края ключицы при повороте головы больного в сторону, противоположную расположению исследуемой мышцы.

#### *4. Обследование полости рта*

При обследовании полости рта врач использует стоматологическое зеркало, которое может обеспечиваться лампочкой для освещения дистальных отделов полости рта. Кроме него в набор инструментов входят пинцет зубохирургический с согнутыми концами и изогнутые зонды - заостренный и с оливовидным кончиком и насечками.

Первый предназначен для исследования краевого прилегания несъемных протезов, второй - для определения глубины зубодесневых карманов.

Обследование полости рта целесообразно проводить в определенной последовательности:

- Изучение слизистой оболочки полости рта;
- Обследование зубов и зубных рядов;
- Обследование пародонта;
- Обследование беззубой альвеолярной части.

Изучение слизистой оболочки полости рта. При общей клинической характеристике состояния слизистой оболочки верхней и нижней челюстей, необходимо отметить цвет, влажность, наличие рубцов, полипов, афт, эрозий, язв, петехий, гемангиом, папул, пузырьков и других патологических проявлений (лейкоплакия, красный плоский лишай).

При наличии тех или иных изменений слизистой оболочки врач в истории болезни делает соответствующую запись, в которой отражает локализацию изменений, их качественные и количественные характеристики. Следует отметить, что существует большая группа заболеваний слизистой оболочки полости рта. В то же время достаточно много соматических заболеваний, одним из проявлений которых являются изменения слизистой оболочки.

Поэтому при обнаружении тех или иных изменений слизистой оболочки часто необходимо дополнительное обследование врачами других специальностей. В норме слизистая оболочка бледно-розовая или розовая, влажная, блестящая. Однако нужно помнить, что нарушение слюноотделения и слюноотделение (скудное, обильное) искажают восприятие цвета и влажности слизистой оболочки. Кроме того, при ряде заболеваний она может воспаляться, становясь отечной, разрыхленной и кровоточить, усиливается ее гиперемия, иногда сочетается с синюшностью.

Кроме изучения слизистой оболочки переходной складки, щек, твердого и мягкого неба, осматривают слизистую оболочку миндалин, задней стенки глотки, языка. При этом у детей необходимо проверить носовое дыхание, которое может быть затруднено в связи с гипертрофией глоточной миндалин, а также с наличием аденоидов. Следует обращать внимание на способ глотания (при правильном глотании, губы спокойно сложены, зубы сжаты и кончик языка упирается в твердое небо за верхними резцами), положение языка и губ во время разговора на чистоту произношения звуков речи.

В тех случаях, когда оказывается затрудненное дыхание, необходимо направлять пациентов к отоларингологу, при нарушении речи - к логопеду, а при обнаружении вредных привычек у школьников - к невропатологу или психиатру, так как это может явиться симптомом невроза.

Каждый пациент, обратившийся к стоматологу любого профиля, должен быть исследован на выявление опухолевого или предракового поражения органов полости рта. Особенно важно проведение такого обследования у лиц пожилого и старческого возраста, так как по мере потери зубов часто посещают только ортопедов-стоматологов. В то же время известно, что вероятность возникновения раков слизистой оболочки полости рта, частой формы злокачественных опухолей челюстно-лицевой области, существенно увеличивается с возрастом.

При онкопрофилактическом обследовании следует учитывать следующие обстоятельства. На ранних стадиях развития злокачественной опухоли боль отсутствует или выражена слабо, в связи с чем больные могут не предъявлять жалоб. Особенно это характерно для пожилых и престарелых, в которых порог болевой чувствительности выше, а наличие сопутствующей патологии отвлекает их внимание от нового патологического процесса, появившемся в полости рта.

Рак слизистой оболочки полости рта часто локализуется в зонах, ограничено доступных осмотру без применения специальных приемов: корень языка, задние отделы дна полости рта, нижнебоковых отдел задней трети языка. На ранних стадиях инфильтративной формы рака видимые изменения слизистой оболочки органов полости рта могут быть минимальными, а основным симптомом заболевания - плотный малоболлезненные инфильтрат - проявляется только при пальпации.

Поэтому онкопрофилактическое обследование пациентов, помимо осмотра, должно включать в обязательном порядке пальпацию. Рефлекторное сокращение мышц языка на боль, возникающая при исследовании, может затруднять обзор задних отделов дна полости рта, языка, маскировать наличие опухолевой инфильтрации тканей. Поэтому при исследовании органов полости рта следует избегать сильного давления шпателем, пальцем на зоны предполагаемой локализации патологического процесса.

При исследовании задних отделов дна полости рта, нижнебоковой поверхности задней трети языка целесообразно пользоваться следующим приемом. Врач захватывает кончик языка с помощью марлевой салфетки большим и указательным пальцем руки, противоположной стороне локализации патологического процесса у больного, и плавно отводит язык вперед, вверх и в сторону (в противоположную сторону). Благодаря этому становятся доступными осмотра и пальпации задние отделы дна полости рта и языка.

Для уменьшения рефлекторной напряженности мышц языка, маскирует наличие опухолевой инфильтрации, в момент пальпации врач сильно сдавливает пальцами кончик языка. Боль, возникающая при этом, рефлекторно вызывает сокращение другой группы мышц языка и расслабление мышц в зоне локализации опухоли. Результаты онкопрофилактического исследования пациента в обязательном порядке заносятся в историю болезни (амбулаторную карту).

При выявлении каких-нибудь патологических процессов пациент должен быть направлен на консультацию к специалисту по заболеваниям слизистой оболочки полости рта, хирурга-стоматолога, а при подозрении на наличие злокачественной опухоли - в

специализированной онкологической учреждения, в котором проводится обследование и лечение этой категории больных.

Обследование зубов и зубных рядов проводят в определенном порядке, начиная с верхней челюсти и последовательно осматривают каждый зуб - от зуба мудрости одной стороны к одноименному с другой стороны.

При осмотре каждого зуба обращают внимание на следующее:

- Его положения;
- Форму;
- Цвет;
- Состояние твердых тканей (поражение кариесом, флюорозом, гипоплазией)
- Наличие пломб, вкладок, искусственных коронок, их состояние;
- Подвижность зуба;
- Положение по отношению к окклюзионной поверхности зубного ряда.

Кроме визуального осмотра, при обследовании зубов применяют зондирование и перкуссию. Зондирование и перкуссия являются производными от метода пальпации.

Первый является исследованием с помощью зонда кариозных полостей, десневой бороздки (кармана), краев вкладок или искусственной коронки, а второй - битье по коронке зуба для определения реакции периодонта на эти толчки.

Затем следует установить форму зубных рядов (сужен симметричный: И-образный, Y-образный, О-образный седловидный; асимметричный, трапециевидный).

Выясняется также характер смыкания зубных рядов (прикус), количество антагонизирующих пар зубов. Обычное определение вида смыкания зубов не вызывает затруднений.

В переднем отделе, кроме того, следует обратить внимание на глубину резцового перекрытия. Обследование позволяет получить предварительное представление о характере окклюзионной поверхности и возможные деформации.





## 2. Рентгенологические

Для рентгенологического исследования производят внутриротовые, прицельные и обзорные снимки, наружные обзорные снимки, панорамные снимки.

**Внутриротовая рентгенография** используется для изучения состояния периапикальных тканей, полости зуба, корневых каналов, периодонтальной щели. Рентгеновский снимок может помочь определить состояние ткани только в том случае, если он выполнен в соответствии с основными требованиями. Он должен иметь достаточную контрастность, что позволяет отличать одну ткань от другой (при различной их плотности), соседние участки не должны быть наложены на исследуемую ткань или орган, размер изображения должен максимально приближаться к действительному размеру обследуемого объекта – корня, ткани. Эмаль зуба дает плотную тень, а дентин и цемент – менее плотную, чем эмаль. Полость зуба распознается по очертаниям контура альвеолы и цементом корня – определяется по проекции корня зуба и компактной пластинки альвеолы, которая выглядит равномерной более темной полоской шириной 0,2-1,25 мм. На хорошо выполненных рентгенограммах отчетливо видна структура костной ткани.

Рентгенография позволяет определить состояние твердых тканей зубов (скрытые кариозные полости на поверхностях соприкосновения зубов, под искусственной коронкой), ретинированных зубов (их положение и взаимоотношение с тканями челюсти), степень сформированности корней и каналов прорезавшихся зубов (перелом, перфорация, сужение, искривление, степень формирования и рассасывания), инородные тела в корневых каналах (штифты, обломанные боры, иглы). По рентгенограмме можно также оценить степень проходимости канала (в канал вводят иглу и делают рентгеновский снимок), степень пломбирования каналов и правильность наложения пломбы, состояние околоверхушечных тканей (расширение периодонтальной щели, разрежение костной ткани), степень атрофии костной ткани межзубных перегородок, правильность изготовления искусственных коронок (металлических), наличие новообразований, секвестров, состояние нижнечелюстного сустава.

**Ортопантомография** (панорамная рентгенография) - наиболее эффективная методика для диагностики заболеваний пародонта, которая дает широкий обзор всей зубочелюстной системы, позволяя одновременно увидеть оба зубных ряда и альвеолярных отростка, а также установить характер межзубных контактов. Зубоальвеолярные фрагменты челюстей снимаются лучами, перпендикулярными к ним и пленке, поэтому количественные изменения в костной ткани практически не искажаются. Структура костной ткани, контуры деструктивных очагов, участки остеопороза выявляются довольно четко. Методика обеспечивает быстроту и простоту проведения самой процедуры, а лучевая нагрузка при этом виде исследования почти в 10 раз меньше, чем при внутриротовой рентгенографии.

**Телерентгенография** – это рентгенография на расстоянии. Этот метод обычно применяется в ортодонтии и позволяет выявить особенности строения лицевого черепа, определить размеры и расположение челюстей по отношению друг к другу и к другим костям черепа, изучить динамику роста костей лицевого скелета, уточнить местоположение отклонений и проследить за изменениями, происходящими в процессе роста под влиянием ортодонтического лечения.

**Компьютерная томография (КТ).** КТ расширяет возможности ранней диагностики заболеваний ВНЧС и позволяет вести наблюдение в процессе лечения. Данный метод позволяет проводить послойное исследование ВНЧС в разных плоскостях с точным изображением анатомических объектов. Рентгенокомпьютерная томография дает возможность выявить особенности положения суставных головок, а также структурные изменения костей, образующих сустав. При анализе РКТ в коронарной проекции возможно оценить уровень и расположение головок нижней челюсти относительно друг друга в вертикальной плоскости, определить форму, состояние сочлененных поверхностей суставной ямки и головки, измерить верхний отдел суставной щели. Различный вертикальный уровень взаиморасположения головок нижней челюсти является диагностическим признаком внутренних суставных расстройств. При внутрисуставных расстройствах в патологический процесс вовлекаются мягкие ткани сустава, которые при обычном рентгенологическом исследовании и на КТ четко не визуализируются, и диагностика проводится по косвенным признакам, что может привести к несоответствию клинических данных рентгенологической картины. Данные рентгенологических исследований обязательно соотносят с результатами основных методов обследования.

### *3. Лабораторные*

**Цитологический метод** - основан на изучении структурных особенностей клеточных элементов и их конгломератов. Методика проста, безопасна для больного, эффективна и надежна, есть возможность быстро получить результат. Исследование можно провести независимо от стадии и течения воспалительного процесса в амбулаторных условиях. Материалом для цитологического исследования могут быть мазокотпечаток, мазок-перепечаток, мазок-соскоб с поверхности слизистой оболочки, эрозии, язвы, свищей, пародонтальных карманов, а также осадок промывной жидкости полости рта и пунктат участка, расположенного в глуболежащих тканях.

**Бактериологическое исследование** – бактериоскопия материала, получаемого с поверхности слизистой оболочки рта, язв, эрозий. Это исследование проводят во всех случаях, когда нужно уточнить причину поражения слизистой оболочки, при специфических заболеваниях, гнойных процессах, для определения бактерионосительства (сифилис, туберкулез, гонорейное поражение, актиномикоз, проказа, грибковые заболевания).

## Заключение

Для правильного проведения диагностического процесса, а также для планирования дальнейшего лечения необходимо знать и применять на практике все методы исследования, владеть врачебным мышлением, при анализе полученных объективных и субъективных данных, знать основные и специфические признаки заболеваний зубочелюстной системы, их классификации, логически обосновать необходимость проведения дополнительных методов обследования.

## Список литературы

1. Ортопедическая стоматология : учебник / ред. Э. С. Каливрадждиян, И. Ю. Лебедеенко, Е. А. Брагин [и др.]. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 800 с. - Текст : электронный.
2. Обследование стоматологического больного. Основные и дополнительные методы: уч. пособие / А. И. Булгакова, А. Ш. Галикеева, И.В. Валеев, Ф. Р. Хисматуллина, Э. Р. Изгина, Л. М. Хазиева, Г. В. Мамедова, К. С. Сафиуллина – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, 2012.- 87 с.
3. Ортопедическая стоматология: Руководство для врачей, студ. вузов и мед. училищ / Н.Г.Аболмасов, Н.Н.Аболмасов, В.А.Бычков, А.Аль-Хаким. М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 576 с.