

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования**

«Северо-Кавказская государственная академия»

**Ситуационные задачи
для подготовки к государственной итоговой аттестации
и первичной аккредитации специалистов
по специальности «Стоматология»**

**Учебно-методическое пособие для студентов 5 курса,
обучающихся по специальности «Стоматология»**

**Черкесск
2019**

УДК 616-08 (075.8)
ББК

Рассмотрено на заседании кафедры стоматологии.

Протокол № 11/18 от «__» ноября 2018 г.

Рекомендовано к изданию редакционно-издательским советом СевКавГГТА.

Протокол № ____ от «__» _____ 2018 г.

Рецензент: Лайпанова Л.Б. - к.м.н., зав. кафедрой стоматологии медицинского института
ФГБОУ ВО «Северо-Кавказская государственная академия»

Эдиева М.Ш. Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Стоматология». Часть 1. Стоматология Учебно-методическое пособие для студентов 5 курса, обучающихся по специальности «Стоматология». / М.Ш.Эдиева – Черкесск: БИЦ СКГА, 2019 – 56 с.

Пособие предназначено для студентов 5 курса, обучающихся по специальности «Стоматология» в целях их подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Стоматология». Представлены ситуационные задачи по Стоматологии и эталоны ответов на эти задачи. Пособие может быть использовано преподавателями медицинских институтов для использования в учебной работе.

УДК 616-08 (075.8)
ББК 00000

© Эдиева М.Ш. 2019
© ФГБОУ ВО СКГА

ВВЕДЕНИЕ

Оценка умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования и решения ситуационных задач является заключительным этапом государственной итоговой аттестации по специальности Стоматология (далее - ГИА).

Целью этого этапа ГИА является проверка целостности профессиональной подготовки выпускника, т.е. уровня его компетенции в использовании теоретической базы для принятия решений в ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью. Студенты в ходе междисциплинарного экзамена отвечают на вопросы экзаменационного билета и на уточняющие и дополнительные вопросы членов комиссии. Собеседование проводится по билету, включающему клинические ситуационные задачи по внутренним болезням, хирургическим болезням, акушерству и гинекологии, инфекционным болезням и фтизиатрии. Оценивается степень умения выпускника разрабатывать и принимать оптимальные решения в конкретных ситуациях на основе интеграции знаний, полученных при изучении вышеуказанных дисциплин.

Оценка умений обучающегося решать профессиональные задачи в ходе собеседования проводится по следующим критериям:

- владение знаниями предметов специальности в полном объеме учебной программы;
- обладание способностью самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечать на все вопросы билета, подчеркивать самое существенное;
- обладание способностью анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нём главное;
- обладание способностью четко формулировать ответы по вопросам диагностики, лечения и профилактики заболеваний, реабилитации пациентов;
- обладание способностью четко формулировать ответы по вопросам финансирования, экономики и управления в системе здравоохранения, организации медицинской помощи различным группам населения, использования статистических методов в оценке здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения;
- глубокое понимание анатомо-физиологических особенностей всех органов и систем организма в возрастном аспекте с целью профессиональной оценки этиологии, патогенеза, клиники, методов диагностики и лечения основных заболеваний, их прогноза и профилактики, базирующихся на основах гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических, медико-профилактических, общепрофессиональных и специальных клинических дисциплин;
- обладание способностью формулировать алгоритм работы врача с позиции этических и деонтологических принципов.

Решение ситуационных задач позволяет оценить уровень готовности выпускника к осуществлению основных видов профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой, уровень знаний и умений, позволяющий решать типовые задачи профессиональной деятельности, уровень информационной и коммуникативной культуры, а также обоснованность, полноту и четкость ответов.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с 1 января 2016 года право на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское, фармацевтическое или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста, то есть прошедшие процедуру аккредитации специалиста.

Процедура аккредитации внедряется поэтапно. В настоящее время завершены первый и второй этапы аккредитации специалистов:

- в 2016 году по специальностям «Стоматология» и «Фармация»;

- в 2017 году по всей группе специальностей «Здравоохранение и медицинские науки» (уровень специалитета), в том числе по специальности 31.05.01 «Лечебное дело».

Лица, успешно прошедшие процедуру аккредитации специалистов, допускаются к осуществлению профессиональной деятельности без прохождения дополнительной подготовки. В частности лица, прошедшие аккредитацию специалистов по специальности «Лечебное дело», допускаются к профессиональной деятельности на должности «Врач-терапевт участковый».

Процедура аккредитации специалиста включает в себя три этапа оценки квалификации лица: тестирование, оценку практических навыков (умений) в симулированных условиях, решение ситуационных задач.

Решение ситуационных задач проводится путем заслушивания членами аккредитационной подкомиссии ответов на три ситуационные задачи, в каждой из которых содержится по 5 вопросов. На подготовку к ответу отводится не более 60 минут. Комплектование набора ситуационных задач для каждого лица осуществляется программным обеспечением автоматически из единой базы оценочных средств.

Для осуществления методического сопровождения аккредитации специалистов Минздравом России на базе Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова сформирован Методический центр аккредитации, одной из задач которого является организация разработки оценочных средств и формирование фонда оценочных средств, используемых при аккредитации специалистов.

Возможности Методического центра аккредитации позволяют проводить одновременное тестирование 250 специалистов, решение ими ситуационных задач и оценку практических навыков (умений) в рамках объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) на девяти симуляционных станциях, оснащенных современным фантомным оборудованием. Процедура аккредитации специалистов полностью автоматизирована и проводится под видео- и аудиоконтролем.

Для осуществления методического сопровождения процедуры аккредитации специалистов Методический центр аккредитации использует специально созданный Интернет-ресурс (<https://fmza.ru>), материалы которого находятся в свободном доступе, а также могут быть открыты по ссылкам, размещенным на сайтах Минздрава РФ (<http://www.rosminzdrav.ru/akkreditatsiya-spetsialista>) и Первого МГМУ им. И.М.Сеченова (<http://www.mma.ru/education/aakr/>). Специалисты могут оценить уровень своей подготовки путем прохождения репетиционного экзамена, количество репетиционных попыток не ограничено.

В данном учебном пособии представлены ситуационные задачи (кейс-задания) по одному из разделов терапии - кардиологии, из размещенных на сайте Методического центра аккредитации (https://fmza.ru/upload/medialibrary/c7b/sz_lechebnoe_delo_2018.pdf) и предлагаемых для проведения третьего этапа первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело».

Во второй части пособия приведены эталоны ответов на представленные ситуационные задачи, из размещенных на сайте Методического центра аккредитации (https://fmza.ru/upload/medialibrary/48a/otvety-k-sz_lechebnoe-delo-2018.pdf).

Учебное пособие предназначено для студентов 5 курса, обучающихся по специальности 3 «Стоматология» в целях их подготовки к государственной итоговой аттестации (государственному экзамену) и первичной аккредитации специалистов по специальности «СТОматология».

Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Стоматология».

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Инструкция для студентов по самостоятельной работе с ситуационными задачами

Ознакомьтесь с ситуацией, описанной в задаче и дайте развернутые ответы на вопросы. Желательно изложить Ваши ответы письменно. В случае затруднений используйте учебную литературу по соответствующим темам.

По завершению сравните Ваши ответы с эталонами ответов, имеющимися во второй части данного пособия. Все возникшие вопросы изучите с помощью учебной литературы.

Ситуационная задача №1

Пациент Р., 34 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в 15 при приеме твердой пищи, боль появилась месяц назад.

Объективно: на жевательной поверхности 15 глубокая кариозная полость, зондирование болезненное по дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Какими дополнительными методами обследования можно подтвердить диагноз?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какой метод обезболивания потребуется?

Ситуационная задача 2

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная Д., 16 лет, с целью санации. При осмотре на вестибулярной поверхности 21 в пришеечной области обнаружено меловидное пятно размером 0,3 см на 0,4 см. При зондировании поверхность пятна гладкая. Со слов больной стало известно, что пятно появилось 3 месяца назад.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назовите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

Ситуационная задача 3

Пациент Л. обратился с целью санации. Жалоб не предъявляет.

Объективно: на вестибулярной поверхности 11 в пришеечной области меловидное пятно с нечеткими границами диаметром до 0,3 см., поверхность пятна гладкая, реакции на температурные раздражители отсутствует.

Поставьте предварительный диагноз.

Назовите дополнительные методы обследования.

Проведите дифференциальную диагностику.

Составьте план лечения.

Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

Ситуационная задача 4

Пациент А., 30 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на быстропроходящую боль от сладкого в 25 зубе, боль появилась месяц назад.

Объективно: На жевательной поверхности 25 кариозная полость в пределах эмали, зондирование безболезненное, реакция на холод безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какие пломбировочные материалы следует использовать?

Ситуационная задача 5

Больной К., 23 года, обратился с жалобами на кратковременные боли от температурных раздражителей в 16 зубе. При осмотре на коронке видимых кариозных полостей не наблюдается, при орошении зуба холодной водой отмечается кратковременная боль.

На внутриротовой рентгенограмме на апроксимально-дистальной поверхности отмечается нарушение структуры твердых тканей зуба в средних слоях дентина.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Какие особенности препарирования таких кариозных полостей?
4. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения?
5. Почему при пломбировании необходимо восстановить контактный пункт?

Ситуационная задача 6

Больной Р., 26 лет, обратился с жалобами на кратковременные боли в 13 зубе при приеме холодной пищи. 13 зуб год назад был лечен по поводу неосложненного кариеса. Боли появились 2 месяца назад после выпадения пломбы.

Объективно: на контактно-медиальной поверхности 13 зуба кариозная полость средней глубины. Режущий край сохранен. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения?
5. Каковы особенности пломбирования таких полостей?

Ситуационная задача 7

В клинику терапевтической стоматологии обратился больной К., 24 лет, с жалобами на кратковременные боли в 37 зубе при приеме пищи. Боли появились 2 месяца назад. При объективном осмотре на апроксимально-

дистальной поверхности 37 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

Ситуационная задача 8

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная М., 30 лет, с жалобами на кратковременные боли в 24 зубе при приеме пищи. Боль появилась после выпадения пломбы месяц назад. Объективно: на апроксимально-медиальной поверхности 24 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам полости, реакция на холод болезненная, кратковременная, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы исследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

Ситуационная задача 9

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная К., 25 лет, с жалобами на кратковременные боли в 17 зубе при приеме пищи. Пять дней назад 17 зуб был лечен по поводу среднего кариеса, пломба выполнена из материала «Эвикрол», прокладка из фосфатного цемента «Унифас».

Объективно: на жевательной поверхности 17 зуба пломба. Перкуссия 17 безболезненна.

1. Каковы причины жалоб пациентки?
2. Перечислите, врачебные ошибки, которые могли привести к данной клинической ситуации.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Какой класс кариозной полости по Блэку?
5. Тактика врача в этой ситуации.

Эталон ответа к задаче № 9.

1. Нарушение краевого прилегания пломбировочного материала (разгерметизация пломбы), «открытые» участки твердых тканей зуба в кариозной полости.
2. Препарирование кариозной полости без охлаждения, не правильное наложение изолирующей прокладки (не изолирует всей поверхности дентина), нарушение технологии работы с пломбировочным материалом (.
3. Термодиагностика, электроодонтодиагностика.
4. I класс по Блэку.
5. Удаление ранее наложенной пломбы, наложение изолирующей прокладки, пломбирование.

Ситуационная задача 10

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная А., 45 лет, с жалобами на выпадение пломбы из 12 зуба, боль от холодного, сладкого в 12 зубе.

Из записей в медицинской карте стало известно, что 12 зуб полгода назад лечен по поводу среднего кариеса, пломбирование проведено материалом «Эвикрол».

Объективно: на контактно-латеральной поверхности 12 зуба кариозная полость средней глубины. Зондирование болезненно по эмаливо-дентинной границе, реакция на холод болезненная, кратковременная. Перкуссия безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?

3. Назовите возможные причины выпадения пломбы.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
5. Каким пломбировочным материалом целесообразнее провести пломбирование кариозной полости?

Ситуационная задача 11

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная А. 45 лет с жалобами на выпадение пломбы из 11 зуба.

Объективно: на латеральной поверхности 11 зуба глубокая кариозная полость с разрушением режущего края коронки. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе и дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная, перкуссия безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какое обезболивание следует провести?
5. Каким материалом целесообразнее восстановить данный дефект?

Ситуационная задача 12

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная О., 38 лет, с жалобами на кратковременные боли в 25 зубе при приеме пищи. Боль появилась после выпадения пломбы 2 месяца назад.

Объективно: на вестибулярной поверхности в пришеечной области 25 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, реакция на холод болезненная, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.

4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

Ситуационная задача 13

Больная А., 42 лет, обратилась в клинику терапевтической стоматологии с целью санации. Объективно: на оральных поверхностях 33, 32, 31, 41, 42, 43 зубов наблюдается зубной камень, покрывающий 1/3 коронки.

1. С помощью каких инструментов можно провести удаление зубного камня?
2. Какие средства защиты следует использовать врачу во время процедуры удаления зубного камня?
3. Дайте рекомендации пациенту по гигиене полости рта.
4. Чем заканчивается процедура удаления зубного камня?
5. На что следует обратить внимание врачу после удаления зубного камня?

Ситуационная задача 14

В клинику терапевтической стоматологии обратился пациент Б., 35 лет, с целью санации.

При осмотре: небные поверхности зубов верхней челюсти и язычные поверхности зубов нижней челюсти покрывает налет темно-коричневого цвета до 1/2 коронки зуба.

1. Какое назубное отложение имеет место?
2. С помощью каких инструментов можно провести удаление данного зубного отложения?
3. Какие средства защиты следует использовать врачу во время процедуры удаления зубного налета?
4. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.
5. Что может скрывать налет курильщика?

Ситуационная задача 15

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная 17 лет с жалобами на наличие светло-коричневых пятен на резцах верхней и нижней челюстей. При зондировании поверхность пятен гладкая, эмаль блестящая.

Из анамнеза известно, что с 3 до 7 лет больная проживала в местности с содержанием фтора в воде 2,5 мг/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф.диагностику.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите меры профилактики при данной патологии.
5. Что явилось причиной развития заболевания?

Ситуационная задача 16

При осмотре полости рта пациента врач обратил внимание на меловидные пятна на буграх 25 зуба, границы пятен нечеткие, поверхность гладкая.

Из анамнеза: пятна появились сразу после прорезывания 25, неприятных ощущений не вызывают, в размерах не изменялись.

Назовите наиболее вероятный диагноз.

Проведите дифдиагностику.

Назовите наиболее вероятную причину таких изменений твердых тканей зуба.

Какие дополнительные методы обследования можно провести?

Назначьте лечение.

Ситуационная задача 17

Пациент 25 лет, обратился с целью санации полости рта. При осмотре на вестибулярной поверхности, ближе к режущему краю, выявлены точечные углубления в эмали 11, 21 зубов, дно углублений пигментировано.

Из анамнеза: углубления появились сразу после прорезывания, пигментировались позже, неприятных ощущений не вызывают. Проживает в местности с умеренным климатом и концентрацией фтора в питьевой воде 1 мг/л.

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Что могло быть причиной этого заболевания?

Назначьте лечение.

Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать?

Ситуационная задача 18

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная 46 лет с жалобами на боли в 12 зубе при накусывании. Боли появились после того, как пациентка пыталась разгрызть грецкий орех.

Объективно: 12 зуб подвижен в вестибулярно-оральном направлении, перкуссия болезненна, ЭОД=15 мкА.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования нужно провести для уточнения диагноза?

Тактика врача.

В каком случае следует депульпировать зуб?

Назначьте общее лечение.

Ситуационная задача 19

Больной 18 лет обратился с жалобами на боли в 11 зубе, возникшие сразу после травмы. При осмотре: коронка 11 зуба отломана на 1/2 длины, полость зуба вскрыта, пульпа кровоточит, резко болезненна при зондировании.

Поставьте диагноз.

Назовите дополнительные методы диагностики.

Составьте план лечения.

Назовите пломбировочные материалы для восстановления дефекта коронки.

Назовите способы реставрации.

Ситуационная задача 20

. В клинику терапевтической стоматологии обратился больной 35 лет с жалобами на скол угла коронки 22 зуба, произошедший во время приема твердой пищи.

Объективно: медиальный угол коронки 22 отломан в пределах дентина, зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, перкуссия безболезненна.

Поставьте диагноз.

Назовите методы обследования для уточнения диагноза.

Какой метод лечения показан в этом случае.

Назовите пломбировочные материалы для восстановления дефекта коронки.

Какие рекомендации следует дать пациенту после восстановления коронки зуба

Ситуационная задача 21

В клинику терапевтической стоматологии обратился больной 46 лет с целью санации. При осмотре на вестибулярной поверхности в пришеечной области 23 зуба обнаружен дефект в виде клина. При зондировании стенки дефекта гладкие, безболезненные.

Поставьте диагноз.

Проведите диф.диагностику.

Назовите причины возникновения данного заболевания.

Существуют ли эффективные меры профилактики этой патологии?

Назначьте лечение.

Ситуационная задача 22

Больная 43 лет обратилась с жалобами на боли в передних зубах верхней челюсти от кислого, холодного, наличие дефектов в этих зубах.

Анамнез: дефекты появились 5 лет назад, боли от холодного появились 3 месяца назад. Страдает тиреотоксикозом.

При осмотре: на вестибулярной поверхности экваториальной области 12,11,21,22, вогнутые дефекты эмали овальной формы, размером до 0,3 см с гладким, плотным дном.

Поставьте диагноз.

Проведите диф.диагностику.

Назовите стадии этого заболевания.

Укажите причины возникновения.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача 23

Больной 38 лет обратился с жалобами на боли от температурных и химических раздражителей в передних зубах верхней и нижней челюстей. Работает на предприятии химической промышленности. При осмотре 12,11,21,22,32,31,41,42 снижена высота коронок на 1/3, по режущему краю оголен пигментированный плотный дентин, зондирование безболезненное.

Поставьте диагноз.

Проведите диф.диагностику.

Объясните этиологию этого заболевания.

Назначьте лечение.

Укажите методы профилактики этого заболевания

Ситуационная задача 24

Больная, 31 год, обратилась с жалобами на резкую боль от холодного воздуха, чувство оскотины в зубах верхней и нижней челюстей. При осмотре обнаружено обнажение шеек зубов без нарушения целостности твердых тканей. Легкое прикосновение к зубам также вызывает болезненность.

Поставьте диагноз.

Какое общее лечение можно назначить?

Какие физиопроцедуры необходимы при данной патологии?

Какими препаратами можно проводить местное лечение?

Почему не целесообразно проводить местное лечение 30% водным раствором нитрата серебра?

Ситуационная задача 25

Больной 23 лет обратился с жалобами на боли в 21 зубе, возникшие сразу после травмы.

Объективно: коронка 21 зуба сохранена, изменена в цвете, резкая болезненность при перкуссии. На рентгенологическом снимке 21 зуба на середине корня отмечается линия просветления, идущая в поперечном направлении.

Поставьте диагноз.

Проведите диф.диагностику.

Составьте план лечения.

Назовите пломбировочные материалы для восстановления дефекта коронки.

Назовите методы коррекции цвета зуба.

Ситуационная задача 26

Больной 18 лет обратился в клинику терапевтической стоматологии с жалобами на болезненность передних зубов, «укорочение» 12, возникшие непосредственно после травмы.

Объективно: 12 зуб смещен в лунки в сторону тела челюсти. Коронка 12 зуба сохранена, не изменена в цвете, резкая болезненность при перкуссии. На рентгенологическом снимке 12 зуба периодонтальная щель в области верхушки корня не прослеживается.

Поставьте диагноз.

Проведите диф.диагностику.

Укажите классификацию переломов зуба ВОЗ.

Составьте план лечения.

Причины, по которым целесообразно провести депульпирование при данном диагнозе.

Ситуационная задача 27

Больной К., 32 года, обратился с жалобами на самопроизвольные ночные приступообразные боли в 2.3 зубе. Болевые приступы продолжаются 10-15 мин, безболевые промежутки - 1,5 - 2 часа. Боли иррадиируют в подглазничную область.

Анамнез: 23 зуб ранее не лечен. Болит в течение 2 суток.

Объективно: на апроксимально-дистальной поверхности 2.3 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба не вскрыта. Дно кариозной полости размягчено, в области рога пульпа просвечивает. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. Холодная вода вызывает болевой приступ. ЭОД - 40 мкА.

С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

Назовите наиболее вероятный диагноз.

Какие методы лечения можно применить?

Показано ли использование биологического метода лечения?

Перечислите основные этапы лечения

Ситуационная задача 28

Больной Н., 19 лет, жалуется на интенсивную самопроизвольную боль в правой верхней челюсти, появившуюся 2 дня назад и усиливающуюся от холодного. Больной проснулся ночью от боли и не смог уснуть до утра. Во время приступа боль иррадирует по верхней челюсти в скуловую область. Лицо симметрично. При осмотре на апроксимальных поверхностях 1.6 зуба выявлены глубокие кариозные полости.

Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.

Назовите предварительный диагноз.

Какие дополнительные методы обследования требуется провести.

Какие методы лечения можно применить?

Перечислите основные этапы лечения.

Ситуационная задача 29

Больной А., 50 лет, жалуется на длительные ноющие боли в зубе на верхней челюсти справа, которые возникают при перемене температуры окружающей среды и во время приема пищи. При обследовании в пришеечной области 1.6 зуба обнаружена глубокая кариозная полость. Зондирование дна резко болезненно в одной точке. Электровозбудимость пульпы - 50 мкА.

Перечислите заболевания, наиболее вероятные при данной симптоматике.

Поставьте диагноз.

Подтвердите диагноз данными из условий задачи.

Какие методы лечения можно применить?

Каковы особенности эндодонтического лечения 1.6 зуба при данном расположении кариозной полости?

Ситуационная задача 30

Больная И., 39 лет, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, боль от горячего в 1.7 зубе. Боль появилась около месяца назад. Объективно: на жевательной поверхности 1.7 зуба определена глубокая кариозная полость. Зуб имеет серый цвет. Полость зуба вскрыта, зондирование коронковой пульпы безболезненное, корневой - болезненно. Горячая вода вызывает приступ боли.

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Почему зондирование коронковой части пульпы безболезненное?

Какой метод лечения оптимален?

Перечислите основные этапы лечения.

Ситуационная задача 31

Больной К., 35 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие кариозной полости в 2.4 зубе, болевые ощущения при попадании пищи в кариозную полость, медленное нарастание боли от

температурных раздражителей. Анамнез: боли появились месяц назад, беспокоили острые приступообразные боли в этом зубе, которые снимал анальгетиками.

Объективно: на жевательной поверхности 2.4 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином, после удаления которого полость зуба вскрыта в одной точке, зондирование резко болезненно.

Поставьте диагноз.

Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Проведите дифференциальную диагностику.

Какие методы лечения можно применить?

Каково анатомическое строение каналов 2.4 зуба?

Ситуационная задача 32

Больной З., 18 лет, предъявляет жалобы на разрастание ткани в 4.6 зубе, боли и кровоточивость при приеме пищи. Объективно: на жевательной поверхности 4.6 зуба глубокая кариозная полость, заполненная грануляционной тканью, при зондировании образование кровоточит, болезненное.

Поставьте диагноз.

Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Проведите дифференциальную диагностику.

Какой метод лечения оптимален?

Каково анатомическое строение каналов 4.6 зуба?

Ситуационная задача 33

Пациент М. 20 лет обратился в клинику с жалобами на длительную боль от холодного в зубе 2.7 в течении суток. Объективно: 2.7- на медиальной поверхности глубокая кариозная полость. Дно мягкое, полость зуба не вскрыта, зондирование резко болезненно в области щечно-медиального рога пульпы, перкуссия безболезненная, ЭОД 30 мкА.

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Какие методы лечения можно использовать в данной клинической ситуации?

Какие группы материалов можно использовать для obturation корневых каналов?

Назовите пломбировочные материалы для корневых каналов для данной клинической ситуации?

Ситуационная задача 34

Больной А., 25 лет, обратился с жалобами на наличие кариозной полости в зубе 4.7. Объективно: на жевательной поверхности зуба 4.7 определена

глубокая кариозная полость. Холодная вода вызывает кратковременную боль. Зондирование дна в области рога пульпы болезненно. Дно полости выполнено размягченным дентином. Во время препарирования дна полости был вскрыт рог пульпы.

Какие мероприятия следует провести?

Поставьте окончательный диагноз.

Возможно ли сохранение жизнеспособности пульпы в данном зубе? Обоснуйте.

Составьте план лечения.

Назовите лечебные прокладочные материалы для данной клинической ситуации.

Ситуационная задача 35

Пациент Б. 65 лет. Жалобы на длительную боль от холодного в зубе 3.7. Объективно: на жевательной поверхности зуба 3.7 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта. Зондирование пульпы резко болезненно. Реакция на холод длительная, перкуссия безболезненна, ЭОД 60мкА. На рентгенограмме: медиальные корневые каналы облитерированы, изменений в периодонте нет.

1. Поставьте диагноз:
2. Назовите методы лечения для данной клинической ситуации.
3. Какова методика наложения девитализирующей пасты?
4. Назовите девитализирующие безмышьяковистые пасты.
5. Перечислите этапы девитально-комбинированного метода лечения.

Ситуационная задача 36

Пациент В., 40 лет, жалобы на ноющие боли в зубе 1.4, усиливающиеся при приеме пищи. Анамнез: кариозную полость заметил 1 год назад, полгода назад зуб болел несколько ночей подряд, к врачу не обращался. Вновь боли появились неделю назад.

Объективно: На жевательной и дистальной поверхности зуба 1.4 глубокая кариозная полость, дно полости размягчено, полость зуба вскрыта, пульпа кровоточит. Перкуссия безболезненна. ЭОД=55 мкА.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите корневые каналы зуба 1.4
3. Какой метод лечения показан в данной клинической ситуации?
4. Каким инструментом целесообразно расширить устья корневых каналов?
5. Какие эндодонтические инструменты используются при технике «шаг назад»?

Ситуационная задача 37

Пациент Л. обратился с целью санации. Жалоб не предъявляет. Объективно: на вестибулярной поверхности 11 в пришеечной области меловидное пятно с нечеткими границами диаметром до 0,3 см., поверхность пятна гладкая, реакции на температурные раздражители отсутствуют.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

Ситуационная задача 38

Больной К., 23 года, обратился с жалобами на кратковременные боли от температурных раздражителей в 16 зубе. При осмотре на коронке видимых кариозных полостей не наблюдается, при орошении зуба холодной водой отмечается кратковременная боль. На внутриротовой рентгенограмме на апроксимально-дистальной поверхности отмечается нарушение структуры твердых тканей зуба в средних слоях дентина. 1. Поставьте диагноз. 2. Какой класс кариозной полости по Блэку? 3. Какие особенности препарирования таких кариозных полостей? 4. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения? 5. Почему при пломбировании необходимо восстановить контактный пункт?

Задача №39 В клинику терапевтической стоматологии обратился больной К., 24 лет, с жалобами на кратковременные боли в 37 зубе при приеме пищи. Боли появились 2 месяца назад. При объективном осмотре на апроксимально-6 дистальной поверхности 37 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, перкуссия безболезненна. 1. Поставьте диагноз. 2. Какой класс кариозной полости по Блэку? 3. Назовите дополнительные методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.

4. Проведите дифференциальную диагностику. 5. Назовите этапы лечения.

Задача №40 В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная М., 30 лет, с жалобами на кратковременные боли в 24 зубе при приеме пищи. Боль появилась после выпадения пломбы месяц назад. Объективно: на апроксимально-медиальной поверхности 24 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам полости, реакция на холод болезненная, кратковременная, перкуссия безболезненна. 1. Поставьте диагноз. 2. Какой класс кариозной полости по Блэку? 3. Назовите дополнительные методы исследования, которые нужно провести для уточнения диагноза. 4. Проведите дифференциальную диагностику. 5. Назовите этапы лечения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Эталон ответа к задаче № 1

1. Глубокий кариес 15
2. I класс по Блэку.
3. Электроодонтодиагностика, рентгенография.
4. С острыми и хроническими формами пульпита, со средним кариесом.
5. Инфильтрационная анестезия.

Эталон ответа к задаче № 2

1. Начальный кариес 21 зуба.
2. Окрашивание растворами красителей (метиленовый синий), трансиллюминация.
3. С поверхностным кариесом, эндемическим флюорозом, гипоплазией эмали.
4. Реминерализирующая терапия.
5. Чистить зубы после каждого приема пищи, использовать ополаскиватели для полости рта, флоссы; проводить профессиональную гигиену полости рта 2 раза в год.

Эталон ответа к задаче № 3

1. Начальный кариес 11 зуба.
2. Окрашивание растворами красителей (метиленовый синий), трансиллюминация.
3. С поверхностным кариесом, эндемическим флюорозом, гипоплазией эмали.
4. Провести профессиональную гигиену полости рта, курс реминерализирующей терапии.

5. Чистить зубы после каждого приема пищи, использовать ополаскиватели для полости рта, флоссы; проводить профессиональную гигиену полости рта 2 раза в год.

Эталон ответа к задаче № 4

1. Поверхностный кариес 25 зуба.
2. I класс по Блэку.
3. Электроодонтодиагностика, рентгенологическое исследование.
4. Со средним кариесом, с эрозивной формой гипоплазии, с эрозивной формой флюороза, с кислотным некрозом эмали.
5. Стеклоиономерные цементы, компомеры, композиты светового отверждения, композиты химического отверждения

Эталон ответа к задаче № 5

1. Средний кариес 16 зуба.
2. II класс по Блэку.
3. Раскрытие кариозной полости следует проводить с окклюзионной поверхности, использование матриц при препарировании для предотвращения травмирования соседних зубов.
4. Стеклоиономерные цементы, компомеры, композиты светового и химического отверждения.
5. Для предотвращения хронической травмы тканей пародонта.

Эталон ответа к задаче № 6

1. Средний кариес 13 зуба.
2. III класс по Блэку.
3. Термометрия, электроодонтодиагностика.

4. Композиты светового отверждения.
5. Использование матриц, клиньев, восстановление эстетики.

Эталон ответа к задаче № 7.

1. Глубокий кариес 37.
2. II класс по Блэку.
3. Термометрия, электроодонтодиагностика.
4. Со средним кариесом, острым и хроническим пульпитом, хроническим верхушечным периодонтитом.
5. Анестезия, препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка кариозной полости, наложение лечебной прокладки (по показаниям), наложение изолирующей прокладки, пломбирование.

Эталон ответа к задаче № 8.

1. Глубокий кариес 24.
2. II класс по Блэку.
3. Электроодонтодиагностика, рентгенография.
4. Со средним кариесом, острым и хроническим пульпитом, хроническим верхушечным периодонтитом.
5. Анестезия, препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка кариозной полости, наложение лечебной прокладки (по показаниям), наложение изолирующей прокладки, пломбирование.

Эталон ответа к задаче № 9.

1. Нарушение краевого прилегания пломбировочного материала (разгерметизация пломбы), «открытые» участки твердых тканей зуба в кариозной полости.
2. Препарирование кариозной полости без охлаждения, не правильное наложение изолирующей прокладки (не изолирует всей поверхности дентина), нарушение технологии работы с пломбировочным материалом (.
3. Термодиагностика, электроодонтодиагностика.
4. I класс по Блэку.
5. Удаление ранее наложенной пломбы, наложение изолирующей прокладки, пломбирование.

Эталон ответа к задаче № 10.

Средний кариес 12 зуба.

III класс по Блэку.

Рецидив кариеса. Неправильное формирование полости. Нарушение технологии работы с пломбировочным материалом. Откол стенки зуба.

Электроодонтодиагностика.

Композитом светового отверждения.

Эталон ответа к задаче № 11.

1. Глубокий кариес 11 зуба.
2. IV класс по Блэку.
3. Со средним кариесом, хроническим пульпитом.
4. Инфильтрационная анестезия.
5. Композиты светового отверждения.

Эталон ответа к задаче № 12.

1. Глубокий кариес 25 зуба.
2. V класс по Блэку.
3. Электроодонтодиагностика.
4. Со средним кариесом, хроническим пульпитом, хроническим верхушечным периодонтитом.
5. Анестезия, препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка кариозной полости, наложение лечебной прокладки (по показаниям), наложение изолирующей прокладки, пломбирование.

Эталон ответа к задаче № 13.

1. Удаление зубного камня можно провести механическим путем с помощью экскаваторов, крючков для снятия назубных отложений, кюретажных ложек; аппаратным путем с помощью ультразвука, пьезоэлектрического скейлера.
2. Использование врачом индивидуальной маски, очков (щитка), перчаток, медицинской шапочки.
3. Чистить зубы после каждого приема пищи; профессиональная чистка зубов 2 раза в год.
4. Полированием твердых тканей зуба и нанесением фторсодержащих препаратов.
5. Провести осмотр зубов для выявления кариозных полостей скрытых назубными отложениями.

Эталон ответа к задаче № 14.

1. Налет курильщика.
2. Удаление данного зубного отложения можно провести механическим путем с помощью щеток и чистящей пасты; аппаратным путем с помощью ультразвука, пьезоэлектрического скейлера, пескоструйной обработки.

3. Использование врачом индивидуальной маски, очков (щитка), перчаток, медицинской шапочки.
4. Чистить зубы после каждого приема пищи; профессиональная чистка зубов 2 раза в год; отказ от курения.
5. Очаги деминерализации твердых тканей зуба.

Эталон ответа к задаче № 15.

1. Флюороз, пятнистая форма.
2. С меловидно-крапчатой формой флюороза, с пятнистой формой гипоплазии, с кариесом в стадии пятна.
3. Общая и местная реминерализующая терапия. Реставрация композитами.
4. Очистка воды, замена питьевого вод источника, исключение искусственного вскармливания детей, вывоз детей.
5. Избыточное поступление фтора в организм человека с питьевой водой.

Эталон ответа к задаче № 16

Местная гипоплазия, пятнистая форма.

С меловидно-крапчатой формой флюороза, с пятнистой формой флюороза, с кариесом в стадии пятна.

Воспалительный процесс у верхушек корней временного зуба .

Окрашивание пятен красителями для дифференциальной диагностики от кариеса зубов.

Лечение не требуется.

Эталон ответа к задаче № 17

Местная гипоплазия, эрозивная форма.

С меловидно-крапчатой формой флюороза, с пятнистой формой гипоплазии, с кариесом в стадии пятна, поверхностным кариесом.

Нарушение обменных процессов в развивающемся зубе под влиянием различных заболеваний, инфекции, проникающей радиации. Гипоплазия возникает у детей, перенесших поражение ЦНС, гемолитическую желтуху, рахит, желудочно-кишечные заболевания, эндокринную патологию, при врожденном сифилисе.

Курс комплексной реминерализующей терапии. Реставрация дефектов коронок зубов пломбировочными материалами.

Композиционные материалы светового отверждения: Харизма, Геркулайт, Венус, Филтек и другие.

Эталон ответа к задаче № 18

Неполный вывих 12 зуба.

Рентгенологическое обследование, повторная электроодонтодиагностика.

Шинирование, выведение зуба из прикуса, диспансерное наблюдение.

При некрозе пульпы (снижение ЭОД, изменение цвета коронки зуба).

Анальгетики, поливитамины, препараты кальция.

Эталон ответа к задаче № 19.

Перелом коронки 11 зуба, 3 класс по Эллису.

Рентгенография зуба для исключения вывиха, перелома корня.

Депульпирование, пломбирование корневого канала, реставрация коронки зуба.

Композиты светового отверждения.

Реставрация с использованием стекловолоконного штифта и композита, реставрация при помощи вкладки и металлокерамической, керамической коронки.

Эталон ответа к задаче № 20

Перелом коронки 22 зуба, 1 класс по Эллису.

Электроодонтодиагностика, термометрия, определение подвижности, рентгенография.

Реставрация коронки 22 зуба.

Композиты светового отверждения.

Ограничить нагрузку при приеме пищи на 22 зуб, исключить откусывание твердой пищи 22 зубом, исключить прием окрашивающей зубы пищи в течение первых суток после пломбирования.

Эталон ответа к задаче № 21

Клиновидный дефект 23 зуба.

С кариесом, эрозией эмали.

Неправильная чистка зубов, патология пародонта, травматическая окклюзия.

Лечение патологии пародонта. Избирательное пришлифовывание. Своевременное протезирование.

Реставрация дефекта твердых тканей зуба (композиты, компомеры, стеклоиономеры). Избирательное пришлифовывание.

Эталон ответа к задаче № 22

Эрозия эмали 12,11,21,22.

С кариесом, клиновидным дефектом.

Активная стадия и стадия стабилизации.

Потребление цитрусовых, неблагоприятные факторы производственной среды (кислоты, металлическая и минеральная пыль), нейродистрофические процессы, которые вызывают декальцинацию твердых тканей зуба.

Реминерализирующая терапия с последующей реставрацией твердых тканей зубов фотокомпозитами.

Эталон ответа к задаче № 23

Кислотный некроз 12,11,21,22,32,31,41,42 зубов.

С множественным кариесом (в стадии пятна, поверхностным и средним), с гипоплазией, с эрозивной и деструктивной формами флюороза, наследственными поражениями зубов (несовершенным амелогенезом, мраморной болезнью, синдромом Стентона-Капдепона).

Действие различных кислот или кислых продуктов на эмаль и дентин, негативные факторы производства.

Комплексная реминерализирующая терапия. Восстановление высоты коронок фотокомпозитом или ортопедическими конструкциями.

Улучшение условий труда, герметизация производственных процессов, применение индивидуальных защитных средств, организация щелочных полосканий в цехах.

Эталон ответа к задаче № 24.

Гиперестезия твердых тканей зубов.

Глицерофосфат кальция, глюконат кальция, фитин, коамид, витамины D2, A, B, C.

Электрофорез или фонофорез: р-ра фторида натрия, глицерофосфата кальция; кальция хлорид, витамин B1 + новокаин; локальное УФО, лазер.

Фтористая паста 75%, стронциевая паста 75%, тиаминовая паста, содовая кашка, хлористое серебро, 1-2% р-р фторида натрия, фторлак, “Флюокаль”, Vivacare: Fluor Protector, 1% коамид, 1% водный р-р натрия мефенамина.

30% водный раствор нитрата серебра окрашивает ткани зуба.

Эталон ответа к задаче № 25

Поперечный перелом корня 21 зуба.

С ушибом зуба, вколоченным вывихом, косым, продольным и оскольчатый переломом корня зуба.

Депульпирование, пломбирование корневого канала, соединение отломков корня стекловолоконным штифтом, отбеливание твердых тканей зуба, реставрация.

Композиты светового отверждения.

Внутрикоронковое отбеливание, изготовление винира прямым или непрямым способом

Эталон ответа к задаче № 26

Вколоченный вывих 12 зуба.

С ушибом зуба, поперечным, косым, продольным и оскольчатый переломом корня зуба.

Перелом коронки зуба: неосложненный, осложненный, полный перелом. Перелом корня зуба. Коронково-корневой продольный перелом (комбинированный).

Обезболивание, репозиция зуба, шинирование, депульпирование, пломбирование канала, реставрация.

Разрыв сосудисто-нервного пучка приводит к его некрозу, распаду и окрашиванию коронки зуба.

Эталон ответа к задаче № 27.

1. С острым очаговым пульпитом, обострением хронических форм пульпита, с острым верхушечным периодонтитом, папиллитом, невралгией тройничного нерва, альвеолитом и острым гайморитом.
2. Острый диффузный пульпит.
3. Витальная экстирпация, девитальная экстирпация
4. Биологический метод не применяется при остром диффузном пульпите.
5. Обезболивание, препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба, экстирпация, эндодонтическая и медикаментозная обработка корневого канала, пломбирование корневого канала, восстановление формы коронки зуба.

Эталон ответа к задаче № 28

1. Острый очаговый пульпит, обострение хронических форм пульпита, острый верхушечный периодонтит, альвеолит, острый синусит, папиллит, невралгия тройничного нерва
2. Острый диффузный пульпит
3. ЭОД, рентгенография 1.6 зуба.
4. Витальная экстирпация, девитальная экстирпация, девитальная ампутация, девитально-комбинированный метод.
5. Обезболивание, препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба, ампутация пульпы, экстирпация пульпы, эндодонтическая и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов, восстановление формы коронки зуба.

Эталон ответа к задаче № 29

Хронический фиброзный пульпит, хронический гангренозный пульпит, глубокий кариес.

Хронический фиброзный пульпит

3. Характерные жалобы, ЭОД, болезненное зондирование дна кариозной полости

4. Витальная экстирпация, девитальная экстирпация, девитальная ампутация, девитально-комбинированный метод
5. Для проведения эндодонтического лечения необходимо создать доступ со стороны жевательной поверхности. 1.6 зуб имеет сложное строение корневых каналов – часто встречается 4 корневых канала: небный, щечно-дистальный, два щечно-медиальных.

Эталон ответа к задаче № 30

Хронический гангренозный пульпит

2. Хронический фиброзный пульпит, хронический верхушечный периодонтит
3. Коронковая пульпа некротизирована, демаркационная линия на уровне устьев корневых каналов.
4. Витальная экстирпация.
5. Обезболивание, препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба, ампутация пульпы, экстирпация пульпы, эндодонтическая и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов, восстановление формы коронки зуба.

Эталон ответа к задаче № 31

Хронический фиброзный пульпит.

Перкуссия, ЭОД, рентгенография.

Хронические формы пульпита между собой, глубокий кариес, хронический периодонтит.

Витальная экстирпация, витальная ампутация, девитальная экстирпация, девитальная ампутация, комбинированный метод.

Зуб 2.4 имеет два корневых канала: небный и щечный.

Эталон ответа к задаче № 32

хронический гипертрофический пульпит

перкуссию, ЭОД, рентгенографию

с десневым полипом, разрастание грануляций из периодонта в области бифуркации

Витальная экстирпация.

Зуб 4.6 имеет два корня, но 3 корневых канала: медиально-щечный, медиально-язычный, дистальный.

Эталон ответа к задаче № 33

1. Острый очаговый пульпит
2. С острым диффузным пульпитом, с глубоким кариесом, с обострением хронических форм пульпита, с острым верхушечным периодонтитом.
3. Биологический метод, витальная экстирпация, девитальная экстирпация.
4. Пластичные твердеющие, твёрдые (штифты)
5. Эвгенольные: «Эндометазон», «Эвгедент», «Кортисомол». Полимерные: «АН-плюс», «Sealapex», «Apexit».

Эталон ответа к задаче № 34

1. Биологический метод лечения пульпита.
2. Травматический пульпит зуба 4.7.
3. Возможно, т.к. пульпа не воспалена, полость зуба вскрыта во время препарирования, регенераторные способности пульпы хорошие (молодой возраст пациента), технические условия для выполнения биологического метода имеются (полость 1 класса).

4. В первое посещение провести наложение лечебной прокладки под повязку на 7-14 дней, во второе посещение проверить жизнеспособность пульпы (ЭОД), провести пломбирование постоянными материалами: изолирующая прокладка, пломба.

5. Препараты гидроокиси кальция, лучше на водной основе: кальсепт, каласепт, SuperLux(DMG, Германия). На полимерной основе: лайф, кальципульп, септокальцин.

Эталон ответа к задаче № 35

1. Хронический фиброзный пульпит зуба 3.7

2. Девитально-комбинированный метод, девитальная ампутация.

3. Проводится препарирование кариозной полости, вскрывается полость зуба в обл. рога пульпы, на вскрытую полость накладывается девитализирующая паста количество которой соответствует размеру шаровидного бора наименьшего диаметра, поверх пасты накладывается ватный шарик и повязка из водного дентина.

4. Каустинерв форте, Нон арсеник, Девит-С.

5. В первое посещение: препарирование кариозной полости, наложение девитализирующей пасты под повязку. Второе посещение: раскрытие полости зуба, ампутация пульпы, экстирпация пульпы из дистального канала, инструментальная обработка дистального канала, его пломбирование твердеющими материалами, на устья медиальных каналов (при невозможности инструментальной обработки) наложение мумифицирующей пасты (Крезодент, Крезопат), изолирующая прокладка, постоянная пломба.

Эталон ответа к задаче № 36

1. Обострение хронического пульпита зуба 1.4.

2. Небный и щечный.

3. Витальная экстирпация.

4. При расширении устьев корневых каналов используют «Gates glidden bor».

5. Используются инструменты К-риммер, К-файл, Н-файл последовательно увеличивающихся размеров.

Эталон ответа к задаче № 37 1. Начальный кариес 11 зуба. 2. Окрашивание растворами красителей (метиленовый синий), трансиллюминация. 3. С поверхностным кариесом, эндемическим флюорозом, гипоплазией эмали. 4. Провести профессиональную гигиену полости рта, курс реминерализирующей терапии. 5. Чистить зубы после каждого приема пищи, использовать ополаскиватели для полости рта, флоссы; проводить профессиональную гигиену полости рта 2 раза в год.

Эталон ответа к задаче № 38 1. Средний кариес 16 зуба. 2. II класс по Блэку. 3. Раскрытие кариозной полости следует проводить с окклюзионной поверхности, использование матриц при препарировании для предотвращения травмирования соседних зубов. 4. Стеклоиономерные цементы, компомеры, композиты светового и химического отверждения. 5. Для предотвращения хронической травмы тканей пародонта.

Эталон ответа к задаче № 39.

1. Глубокий кариес 37. 2. II класс по Блэку. 3. Термометрия, электроодонтодиагностика. 4. Со средним кариесом, острым и хроническим пульпитом, хроническим верхушечным периодонтитом. 5. Анестезия, препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка кариозной полости, наложение лечебной прокладки (по показаниям), наложение изолирующей прокладки, пломбирование.

Эталон ответа к задаче № 40 1. Глубокий кариес 24. 2. II класс по Блэку. 3. Электроодонтодиагностика, рентгенография. 4. Со средним кариесом, острым и хроническим пульпитом, хроническим верхушечным периодонтитом. 5. Анестезия, препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка кариозной полости, наложение лечебной прокладки (по показаниям), наложение изолирующей прокладки, пломбирование.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ по хирургической стоматологии

Задача 1

Больному Г., 1981г.р., поставлен диагноз – средний кариес 14 зуба.

Ваши рекомендации по выбору метода и средства для проведения обезболивания 14 зуба.

Препараты:

2% р-р лидокаина

2% р-р лидокаина с адреналином 1:100000 +

3% р-р мепивакаина

2% р-р мепивакаина с норадреналином +

4% р-р артикаина с адреналином 1:200000 +

4% р-р артикаина с адреналином 1:100000 +

Методы:

Инфильтрационная анестезия +

Проводниковая анестезия (указать разновидность)

Интралигаментарная анестезия

Интрасептальная анестезия +

Задача 2

Больной П., 1961г.р., вес 70 кг без выраженной сопутствующей патологии с диагнозом – обострение хронического периодонтита и периостита 37 зуба, затруднённое открывание рта, нуждается в хирургическом вмешательстве.

Ваши рекомендации по обезболиванию.

Рассчитайте максимально допустимую дозу рекомендованного местного анестетика.

Препараты:

2% р-р лидокаина

2% р-р лидокаина с адреналином 1:100000

3% р-р мепивакаина

2% р-р мепивакаина с норадреналином

4% р-р артикаина с адреналином 1:200000 +

4% р-р артикаина с адреналином 1:100000

Методы:

Инфильтрационная анестезия

Проводниковая анестезия (указать разновидность) + (Акинози-Вазерани)

Интралигаментарная анестезия

Интрасептальная анестезия

Ответ: 3 карпулы анестетика 4% артикаина с адреналином 1:200000

Задача 3

Для проводниковой анестезии пациенту был введен 3% мепивакаин, однако полного обезболивания получить не удалось. Какое количество карпул, содержащих 1,8

мл анестетика, можно максимально ввести ребенку, если вес его составляет 20 кг?

Ответ: не более 1.3 карпулы

Задача 4

Пациент 30 лет, в анамнезе аллергия на анилиновые красители. Через 15 минут после местной анестезии новокаином в стоматологическом кресле, почувствовал: интенсивный зуд всей поверхности кожи; затем на коже появились гиперемизированные участки сыпи, выступающие над ее поверхностью. При этом отмечалось: нарастающая слабость, головокружение и головная боль, тошнота, повышение температуры тела – 38,5 °С, АД 100/60 мм.рт. ст., ЧСС 100 в мин., ЧД 20 экс. в мин. После проведенной неотложной терапии все явления исчезли.

1. Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы?

гипертонический криз,

развивающийся обморок,

острая крапивница+

острый отек Квинке

2. Какие меры неотложной помощи следует предпринять?

немедленное прекращение введения препарата вызвавшего реакцию,

антигистаминные препараты,

антигистаминные препараты и глюкокортикоиды,

антигистаминные препараты и сосудосуживающие средства,

немедленное прекращение введения препарата вызвавшего реакцию,
антигистаминные препараты, глюкокортикоиды и возможно
сосудосуживающие средства. +

3. Чем, в наибольшей степени, опасно развитие подобного состояния?

развитием коллапса,

развитием инсульта,

развитием инфаркта миокарда,

возможным развитием отека Квинке в области дыхательных путей и
асфиксией. +

4. Наличие в анамнезе аллергии на анилиновые красители должно было
обратить внимание стоматолога на возможность развития данной реакции.
Какие дополнительные диагностические возможности были упущены?

самостоятельное проведение внутрикожных проб,

скарификационных тестов,

консультация врача-иммунолога, +

консультация врача- анестезиолога.

5. Рекомендации по профилактике данного состояния при дальнейшем
лечении пациента?

проводится в стационаре,

в стационаре под наркозом,

амбулаторно - после консультации врача-анестезиолога,

амбулаторно под наркозом,

амбулаторно, после консультации врача-иммунолога с учетом его рекомендаций, под прикрытием премедикации антигистаминными препаратами и местной анестезией рекомендованным иммунологом местноанестезирующим препаратом. +

Задача 5

Пациентка 58 лет, пикнического телосложения, у которой наблюдаются, последние 10 лет, повышенные цифры артериального давления. После проведения местной анестезии в стоматологическом кресле, почувствовала: сильную головную боль; головокружение; ощущение «двоения» в глазах, появилось мелькание – «белый снег»; ощущение «онемения» в конечностях; кожные покровы покрылись потом; появилось чувство нехватки воздуха «звон» в ушах; все эти явления сопровождались резко выраженным страхом. В этот момент определялось: кожные покровы влажные, ЧСС 110 уд.в мин., ЧД 28 экс. в мин., АД 180/120 мм. рт.ст.

1. Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы?

гипертонический криз, +

инсульт,

приступ стенокардии,

аллергическая реакция на местный анестетик,

приступ бронхиальной астмы.

2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?

имеющихся данных достаточно, +

записать и оценить ЭКГ,

провести рентгенографию грудной клетки,

наблюдать за развитием симптоматики.

3. Какие меры неотложной помощи следует предпринять?

никаких,

обеспечить пациенту психический и физический покой,

обеспечить пациенту психический и физический покой, придать пациенту полугоризонтальное положение, вызвать машину скорой помощи.

обеспечить пациенту психический и физический покой, придать пациенту полугоризонтальное положение, применить гипотензивные препараты, вызвать машину скорой помощи, контролировать – АД, ЧСС, ЧД. +

информировать главного врача.

4. Виды лекарственных препаратов необходимые для неотложной помощи пациенту в условиях амбулаторного стоматологического приема?

гипотензивные средства,

гипотензивные средства и транквилизаторы,

спазмолитические, гипотензивные средства, седативные препараты и транквилизаторы, +

гипотензивные средства, седативные, транквилизаторы и диуретики.

5. Рекомендации по профилактике данного состояния при дальнейшем лечении пациента?

проводится только в стационаре,

в стационаре под наркозом,

амбулаторно – в присутствии врача-кардиолога,

амбулаторно под наркозом,

амбулаторно, после консультации врача-терапевта с учетом его рекомендаций, после премедикации транквилизаторами, спазмолитическими препаратами и возможно гипотензивными средствами, с адекватной местной анестезией. +

задача 6

Больной 27 лет обратился с жалобой на наличие безболезненного опухолевидного образования в подъязычной области справа, которое заметил около полутора месяцев назад. Связывает его появление с частым употреблением варёной рыбы, которую очень любит. Образование медленно увеличивалось в размерах. Неделью тому назад, после приема грубой пищи, обратил внимание на выделение изо рта большого количества вязкой прозрачной жидкости без вкуса и запаха, после чего образование

уменьшилось, но через сутки оно вновь стало увеличиваться и достигло прежних размеров, что и вынудило пациента обратиться к врачу. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное. В подъязычной области справа имеется опухолевидное образование размерами 3,5 x 2,0 x 1 см, вытянутой, округло-овальной формы, мягко-эластической консистенции, безболезненное. Слизистая оболочка над ним истончена, полупрозрачная. Сквозь неё просвечивает скопившееся содержимое голубоватого оттенка. Основание языка незначительно смещено в здоровую сторону. При пункции опухолевидного образования получена вязкая, тягучая, прозрачная жидкость.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова возможная причина заболевания?
3. Анатомо-топографическое положение подъязычных слюнных желез.
4. С чем связано уменьшение размеров новообразования?
5. Что представляет собой вязкая, тягучая жидкость?
6. Варианты хирургического лечения данного заболевания.
7. Какие осложнения возможны при проведении операции?

Ответ

1. Диагноз: Ранула или ретенционная киста правой подъязычной слюнной железы.
2. Наиболее вероятная причина – многократная травма в области выводных протоков ПЯСЖ рыбными косточками, последующее рубцевание и блокада выводных протоков.
3. ПЯСЖ располагаются над челюстно-подъязычной мышцей, рядом находятся язычные вена и артерия, подъязычный нерв, клетчатка.
4. Внезапное выделение в полость рта значительного количества вязкой прозрачной жидкости говорит о перфорации капсулы кисты либо при избыточном давлении в её полости, либо при травме.
5. Содержимое таких кист – не что иное, как концентрированная слюна с очень большим содержанием муцина.
6. Из-за сложной архитектоники области наиболее реальным вариантом лечения ранул является пластическая цистотомия (она же марсупиализация,

она же ботрахопластика). Заключается в широком рассечении кисты по ходу подъязычного валика с последующим подшиванием краёв кистозной полости к слизистой оболочке дна полости рта. Первоначально вскрытая полость кисты заполняется рыхло йодоформной марлей, которая постепенно выталкивается оттуда рубцующимися тканями, а эпителий капсулы бывшей ПЯСЖ метаплазирует в обычный эпителий оболочки полости рта. Вариант цистэктомии очень редко применяется из-за тонкости оболочки, сложного анатомического строения и малого пространства для работы хирурга.

7. При цистэктомии возможно обильное кровотечение из артерии языка, вен, расположенных в этой области. Повреждение подъязычного нерва приводит к гемиплегии мышц языка, а воспалительные осложнения – к флегмоне всего подъязычного пространства и к рубцам, ограничивающим движения языком и нарушениям речи.

Задача 7

Больной Б., 37 лет, жалуется на наличие свищей на коже в заднем отделе поднижнечелюстной области справа, ограниченное открывание рта. Три месяца назад был удален разрушенный 48 зуб, после чего появились припухлость в области угла нижней челюсти справа, ограниченное открывание рта. Через месяц и две недели, после «прорыва» припухлости там появились свищи с небольшим количеством гнойного отделяемого. Температура тела почти все время была субфебрильной. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей в области угла нижней челюсти справа и в заднем отделе поднижнечелюстной области, кожа над припухлостью синюшно-багрового цвета, с характерным видом «стёганого одеяла». Здесь же имеются 4 свища со скудным, гнойно-крошковидным отделяемым. При пальпации определяется умеренно болезненный, деревянистой плотности инфильтрат. Рот открывается на 1,5 см между центральными резцами, лунка 48 полностью зажила.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каковы этиологические моменты развития данного заболевания?
3. Каковы пути распространения инфекции?
4. Какие клинические проявления характерны для данного заболевания?
5. Какой метод диагностики может помочь в постановке окончательного диагноза?
6. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены?

Ответ

1. Наиболее вероятный диагноз: актиномикоз в области угла нижней челюсти справа, кожно-мышечная форма.
2. Заболевание вызывается лучистыми грибами, которые сапрофитируют в полости рта почти каждого здорового человека. Только высокий уровень сенсибилизации и резкое ослабление всех видов иммунитета может привести к возникновению актиномикоза.
3. Распространяется актиномикоз контактным, одонтогенным, лимфогенным и гематогенным путями.
4. Наиболее патогномоничные симптомы актиномикоза: деревянистой плотности инфильтрат в месте первичного внедрения лучистого грибка в ткани, синюшно-багровая окраска кожи над инфильтратом и симптом «стёганого одеяла», который возникает за счёт наличия множества свищей, устья которых образуют втянутости. Из свищей могут выделяться, наряду с гноем, крошковидные включения, содержащие элементы друз лучистого грибка.
5. Для уточнения диагноза необходимо использовать кожно-аллергическую пробу с актинолизатом по Аснину. Внутрикожно, во внутреннюю поверхность предплечья, вводится 0,1 мл актинолизата (продукт спонтанного лизиса колонии актиномицетов). В другое предплечье, симметрично. Вводится столько же стерильного мясопептонного бульона для контроля. Через 12-24 часа оценивают реакцию организма на введённый антиген. Если вокруг места введения никаких проявлений, лишь лёгкая краснота – реакция отрицательная. Если краснота вокруг места инъекции более 1,5-2 см и имеется волдырь – реакция положительная. Наиболее надёжным способом диагностики является сочетание иммуноспецифической реакции с гистологическим исследованием: взятием кусочка тканей во всю толщину из зоны поражения.
6. Лечение может быть иммунонеспецифическим (большие дозы антибиотиков, противогрибковые препараты, соли тяжёлых металлов, малые дозы рентгеновского излучения) и иммуноспецифическим (лечение актинолизатом). Актинолизатотерапия проводится с учётом рекомендаций большого русского учёного Безредки: начиная с дозы «переносимости» (около 0,3 мл) с повышением ежедневно на 0,2 мл до дозы «терпимости» (около 1,6 мл). После этого выдерживается «плато» на максимально терпимой организмом дозе в течение недели и начинается снижение дозировки по 0,2 мл в сутки до первоначальных 0,3 мл. Через два месяца при необходимости курс повторяется. Лечение актинолизатом по методу Сутеева: внутримышечно, за один раз, вводится максимальная доза – 3 мл. При отсутствии отрицательных реакций через три дня вводится ещё столько же. Подобное лечение длится в течение месяца и даёт хороший клинический результат.

Задача 8

Больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на невозможность закрыть рот после акта зевания. При осмотре лицо больного вытянуто в длину за счет смещения нижней челюсти книзу и кпереди. Рот 86 полуоткрыт, из него самопроизвольно вытекает слюна, попытки закрыть рот ни к чему не приводят, только вызывают боль в мышцах и в области височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) с обеих сторон. Больной расстроен и беспомощен. Речь неразборчива. При пальпации в области височно-нижнечелюстных суставов наличия суставных головок в ямках не определяется.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие клинические данные, отсутствующие в описании, характерны для данного вида патологии?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Перечислите факторы, способствующие возникновению данного вида патологии.
5. Классификация данного вида патологии.
6. Проведите дифференциальную диагностику.
7. Методы устранения данной патологии через 1-3 часа после случившегося.
8. Тактика ведения больных после устранения данной патологии.

Ответ

1. Диагноз: острый передний двусторонний вывих нижней челюсти.
2. У таких больных возникает чувство плохо контролируемой паники, толкающее их на необдуманные поступки, невозможность общения, приёма пищи, смыкания зубных рядов, чувство социальной ущербности.
3. Необходимо провести рентгенографию (РГ) по Шюллеру-Майеру или по Йозефу, или по Парма. Все они позволяют добиться главного: наименьшее количество наложений костных структур на область ВНЧС и определение положения суставных головок нижней челюсти.
4. Кроме акта зевания к этой патологии могут привести: громкий крик, чрезмерное открывание рта при откусывании большого куска пищи, рвота, удар в подбородок сверху вниз, а также длительное незакрытие рта на

приёме у стоматолога. Нередко вывих нижней челюсти встречается при интубации трахеи у больных во время проведения наркоза.

5. Вывихи нижней челюсти делятся на острые (передний и задний, одно- и двухсторонний) и привычные (передний одно- и двусторонний). Встречаются также застарелые невправленные вывихи. Острым вывих считается в течение 12-24 часов после травмы. Спустя неделю – застарелым. Если вывих удаётся больному вправить самостоятельно, то в большинстве случаев формируется привычный вывих.

6. Суть ДД состоит в определении положения суставных головок нижней челюсти (НЧ). Если одна головка в ямке, а другая нет – вывих односторонний. Если головка кпереди от козелка уха вывих передний, кзади – задний. Если больной открывает рот шире, чем положено в норме – вывих привычный, если это произошло впервые – острый.

7. Лечение – классическое вправление НЧ. Больной сидит, плотно прижавшись всем телом и головой к твёрдой поверхности. Врач, обернув большие пальцы марлей, накладывает их на моляры нижней челюсти больного и в течение минуты (не менее!) отдавливает НЧ книзу, используя не только силу, но и собственный вес. При этом происходит растягивание напряжённых жевательных мышц. После НЧ смещается врачом кзади и слегка подталкивается вверх. В этот момент врачу необходимо быстро убрать пальцы на внутренние косые линии НЧ, чтобы не получить травму рефлексорно сжавшимися зубами пациента. Вывих вправлен.

8. После вправления вывиха НЧ её необходимо иммобилизовать на срок 2,5-3 недели либо с помощью теменно-подбородочной жёсткой повязки, либо гипсовой головной шапочки и стандартной пращи Энтина, либо с помощью двучелюстного лигатурного связывания зубов, либо с помощью аппарата Бетельмана, коронок Катца, шины Ядровой.

Задача 9

Пациентка 43 лет обратилась с целью санации полости рта. Любые стоматологические манипуляции вызывают у нее сильный, неконтролируемый страх. В процессе лечения пациентке предстоит удаление 18, 15, 14, 27, 36, 38, 44 и 46 зубов.

1. Какими способами и средствами можно уравновесить психологическое состояние пациентки?

2. Какими будут особенности премедикации при наличии у пациентки ишемической болезни сердца (сахарного диабета, бронхиальной астмы)?

3. Какой вид обезболивания может быть использован при удалении 18, 15 и 14 зубов?
4. Каким анестетикам будет отдано предпочтение при удалении зубов, если у пациентки гипертоническая болезнь?
5. Опишите методику проведения торусальной анестезии.
6. Каковы критерии наступления торусальной анестезии?

Ответ

В данном случае у больной отмечается высокая психическая лабильность, намечается большой объём хирургического вмешательства.

1. Премедикация в обязательном порядке (схемы №2 по Бернадскому, по Панину, по Чернышевой).
2. На ночь, перед операцией: диазолин 1 драже + феназепам 1 таб. Утром: диазолин 1 драже + атаракс 1 гранула. За 30 минут до начала операции: 2 мл димедрола + 2 мл анальгина 50% в/м. После чего вводится анестетик без вазоконстриктора в виде соответствующей анестезии и проводится необходимое вмешательство.
3. Проводится туберальная анестезия в сочетании с палатинальной плюс инфильтрационное обезболивание в области 14 зуба.
4. Предпочтителен лидокаин 2% без адреналина, либо скандонест, мепивакаин.
5. Обязательные условия для проведения торусальной анестезии: максимально широко открытый рот (иначе торус недостижим из-за перекрытия верхними зубами) и расположение шприца на противоположных молярах. Точка вкола – на 0,5 см ниже верхнего третьего моляра в латеральную часть крылочелюстной складки. Далее – до упора в кость.
6. Появление онемения в области нижней губы и угла рта соответствующей стороны, а также боковой поверхности языка.

Задача 10

Через 5 минут после проведения инфильтрационной анестезии 2% раствором лидокаина в количестве 5 мл для удаления 14 зуба, у больного появилось ощущение слабости, бледность кожных покровов, ощущение тяжести за грудиной, шумное дыхание, осиплость голоса, сердцебиение, холодный пот, АД снизилось до 90/50 мм.рт.ст. Затем, после судорог, возникла потеря сознания.

1. О каком осложнении может идти речь?
2. С какими состояниями необходимо дифференцировать описанное осложнение?
3. По каким признакам может проводиться дифференциальная диагностика?
4. Изложите последовательность неотложных мероприятий по борьбе с возникшим состоянием.
5. Каковы возможные варианты течения описанного патологического состояния?
6. Перечислите осложнения местной анестезии общего характера?
7. Профилактика осложнений при местном обезболивании.

Ответ

1. Анафилактический шок.
- 2,3. С обмороком (давление не падает, нет болей за грудиной); коллапсом (сознание сохранено, нет болей за грудиной); анафилактоидными реакциями (имеются кожные проявления, сознание сохранено, давление слабо падает).
4. Первым делом вводятся препараты коры надпочечников (кортикостероиды) из расчёта 4-5 мг на кг веса больного для нейтрализации массивного выброса гистамина в кровяное русло. После чего (в срочном порядке!) место инъекции анестетика любыми способами блокируется с тем, чтобы сделать невозможным всасывание антигена в кровь больного. Поддерживается сердечная деятельность (мезатон в/в, коргликон в/в) и дыхательная (цититон или лобелин в/м, кордиамин п/к). Больной сразу укладывается, обеспечивается приток свежего воздуха в большом количестве. При необходимости проводятся реанимационные мероприятия, срочно вызывается бригада скорой помощи.
5. Вариантов два: выведение больного из состояния анафилаксии с дальнейшим обследованием и лечением у аллерголога и невыведение больного из данного состояния.
6. Обморок, коллапс, аллергические реакции.
7. Перед любыми манипуляциями крайне важно выяснить аллергологический анамнез больного. В том случае, если введение препарата первое – неожиданностей быть не должно. Если ваша анестезия - вторая по счёту, проведение специальной аллергической пробы является обязательной! Только после пробы можно приступать к вмешательству.

Задача 11

У пациентки, находящейся на 4 месяце беременности возникла необходимость удаления разрушенного 38 зуба по поводу обострения хронического периодонтита.

1. Существуют ли противопоказания к удалению зуба?
2. Какие анестетики наиболее предпочтительны в данной ситуации?
3. Как необходимо подготовить больную к операции удаления зуба?
4. В какой период беременности наиболее рационально проводить плановые стоматологические вмешательства?
5. Какую анестезию следует выполнить?
6. Какие чувствительные нервы, помимо ветвей V пары, участвуют в иннервации слизистой оболочки ретромолярного треугольника и как их блокировать?
7. Каким инструментом можно удалить 38 зуб? Опишите методику.
8. Особенности послеоперационного периода у беременных.

Ответ

1. Беременность - относительное противопоказание к операции.
2. Предпочтительны анестетики без содержания вазоконстрикторов.
3. Провести предварительную беседу, успокоить пациентку. Использовать при этом элементы суггестии, НЛП.
4. Плановые хирургические стоматологические вмешательства беременным лучше проводить во втором триместре. При возникновении срочных показаний фактор срока беременности значения не имеет.
5. Следует выполнить либо торусальную анестезию, либо мандибулярную в сочетании с выключением щёчного нерва.
6. Ретромолярный треугольник, кроме ветвей третьей ветви тройничного нерва, может получать иннервацию от веточек языкоглоточного нерва. Их выключение нетрудно обеспечить инфильтрационной анестезией.
7. Кроме щипцов «горизонтальных без шипов» можно использовать прямой элеватор при условии, что имеются три соседних с 38 устойчивых опорных зуба. Врач, располагаясь спереди от пациента, вводит жало прямого элеватора

между пришеечными третями корней 38 и 37 зубов под углом в 40- 45 градусов. Охватив левой рукой НЧ больного, опираясь на заднюю поверхность корня 37 зуба, он поворачивает ребро элеватора кверху, выталкивая 38 зуб из лунки по плавной дуге. Повторяя это движение 5-6 раз врач добивается вывихивания удаляемого зуба из лунки. Извлечь вывихнутый зуб можно теми же «горизонтальными» щипцами.

8. Особенностью послеоперационного периода у беременных является склонность к поздним луночковым кровотечениям из-за снижения активности свёртывающей системы крови. В этой связи необходимо постоянное наблюдение за такими пациентками вплоть до полного заживления лунки удалённого зуба. При возникновении кровотечения следует обойтись только физическими или механическими способами остановки, не прибегая к химическим или биологическим.

Задача 12

Каретой скорой медицинской помощи в челюстно-лицевое отделение городской больницы доставлен больной в возрасте 45 лет с жалобами на сильные ноющие боли в области припухлости на верхней челюсти справа, высокую температуру (до 39,5° С), потрясающие ознобы, общую слабость, недомогание, плохой сон и аппетит. Состояние больного средней тяжести. Заболевание связывает с удалённым три дня тому назад 17 зубом, который был долгое время разрушен и неоднократно беспокоил. Местно: выраженная асимметрия лица за счет припухлости в верхнем отделе правой щёчной, скуловой и подглазничной областях справа. Естественные складки сглажены, угол рта справа опущен, глазная щель справа сужена.

Кожные покровы над припухлостью гиперемизованы, имеется коллатеральный воспалительный отек мягких тканей, пальпация в центре припухлости болезненна. Кожа в этом участке с трудом собирается в складку. Пальпируются увеличенные множественные, болезненные регионарные лимфатические узлы. Открывание рта слегка затруднено – контрактура 1 степени. В полости рта: имеется гиперемия слизистой оболочки в области альвеолярного отростка с вестибулярной и небной сторон в проекции удалённого 17 зуба. Переходная складка от 17 до 13 зуба сглажена. Пальпируется болезненный инфильтрат по переходной складке от 17 до 13 зуба с флюктуацией в центре. Лунка удалённого ранее 17 зуба заполнена остатками распавшимся кровяным сгустком, стенки её покрыты серовато-грязным налетом. Имеется неприятный запах изо рта, подвижность интактных 16, 15 и 14 зубов.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Классификация заболевания.

3. Какие дополнительные методы обследования, позволяющие уточнить диагноз, не указаны в условии задачи?
4. Поставьте окончательный диагноз.
5. Составьте план комплексного лечения.
6. Ваше отношение к зубам, находящимся в очаге воспаления при этом заболевании?
7. Исход заболевания? Возможные осложнения?

Ответ

1. Острый остеомиелит верхней челюсти справа от 17 зуба.
2. Остеомиелиты острые делятся на серозную стадию и гнойную, а по распространению – на ограниченную форму, локальную и диффузную.
3. Возможно также вовлечение в процесс верхнечелюстного синуса (ВС) с симптомами острого серозно-гнойного гайморита. При исследовании крови будет иметь место выраженный нейтрофильный лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитопения, резкое увеличение СОЭ (до 35-50 мм/час).
4. Острый локальный остеомиелит верхней челюсти справа от 17 зуба.
5. Лечение будет заключаться в реализации следующих основных этапов: а) удаление только причинного зуба и вскрытие образовавшихся гнойных очагов; б) назначение соответствующих доз антибиотиков и сульфаниламидов; в) антигистаминные, десенсибилизирующие препараты; г) дезинтоксикационная терапия; д) иммунокоррекция и иммуностимуляция; е) на стадии реконвалесценции – ФТ и витаминотерапия до полной реабилитации.
6. Интактные зубы, расположенные рядом с причинным зубом не удаляются!
7. При адекватном и своевременном лечении исход только один: выздоровление. При несвоевременном обращении больного или не совсем верном лечении возможен переход в хроническую стадию со всеми вытекающими последствиями.

Задача 13

Больной 38 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобой на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Спустя 20-30 минут припухлость постепенно

уменьшается, вместе с этим ослабевает интенсивность боли. Болен около 7-8 месяцев, когда впервые обратил внимание на возникающую боль при еде и появление припухлости в поднижнечелюстной области. Периодически припухлость и боли исчезали, но ненадолго. Последний месяц при приеме пищи боли возникали постоянно и были более резкими по сравнению с предыдущим периодом. Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре патологии не выявлено. При бимануальной пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется слегка увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, безболезненная, мягко-эластической консистенции. В среднем отделе левого Вартонова протока при бимануальной пальпации определяется наличие овальной формы болезненного уплотнения размерами 1,0 x 0,3 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
3. Причины возникновения заболевания.
4. Классификация данной патологии.
5. Опишите методику хирургического лечения данной патологии.
6. Возможные осложнения.

Ответ

1. Сиалолитиаз, конкремент в протоке.
2. Необходима РГ дна полости рта по Коваленко для уточнения расположения конкремента.
3. Основной причиной возникновения камней в слюнных железах (СЖ) является снижения клиренса слюноотделения. Это бывает при гипофункции СЖ. Также важным моментом в камнеобразовании может быть нарушение водно-солевого обмена в организме, нарушение деятельности желез внутренней секреции, хронические болезни ЖКТ.
4. Слюннокаменная болезнь (СКБ) делится на начальную и развившуюся, захватывающую одну и более СЖ, с образованием камней внутри паренхимы СЖ и в её протоках, сочетающуюся с камнеобразованием в других органах (печени, почках) и изолированную.
5. Под торусальной или мандибулярной анестезией прошиваются и подтягиваются кверху ткани позади камня вартонова протока. Это необходимо для того, чтобы камень не ускользнул во время операции в

ампулу железы. После делается разрез над уплотнённым участком протока вплоть до ощущения царапания кончика скальпеля по поверхности конкремента. Небольшой кюретажной ложкой камень аккуратно извлекается из места его «прилипания» к внутренней поверхности вартонова протока в полость рта. При этом из увеличенной слюнной железы однократно выделится около 4-6 мл застойной слюны. Разрез дренируется, назначается массаж ПЧСЖ, уход за полостью рта.

6. К возможным осложнениям относятся раздробление камня при грубых действиях хирурга, проталкивание его в мягкие ткани с их последующим нагноением, нанесение значительной травмы больному при попытке использования зажимов для извлечения камня, кровотечение.

Задача 14

. Больному 36 лет был нанесен прямой удар в подбородок при широко открытом рте, в момент крика о помощи. Почувствовал резкую боль в проекции обоих ВНЧ суставов, зубы впоследствии сомкнуть не смог. По этому поводу обратился в травмпункт, откуда, после выполнения рентгенограммы, был направлен в челюстно-лицевое отделение через 8 часов после получения травмы. При осмотре: лицо выглядит чрезмерно удлинённым из-за того, что больной не может сомкнуть зубные ряды, симптом Фабриканта (или симптом «нагрузки») резко положителен в области обоих ВНЧ суставов. Прикус по типу открытого, со смещением нижней челюсти кзади. Контакт зубовантагонистов только в области последних моляров. Р-граммы выполнены в неприемлемой проекции, нужной информации не несут.

1. О каком повреждении какой кости следует думать?
2. Какие диагностические и лечебные мероприятия следует выполнить?
3. Возможные осложнения и их предупреждение.

Ответ

1. Перелом НЧ в области шеек мышечковых отростков со смещением отломков.
2. Следует выполнить РГ в двух проекциях для уточнения локализации отломков нижней челюсти. Это позволит определить, возможно ли обойтись бескровной репозицией отломков с фиксацией их консервативно ортопедическими методами или следует прибегнуть к хирургическому остеосинтезу.
3. К возможным осложнениям при неадекватном лечении можно отнести

состояние открытого прикуса, невозможность по жизни откусывания и полноценного пережёвывания пищи.

Задача 15

Больная 58 лет обратилась к стоматологу с жалобами на боль в области височно-нижнечелюстных суставов обеих сторон. Начало заболевания пациентка связывает с появлением щелкания в обоих суставах после вывиха нижней челюсти при зевании 3 года тому назад, чему не придавала тогда особого значения. Спустя 1,5-2 года в области суставов стали появляться ноющие боли, которые усиливались при движениях нижней челюстью, особенно при пережевывании жесткой пищи. Объективно: открывание рта чрезмерное, до четырёх пальцев пациентки между резцами. При этом подбородок совершает зигзагообразные движения вначале влево, а затем вправо. Пальпация в области ВНЧ суставов болезненна, при аускультации областей ВНЧ суставов движения суставных головок сопровождается хорошо слышным хрустом и глухими ударами на вершине амплитуды движения. В полости рта: отмечается двусторонний концевой дефект зубных рядов, отсутствуют 17, 16, 26, 27 зубы. Прикус ортогнатический с глубоким резцовым перекрытием. На рентгенограмме по Шюллеру-Майеру отмечается уплотнение кортикальных замыкательных пластинок суставных головок с явлениями остеосклероза. Суставные щели сужены в задних отделах ВНЧ суставов. При широко открытом рте суставные головки находятся впереди от суставных бугорков, которые сглажены и имеют небольшую высоту, особенно правый.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Какие особенности анатомического строения ВНЧС Вы знаете?
3. Классификация разновидностей данного заболевания
4. Этиология и патогенез данного заболевания.
5. Дифференциальная диагностика.
6. Составьте план комплексного лечения.

Ответ

1. Привычный передний двусторонний вывих нижней челюсти, осложненный склерозирующим артрозо-артритом, синдромом болевой дисфункции суставов и миофасциальным синдромом.
2. ВНЧС имеет инконгруэнтные поверхности, для возмещения чего существует межсуставной диск, состоящий из фиброзных хрящевых

элементов. Кроме того, суставные поверхности покрыты нежным волокнистым хрящом, который легко травмируется при трении о суставной бугорок (а это происходит постоянно при привычном переднем вывихе). ВНЧС имеет не одну или две, а три степени свободы движения в

трёх плоскостях, что делает его уникальным. Сустав обладает не очень мощным внесуставным связочным аппаратом, что негативно сказывается на его «прочности».

3,4. Вывихи нижней челюсти делятся на острые (передний и задний, одно- и двухсторонний) и привычные (передний одно- и двусторонний). Встречаются также застарелые невправленные вывихи. Острым вывих считается в течение 12-24 часов после травмы. Спустя неделю – застарелым. Если вывих удаётся больному вправить самостоятельно, то в большинстве случаев формируется привычный вывих. Зачастую привычные передние вывихи ВНЧС сопровождаются возникновением склерозирующего или деформирующего артрозо-артрита и болевым синдромом типа Костена или миофасциального болевого синдрома (МФС).

5. Суть ДД состоит в определении положения суставных головок нижней челюсти (НЧ). Если одна головка в ямке, а другая нет – вывих односторонний. Если головка впереди от козелка уха вывих передний, сзади – задний. Если больной открывает рот шире, чем положено в норме – вывих привычный, если это произошло впервые – острый.

6. Этапы лечения данного больного: а) ограничение амплитуды движений в ВНЧС на длительный срок (вплоть до шинирования); б) ликвидация стойкого болевого очага в области ВНЧС и жевательных мышц (блокады, электрофорез с анестетиками, иглорефлексотерапия, ГНЛ); в) меры по укреплению повреждённых внесуставных связок и капсулы сустава (УВЧ, калий-йод электрофорез); г) лечебный массаж.

Задача 16

Больной 23 лет обратился в клинику с жалобами на боли и припухлость впереди от козелка уха в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) слева, резкое ограничение открывания рта. Боли усиливаются при попытке приеме пищи, при движениях нижней челюстью. Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла после получения удара «в ухо» слева около 12 часов назад. Больной сознания не терял, тошноты и рвоты не было. Появившийся отек мягких тканей в околоушной области слева постепенно нарастал, усиливалось и ограничение подвижности нижней челюсти. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет отека мягких тканей околоушной области слева, ближе к козелку уха имеется подкожная гематома размером 2,2 x 1,9 см, пальпация в этом участке болезненна. Открывание рта резко ограничено – до полутора см между резцами. В полости рта: ортогнатический прикус, целостность альвеолярных отделов челюстных

костей не нарушена, при открывании рта боковых смещений нижней челюсти не определяется. При рентгенологическом исследовании по Шюллеру костные структуры, образующие сустав, в норме, суставная щель слева несколько расширена при сомкнутых челюстях.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие особенности височно-нижнечелюстного сустава Вы знаете?
3. Этиология данного заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Составьте план лечебных мероприятий.
6. Особенности ведения больных с такой патологией.
7. Прогноз.

Ответ

1. Диагноз: острый травматический артрит левого ВНЧС.
2. ВНЧС имеет инконгруэнтные поверхности, для возмещения чего существует межсуставной диск, состоящий из фиброзных хрящевых элементов. Кроме того, суставные поверхности покрыты нежным волокнистым хрящом, который легко травмируется при трении о суставной бугорок (а это происходит постоянно при привычном переднем вывихе). ВНЧС имеет не одну или две, а три степени свободы движения в трёх плоскостях, что делает его уникальным. Сустав обладает не очень мощным внесуставным связочным аппаратом, что негативно сказывается на его «прочности».
3. В основе заболевания – травма, приводящая к резкому отёку внутрисуставных структур, затруднению функции сустава, кровоизлиянию в полость сустава (гемартрозу). Как следствие: боль в ВНЧС, тугоподвижность, отёк периартикулярных тканей.
4. ДД провести нетрудно, т.к. в анамнезе есть чёткая зависимость заболевания и имевшей место травмы.
5. Лечение следует осуществлять с такой последовательности: -- обеспечение неподвижности ВНЧС в течение 2 недель; -- назначение антигистаминных препаратов; -- назначение анальгетиков; -- через неделю после травмы МВ-терапию, ГНЛ; -- с первого дня: жидкая или мягкая пища (до 2 недель).

6. Необходимо объяснить больному необходимость неукоснительного выполнения всех назначений, даже в том случае, если наступит улучшение состояния в ближайшие трое суток.

7. Прогноз при выполнении всех назначений врача и соблюдении правил поведения больным – благоприятный. В противном случае возможно возникновение хронического артрозо-артрита.

Задача 17

Больной 27 лет обратился с жалобами на невозможность полноценного открывания рта. Питается только жидкой пищей, ограничение движений нижней челюсти происходило постепенно, в течение полугода. Шесть

месяцев тому назад в результате имевшей место обширной флегмоны справа образовались несколько рубцов на месте имевшихся разрезов после лечения в стационаре. Рубцы со временем становились всё грубее, а открывание рта становилось всё более ограниченным. При внешнем осмотре в месте соединения скуловой кости и скуловой дуги справа на коже имеется втянутый трёхлепестковый рубец. При пальпации определяется рубцовый конгломерат под кожей, идущий от скуловой дуги к венечному отростку. Движения суставных головок сохранены, но в ограниченном объёме. Открывание рта на 8-9 мм между резцами. В полости рта: большое количество мягкого зубного налёта, остатки пищи в складках слизистой оболочки и в области переходных складок.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каковы причины, вызывающие заболевание?
3. Классификация данной патологии.
4. Дайте определение заболевания.
5. Методы лечения этой патологии.
6. Причины рецидивов данного заболевания и их профилактика.

ответ

1. Диагноз: внесуставная рубцовая межкостная контрактура.
2. Причина заболевания: активный процесс рубцевания остаточной гнойной полости, возникшей в результате имевшей место флегмоны. Отсутствие адекватного процесса реабилитации в послеоперационном периоде привело к формированию чрезмерного рубцового конгломерата, ограничившего активные движения НЧ.

3. Контрактуры НЧ бывают внутри- и внесуставными. Внесуставные контрактуры могут быть кожными, кожно-мышечными, мышечнослизистыми, костно-мышечными, межкостными и сложно сочетанными.

4. Термин «контрактура» происходит от латинского слова «contractere – стягивать, сокращать, стаскивать». Контрактура – ограничение движения нижней челюсти за счёт наличия внутри- или внесуставных патологических процессов в качестве механических помех.

5. Лечение небольших по площади и объёму рубцовых тяжей ограничивается физиотерапией (УЗ, ГНЛ, магнитотерапия, ЭФорез с лидазой, ронидазой) и механотерапией (активной и пассивной). В случае наличия больших блоков рубцовой ткани показано хирургическое лечение: иссечение фиброзных конгломератов с использованием прокладок из фибриновой плёнки (между мышцами, костями), аутофасции,

лиофилизированной аллофасции. Возможно применение деэпидермизированного стебельчатого кожножирового лоскута Н.В. Филатова. В данном случае первым этапом должно быть радикальное иссечение рубцового конгломерата между скуловой костью и венечным отростком с использованием аутофасции с бедра; второй этап: механотерапия с 9-10 суток после операции и вплоть до 1,5 месяца с момента её начала.

6. Рецидивы при лечении контрактур возникают при нерадикальном иссечении рубцовых тяжей, а также отказ от использования разобщающих прокладок между оперированными тканями.

Задача 18

Через 5 минут после проведения инфильтрационной анестезии 2% раствором лидокаина у шестидесятилетней пациентки гиперстенического телосложения, в количестве 5 мл с 0,1% раствором адреналина для удаления 14 зуба, появилось ощущение головокружения, головная боль, гиперемия кожи лица, шумное дыхание, сердцебиение, холодный пот, АД поднялось до 190/110 мм.рт.ст. Затем появился шум в ушах, звон, стук «молоточков» в височных областях, позывы к рвоте.

1. О каком осложнении может идти речь?
2. С какими состояниями необходимо дифференцировать описанное осложнение?
3. По каким признакам может проводиться дифференциальная диагностика?
4. Изложите последовательность неотложных мероприятий по борьбе с возникшим состоянием.

5. Каковы возможные варианты течения описанного патологического состояния?

6. Перечислите осложнения местной анестезии общего характера?

7. Профилактика осложнений при местном обезболивании.

Ответ

1. У данной пациентки развился гипертонический криз (ГК).

2. Ввиду явности симптоматики ДД не представляет собой особых затруднений.

3. Из-за резкого подъёма АД следует исключить лишь тиреотоксический криз, при котором отмечается проливной пот, резкий подъём агрессии, который может смениться полной апатией. АД при этом менее критично, в отличие от ГК.

4,5. Первым делом отложить удаление зуба. Второе: уложить больную, приподняв головную часть кресла. Третье: ввести в/в 10 мл 10% раствора

хлорида кальция, в/м не менее 2 мл папаверина с дибазолом. Четвёртое: постоянно контролировать АД. После снижения АД зуб возможно удалить. Кровотечение из лунки при этом может быть обильным, но в целом благоприятно сказывается на стабилизации АД. Отпускать больную при этом можно только в том случае, когда образуется сформированный тромб в лунке удалённого зуба. Предупредить о строгом соблюдении всех рекомендаций врача!

6. Кроме ГК к общим осложнениям при выполнении анестезии могут быть: обморок, коллапс, аллергические реакции, анафилактический шок. 7. Перед ОУЗ у больных в возрасте старше 45 лет необходимо в деталях выяснить наличие сопутствующих заболеваний и их характер. У гиперстеников с излишним весом необходимо измерить АД до анестезии. При его повышенном уровне – дача гипотензивных препаратов, контроль

АД, отказ от плановой ОУЗ.

Задача 19

У больного 35 лет, готовящегося к протезированию, при обследовании опорных зубов на R-грамме выявлено наличие очага деструкции костной ткани альвеолярного отростка округлой формы, с четкими контурами, размерами 2,5 x 2 см, связанного с верхушками интактных 12, 13 зубов. Каналы 12, 13 не запломбированы.

1. Какой диагноз вы поставите этому больному?
2. Каков план лечения? Что необходимо сделать перед операцией?
3. Какие виды обезболивания следует применить при оперативном вмешательстве у такого больного?
4. Каким анестетикам следует отдать предпочтение?
5. Какое хирургическое вмешательство показано при таком патологическом процессе? Опишите основные этапы хирургического вмешательства
6. Медикаментозное и другие виды лечения в послеоперационном периоде.
7. Что можно использовать для стимуляции остеогенеза в зоне деструкции костной ткани?

Ответ

1. Радикулярная киста верхней челюсти от 12 и 13 зубов.
 2. Лечение должно заключаться в полном удалении кисты (операция цистэктомии). Перед операцией в обязательном порядке депульпировать включённые в кисту зубы и запломбировать их за верхушку.
 - 3,4. Для адекватного обезболивания следует использовать двустороннюю инфраорбитальную анестезию в сочетании с инцизивной анестезией.
- Предпочтительно использовать карпульные анестетики амидного ряда с вазоконстрикторами, но не более 4 карпул.
5. При данной кисте небольших размеров кроме цистэктомии одномоментно следует выполнить ампутацию верхушек 12 и 13 зубов, чтобы радикально убрать всю оболочку. Это предупредит развитие рецидива.
 6. После операции для предупреждения нагноения остаточной костной полости, необходимо назначить антибиотики (в рациональных дозах), сульфамиды, антигистамины, анальгетики. Важно: назначение особого вида мягкого питания (не путать с диетой!), тщательное соблюдение гигиены полости рта вплоть до удаления швов. Не использовать быстро резорбируемые шовные материалы!
 7. В качестве остеостимуляторов при восполнении костного дефекта возможно использование пасты из антибиотика в сочетании с кровью, гемостатическую губку, гидроксилapatит и его производные, коллаген и его производные, лиофилизированную аллокостную щебёнку.

Задача 20

Больной 43 лет жалуется на боль и припухлость в области зуба на нижней челюсти слева. Подобные обострения уже возникали раньше и были связаны с простудными заболеваниями. В анамнезе: хроническая пневмония, хронический бронхит. Местно: 35 зуб имеет кариозную полость на $\frac{1}{2}$ коронки, сообщающуюся с полостью зуба. Перкуссия 35 зуба болезненна. Слизистая оболочка в проекции корня 35 зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненна. На R-грамме отмечается тень пломбировочного материала в канале 35 зуба на $\frac{1}{3}$ длины корня. У верхушки корня имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы с четкими контурами, диаметром около 4мм.

1. Поставьте диагноз.
2. В каких патогенетических взаимоотношениях могут находиться хронические околоверхушечные очаги и воспалительный процесс в дыхательных путях?
3. Решите вопрос о целесообразности сохранения 35 зуба и возможных путях решения этой проблемы.
4. В случае удаления, какую анестезию можно провести? Опишите методику.
5. Какие щипцы Вы предпочтете, и в какое положение усадите больного? 6. Опишите этапы удаления зуба и положение левой руки врача при этом. 7. Как добиться полноценного формирования сгустка?
8. Каковы прогнозы при различных подходах к лечению?

Ответ

1. Хронический гранулематозный периодонтит 35 зуба в стадии обострения.
2. При наличии сопутствующих заболеваний у пациентов всегда отмечается снижение уровня напряжённости иммунитета. В этой связи даже незначительное переохлаждение может провоцировать у них обострение одонтогенных воспалительных хронических заболеваний.
3. Так как корневой канал 35 зуба запломбирован некачественно, в первую очередь необходимо его вскрыть и попытаться запломбировать слегка за верхушку. Если возникнет обострение – погасить его и впоследствии прибегнуть к ампутации верхушки корня 35 зуба. Закончить лечение изготовлением искусственной коронки. В том случае, если перелечить зуб не удастся, его следует удалить.

4. При удалении 35 зуба следует воспользоваться любой проводниковой анестезией, выключающей нижнелуночковый нерв (торусальная, мандибулярная в любой модификации).

5,6. Положение врача: спереди-справа от пациента, удаляемый зуб – на уровне локтевого сустава врача (или ниже). Щипцы следует взять клювовидные несходящиеся со средней ширины щёчками. Вывихивать 35 зуб можно ротационными движениями в сочетании с люксационными.левой рукой врач охватывает тело НЧ, подстраховывая ВНЧС от травм и большим пальцем оттесняя щеку и угол рта, обеспечивая себе хороший обзор зоны манипуляции.

7. После удаления лунку подвергнуть ревизии, края её максимально сблизить, через 5-6 минут проверить наличие сгустка. После этого объяснить больному правила поведения после ОУЗ и отпустить, предупредив о 141 немедленном обращении в отделение при любых отклонениях от нормы в послеоперационном периоде.

Ситуационные задачи по ортопедической стоматологии

Задача № 1. Пациентка А, 28 лет обратилась в клинику кафедры ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида при разговоре и улыбке.

При осмотре полости рта:

- а) Интактные зубные ряды;
- б) Нейтральная (физиологическая) в сагиттальной плоскости (1 класс по Энгля);
- в) Скученное положение передней группы зубов верхней и нижней челюстей;
- г) Тортоаномалия верхних клыков;
- д) Множественные кариозные поражения (III класс по Блэку);
- е) Форма верхней и нижней зубных дуг приближается к седловидной.

1. Определите план диагностических мероприятий;
2. Поставьте диагноз;
3. Объясните термин «тортоаномалия зуба»;
4. Объясните механизм возникновения кариозного процесса;
5. Предложите план комплексной реабилитации данной патологии с применением современных технологий в стоматологии;
6. Объясните морфологические изменения, происходящие в зубочелюстной системе человека при проведении ортодонтического лечения аномалий окклюзии.

Задача № 2. Пациентка А, 25 лет обратилась с основными жалобами на нарушение внешнего вида, выступание передних зубов из под верхней губы, наличие щелей между зубами, затруднения при откусывании твердой пищи передними зубами. 5

При осмотре полости рта:

- а) Интактные зубные ряды;
- б) Наличие диастемы и трем между передними зубами верхней челюсти;
- в) Дистальная окклюзия (1 класс, 1 подкласс по Энгля) в сагиттальной плоскости;
- г) Наличие сагиттальной щели в 3 мм между передними зубами верхней и нижней челюсти.

1. Перечислите классификации зубочелюстных аномалий с описанием принципа построения их;
2. Поставьте диагноз;

3. Расшифруйте понятие «Эджуайс-техника», перечислите виды брекет-системы, которые вы знаете;
4. Ответьте на вопрос; «Возможно ли использование внеротовой тяги при лечении данной патологии?» Если возможно, то какой и с какой целью?
5. Определите план профилактических мероприятий в ретенционном периоде с целью предупреждения развития рецидива и эффекта «двойного прикуса».

Задача № 3. Больная 57 лет через 1,5 месяца после наложения впервые изготовленных полных съемных протезов обратилась с жалобами на боли в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, чувство усталости жевательных мышц после приема пищи.

Объективно: высота нижней трети лица значительно снижена, углы рта опущены, носогубные складки выражены. Пальпация в области височно-нижнечелюстного сустава и передней стенки наружного слухового прохода безболезненная. Фиксация и стабилизация протезов удовлетворительная.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Перечислите ошибки, допущенного при протезировании данного пациента.
3. Перечислите этапы определения центрального соотношения.
4. Приведите классификацию зон податливости слизистой оболочки протезного ложа по Люнду.
5. Как классифицируется протезное ложе верхней и нижней челюсти, в

зависимости от степени податливости слизистой (по Супли).

6. Перечислите фазы адаптации к съемным протезам.

Задача №4

Пациент Н., 56 лет был протезирован по поводу полной потери зубов съемными пластиночными протезами с пластмассовым базисом. После наложения протезов обратился с жалобами на смещение протеза нижней челюсти (дистально) при открывании рта и пережевывании пищи. Других жалоб не предъявляет.

При осмотре полости рта обнаруживается резкая атрофия альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти во фронтальном участке, дистальное положение языка, гипертонус мышц, окружающих ротовую щель.

1. Какие виды расстановки искусственных зубов вы знаете?
2. Какую фазу адаптации характеризует данная клиническая картина?
3. Фазы адаптации к съемным протезам?
4. Что такое "нейтральная зона"? Ее значение при конструировании зубных рядов съемных протезов при полной потере зубов.
5. Перечислите виды мышечного равновесия и особенности расстановки зубов связанные с ними. 7
6. Каким методом возможно определить зону мышечного равновесия?

Перечислить последовательность этапов данного метода.

Задача №5

Больному Н., 56 лет были изготовлены полные съемные пластиночные протезы на беззубые челюсти. При наложении протезов достигнут множественный окклюзионный контакт всех искусственных зубов. Фиксация

и стабилизация протезов хорошая. При повторном посещении больной жалуется на боли в области височно-нижнечелюстного сустава, утомляемость жевательных мышц, стук зубов во время еды и разговора.

1. Какая ошибка была допущена врачом и методы ее исследования?
2. Антропометрические ориентиры, используемые при определении высоты нижней трети лица.
3. Методы определения высоты нижней трети лица и центрального соотношения челюстей.
4. Дать определение понятию физиологический покой.
5. Приведите классификации типов челюстей при полной потере зубов.
6. Перечислите виды функциональных оттисков, применяемых в зависимости от типа атрофии альвеолярных отростков и степени податливости слизистой оболочки протезного ложа.

Задача №6

Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования.

Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съемными протезами. 8

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Дифференциальная диагностика.

5. Ваш план ортопедического лечения.

Задача №7

Больной К. обратился с жалобами на сильное жжение под базисом

протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были наложены съемные

протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения

изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не

исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечаются гиперемия и отек

слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость

слизистых оболочек, больше под протезами. Язык гиперемирован, сухой.

Сосочки сглажены, атрофированы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Механизм действия токсинов при данном заболевании.
4. Ваш план ортопедического лечения.

Задача №8

Больная К. обратилась в клинику ортопедической стоматологии с

целью протезирования. При внешнем осмотре отмечается резкое снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных и подбородочной складок. 9

Осмотр верхней челюсти: альвеолярный отросток (а/о) незначительно и равномерно атрофирован. Скат альвеолярного отростка - пологий; гребень а/о - острый. Позадимоларные бугры сохранены, округлые с обеих сторон. Свод твердого неба выпуклый. Небо плоское. Уздечка верхней губы и

щечно-альвеолярные складки прикрепляются близко к вершине альвеолярного отростка.

Осмотр нижней челюсти: альвеолярная часть резко атрофирована, особенно в боковых отделах. Скат - пологий, в переднем отделе отмечается "болтающийся гребень". Позадимоларные бугорки сохранены, подвижны, округлой формы. Внутренние косые линии выражены, острые, покрытые тонкой слизистой оболочкой при ее пальпации отмечается болезненность.

1. Установите основной диагноз и его осложнения.
2. Перечислите клинические этапы изготовления съемных протезов при полном отсутствии зубов.
3. Расскажите о классификациях типов атрофии беззубых челюстей по Шредеру, Курляндскому.
4. Расскажите об особенности получения функционального оттиска при наличии чрезмерно подвижной слизистой оболочки.

Задача №9

На этапе «проверка восковой конструкции полного съемного протеза» в положении центральной окклюзии обнаружена ошибка, при этом в полости рта определяется:

- преимущественно бугорковое смыкание зубов справа (одноименными буграми);
- повышение межальвеолярной (окклюзионной) высоты;
- смещение центра нижнего зубного ряда вправо; 10
- просвет между боковыми зубами слева (от 23 до 27 и 33 до 37).

1. Объясните причину возникновения ошибки.

2. Дайте определение понятию «центральная окклюзия», «центральное соотношение (положение) челюстей».
3. Назовите последовательность этапов определения центрального соотношения челюстей.
4. Перечислите возможные другие ошибки при определении центрального положения челюстей.
5. Перечислите основные требования, предъявляемые к восковым шаблонам и окклюзионным валикам, применяемым при определении пространственного положения беззубых челюстей.

Задача №10

Больной Н. были изготовлены полные съемные пластиночные протезы. Она обратилась в клинику с жалобами на плохую фиксацию съемного протеза на верхней челюсти во время еды и при разговоре.

При осмотре в полости рта: граница протеза в области переходной складки соответствует "нейтральной" зоне, в дистальном отделе обнаружено значительное укорочение базиса, в результате чего отмечается нарушение заднего замыкательного клапана и плохая фиксация протеза.

1. Ваша тактика по ведению больного.
2. Назовите факторы обеспечивающие фиксацию съемных протезов на беззубых челюстях.
3. Объясните термины: "стабилизация", "фиксация".
4. Расскажите о правилах проведения перебазировки съемных протезов при полном отсутствии зубов.
5. Назовите стадии созревания пластмассового теста. 11

Задача №11

Больной А., 22 года, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида, вследствие разрушения коронки переднего зуба.

В полости рта: Слизистая оболочка предверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. Зубная формула:

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

Прикус ортогнатический. На дистальной поверхности 11 обширная кариозная полость, переходящая на вестибулярную и оральную поверхность, без нарушения целостности угла.... коронки зуба. Коронка зуба имеет более темную окраску по сравнению с рядом стоящими зубами. 11 – устойчив, перкуссия болезненная, зондирование дна кариозной полости безболезненное, реакция на холод отрицательная.

Из анамнеза: кариозная полость впервые была обнаружена в 14 лет. Дефект был восстановлен пломбой, целостность которой была нарушена спустя 1 год. При повторном пломбировании границы полости были расширены, проявилась резкая болезненность была проведена девитализация 1 и пломбирование композитным материалом. В течении последних 3-х лет целостность пломбы нарушалась неоднократно. В результате чего пациент обратился к врачу – ортопеду.

1. Поставьте диагноз с учетом классификации по Блеку, определите тактику врача – ортопеда. 12

2. Укажите степень разрушения окклюзионной поверхности зуба в % . Какая

связь между индексом РОПЗ и ортопед

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в данном клиническом случае?
4. Какие показания к изготовлению коронки Вы знаете?
5. Назовите классификацию коронок по способу изготовления и материалу.
6. Какая коронка будет наиболее предпочтительна в данном клиническом случае.

Задача №12

Больная М., 25 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на дефект пломбы в боковом зубе на нижней челюсти справа.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, асимметрии, припухлости лица нет. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. Зубная формула;

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1

П

1 2 3 4 5 6 7 8

Прикус прямой: В 46 – пломба занимает более $\frac{1}{2}$ жевательной поверхности, переходящая на дистальную поверхность, пломба смещается контактный пункт между 47 и 46 отсутствует, после ее удаления дно и стенки полости плотные, зондирование безболезненное по дну, отмечается болезненность при зондировании эмалево-дентальной границы, реакция на холод положительная быстропроходящая. Перкуссия безболезненная, зуб устойчив. Зуб по сравнению с рядом стоящими зубами в цвете не изменен. На R –

грамме периапикальных изменений нет, периодонтальная щель не расширена. 13

Из анамнеза: Кариозная полость появилась два года назад, после пломбирования больная отмечала дискомфорт в результате попадания пищи между 47 и 46.

1. Поставить диагноз, с учетом классификации по Блеку и ИРОПЗ.
2. Выберите конструкцию микропротеза.
3. Перечислите показания к изготовлению вкладки.
4. Назовите особенности формирования полости под вкладку.
5. Перечислите возможные конструкционные материалы для вкладок.
6. Назовите клинико-лабораторные этапы изготовления металлической вкладки.

Задача №13

Больной П., 43 года, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на невозможность пережевывания пищи в результате травмы языка острым краем искусственной коронки.

В полости рта: Слизистая оболочка преддверия и полости рта без патологических изменений, умеренной влажности. На правой боковой поверхности языка, а также в области язычной поверхности маргинального края слизистой оболочки в проекции 44 отмечаются эрозированные, гиперемизированные участки слизистой оболочки. Зубная формула:

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1

К

1 2 3 4 5 6 7 8

Прикус ортогнатический. Коронка 44 не соответствует клиническим

требованиям, короткая, не плотно охватывает шейку зуба, изготовлена 14 лет
14

назад. После снятия коронки зуб изменен в цвете, пломбирован, устойчив,
перкуссия безболезненная, реакция на холод отрицательная.

Из анамнеза: перед изготовлением коронки 44 был лечен по поводу кариеса,
под коронкой зуб не беспокоил.

1. Поставьте диагноз. Дальнейшая Ваша тактика по лечению данного больного.
2. Требуется ли дополнительное обследование, обоснуйте свой ответ.
3. Перечислите возможные в данном случае ортопедические конструкции.
4. Классификация несъемных протезов.
5. Клинико-лабораторные этапы изготовления штампованной коронки.
6. Клинико – лабораторные этапы изготовления цельнолитой коронки.
7. Определение индекса ИРОПЗ.

Задача №14

Больной 49 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на подвижность верхних зубов, затруднение при приеме пищи. В течение 2-х лет находится на диспансерном учете у пародонтолога. Ежегодно проводился курс терапевтического лечения.

Объективно:

80000321 12340008

87004321 12345670

Дефект зубного ряда на верхней челюсти замещен съемным

пластиночным протезом с кламмерной фиксацией на 18, 13, 14, 18, на нижней челюсти – мостовидным с опорой на 47 и 44. Воспаление 15 десневого края, гноеотечение, кровоточивость, наличие патологических десневых карманов, подвижность зубов I-II степени. На ортопантомограмме: отсутствие межзубных перегородок, неравномерная атрофия костной ткани в области всех зубов на 1/3-в области передних и 1/2 длины корней в области боковых зубов.

1. Поставьте предварительный диагноз. Составьте план и лечения.
2. Сосудисто-биохимическая теория возникновения и прогрессирования заболеваний пародонта (по В.Н. Копейкину).
3. Импедансная плетизмография (реопарадонттография) в диагностике пародонтита и пародонтоза.
4. Сравнительная характеристика методов полярографии и фотоплетизмографии в оценке капиллярного кровотока пародонта.

Задача №15

Больная 55 лет обратилась с жалобами на подвижность передних зубов на нижней челюсти, кровоточивость десен при чистке зубной щеткой. При осмотре полости рта отмечается подвижность передних зубов в области 321/123 первой степени. На ортопантомограмме: сглаженность вершин межзубных перегородок, резорбция костной ткани в области передних зубов верхнего и нижнего зубного ряда на 2/3 длины корня. Зубная формула

8765432

1

12345678

0700432 12345678 16

1

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какая конструкция протеза обеспечивает разгрузку на фронтальных зубах нижней челюсти.
3. Назовите показания к депульпированию зубов при заболеваниях пародонта.
4. Каково терапевтическое значение гальванического покрытия золотом шинирующих бюгельных протезов.

Задача №16

Больная К. 45 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на стираемость твердых тканей зубов, эстетический недостаток, боль при приеме холодной, горячей, сладкой, кислой пищи.

Из анамнеза выяснено, что больная работает на химическом предприятии. Состоит на учете у врача-эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы. Страдает язвенной болезнью желудка.

При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена

В полости рта: прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов.

Осмотр твердых тканей зубов выявил наличие фасеток стирания на режущей поверхности фронтальных зубов и окклюзионной поверхности жевательных зубов в пределах эмалево-дентиной границы. Реакция на термические

раздражители положительная. Отмечается гипертрофия альвеолярного отростка челюстей. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

17

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Осветите этиологию и патогенез данного заболевания.
3. Как классифицируется данное заболевание.
4. Расскажите о клинике и диагностике данного заболевания.

Задача №17

Больной Н. обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на повышенную чувствительность передних нижних зубов к физическим и химическим раздражителям, уменьшение высоты коронок этих зубов.

Из анамнеза выяснено, что вышеперечисленные явления появились спустя некоторое время после фиксации металлокерамических коронок на передние верхние зубы.

При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена.

В полости рта: Прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. На верхних резцах имеются металлокерамические коронки, которые отвечают клиническим требованиям. На режущей поверхности передних нижних зубов отмечаются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. Реакция на термические раздражители положительная. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Расскажите о клинике и диагностике данного заболевания.
3. Осветите методы лечения данного заболевания.
4. Какие ошибки могут возникнуть при лечении.

18

Задача №18

Больная 50-ти лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на боли от химических (кислого, сладкого) и механических (чистка зубов) раздражителей.

При осмотре на вестибулярных поверхностях 432 | 234 , в пришеечной части обнаружены дефекты твердых тканей треугольной формы, с гладкими, плотными, блестящими стенками. Средняя глубина дефектов 0,2-0,3 мм, протяженность 3,5 мм.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями твердых тканей зуба.
3. Назовите причины возникновения данного заболевания.
4. Какие группы данного заболевания вы знаете?
5. Составьте и обоснуйте план лечения.

Задача №19

Больной Н., 29 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания полости рта, увеличивающуюся асимметрию лица, затрудненные откусывание и пережевывания пищи, глотание, нарушение речи.

Анамнез: 2 года назад перенес травму челюстнолицевой области

слева. После общего лечения боли в области височно-нижнечелюстного сустава не беспокоили, постепенно появилось ограничение открывания рта, увеличивающаяся асимметрия лица.

Объективно: асимметрия лица со смещением подбородка влево.

Открывание полости рта ограничено в пределах 0,7-1 см. При открывании рта смещение увеличивающееся смещение влево. Отмечается нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов и челюстей: с левой стороны – наклон в оральную сторону жевательных зубов и альвеолярных отростков. При пальпации ВНЧС слева – незначительное шарнирное движение. Боковое движение нижней челюсти сохранено в больную сторону.

Рентгенологически: отдельные фиброзные сращения, сужение суставной щели ВНЧС слева.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Определите план лечения.
4. Показано ли в данном клиническом случае хирургическое лечение.
5. Каким аппаратом целесообразно пользоваться дополнительно с целью предупреждения перегрузки пародонта и исключения вторичной деформации, особенно у детей?

Задача №20

Больная Н., 40 лет, обратилась с жалобами на боль и щелканье в височно-нижнечелюстном суставе справа, тугоподвижность, скованность движений нижней челюсти, особенно по утрам. Боли усиливаются после приема твердой пищи, длительного разговора и после простудных

заболеваний. Иногда боль в правом ухе, головная боль.

Анамнез: часто страдает простудными заболеваниями, гриппом, 4 года назад перенесла правосторонний отит. Зубы теряла в связи с кариозными поражениями и несвоевременным лечением. Зубными протезами не пользовалась.

Объективно: высота нижнего отдела лица снижена. Пальпация в области ВНЧС слева и справа болезненна. При открывании полости рта 20 нижняя челюсть совершает зигзагообразные движения влево, а затем со щелчком – вправо. В полости рта на нижней челюсти отсутствуют 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38, на верхней – зубной ряд интактный. На рентгенограмме – деформация поверхности суставных головок, более выражена справа. Сужение суставной щели справа.

1. Поставьте диагноз.
2. Возможные причины заболевания.
3. С какими заболеваниями ВНЧС возможна дифференциальная диагностика.
4. Определите план и этапы ортопедического лечения.
5. Укажите конструкцию современного рационального протеза.

Задача №21

Больная М., 39 лет, обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на сильные боли в височно-нижнечелюстном суставе справа, самопроизвольные и при приеме пищи; стреляющие боли в правое ухо, постоянные головные боли, особенно в правой половине, боли и усталость в области жевательных мышц. Боли значительно усилились после

протезирования. До изготовления протезов беспокоила повышенная чувствительность зубов.

Анамнез: обследовалась и проходила курсы лечения у отоларинголога, невропатолога и хирурга-стоматолога, которым была направлена в ортопедическое отделение в связи с безуспешным лечением.

Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, пальпация задних пучков собственно-жевательных мышц и в области височно-нижнечелюстного сустава, особенно справа резко болезненна. В полости рта имеются мостовидные протезы на нижней челюсти с опорными коронками на 47,44 и 34, 37 и фасетками в области отсутствующих 46, 45 и 35, 36. 21

6 6

321 123

покрыты одиночными металлическими коронками. Коронки и искусственные зубы не отвечают клиническим требованиям: отсутствует анатомическая форма, укорочена коронковая часть жевательных зубов, имеются неравномерные окклюзионные контакты, центральная линия нижней челюсти смещена вправо.

На рентгенограммах: сужение суставной щели в височно-нижнечелюстном суставе справа, в области 4321/1234 – расширение периодонтальной щели.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины патологии.
3. Чем обусловлены боли в ВНЧС и изменения в соотношениях его элементов.

4. Укажите рациональные конструкции протезов.

5. Можно ли ограничиться ортопедическим лечением?

Задача №22

Больной М., 45 лет, обратился с жалобами на постоянную сухость в полости рта, боль в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, чувство тяжести и усталости в области жевательных мышц, особенно во время приема пищи, частые головные боли.

Анамнез: больной – военный инженер, много лет обследовался и лечился у терапевта, отоларинголога, невропатолога, хирурга-стоматолога. В течении 11 лет лечился в госпиталях по поводу изнуряющих головных болей. Выявлено, что больной много лет бессознательно стискивал зубы вне акта жевания, родственники отмечают ночной скрежет зубов. В прошлом – глубокие семейные переживания, постоянное профессиональное напряжение.

22

Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, пальпация болезненна в области задних отделов собственно жевательных, височных мышц, в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, мышц дна полости рта и шеи. Глубокое резцовое перекрытие. Зубные ряды интактны, жевательные поверхности и режущие края зубов патологически стерты на 1/2 величины коронковой части. Клиновидные дефекты.

Состояние относительного физиологического покоя не определяется. На слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов имеются складки слизистой оболочки.

На рентгенограммах: сужение суставной щели в верхне-заднем отделе; атрофия межзубных перегородок, расширение периодонтальной щели в

верхне-боковых отделах.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика врача-стоматолога.
3. Определите последовательность и методы лечения.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для окончательной постановки диагноза.
5. Что является первичным на ранних стадиях формирования артроза: нарушение гемодинамики или изменения в костных структурах ВНЧС.

Задача №23

В клинику обратился больной И. 22 лет с жалобами на боли в области передних зубов верхней челюсти, эстетический дефект вследствие отлома коронковой части левого верхнего центрального резца. В анамнезе - острая травма, произошедшая около 12 часов назад.

Объективно: При внешнем осмотре заметна незначительная припухлость в области верхней губы. Данные осмотра полости рта.

Слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток в области 21 зуба 23

гиперемирована, отечна, с очагами кровоизлияния, болезненна при пальпации. Подобные изменения наблюдаются на слизистой оболочке верхней губы.

Зубная формула:

87654321 12345678

87654321 12345678

Прикус ортогнатический. Наблюдается отлом 2/3 коронки 21 зуба, зондирование, пальпация, перкуссия резко болезненны. 21 зуб имеет

патологическую подвижность I-II степени. На рентгенограмме определяется поперечный перелом корня 21 зуба на уровне средней трети, с незначительным смещением отломков пришеечного фрагмента дистально.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.
2. Классификации травматических повреждений зубов.
3. Назовите способы иммобилизации отломков корня зуба.
4. Расскажите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом для лечения переломов корней зубов.

Задача №24

В клинику обратился больной Т. 34 лет с жалобами на эстетический дефект вследствие частичного разрушения коронковой части верхнего бокового резца слева, периодическое выделение гноя из десны над этим зубом. 24

Из анамнеза выявлено, что ранее пациент неоднократно обращался к стоматологу для лечения данного зуба, последний раз 3 месяца назад, когда зуб был восстановлен с применением внутрикорневого штифта и композиционного материала световой полимеризации. Со слов пациента рентгенографическое исследование не проводилось, после завершения лечения периодическое выделение гноя из десны продолжалось.

Объективно: При внешнем осмотре лицо – овальной формы, носогубные и подбородочная складки не выражены, высота нижней трети лица не снижена, открывание рта свободное.

Данные осмотра полости рта. С вестибулярной поверхности в проекции верхушки корня 22 на слизистой оболочке определяется отверстие свищевого хода. Слизистая оболочка вокруг отверстия свищевого хода гиперемирована, отечна, при надавливании появляется скудное гнойное отделяемое.

Зубная формула:

П

87654321

П

12345678

87654321

П

12345678

П

Прикус ортогнатический. Коронковая часть |2 имеет дефект, частично заполненный пломбировочным материалом. Перкуссия слабо болезненна, патологической подвижности нет. На рентгенограмме корневой канал запломбирован не до верхушечного отверстия, в канале находится активный штифт, незначительно отклоняющийся от направления корневого канала, глубина погружения штифта составляет не более 1/4 длины корня. Вокруг верхушки корня в альвеолярной кости - разрежение 2-3 мм в диаметре с нечеткими границами. Дефекты твердых тканей

6 25

6 6

восстановлены пломбами, отвечающими предъявляемым требованиям.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите допущенные ошибки, предложите возможные варианты врачебной тактики.
3. Назовите этапы восстановления коронковой части зуба с применением стандартных штифтов. Детализируйте каждый этап.
4. Перечислите виды выпускаемых стандартных штифтов.
5. Назовите материалы, применяемые для изготовления стандартных штифтов.
6. Назовите материалы, применяющиеся для создания культи зуба вокруг стандартного штифта.

Задача №25

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Н. 27 лет с жалобами на затрудненное пережевывание пищи вследствие частичной потери зубов на нижней челюсти. Из анамнеза выявлено, что ранее за ортопедической помощью пациент не обращался, 46,45 и 35,36 были удалены 3-4 месяца назад, отлом коронковой части 47 произошел 2 месяца назад.

Объективно: При внешнем осмотре лицо овальной формы, носогубные и подборочная складки не выражены, высота нижней трети лица не снижена, открывание рта свободное. Данные осмотра полости рта.

Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений.

Зубная формула:

7654321 1234567

7 4321 1234 7 26

Коронковая часть 47 разрушена до уровня деснового края, глубина полости рта 1-1,5 мм; зондирование, перкуссия безболезненны; 47 не имеет патологической подвижности. На рентгенограмме корневые каналы 47 запломбированы до верхушечного отверстия, корневые каналы переднего и заднего корней не параллельны друг другу, патологических изменений в периапикальных тканях не наблюдается.

7654321 1234567

4321 1234 7

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.
2. Назовите показания, противопоказания и к применению штифтовых конструкций.
3. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой коронки. Какие штифтовые конструкции можно применить в данной клинической ситуации?
4. Назовите требования, предъявляемые к корням зубов.
5. Назовите возможные ошибки и осложнения при применении штифтовых конструкций.
6. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом.

Задача №26

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной, 45 лет с жалобами на частичное отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, повышенную чувствительность фронтальной группы зубов к

химическим (кислое, сладкое) и механическим (чистка зубов)

раздражителям.

При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижнего отдела

лица. 27

Зубная формула:

87654321 12345678

00000321 12340000

Глубокое резцовое перекрытие. 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38 отсутствуют в течение 8 лет, отмечается разрушение коронковой части фронтальных зубов верхней и нижней челюстей на 1/2 их высоты, фасетки стирания в пределах дентина.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины и механизм развития данного заболевания.
3. Какие формы этого заболевания вы знаете, в зависимости от глубины поражения твердых тканей зуба, протяженности процесса, плоскости поражения и изменения чувствительности дентина.
4. Чем характеризуется клиническая картина данного заболевания при бруксизме?
5. Составьте и обоснуйте план лечения.

Задача №27

К врачу-стоматологу обратился больной 16 лет с жалобами на наличие пятен на центральных резцах и молярах.

При осмотре на вестибулярных поверхностях 21/12 и на буграх 6/6 обнаружены множественные меловидные пятна. Эмаль в области пятен

гладкая, блестящая. Пятна существуют с момента прорезывания зубов.

Больной проживает в местности с избыточным содержанием фтористых соединений в воде.

1. Поставьте диагноз. 28
2. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями твердых тканей зуба.
3. Назовите причины возникновения данного заболевания.
4. Какие формы этого заболевания вы знаете и чем они характеризуются?
5. Составьте и обоснуйте план лечения.

Задача №28

Больной 30-ти лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на нижней челюсти.

Данные анамнеза: Зубы удалены 5 лет назад вследствие осложненного кариеса.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Зубная формула:

87654321 12345678

87654321 12340078

Прикус ортогнатический. Имеется деформация акклюзионной поверхности, образовавшаяся в результате выдвижения |5. Альвеолярный отросток в области |5 увеличен, деструктивные изменения в пародонте

отсутствуют, при смыкании зубных рядов |5 пересекают акклюзионную поверхность на 1/4.

1. Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.
2. Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.
3. Составьте план лечения. 29
4. Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.
5. Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

Задача №29

Больной 56-ти лет обратился к врачу-ортопеду с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, на отсутствие боковых зубов, боль от горячего и холодного в области зубов на верхней и нижней челюстях справа.

Данные анамнеза: Зубы удалены 7 лет назад вследствие осложненного кариеса.

Объективно: конфигурация лица не нарушена. Слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Зубная формула:

87004321 12345678

00054321 12345678

Имеется значительная деформация окклюзионной поверхности, образовавшаяся в результате выдвижения 87| и 5| зубов в области дефектов зубных рядов. Альвеолярный отросток в области 87| зубов увеличен, корни этих зубов обнажены менее 1/4 корня, в области 5| обнажена шейка зуба. При смыкании зубных рядов 87| и 5| зубы на 1/2 коронки пересекают

окклюзионную поверхность. Перкуссия безболезненна.

1. Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.
2. Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.
3. Составьте план лечения с учетом выносливости пародонта. 30
4. Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.
5. Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

Задача №30

Больной С. 50 лет обратился в ортопедическое отделение с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на верхней и нижней челюстях.

Анамнез: Выявлено, что последние зубы удалены более 5 лет назад.

Причиной потери зубов явился осложненный кариес.

Объективно:

87004321 12340078

07654321 12345000

Конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. 27 и 35 выдвинулись в вертикальном направлении, шейки обнажены - реакция на холод болезненная. Прикус ортогнатический.

1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди.
2. Указать причину возникновения деформаций.
3. Перечислите ведущие клинические симптомы при частичной потере зубов.

4. Составьте план лечения.

Задача №31

Пациентка 34года обратилась с жалобами на болезненность, кровоточивость десны в области боковых верхних зубов справа

Анамнез: Подобная болезненность в этой области возникла 3 месяца назад после того как на 16 поставили коронку, так как имелся дефект коронковой части зуба. Зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса.

Объективно: 31

Десна в области 17 и 16 гиперемирована, отечна, кровоточит при дотрагивании межзубного сосочка. Переходная складка без изменений, 16 покрыт коронкой, края которой глубоко заходят под десну. На передне-жевательной поверхности 17 имеется пломба.

1. Поставьте диагноз.
2. Ваша тактика.
3. Причины возникновения пародонтита.
4. Какие степени патологической подвижности зубов по Д.А. Энтину вы знаете.

Задача №32

Больная И. 39 лет обратилась в ортопедическое отделение с целью протезирования.

Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия жевательных зубов на нижней челюсти слева и верхней челюсти справа.

Анамнез: выяснено, что причиной потери зубов явился осложненный кариес. Зубы удалены в различные периоды жизни. Ранее не

протезировалась.

Объективно:

87054321 12345078

87654321 12340670

Прикус ортогнатический, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. На жевательных поверхностях 44 и 36 пломбы остальные зубы интактные. 32

1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди.
2. Какие виды протезов можно применить в данной ситуации?
3. Перечислить клинические этапы изготовления мостовидных протезов.
4. Перечислите патологические виды прикуса.

Задача №33

Больной А. 49 лет с целью протезирования обратился к врачу-ортопеду.

Жалобы: На затрудненное пережевывание пищи, боль и кровоточивость десен в области нижних жевательных зубов и их подвижность.

Анамнез: Со слов больного выяснено, что подобная болезненность появилась 6 месяцев назад. В области нижней челюсти слева был мостовидный протез с опорой на 35 и 37. Месяц тому назад 35 был удален, в результате осложненного кариеса.

Объективно: Больной в течении 3 лет находится на учете у пародонтолога.

7004321 1234067

7054321 1234007

Десневые сосочки в области

321 123

321 123

гиперелированы, отечны с цианотичным оттенком, при дотрагивании кровоточат, пародонтальные карманы между ними 4-4,5 мм. Из которых выделяется серозно-гнойный экссудат, шейки оголены, подвижность II степени. 33

Пародонтальные карманы в 33 - 3,5-4 мм, подвижность I степени

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Опишите рентгенологическую картину пародонтита средней степени тяжести.
4. Причины возникновения генерализованных форм парадонтита.

Задача №34

Больной 44 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на сужение ротовой щели, нарушение функции жевательного аппарата, эстетический дефект в области углов рта.

Анамнез: несколько лет назад перенес огнестрельное ранение в челюстно-лицевую область.

Объективно: сужение ротовой щели до 3-х см, рубцовое стягивание мышц в области углов рта.

В полости рта

7054300 0234007

7654300 0034507

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология данной патологии.
3. Особенности ортопедического лечения.
4. Дополнительные методы лечения.
5. Каковы последствия указанной патологии.

34

Задача №35

У больного Г., 42 лет во время проверки восковой конструкции частичного съемного пластинного протеза на верхнюю челюсть отсутствовал контакт между естественными зубами антагонистами.

1. Укажите причины ошибки и методы ее устранения.
2. Перечислите возможные ошибки при определении центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей.
3. Перечислите основные требования предъявляемые к восковым базисам и окклюзионным валикам.
4. Методика проверки конструкции частичного протеза и правильности определения центральной окклюзии.
5. Правила расстановки зубов и расположение кламмеров в частичном съемном пластичном протезе

Задача №36

Больной М., 39 лет обратился к врачу ортопеду с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, болевая реакция на термические

раздражители.

Данные анамнеза: зубы удалены 7 лет назад вследствие осложненного кариеса. Ранее к врачу не обращался.

Объективно: Конфигурация лица не нарушена. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

В полости рта:

8700432

1

12345678 35

00054321 12300008

При смыкании зубных рядов имеется значительная деформация окклюзионных поверхностей из-за выдвижения

87 4567

5

Зубов, которые на $\frac{1}{3}$ высоты коронки пересекают окклюзионную плоскость. Перкуссия зубов безболезненная. Прикус ортогнатический.

1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди.
2. Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову.
3. Назовите причины возникновения таких деформаций.
4. Назовите методы устранения деформации.
5. Составьте план лечения данного больного.

Задача №37

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка 40 лет с жалобами на затрудненное пережевывание пищи вследствие нежелания

пользоваться съемным протезом из-за возможного нарушения дикции.

Объективно: на верхней челюсти отсутствуют |678. Зубы удалены более года назад по поводу осложненного кариеса. |45 интактны. На нижней челюсти 76/6 покрыты металлическими коронками. Коронки соответствуют клиническим требованиям.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Варианты ортопедического лечения.
- 3) Метод имплантации. Показания и противопоказания. 36
- 4) Необходимое обследование.
- 5) Сроки протезирования.
- 6) Этапность лечения.

Задача №38

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 45 лет с жалобами на невозможность пользоваться съемным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции.

Объективно: на нижней челюсти отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая. Слизистая без видимой патологии. На верхней челюсти металлокерамические мостовидные протезы с опорой на 7-5| и |4-6 соответствуют клиническим требованиям 8|8 отсутствуют.

Зубная формула: 0 к к

87654321

к к 0

12345678

87654321

00000000

12345678

00000000

1) Диагноз.

2) Варианты ортопедического лечения.

3) Способы улучшения фиксации протезов на беззубой челюсти.

4) План лечения. Дополнительные метод обследования при проведении методики имплантации.

5) Метод имплантации. Показания и противопоказания. 37

Задача №39

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 20 лет, получивший травму около 2 суток назад.

Объективно:

На верхней губе слева отмечается гиперемия, припухлость, болезненность при пальпации. На слизистой оболочке в области |12 - гематома.

На верхней челюсти слева отсутствуют коронки |12. Линия перелома корней находится ниже уровня десны, вестибулярные поверхности корней уходят на глубину 4-5 мм, корни |12 имеют II степень подвижности.

Соседние зубы интактны. По данным рентгенографии периодонтальные щели корней |12 расширены, в области верхушек отмечаются очаги затемнения.

1 – диагноз

2 – варианты лечения

3 – необходимое обследование при выборе метода имплантации

4 – метод имплантации. Показания и противопоказания

5 – сроки протезирования

6 – этапность лечения

Задача №40

Больная жалуется на кровоточивость десен при чистке зубов, появившуюся более года назад, отсутствие боковых зубов на нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи, появление промежутков между фронтальными зубами верхней челюсти. Жевательные зубы удалены 2-3 года назад в связи с их разрушением. Отмечается выраженность носогубных и подбородочных складок. 38

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Выберите и обоснуйте план лечения.
- 3) Классификация заболеваний пародонта. Роль ортодонтических методов в лечении заболеваний пародонта.
- 4) Рентгенографические признаки при заболеваниях пародонта. Их корреляция с величиной и видом патологических пародонтальных карманов.

Ответы к задаче № 1

1. Блок диагностических мероприятий обязательно должен включать в себя

следующие методы:

1.1. Клиническое обследование пациента, проводимое по традиционной схеме (опрос, внешний осмотр, осмотр полости рта). Опрос служит для получения паспортных и аналитических данных, сроков прорезывания молочных и постоянных зубов, положение тела во время сна, наличие вредных привычек, профессиональных вредностей. Внешний осмотр (осмотр лица и фигуры) позволяет оценить конституциональные особенности, осанку, лицевые признаки (симметричность левой и правой половины лица, пропорциональность лица по вертикали, профиль лица).

При осмотре полости рта проводится осмотр зубов (зубная формула), осмотр зубных рядов, альвеолярных отростков и определение окклюзии зубных рядов (прикуса). Проводится оценка расположения уздечек верхней и нижней губ, языка, расположение и размер языка, изучение конфигурации неба.

1.2. Специальные (дополнительные) методы диагностики:

1.2.1. Антропометрические исследования лица и головы пациента, построенные на закономерностях строения лицевого и мозгового черепа, пропорциональности соотношения разных отделов головы и отношений их к определенным плоскостям. Изучение проводится на гнатостатических моделях челюстей, на лице пациента, на фотографиях лица и телерентгенограммах.

1.2.2. Антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей, на которых измеряют зубы (ширину, высоту и толщину, сравнивая полученные данные с данными сводных размеров молочных зубов по Ветцелю и

постоянных по Устименко). На гипсовых моделях определяют взаимоотношение размеров зубов по Тонну, выявившему пропорциональную взаимосвязь между суммой ширины коронок постоянных верхних и нижних 5 резцов при физиологической окклюзии. Соответствующая величина носит название индекса Тонна.

1.2.3. Измерения зубных рядов проводят с трансверсальной и сагиттальной плоскости по методу Пона, Линдера и Харта, Слабковской (показатели ширины в области клыков), и Коркхауза соответственно, сравнивая с данными норм, представленных в таблице авторов.

Измерение лонгитудинальной длины зубных рядов проводят по методу Нанса лигатурной проволокой. Величина зубного ряда в норме равна сумме мезиодистальных размеров зубов.

Измерения апиального базиса, используя измерительные точки для определения ширины и длины апиальных базисов челюстей по Хаусу.

Полученные данные определяют зависимость ширины в мм зубных рядов, ширины и длины апиального базиса челюстей от размеров 12-ти зубов (по Н.Г. Снагиной).

1.2.4. Графические методы изучения формы зубных рядов проводят при помощи симметричности (изучение месторасположения зубов в трансверсальном и сагиттальном направлениях). Для экспресс-диагностики применяют орто-крест (ортодонтический крест из прозрачной пластины, на которой нанесен крест с миллиметровыми делениями или миллиметровая сетка через 1 или 2 мм). При проведении фотосимметроскопии основан на симметроскопии диагностических моделей с последующим

фотографированием в определенном режиме. Фотографию моделей со спроецированной на нее миллиметровой сеткой в дальнейшем изучают и измеряют. Изучение геометрически-графических репродукций на основании изображения нормальной индивидуальной формы зубных рядов применяют методики Бовильда, Гизи, Холи, Хербера, Хербста, Шварца.

1.2.5. Рентгенологические методы обследования включают внутри-и внеротовые методы рентгенографии. К первым относятся прицельные снимки зубов, срединного шва. Ко вторым относятся панорамная и рентгенография челюстей, ортопантомография, томография ВНЧС, телерентгенография в прямой и боковой проекциях..

1.2.6. Функциональные методы исследования мышц челюстно-лицевой области, ВНЧС, пародонта. К этим методам относятся электромиография, миоэлектродиагностика, артрофонография, реография, аксиография, периостометрия, реопарадоитография, электроодонтодиагностика, гнатодинамометрия, гнатогрфия.

2. Диагноз: Аномалия положения отдельных зубов (скученное положение передних зубов, тортоаномалия 13 и 23. Аномалия зубных рядов (нарушение их формы и размера). Физиологическая или нейтральная окклюзия в сагиттальной плоскости (1 класс по Энгля). При постановки диагноза использовалась Классификация аномалий зубов челюстей кафедры ортодонтии и детского протезирования ММСИ (1990 год).

3. Тортоаномалия это поворот зуба вокруг вертикальной оси. Относится к аномалиям положения зубов.

4. Множественный кариозный процесс на контактных поверхностях

передних зубов связан с нарушением процесса самоочищения зубов и невозможностью проведения гигиенических мероприятий в полости рта с целью профилактики кариеса (чистка зубов на контактных поверхностях щетками, зубочистками, флоссами и суперфлоссами). Задержка остатков пищи между передними зубами.

5. С целью лечения данной аномалии окклюзии эффективно применить Эдждайс-технику, в частности технику прямой дуги, позволяющей привести в идеальное положение аномалийно расположенные зубы, а следовательно размер и форму аномалийных зубных рядов в 3-х взаимно-перпендикулярных плоскостях за счет конструктивных особенностей данной системы, применения ортодонтических дуг, выполненных из металлов с эффектом запоминания формы. Гарантия успеха зависит от последовательности выполнения следующих фаз ортодонтической коррекции ТПД: 1) Нивелирование зубных рядов (достигается одинаковый уровень 7 положения режущих краев резцоважевательных поверхностей боковых зубов; 2) Выравнивание зубов (устраняются повороты зубов в горизонтальной и вертикальной плоскости); 3) Коррекция кривой Шпее (нормализуется форма зубного ряда. Закрываются промежутки зубами. Достигается соотношение моляров и клыков по 1 классу); 4) Заключительная фаза лечения (с применением интрамаксиллярных резиновых тяг достигаются множественные фиссурнобугорковые контакты); 5) Ретенция. После проведения ортодонтической коррекции необходимо провести реставрационные мероприятия на зубах передней группы с применением современных фотокомпозиционных материалов.

6. Морфологические изменения при ортодонтической терапии происходят в:
альвеолярной кости;
периодонте;
твердых тканях корней (возможно в дентине) по Райтену.

При применении ортодонтической силы периодонт подвергается сдавлению на противоположной стороне приложения силы и растяжению на стороне приложения силы. Межалвеолярная, богатая соединительными тяжами ткань, в дальнейшем приводит в действие синхронно оба процесса - рассасывание и наращивание альвеолярной кости. Благодаря изменениям в периодонте альвеолярная кость реагирует на:

давление в результате резорбации кости;
растяжение в результате оппозиции кости.

Движение зуба оказывается возможным благодаря:

перестройке связок

рассасыванию и наращиванию альвеолярной кости

сохранению целостности твердых тканей корня (цемента)

изменению топографического положения зуба, происходящему во времени как всеохватывающий, хорошо скоординированный, синхронно управляемый биологический процесс.

8

Ответы к задаче № 2

1. Существует огромное количество аномалий, которые имеют схожую клиническую картину. В связи с этим были приложены всевозможные классификации, позволяющие упорядочить и систематизировать различные

виды зубочелюстных аномалий. Систематизация аномалий дает возможность выбрать правильный подход к их пониманию, изучить этиопатогенетические факторы их возникновения.

В зависимости от принципа построения различают этиопатогенетические, функциональные и морфологические классификации.

Этиопатогенетическая классификация Канторовича (1932 год)

-эндогенные аномалии, вызванные наследственными причинами (глубокий прикус, диастема);

-экзогенные аномалии, вызванные внешними условиями (сжатие или искривление альвеолярного отростка, искривление тела челюсти, задержка роста челюстей в связи с потерей зубов).

Однако по мнению В.Ю. Курляндского, деление аномалий по этиологическому принципу не нашло признания, поскольку этнологию часто установить не удастся.

Функциональная классификация А.Я. Катца (1933 год)

В основу положено представление о формировании зубочелюстных аномалий в зависимости от функционального состояния мышц челюстно-лицевой области.

1-ый класс характеризуется изменением строения зубных рядов впереди первых неомеров в результате превалирования вертикальных (дробящих) движений н/ч.

2-ой класс свойственен 2 классу Энгля, характеризуется слабо функционирующими мышцами, выдвигающими н/ч.

3-ий класс соответствует 3 классу Энгля, что, по мнению Катца, связано с

превалированием функции мышц, выдвигающих н/ч. 9

Морфологические классификации

Морфологические классификации характеризуются изменениями в строении зубов, зубных рядов, челюстных костей, а также систематизируют виды нарушений соотношения зубных рядов, их окклюзии (мышцами).

Классификация Энгля (1898 г.). В ее основе лежит вид смыкания первых моляров. Автор выделил 2 класса, а во втором классе – 2 подкласса.

Классификация П. Симона (1919 г.). Автор построил свою классификацию на принципе определения отклонений в развитии зубочелюстной системы относительно трех взаимно перпендикулярных плоскостей черепа: сагиттальной, франкфуртской (горизонтальной) и фронтальной (вертикальной). Автор выделил в своей классификации аномалии положения зубов и аномалии строения зубных рядов и челюстей.

Классификация В.Ю. Курляндского (1957 г.). Автор выделил в своей классификации 1) Аномалии формы и расположения зубов; 2) Аномалии зубных рядов; 3) Аномалии соотношения зубных рядов. Однако в классификацию В.Ю. Курляндского во всех трех группах нет четной согласованности названия группы с представленным в ней аномалиями.

Классификация Х.А. Каламкарова (1872 г.). Наиболее распространенной является классификация данного автора, согласно которой все зубочелюстные аномалии делятся на аномалии развития зубов, челюстных костей и сочетание аномалии.

Классификация аномалий окклюзии зубных рядов (Л.С. Персин, 1989 г.).

Данная классификация выдержана в данном ключе: аномалии смыкания

зубных рядов в сагиттальной, вертикально, трансверсальной плоскостях характеризуются видом смыкания зубов. Автор выделяет следующие положения в своей классификации: 1) Аномалии окклюзии зубных рядов; 2) Аномалии окклюзии пар зубов-антагонистов.

Классификация аномалий зубов и челюстей кафедры ортодонтии и детского протезирования ММСИ (1990 г.). 10

В основу данной классификации легли данные А.А. Аникиенко и Л.И. Камышевой (1969 г.), авторы выделяют следующие основные виды аномалий:

1) Аномалии зубов; 2) Аномалии зубного ряда; 3) Аномалии челюстей и их отдельных анатомических частей.

2. Диагноз: Дистальная окклюзия, вертикальная резцовая дизокклюзия.

При постановке диагноза использовалась классификация Л.С. Персина (1989 г.)

3. «Edgewise» в переводе с английского означает буквально «край в край», т.е. ортодонтические дуги, являющиеся основным силовым элементом данной техники, вводится в замковое приспособление – брекет, имеющий плоскую прорезь. Название «Эджуайс-техника» формировалась по пути создания и совершенствования аппаратуры для периодической или квадратной по форме проволоки.

Основные виды брекет-систем:

-стандартная Эджуайс-техника;

-техника сдвоенных дуг по Dr.Johnson (USA);

-техника облегченных дуг по Dr.Begg (Австралия);

-биопрогрессивная техника по Dr. Riecest (USA);

-техника прямой дуги (США) по Dr. Alexander.

4. При лечении данного вида патологии целесообразно использовать брекет-систему в сочетании с внеротовыми ортодонтическими аппаратами в виде лицевой маски и шейной эластичной тягой с силовым модулем с целью дистализации боковой группы зубов верхней челюсти. Такие аппараты необходимо носить по 8-10 часов непрерывно в течении суток (преимущественно в ночное время), до тех пор пока 1 моляры не установятся по 1 классу.

5. В ретенционном периоде с целью профилактики рецидива и развития эффекта «двойного» прикуса из традиционно применяемых ретекционных аппаратов целесообразно применить съемную пластину с наклонно 11 плоскостью и вестибулярной дугой. Из современных ретенционных аппаратов-эластопозиционеры, изготовленные методом вакуумного прессования на аппаратах «Био-стар» или «Мини-стар» (Германия), в дальнейшем заменить данные аппараты несъемными ленточными или проволочными ретейнерами

Ответы к задаче № 3

1)Диагноз: Снижение высоты нижней трети лица при протезировании съемными протезами при полной потере зубов.

В условии задачи перечислены объективные и субъективные признаки, подтверждающие этот диагноз (выраженность носогубных складок, чувство усталости в челюстно-лицевой области после приема пищи, боли в области ВНЧС и т.д.).

2) При протезировании данного пациента была допущена ошибка на этапе определения высоты нижней трети лица. Уменьшение высоты нижней трети лица могло произойти в момент проведения окклюзионных коррекций.

3) Этапы определения центрального соотношения.

1. Припасовка верхнего прикусного валика на восковом базисе.

- коррекция вестибулярной его поверхности для восстановления объемности верхней губы;

- коррекция высоты прикусного валика во фронтальном участке относительно длины верхней губы.

2. Определение высоты физиологического покоя и высоты нижней трети лица в состоянии центрального соотношения.

3. Формирование протетической плоскости, параллельной камперовской горизонтали.

Припасовка нижнего прикусного валика к верхнему.

5. Фиксация высоты нижней трети лица в состоянии центрального соотношения. 12

6. Нанесение антропометрических ориентиров на вестибулярную поверхность верхнего валика.

4) Классификация по Люнду:

1. Медиальная фиброзная зона.

2. Периферическая фиброзная зона.

3. Зона небных складок.

4. Зона железистых полей (дистальная половина твердого неба).

5) Классификация по Суппли:

- 1.Твердый рот.
- 2.Рыхлый рот.
- 3.Болтающийся рот.
- 4.Идеальный рот.

6)Фазы адаптации к с

- 1.Фаза возбуждения.
- 2.Фаза неполного торможения.
- 3.Фаза полного торможения.

Ответы к задаче № 4

1. Виды расстановки искусственных зубных рядов

- по стеклу (Гизи-Васильеву)
- по сферам
- по индивидуальным окклюзионным кривым.

2.Первая фаза - фаза возбуждения.

3.Фазы адаптации:

- а) возбуждения
- б) неполного торможения
- в) полного торможения.

4."Нейтральная зона" - пространство между мышцами языка и мышцами окружающими ротовую щель. Искусственные зубные ряды должны 13 находиться в "нейтральной зоне", иначе протезы будут смещаться в сагитальной плоскости под влиянием мышц.

5.Зона мышечного равновесия может быть расположена вестибулярно от гребня альвеолярного отростка, лингвально, соответствовать положению

ребня альвеолярного отростка.

6. Зону мышечного равновесия возможно определить путем функционального оформления вестибулярной поверхности краев базисов съемных протезов или индивидуальных ложек.

Ответы к задаче № 5

1. Зафиксирована завышенная высота нижней трети лица в момент определения центрального соотношения. Возможна ошибка на лабораторном этапе (паковка пластмассового теста в кюветы). При недостаточной прессовке между половинами кювет образуется избыточная толщина пластмассы - грат. Это ведет к увеличению расстояния от базиса протеза до окклюзионной поверхности зубов, как следствие - увеличение высоты нижней трети лица в состоянии центрального соотношения.

2. Накожные точки - подносовая ость, выступающая точка на подбородке, носогубные складки, подбородочная складка и т.д.

Этапы определения центрального соотношения челюстей:

а) Припасовка верхнего валика, коррекция его высоты и объемности во фронтальном участке.

б) Измерение высоты покоя.

в) Формирование протетической плоскости в боковых отделах.

г) Припасовка нижнего валика к верхнему.

д) Фиксация высоты нижней трети лица в состоянии центрального соотношения.

е) Нанесения антропометрических ориентиров на вестибулярную поверхность верхнего валика. 14

4. Положения нижней челюсти, относительно верхней, характеризующиеся расслабленным положением жевательных мышц, свободным смыканием губ, расстоянием между окклюзионными поверхностями верхних и нижних зубов 3-8 мм. Суставная головка находится в центре шарнирных движений.

5. Классификация атрофии а/о по Шредеру:

I тип: хорошо сохранившийся а/о, хорошо выраженные бугры, высокий небный свод; участки прикрепления мышц расположены у основания а/о.

II тип: средний тип атрофии а/о, небный свод четкий, бугры верхней челюсти сохранены; мышцы прикреплены на скате.

III тип: резкая атрофия а/о, бугры атрофированы, небо плоское.

Классификация а/о нижней челюсти по Келлеру.

I тип: незначительная равномерная атрофия а/о; мышцы прикрепляются у основания а/о.

II тип: выраженная равномерная атрофия а/о.

III тип: выраженная равномерная атрофия а/о в боковых отделах.

IV тип: выраженная атрофия а/о во фронтальном участке.

6. Виды функциональных оттисков.

1.Компрессионные.

2.Декомпрессионные.

3.Комбинированные.

Ответы к задаче № 6

1.Заеда (ангулярный хейлит).

2.Главные причины - заражение стрептококком, дрожжевым грибом, травма. Заеда часто образуется у лиц с сухой, малоэластичной кожей. Так же

воспаление, трещины углов рта могут быть вторичными, связаны со снижением окклюзионной высоты и высоты нижнего отдела лица в случае полного отсутствия зубов.

3. Стоматологический анамнез, внешний осмотр, осмотр слизистых оболочек полости рта, гигиеническая оценка съемных протезов, оценка качества и 15 правильности конструкций съемных протезов, определение соизмеримости ротовой щели и базиса протеза, лабораторные методы исследования (биохимические и клинические данные крови, мочи и слюны, цитологический, микробиологический методы).

4. - Заеда стрептококковая заразительна, она передается контактным путем - через посуду, полотенце и т.д. В анамнезе контакт с болеющим данной патологией, острое начало.

- Грибковый стоматит проявляется чаще у лиц, пользующихся зубными протезами (съемными акриловыми и металлическими). Излюбленная локализация гриба - углы полости рта, язык. Появляются трещины в углах рта, покрытые корочками. Язык складчатый, обложен. Грибковый стоматит характеризуется триадой: воспаление неба, языка и углов рта.

- Когда мала ротовая щель и несоразмерно с ней велик базис протеза, введение и выведение зубного протеза из полости рта ведут к надрыву и последующему инфицированию тканей углов рта. Трещины легко кровоточат и покрываются кровянистыми или гнойными корочками.

- У лиц со сниженной высотой нижнего отдела лица в силу потери зубов или резкой генерализованной стираемости твердых тканей зубов при наличии условий к образованию заеды заболевание носит стойкий характер, так как у

них в области углов рта образуются глубокие складки, поддерживающие мацерацию тканей.

5. 1) Специфическая противовоспалительная терапия (20% борный глицерин, 2% - р-р соды, нистатин в таблетках, тетрациклиновая мазь, антибиотики широкого спектра действия).

2) Восстановление окклюзионной высоты путем рационального протезирования.

Ответы к задаче № 7

1. Токсический стоматит, вызванный пластмассовыми протезами.

2. Спектральный анализ слюны, клинический анализ крови. Исследование соскобов с языка, протезов на гриб *Gandida albicans*. Определение 16 ферментной активности КФ, ЩФ, ЛДГ, протеиназ и др. РН-метрия, определение разности потенциалов. Определение остаточного мономера, качества протеза, болевой чувствительности слизистых оболочек протезного поля.

3. Токсины нарушают функцию парасимпатических нервов, а так же ткань слюнных желез, что приводит к изменению обмена гистатина и серотонина, калия, белка, следствием чего является гипосаливация.

4. При выявлении некачественных протезов (плохая фиксация, балансирование протезов и т.д.), а так же повышенного содержание мономера (более 0,5%) - изготовление нового протеза при строгом соблюдении режима полимеризации и правил зубного протезирования.

Так же применяется элиминирующая терапия (удаление протеза, пользование только во время еды) и химическое серебрение акрилового протеза

(металлизация пластмассы) через каждые 3 дня ношения, в количестве 2-3 сеансов.

Ответы к задаче № 8

1. Основное заболевание: Полная потеря зубов на верхней челюсти II тип по Шредеру. Полная потеря зубов на нижней челюсти IV тип по Курляндскому.

Осложнение основного заболевания: Снижение высоты нижнего отдела лица.

2. а) получение анатомических оттисков с обеих челюстей;

б) припасовка индивидуальных ложек с использованием проб Гербста, получение функциональных оттисков;

в) определение центрального соотношения челюстей;

г) проверка конструкции протезов;

д) припасовка и наложение протезов в полости рта;

ж) проведение коррекции протезов.

3. Классификация типов атрофии беззубых челюстей.

Шредер различает 3 типа атрофии беззубой верхней челюсти. 17

I тип характеризуется хорошо сохранившимися альвеолярным отростком, хорошо выраженными буграми и высоким небным сводом. Место прикрепления мышц и складок слизистой оболочки расположены относительно высоко.

II тип характеризуется средней степенью атрофии альвеолярного отростка. Альвеолярный отросток и альвеолярные бугры сохранены, небный свод выражен. Переходная складка расположена ближе к вершине альвеолярного отростка.

III тип характеризуется резкой атрофией: альвеолярные отростки и бугры отсутствуют, небо плоское. Низкое крепление уздечек и переходной складки.

Курляндский различает 5 типов атрофии беззубой нижней челюсти.

I тип: альвеолярный отросток выступает над уровнем мест прикрепления мышц внутренней и внешней сторон.

II тип: альвеолярный отросток и тело челюсти атрофированы до уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней сторон.

III тип: атрофия тела челюсти прошла ниже уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней сторон.

IV тип: большая атрофия в области жевательных зубов.

V тип: большая атрофия в области передних зубов.

4. Подготовка гипсовой модели: в пределах подвижной слизистой оболочки альвеолярного отростка накладывают фольгу. Затем изготавливают индивидуальную ложку. С помощью функциональных проб и термопластической массы формируют края ложки в области клапанной зоны.

Затем выпиливают в ложке широко отверстие с таким расчетом, чтобы подвижный альвеолярный гребень был полностью освобожден. Далее снимают общий оттиск эвгенолоксицинковой пастой или гипсом. Поверх этого оттиска на подвижную слизистую оболочку гребня альвеолярного отростка осторожно наливают жидкий гипс. Оттиск выводят из полости рта после полного затвердения гипса. При выполнении перечисленных условий

18

подвижность слизистой оболочки альвеолярного отростка не оказывает отрицательного влияния на устойчивость протеза.

Ответы к задаче № 9

1. Смещение нижней челюсти влево.

2. Центральное соотношение челюстей соответствует положению

центральной окклюзии у пациентов до потери всех зубов.

3.1) определение высоты нижнего отдела лица в покое.

определение окклюзионной высоты.

формирование фронтального участка протетической плоскости,

формирование боковых участков протетической плоскости.

нанесение ретенционных нарезок на окклюзионной поверхности верхнего валика.

припасовка нижнего валика к верхнему.

формирование вестибулярной поверхности валиков.

фиксация центрального соотношения челюстей.

проверка правильности определения и фиксации центрального соотношения челюстей.

нанесение антропометрических ориентиров.

4. Определение и фиксация вместо центральной окклюзии:

1.левой боковой окклюзии;

2. Передней окклюзии.

3. Дистальной окклюзии.

5. Оценка восковых базисов:

- толщина;

- протяженность;

- монолитность;

- плотность прилегания к модели;
- наличие укрепляющей металлической дужки.

Оценка окклюзионных валиков:

- высота; 19
- ширина;
- монолитность;
- соответствие центру альвеолярного отростка
- армированность.

Ответы к задаче № 10

- 1.Провести полную перебазировку протеза лабораторным способом.
2. Анатомическая ретенция, функциональная присасываемость, адгезия.
3. Фиксация - устойчивость протезов во время покоя различных органов жевательного аппарата (челюсти, губы, язык, мягкое небо).

Стабилизация - устойчивость протезов во время функции названных выше органов.

4. Клинический метод.

С внутренней поверхности протеза удаляют слой пластмассы толщиной 1 мм.

Самотвердеющую пластмассу замешивают в следующей пропорции: 1

весовая часть мономера и 2 весовые части полимера. Применяют

самотвердеющие пластмассы "Протакрил" или "Редонт". В фазе "тянущихся

нитей" пластмассовое тесто накладывают на обработанный базис протеза

равномерным слоем, так, чтобы были покрыты и его края. Протез

устанавливают на челюсти в положении центральной окклюзии. Оформляют

края протеза при помощи активного и пассивного методов. В полости рта

протез находится около 2- минут, затем его выводят и на 10 минут помещают в аппарат, где при $t\ 40-50^{\circ}\text{C}$ и давлении в 3 атмосфер проводят полимеризацию пластмассы. Противопоказаниями к клиническому методу перебазировки являются хронические заболевания слизистой оболочки полости рта, аллергия, бронхиальная астма.

Лабораторный метод

Получают оттиск с протезом ортокором или сизластом. В лаборатории техник гипсует протез с оттиском в кювету прямым методом. После удаления оттискного материала пластмассу пакуют и полимеризуют.

5. Стадии полимеризации пластмассы: 20

1.Песочная.

2.Маслоподобная.

3.Тестообразная.

4.Резиноподобная.

5.Твердая.

Ответы к задаче № 11

1.Дефект твердых тканей 1, III кл. по Блеку.

2.ИРОПЗ до 0,5 – 0,6 – вкладка

более 0,6 – до 0,8 – коронка

более 0,8 – штифтовая конструкция

3.Провести рентгенологические исследования.

4.Коронки изготавливают:

1)для предупреждения дальнейшего разрушения тканей зуба.

2)для восстановления его анатомической формы.

3) для расположения опорных и фиксирующих элементов при изготовлении ортодонтических протезов, мостовидных протезов, съемных протезов, челюстно-лицевых аппаратов.

4) При изменении цвета коронки зуба при некариозных поражениях вследствие некроза пульпы.

5) При аномалиях положения, величины и формы коронковой части зуба.

6) При деформации зубных рядов (феномен Попова-Годона)

7) Коронка как носитель лекарственного вещества

8) Для шинирования зубов.

5. По способу изготовления:

Литые; штампованные; полученные путем полимеризации; полученные путем обжиг.

По материалу: металлические, пластмассовые, фарфоровые, комбинированные. 21

6. Самой эстетичной будет фарфоровая коронка.

Ответы к задаче № 12

1. Дефект коронки 46, II кл. по Блеку. ИРОПЗ 0,5

2. Требуется изготовление вкладки

3. Показания:

1) предупреждение дальнейшего разрушения тканей зуба

2) восстановление анатомической формы зуба

3) Как опора мостовидных протезов

4) При замковой системе фиксации съемных протезов.

4. Принцип формирования полости под вкладку.

- 1) Все наружные стенки полости должны дивергировать.
 - 2) Внутренние стенки полости должны быть параллельны друг другу и перпендикулярны стенке, обращенной к полости зуба.
 - 3) Профилактическое расширение полости
 - 4) дно и стенки должны противостоять жевательному давлению
 - 5) Создание ретенционных пунктов в пределах здоровых твердых тканей
 - 6) Образование фальца (скоса) в пределах эмали
 - 7) Расположение полости в пределах не только эмали, но и дентина.
 - 8) Создание дополнительной площадки на боковой поверхности зуба
5. а) Металлы: золото 750 пробы, серебряно-палладиевый сплав, кобальто-хромовый сплав

б) фарфор

в) композитные

г) комбинированные

6. I Формирование полости под вкладку

1) прямой способ 2) косвенный способ

а) моделирование из воска а) снятие оттиска

б) выведение восковой репродукции б) получение модели и 22

вкладки из полости моделировка вкладки

в) отливка вкладки

г) припасовка в полости рта

д) фиксация вкладки

7. Подготовка полости начинают с сепарации заканчивая её у шейки зуба,

фиссурным бором формируют полость, создавая у десневого края уступ.

Отсутствие его приведет к отхождению вкладки от зуба. Чтобы вкладка не смещалась в сторонку соседнего зуба, ее следует дополнительно укрепить.

Полость в молярах переводят на $\frac{1}{2}$ жевательной поверхности, а в премолярах создают дополнительную полость на противоположной половине жевательной поверхности в форме ласточкиного хвоста.

Ответы к задаче № 13

1.Дефект твердых тканей 44. Очаговый травматический стоматит в области маргинального края десны и слизистой оболочки боковой поверхности языка справа. Требуется снятие коронки.

2.Необходимо рентгенологическое обследование, т.к. после снятия коронки зуб изменен в цвете.

3.а) штампованная коронка;

б) цельнолитая коронка;

в) комбинированная цельнолитая коронка (металлопластмассовая или металлокерамическая)

4.III группы: вкладки, коронки, штифтовые зубы.

Вкладки: металлические, фарфоровые, композитные, комбинированные.

Коронки: фарфоровые, пластмассовые, цельнолитые, цельнолитые комбинированные, штампованные комбинированные, штампованные.

Штифтовые конструкции: по Логану, Ильиной-Маркосян, Ричмонду, культовая штифтовая вкладка по Копейкину.

5.1) препарирование зуба

2) получение слепка 23

- 3) получение модели, гравировка шейки
 - 4) моделирование
 - 5) получение гипсового и металлического штампов²
 - 6) подбор гильзы
 - 7) предварительная и окончательная штамповка
 - 8) припасовка коронки
 - 9) отбеливание и полировка
 - 10) фиксация коронки
6. 1) препарирование, получение двуслойного слепка
 - 2) получение разборной комбинированной модели
 - 3) моделировка воском
 - 4) отливка
 - 5) припасовка на модели, затем в полости рта
 - 6) шлифовка, полировка
 - 7) фиксация

7. Индекс ИРОПЗ – предложил В.Ю. Миликевич.

Всю окклюзионную поверхность принимают за единицу площадь полости или пломбы вычисляют из единицы 0,5 – 0,6 показана вкладка, 0,6 – 0,8 – коронка и больше 0,8 – штифтовая конструкция.

Ответы к задаче № 14

1. Генерализованный пародонтит средней степени тяжести в стадии обострения, осложненный частичной потерей зубов верхней и нижней челюсти (3-й класс дефектов по Кеннеди). Протезировать зубные ряды верхней и нижней челюстей шинирующими бюгельными протезами с

применением кламмерной системы с применением кламмерной системы фиксации.

2. 1) Сосудисто-биомеханическая теория возникновения и прогрессирования заболеваний пародонта сформирована В.Н. Копейкиным в 1979 году. Теория основана на трех основных положениях: 1) В норме зуб является рычагом с 24 центром вращения, находящимся между коронковой частью и серединой корня.

2) При окклюзионных нагрузках в апикальной и пришеечной частях стенок альвеол и пародонта возникают участки в которых чередуются ишемия и гиперемия. Это перемежающаяся активность сосудистых образований является местным фактором, регулирующим кровоснабжение в пародонте и, тем самым обеспечивает положительный градиент метаболических процессов.

3) При прогрессировании воспалительно-дистрофических процессов в пародонте, сопровождающихся нарушением венозного оттока, нормальная по величине жевательная нагрузка, вызывает нарушение транспортного обмена с последующим прогрессированием резорбтивных процессов в пародонте.

3. Учитывая, что нарушения кровотока выступает одним из важных факторов в возникновении и прогрессировании заболеваний пародонта, диагностика этих нарушений является неотъемлемой частью диагностического процесса в парадонтологии. Импедансная плетизмография (реопародонтография) основана на регистрации изменений суммарного сопротивления участков органов и тканей току высокой частоты (импеданс равен омическое и

емкостное сопротивление). Метод регистрируется биполярным, тетраполярным и фокусирующим методом. Он наиболее эффективен там, где в результате реологических колебаний объем органа существенно изменяется (реознцефалография, реохепотография, реокардиография). РПГ определяет степень кровонаполнения тканей на уровне артериол и венул и поэтому не может дать представления о состоянии оксигенации тканей.

4. Фотоплетизмография является аналогом реоплетизмографии, но регистрация изменений кровотока региона тканей проводится не на основе регистраций колебаний импеданса, а на основе изменений фотоактивности тканей. ФПГ более информативна при диагностике патологий слизистой оболочки. Методом полярографии, как транскутанной и трансмукозной 25 определяется уровень оксигенации тканей по уровню окисления водородного электрода введенного в исследуемый участок. В современной медицине применяются так же неинвазивные методы полярографии.

Ответы к задаче № 15

1. – Частичная потеря зубов нижней челюсти (3-й класс по Кеннеди), очаговый пародонтит в области передних зубов верхнего и нижнего зубного ряда тяжелой степени в стадии ремиссии.
2. - Проведение несъемного шинирования зубов при пародонтите тяжелой степени.
- 3 - Изготовление перекрывающих протезов по Румпелю-Долдеру при пародонтите тяжелой степени, осложненном субтотальными дефектами зубных рядов (3-4 зуба).
- Ортопедическое лечение пародонтита тяжелой степени с использованием

“платформы” по Осборну.

4. Лечебное значение гальванического покрытия золотом шинирующих бюгельных протезов заключается в достижении положительного электропотенциала литого каркаса.

Доказано, что положительный потенциал позитивно влияет на воспаленные ткани. Слой золота (6-8 мк) предупреждает выход в полость рта и включения в состав ротовой жидкости составных элементов кобальтохромового сплава, которые могут образовывать микрогальванопары.

Ответы к задаче № 16

- 1) Патологическая стираемость зубов верхней и нижней челюстей, компенсированная, генерализованная, горизонтальная форма.
- 2) В этиологии и патогенезе повышенной стираемости твердых тканей зубов взаимодействуют в основном два фактора: структурная неполноценность эмали и дентина или повышенная окклюзионная нагрузка на зубы. Первая может быть обусловлена генетическими особенностями строения этих тканей, расстройствами обмена веществ, 26 заболеваниями ЖКТ и другими общими заболеваниями, нейродистрофическими и эндокринными нарушениями, сопровождающимися неполноценным обызвествлением твердых тканей зубов, вторая - патологией окклюзии, потерей многих зубов, особенностями функции жевательных мышц, например бруксизм. Известную роль в этиологии и патогенезе патологической стираемости зубов играют и другие факторы: профессиональная вредность, характер пищи, условия внешней среды и т.д.

3) Известны следующие классификации патологической стираемости.

А.А. Грозовский (1946) выделяет три клинические формы патологической стираемости зубов: горизонтальную, вертикальную, смешанную.

По протяженности патологического процесса В.Ю. Курляндский (1962) различает локализованную и генерализованную формы патологической стираемости. Е.И. Гаврилов (1978) делит формы патологической стираемости зубов на ограниченную и разлитую.

По степени и глубине поражения М.Г. Буша (1972) различает стираемость физиологическую (в пределах эмали), переходную (в пределах эмали и частично дентина), патологическую (в пределах дентина). Патологическую стираемость автор оценивает по глубине поражения: а) до $1/3$ длины коронки, б) от $1/3$ до $2/3$ длины коронки, в) от $2/3$ длины коронки до десен.

4. Патологическая стираемость твердых тканей зубов сопровождается рядом морфологических, эстетических и функциональных изменений.

Клиническая картина патологической стираемости зубов весьма многообразна и зависит от ряда факторов: возраста больного, реактивности организма, виды прикуса, величины и топографии дефектов зубных рядов, степени выраженности патологического процесса.

Наиболее типичными признаками патологической стираемости зубов являются: нарушение их анатомической формы, гиперестезия дентина, снижение нижней трети лица, нарушение эстетики, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, изменение формы и величины альвеолярных отростков челюстей, поражение тканей пародонта.

Диагностика патологической стираемости зубов включает в себя: изучение

жалоб больного, анамнеза данного заболевания и объективное исследование.

Последнее состоит из внешнего осмотра пациента, осмотра полости рта, пальпации жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава, различных отделов лица, шеи и полости рта, измерений на лице и интеральвеолярного расстояния, изучения гипсовых моделей челюстей, определения электровозбудимости пульпы (электроодонтодиагностика), рентгенография зубов и челюстей, томография височно-нижнечелюстного сустава, электромиография жевательных мышц, электромиотонометрии.

Ответы к задаче № 17

1) Патологическая стираемость 42, 41 и 31, 32 зубов, горизонтальная, локализованная форма.

2) Патологическая стираемость твердых тканей зубов сопровождается рядом морфологических, эстетических и функциональных изменений.

Клиническая картина патологической стираемости зубов весьма многообразна и зависит от ряда факторов: возраста больного, реактивности организма, виды прикуса, величины и топографии дефектов зубных рядов, степени выраженности патологического процесса.

Наиболее типичными признаками патологической стираемости зубов являются: нарушение их анатомической формы, гиперестезия дентина, снижение нижней трети лица, нарушение эстетики, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, изменение формы и величины альвеолярных отростков челюстей, поражение тканей пародонта.

Диагностика патологической стираемости зубов включает в себя: изучение жалоб больного, анамнеза данного заболевания и объективное исследование.

Последнее состоит из внешнего осмотра пациента, осмотра полости рта, пальпации жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава, 28 различных отделов лица, шеи и полости рта, измерений на лице и интеральвеолярного расстояния, изучения гипсовых моделей челюстей, определения электровозбудимости пульпы (электроодонтодиагностика), рентгенография зубов и челюстей, томография височно-нижнечелюстного сустава, электромиография жевательных мышц, электромиотонометрии.

3. Для лечения патологической стираемости зубов предложено два метода - медикаментозный и ортопедический.

Медикаментозное лечение направлено на реминерализацию поверхностных слоев эмали и дентина, устранение гиперестезии твердых тканей зубов и эффективно лишь в начальных стадиях патологического процесса.

Ортопедическое лечение направлено на восстановление нормальной формы и функции зубочелюстной системы и предупреждение тяжелых осложнений.

Зависит от глубины поражения, клинической формы, локализации патологического процесса, наличия или отсутствия дефектов зубных рядов, нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава. В начальной стадии заболевания, когда процесс стираемости локализуется в эмали, наряду с устранением гиперестезии твердых тканей зубов следует принять меры для стабилизации межальвеолярной высоты. При стираемости I степени можно восстановить эту высоту на съемных и несъемных протезах одномоментно. При стираемости II и III степени лечение следует провести в два этапа: на первом - нормализовать межальвеолярную высоту и положение нижней челюсти на пластмассовой лапке, на втором - закрепить результаты

рациональным зубным протезированием.

При дисфункциональном синдроме височно-нижнечелюстного сустава, обусловленном патологической стираемостью зубов, показано комплексное (медикаментозное, физиотерапевтическое, ортопедическое) лечение, которое следует завершить рациональным протезированием.

При патологической стираемости зубов могут быть применены различные конструкции съемных и несъемных зубных протезов, в том числе цельнолитные бюгельные протезы, вкладки, фарфоровые коронки, 29 цельнолитные несъемные протезы, облицованные фарфором, пиропластом, изозитом. Эти протезы обеспечивают стабильный высокий функциональный, эстетический и профилактический эффект.

4. Ошибки, которые допускают при ортопедическом лечении патологической стираемости твер

I. ошибки при планировании лечения;

II. ошибки при подготовке зубочелюстной системы к протезированию;

III. ошибки и осложнения на этапах зубного протезирования.

Ответы к задаче № 18

1. Клиновидный дефект 432|234.

2. Клиновидный дефект необходимо дифференцировать с кариозным процессом и эрозией твердых тканей. При кариесе поверхностном и среднем имеются размягченные ткани, поверхность шероховатая, а при клиновидном дефекте дно плотное, гладкое.

Клиновидный дефект от эрозии отличают по форме (при эрозии чашеобразная убыль, при клиновидном дефекте треугольной формы).

3. Основными причинами приводящими к возникновению клиновидных дефектов являются механические и химические факторы (жесткие зубные щетки и порошок, деминерализующее действие кислот), а также эндокринные нарушения, заболевания ЦНС и ЖКТ.
4. Различают 4 группы клиновидных дефектов: 1 - начальные проявления, 2 - поверхностные клиновидные дефекты, 3 - средние и 4 - глубокие (С.М. Махмудханов, 1968 г.).
5. Проводят общее лечение, направленное на укрепление структуры зуба и устранение гиперестезии дентина и местное лечение - пломбирование. При плохой фиксации пломбы и опасности переломов коронки зуба показано ортопедическое лечение.

30

Ответы к задаче № 19

1. Диагноз: частичный фиброзный посттравматический анкилоз височно-нижнечелюстного сустава слева.
2. Дифференцировать по клиническим и рентгенологическим данным с полным фиброзным анкилозом, артрозами различных этиологий.
3. Лечение ортопедическое.
 - а) под проводниковой анестезией провести разведение челюстей до 3-3,5 см и возможности введения роторасширителя с целью разрыва фиброзных сращений.
 - б) наложение распорки из пластмассы между зубными рядами на 2-3 суток, пластмассовые зубнаддесневые шины.
 - в) введение в полость сустава гидрокартизона, проведение лечебной

гимнастики и физиотерапии.

г) исправление деформаций, рациональное протезирование. При наличии дефектов в зубных рядах, деформациях окклюзионных поверхностей и снижении высоты нижнего отдела лица необходимо выравнивание окклюзионных взаимоотношений зубных рядов или перестройка миотатического рефлекса с помощью накусочной пластинки; протезирование.

4. В данном клиническом случае показано ортопедическое лечение.

Хирургическое проводят при полном фиброзном анкилозе.

5. Дополнительно целесообразно пользоваться аппаратом для механотерапии из зубонаддесневых шин на обе челюсти с жесткой пластмассовой шапочкой.

Ответы к задаче № 20

Частичная потеря зубов, 1 класс по Кеннеди. Деформирующий артроз ВНЧС справа.

Причинами деформирующего артроза могут быть: травма, частичная потеря зубов и несвоевременное протезирование, снижение высоты нижнего отдела лица, влияние перенесенного отита. 31

3. Дифференциальная диагностика возможна с хроническими артрозами воспалительного, инфекционного происхождения, склерозирующим артрозом.

4. Ортопедическое лечение при наличии дефектов в зубных рядах, деформирующих окклюзионных поверхностях и снижении высоты нижнего отдела лица необходимо проводить в 2 этапа:

а) выравнивание окклюзионных взаимоотношений зубных рядов

ортодонтическими аппаратами или перестройка миотатического рефлекса с помощью накусочной пластинки;

б) рациональное протезирование;

в) физиотерапия на область ВНЧС (электрофорез 5% р-ом иодистого калия и 2% р-ом новокаина), випротокс и др.

5. Рациональной конструкцией протеза является опирающийся протез на нижнюю челюсть.

Ответы к задаче № 21

1. Частичная потеря зубов 3 класс по Кеннеди, артроз ВНЧС справа.

2. Снижением высоты нижнего отдела лица без его восстановления нерациональным протезированием.

3. Снижением высоты нижнего отдела лица глубоким резцовым перекрытием, дистально-боковым смещением нижней челюсти.

4. Несъемные цельнолитные конструкции с восстановлением высоты нижнего отдела лица.

5. Перед протезированием необходима ортодонтическая подготовка с помощью корригирующей пластинки с накусочной площадкой, на верхнюю челюсть для осуществления передне-сагиттального, левостороннего перемещений нижней челюсти, совмещения центральной линии и нормализации соотношений в элементах ВНЧС.

Ответы к задаче № 22 32

1. Хронический бруксизм, осложненный патологической стертостью зубов артрозом ВНЧС.

2. Установить контакт с больным, убедить в необходимости длительного

комплексного поэтапного лечения.

3. а) Перестройка миотатического рефлекса с помощью назубных съемных пластмассовых капп в ночное время; массаж жевательных мышц, миогимнастика; физиолечение, при недостаточности ортопедической релаксации – миорелаксанты, болеутоляющие.

б) пластина на верхнюю челюсть с накусочной площадкой для осуществления передне-сагиттального сдвига нижней челюсти и нормализации соотношений в элементах ВНЧС;

в) рациональное протезирование с восстановлением высоты нижнего отдела лица;

г) наставления больному: при повторном протезировании информировать врача о проведенном поэтапном лечении; в случае рецидива бруксизма - повторное профилактическое лечение: назубные каллы, массаж, физиолечение.

4. дополнительными методами исследования являются электромиография и реопародонтография.

5. При формировании артроза на ранних стадиях заболевания первично нарушение гемодинамики, когда рентгенологически изменения костных тканей не выявляются.

Ответы к задаче № 23

1. Дефект твердых тканей |1, срединный поперечный перелом корня |1, с разрывом пульпы.

План лечения: экстирпация пульпы, пломбирование верхушечного фрагмента корня, применение культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым

каналом и активным штифтом .

Классификация переломов коронки. 33

По локализации: а) в зоне эмали, б) в зоне дентина, в) с обнажением пульпы, г) полный отлом коронки.

По направлению: а) поперечный, б) косой, в) множественный.

Классификация переломов корней.

По целостности пульпы: а) без разрыва, б) с разрывом пульпы.

По локализации: а) пришеечный, б) срединный, в) верхушечный.

По направлению: а) поперечный, б) косой, в) продольный, г) множественный (оскольчатый).

По положению: а) без смещения, б) со смещением.

3. Культевая штифтовая вкладка с внутрикультевым каналом и активным штифтом по методу Брагина Е.А. с соавт., стандартным внутрикорневым штифтом с резьбой в апикальной части по методу Грибана А.М. с соавт.

4. Диагностика перелома, формирование в устьевой части амортизационной полости, расширение корневого канала, моделирование восковой композиции культевой вкладки, введение резьбового штифта и создание внутрикультевого канала, выведение штифта и введение трубчатой заготовки, замена воска на металл, припасовка и фиксация культевой вкладки и резьбового штифта, с одновременной репозицией отломков корня.

Ответы к задаче № 24

1. Ошибки: фиксация штифта в корневом канале зуба, имеющего некупированные патологические изменения в периапикальных тканях; введение штифта на недостаточную глубину; отклонение от оси корневого

канала.

Тактика: извлечение штифта; повторное эндодонтическое лечение, возможно в сочетании с хирургической санацией воспалительного очага; укрепление в корневом канале стандартного штифта, введенного на $1/2 - 2/3$ длины корня; восстановление дефекта твердых тканей зуба композиционным материалом или в сочетании с применением искусственной коронки. 34

При невозможности выполнения или неэффективности вышеперечисленных этапов - удаление зуба.

2. Этапы: выбор стандартного штифта; подготовка посадочного ложа для штифта, если штифт активный - нарезание резьбы в канале; фиксация штифта; создание искусственной культи.

3. Гладкие конические, цилиндрические зубчатые, цилиндрические с винтовой резьбой, конический с резьбой, цилиндро-конические с резьбой, корневые штифты с винтовой резьбой системы FLEXY - POST.

4. Металлические материалы: нержавеющая сталь; титан; сплавы золота с платиной или покрытия неблагородных сплавов золотом.

Неметаллические материалы: стекловолоконные штифты, цельнокерамические штифты.

5. Композиты, стеклоиономерные цементы, амальгама.

Ответы к задаче № 25

1. Полное отсутствие коронковой части 7| зуба, частичная потеря зубов на нижней челюсти III класс по Кеннеди. Изготовить культевую вкладку для восстановления 7|, мостовидные протезы с опорой на 74| 47.

2. Показания:

- для восстановления коронковой части зуба при полном ее отсутствии или значительном разрушении (ИРОПЗ 0,8 и более);
- в качестве опоры мостовидного протеза;
- для шинирования зубов при заболеваниях пародонта;
- для фиксации внутриальвеолярных переломов корня;
- при аномалиях положения передних зубов у взрослых, когда невозможно провести ортопедическое лечение;
- для армирования депульпированных зубов.

Противопоказания:

- некупированные патологические изменения в периапикальных тканях;
- непроходимость корневых каналов; 35
- короткие корни с истонченными стенками;
- атрофия костной ткани альвеолярного отростка 3 и 4 степени.
- разрушение корня больше, чем на 1/4 его длины;
- дефект какой-либо из стенок корня, равный или больший 1/4 величины корня;
- подвижность зуба 3-ей, а в некоторых случаях 2-ой степени.

3. Препаровка, моделировка культевой штифтовой вкладки из воска или быстротвердеющей пластмассы, получение металлической композиции культевой вкладки, припасовка и фиксация культевой вкладки. Культевая вкладка с внутрикультевыми каналом, разборная, неразборная, культевые штифтовые вкладки, стандартные штифты.

4. Требования:

- канал корня должен быть хорошо проходим на протяжении, равном длине

штифта; околоврхушечная часть корневого канала должна быть хорошо запломбирована и верхушечный периодонт лишен признаков острого или хронического воспаления; корень должен иметь длину большую, чем высота будущей коронки; толщина стенок не менее 2 мм; культя корня должна быть открытой, если прикрыта - гингивэктомия.

5. Перфорация корня, раскол корня, острый периодонтит, поломка внутрикорневого штифта, отлом облицовки, расцементировка штифтовой конструкции, расцементировка покровной конструкции.

6. Подготовка корней; припасовка дополнительного металлического штифта; моделировка восковой композиции культевой вкладки с созданием внутрикультевого канала и введение трубчатой заготовки; замена воска на металл; припасовка и фиксация штифтовой конструкции.

Ответы к задаче № 26

1.а) Частична потеря зубов на нижней челюсти (I класс по Кеннеди), осложненный снижением высоты нижнего отдела лица; б) патологическая стираемость фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей. 36

2.В данном клиническом случае причина патологической стираемости - функциональная перегрузка передних зубов в следствии потери жевательных на нижней челюсти.

3.В зависимости от стадии: физиологическая, переходная, патологическая; от плоскости поражения: горизонтальная, вертикальная, смешанная; от протяженности: ограниченная, генерализованная; от изменения чувствительности дентина: в пределах нормы, с гиперестизией.

4.Гипертонус жевательных мышц, генерализованный характер

патологической стираемости, снижение высоты нижнего отдела лица, изменяются соотношения элементов ВНЧС.

5. Медикаментозные и ортопедические методы лечения.

Ответы к задаче № 27

1. Флюороз зубов (пятнистая форма) 621|126.
2. Флюороз на стадии пятна дифференцируют от кариозного процесса, для которого характерно одиночное поражение в типичных для кариеса участках (пришеечная область, контактная поверхность). При флюорозе поражения множественные, располагаются на вестибулярной и язычной поверхностях. Кроме того, флюороз проявляется с момента прорезывания зубов.
3. Употребление питьевой воды с избыточным содержанием фтористых соединений.
4. Различают 5 форм флюороза зубов: 1) штриховая, 2) пятнистая, 3) меловидно-крапчатая, 4) эрозивная, 5) деструктивная.
5. Лечение зависит от формы и степени развития патологического процесса. При пятнистой форме - лечение заключается в отбеливании с последующей реминерализирующей терапией. При недостаточной эстетическом эффекте восстановление фасеток передних зубов винирами.

Ответы к задаче № 28 37

1. Частичная потеря зубов на нижней челюсти (III класс по Кеннеди) осложненная деформацией зубного ряда на верхней челюсти.
2. Вертикальное перемещение зуба на верхней челюсти (I класс по Гаврилову). Отсутствие деструктивных изменений пародонта

указывает на I класс по Пономаревой.

3. Устранение деформации зубного ряда на верхней челюсти методом дезокклюзии. Дефект зубного ряда на нижней челюсти восстановить мостовидным протезом с опорой на |47.

4. Причиной деформации зубных рядов является удаление зубов без своевременного протезирования.

5.а) Метод сошлифовывания твердых тканей.

б) Метод дезокклюзии.

в) Аппаратно-хирургический метод.

г) Хирургический метод.

Ответы к задаче №29

1. Частичная потеря зубов, осложненная деформацией зубных рядов на верхней и нижней челюстях. Включенный дефект в боковом отделе на верхней челюсти (III класс по Кеннеди) односторонний дистально не ограниченный дефект на нижней челюсти (II класс по Кеннеди).

2. Взаимное вертикальное перемещение зубов (III класс по Гаврилову).

Наличие деструктивных изменений пародонта зубов в пределах 1/4 корня указывает на II класс, I подкласс по Пономаревой.

3. Устранение деформации зубных рядов методом сошлифовывания твердых тканей 87| 5| с покрытием их коронками. Дефект зубного ряда на верхней челюсти восстановить мостовидным протезом с опорой на 87 4|. Дефект зубного ряда на нижней челюсти восстановить бюгельным протезом.

4. Причиной деформации зубных рядов является удаление зубов без

своевременного протезирования. 38

5. а) Метод сошлифовывания твердых тканей.

б) Метод дезокклюзии.

в) Аппаратно-хирургический метод.

г) Хирургический метод.

Ответы к задаче № 30

1) Частичная потеря зубов на верхней челюсти - III класс на нижней челюсти II - класс, осложненная деформацией зубного ряда на верхней и нижней челюстях.

2) Следствие травматической окклюзии, частичная потеря зубов без своевременного протезирования, осложнения кариеса.

3)- нарушение непрерывности зубного ряда, т.е. образование дефекта.

- появление 2-х групп зубов (функционирующая и нефункционирующая).

- функциональная перегрузка отдельных групп зубов.

- деформация зубных рядов.

- нарушения функции жевания, речи и эстетических норм.

- нарушение деятельности височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.

4. Укорочение клинической коронки |4 7 8, на верхнюю челюсть мостовидный протез с опорой на |3 4 7 на нижнюю бюгельный протез с покрытием |5 бюгельной коронкой.

Ответы к задаче № 31

1. Очаговый парадонтит в области 67|.

2. Снять коронку 6|и изготовить новую, которая отвечает клиническим

требованиям.

3. Отсутствие контактного пункта, несоответствие клиническим требованиям коронок, аномалии прикрепления, мягких тканей в виде мелкого предверия полости рта, патология прикуса. 39

4. I - степень - подвижность в вестибулооральном направлении меньше 1 мм.

II - смещение зуба в вестибулооральном и мезиодистальном направлении до 1 мм.

III - подвижность зуба описанных направлениях более 1 мм.

IV - смещение зуба во всех направлениях.

Ответы к задаче № 32

1. III - класс.

2. а) Мостовидный протез с опорой на

7 5 5 7

4 6

б) Цельнолитой мостовидный протез. Консольный протез с опорой,

7 7

6

если небольшая промежуточная часть.

3. а) Препарирование зубов.

б) Снятие оттиска.

в) Припасовка коронок.

г) Снятие оттиска с коронками, под промежуточную часть.

д) Припасовка мостовидного протеза.

е) Фиксация мостовидного протеза.

4.Прогнатия, прогения, глубокий, открытый, перекрестный.

Ответы к задаче №33

- 1) Частичная потеря зубов верхней челюсти (3-й класс по Кеннеди), частичная потеря зубов нижней челюсти (3-й класс по Кеннеди), 40 генерализованный пародонтит средней степени тяжести в стадии обострения.
- 2) Убрать над и под десневой зубной камень, сделать глубокий кюретаж, изготовить мостовидный протез с опорой на в/ч 34 67, на н/ч бюгельный протез.
- 3) Рентгенологически обнаруживается как горизонтальная, так и вертикальная резорбация межзубной перегородки до 1/3 длины корня.
- 4) Действие зубной бляшки, зубных отложений. Предрасполагающие факторы нарушения барьерной функции пародонта и ослабление защитных сил организма.

Ответы к задаче № 34

1. Частичная потеря зубов верхней челюсти 3 класс по Кеннеди, частичная потеря зубов нижней челюсти 3 класс по Кеннеди, осложненные механической рубцовой контрактурой легкой степени тяжести.
2. Основными факторами, приводящими к возникновению внесуставных нижнечелюстных контрактур являются: неправильная первичная обработка ран, длительная межчелюстная фиксация отломков челюсти, запоздалое применение лечебной физкультуры, наличие инородных тел

в области мышцы, при поражении нервных стволов.

3. Затруднение проводникового обезболивания в полости рта. Применяют экстраоральную проводниковую анестезию, экдотрахеальный наркоз, внутривенное обезболивание. Затруднение для врача и больного при приарировании и снятие оттисков. Оттиски снимаются частичными или специальными разборными ложками. При определении центральной окклюзии используют прикусные валики из термомассы. При необходимости валик укорачивают. 41

4. а) Механотерапия. Применение пробок, деревянных и резиновых клиньев, конусов с винтовой нарезкой. Использование аппаратов Дарсиссака, Лимберга, Оксиана.

б) Логопедическое лечение. Сочетание челюстно-лицевой гимнастики с логопедическими упражнениями.

в) Физиотерапевтическое лечение. Саллюкс, ультрафиолетовое облучение, электрофорез. Парафинотерапия, электропаровые ванны.

5. Асимметрия лица, контрактуры, рубцы, деформации.

Ответы к задаче № 35

1. Причинами отсутствия контакта между естественными зубами являются:

а) недостаточно разогретый окклюзионный валик, б) невнимательность врача при смыкании челюстей больного.

Необходимо повторить этап определения центральной окклюзии.

2. а) Ошибки, вызванные смещением нижней челюсти (Смещение вперед, назад, влево, вправо)

б) Ошибки вызванные сдвигом верхнего и нижнего прикусного базиса

(смещение верхнего базиса с валиком вперед, назад; смещение нижнего базиса с валиком вперед, назад).

в) Ошибки, вызванные отхождением верхнего или нижнего базиса от протезного ложе.

г) Ошибки вызванные деформацией восковых базисов.

д) Ошибки, вызванные компрессией слизистой оболочки альвеолярных отростков и неба (во фронтальном участке, в боковых участках).

3. Восковые базисы должны быть армированы, плотно лежать на модели и соответствовать с границе протеза. Оклюзионные валики должны располагаться посередине альвеолярного отростка, быть монолитными, иметь ширину 1 см. При наличии естественных зубов валики должны быть на 2-3 мм выше уровня зубов. Длина валика определяется по свободной от зубов протяженности альвеолярного отростка. Валики должны быть плотно
42

склеены с восковым базисом. Модели должны быть без участков повреждения гипса.

4. а) Осмотр моделей и челюстей.

б) Проверка воскового шаблона с зубами в окклюдаторе.

в) Проверить правильность расстановки искусственных зубов, изготовления и расположения кламмеров.

г) Проверка конструкции в пол. рта.

д) Расположение кламмеров и правильность кламмерной линии.

е) Фиксация и стабилизация, плотность прилегания протезов.

ж) Правильность определения центральной окклюзии.

з) Плотность межокклюзионных контактов.

5. Количество и расположение кламмеров зависит от величины и топографии дефекта зубного ряда. Кламмерная линия (линия соединяющая опорные зубы на которых расположены кламмеры) – может иметь сагиттальное, трансверзальное и диагональное расположение. Плечо кламмера должно плотно прилегать к поверхности опорного зуба на всем протяжении и повторять его конфигурацию.

Боковые зубы должны располагаться строго по середине альвеолярного гребня. Верхние передние зубы располагаются следующим образом: 2/3 лежит к наружи от средней линии, 1/3 внутри от нее.

Ответы к задаче № 36

1. Частичная потеря зубов верхней челюсти 3 класс по Кеннеди.

Частичная потеря зубов нижней челюсти 2 класс по Кеннеди, осложненная феноменом Попова-Годона.

2. Данная патология относится к 3 группе деформаций зубных рядов по классификации Гаврилова.

3. Вследствие нарушения распределения жевательного давления, вакантной гипертрофии, не своевременное лечение кариеса и его осложнений. Не своевременное протезирование. 43

4. Метод сошлифовывания твердых тканей смещенных зубов, метод последовательной дезокклюзии, аппаратурно-хирургический метод (сочетание последовательной дезокклюзии с предварительной кортикотомией), хирургический метод (удаление смещенных зубов).

5. а) Удаление пульпы 87 4367 зубов, пломбирование каналов.

б) Устранение окклюзионных нарушений путем укорочения зубов.

в) Изготовление металлокерамического мостовидного протеза с опорой на 87 4| зубы, защитных металлокерамических коронок на |4567 зубы.

г) Изготовление цельнолитных коронок под опору бюгельного протеза на нижнюю челюсть на 5|8 зубы.

д) Изготовление бюгельного протеза на нижнюю челюсть.

Ответы к задаче № 37

1) Частичная потеря зубов на в/ч 2 класс по Кеннеди.

2) Варианты орт. лечения:

-изготовить частный съемный протез

-изготовить бюгельный протез

-метод имплантации с восстановлением дефекта коронками или мостовидным протезом

3) Показания:

-отсутствие 1-2 зубов во фронтальном отделе

-наличие огранич. дефектов зубного ряда

-наличие концевых дефектов зубного ряда (отсутствие 3-х зубов и более)

-полное отсутствие зубов

-непереносимость к объемным протезам

-заболевания жел.-кишечного тракта, обусловленные утратой зубов.

Противопоказания:

I Абсолютные 44

-хронические заболевания организма (туберк., ревматизм, диабет, стоматиты

и т.д.)

-болезни кроветворн. органов

-заболевания костной системы

-заболевания центральной и периф. нервной системы

-злокачественные опухоли

II. Относительные

-пародонтит

-патологический прикус

-неудовлетворительное состояние гигиены полости рта

-предраковые заболевания

-наличие металлических имплантатов в других органах (спицы Киршнера, клапаны, стимуляторы)

-заболевания ВНЧС

-бруксизм

4) Для выяснения возможности имплантации необходимо проведение ортопантомографии с наложенными восковыми валиками. В валиках металлические маркеры.

5. После введения имплантатов на в/ч можно приступать к протезированию через 6 месяцев. В период заживления костного обязательный рентген. контроль.

6. Этапность лечения зависит от вида имплантации.

1) Одноэтапная имплантация:

введение имплантата и ушивание слизистой, головка импл. остается в полости рта

по истечению периода заживления изготовление мостовидного протеза.

Двухэтапная имплантация

введение имплантата и полное умывание слизистой

по истечении срока интеграции введение заживляющей головки 45

через 7 дней введение постоянной головки и изготовление мостовидного протеза.

Ответы к задаче №38

1. Полная потеря зубов 4 класс по Курляндскому.

2. Ортопедическое лечение.

I. Изготовить полный съемный протез с применением объемного моделирования края базиса.

II. Методика имплантации.

а) субперностальная

б) внутрикостная

- варианты покрывных конструкций

а) полный съемный протез с фиксацией на имплантатах.

б) условно-съемный протез с фиксацией на имплантатах.

в) мостовидные протезы с фиксацией на имплантатах.

3. - пластика предверия полости рта

- пластика альвеолярного гребня н/ч

- объемное моделирование края базиса протеза

- методика имплантации

а) субперностальная

б) внутрикостная

в) подслизистое введение магнитов.

4. При выборе методики имплантации необходимо изучить общее состояние организма пациента и состояние костной ткани нижней челюсти. Для этого необходимо:

- полный анализ крови (включая время кровотечения и свертывания)
- анализ крови по Вассерману и на СПИД
- флюорография 46
- заключение терапевта об отсутствии противопоказаний к методике имплантации
- проведение ортопантомографии с прикусными валиками. В области предполагаемого места имплантации в воск помещается металлический маркер

5. Показания:

отсутствие 1-2 зубов во фронтальном отделе

наличие огранич. дефекта зубного ряда

наличие концевых дефектов зубного ряда (отсутствие 3-х зубов и более)

полное отсутствие зубов

непереносимость к съемным протезам

заболевания жел.-кишечного тракта, обусловленные утратой зубов.

Противопоказания:

I Абсолютные

хронические заболевания организма (туберк., ревматизм, диабет, стоматиты и т.д.)

болезни кроветворн. органов

заболевания костной системы

заболевания центральной и периф. нервной системы

злокачественные опухоли

II. Относительные

-пародонтит

-патологический прикус

-неудовлетворительное состояние гигиены полости рта

-предраковые заболевания

-наличие металлических имплантантов в других органах (спицы Киршнера, клапаны, стимуляторы)

-заболевания ВНЧС

-бруксизм

47

Ответы к задаче № 39

1. Посттравматическое отсутствие коронок |12, частичный вывих корней |12.

2. Удаление корней |12.

Ортопантомография с металлическими маркерами в восковых валиках.

- изготовление мостовидного протеза с опорой на 1/3.

- изготовление съемного имедиат протеза.

- проведение внутрикостной имплантации.

непосредственной

отсроченной.

4. Показания:

отсутствие 1-2 зубов во фронтальном отделе

наличие ограниченных дефектов зубного ряда

наличие концевых дефектов зубного ряда (отсутствие 3-х зубов и более)

полное отсутствие зубов

непереносимость к съемным протезам

заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), обусловленные утратой зубов.

Противопоказания:

I. Абсолютные:

хронические заболевания организма (туберкулез, ревматизм, диабет, стоматиты и т.д.)

болезни кроветворных органов

заболевания костной системы

заболевания центральной и периферической нервной системы

злокачественные опухоли

II. Относительные

-пародонтит

-патологический прикус

-неудовлетворительное состояние гигиены полости рта

-предраковые заболевания 48

-наличие металлических имплантантов в других органах (спицы Киршнера, клапаны, стимуляторы)

-заболевания ВНЧС

бруксизм

5. При применении методики внутрикостной имплантации сроки

протезирования зависят от метода имплантации:

-Непосредственная имплантация. Импланты вводятся сразу после удаления зуба. Необходимо применение материалов улучшающих регенерацию костной ткани для нивелирования разницы формы лунки и имплантата протезирование на верхней челюсти через 6 месяцев после операции.

-Отсроченная – введение имплантата после полного заживления костной ткани в области удаленных зубов. Готовность костного ложа для проведения операции, контролируется рентгенографически. Протезирование на в/ч через 6 месяцев после операции.

6. Удаление корней |12

введение внутрикостных имплантатов, умывание слизистой оболочки
изготовление косметического съемного протеза
через 6 месяцев введение заживляющей головки
через 7 дней введение постоянной головки
получение оттисков для изготовления искусственных коронок на |12.

Ответы к задаче № 40

1. Принята следующая классификация (ноябрь 1983 г.).

I. Гингивит – воспаление десен, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

Формы: катаральный, гипертрофический, язвенный.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: острое, хроническое, обострившееся, ремиссия. 49

Распространенность: локализованный, генерализованный.

II. Пародонтит – воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: острое, хроническое, обострившееся (в том числе абсцедирующее), ремиссия.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

III. Пародонтоз – дистрофическое поражение пародонта.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: хроническое, ремиссия.

Распространенность: генерализованный.

IV – Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта.

V Пародонтомы.

2. Основными рентгенологическими признаками при заболевании пародонта является убыль межзубных перегородок и резорбция стенок альвеол, которые приводят к деструктивным процессам диагностируемым в клинике методами визуального осмотра и зондирования.

Виды резорбции: горизонтальная, вертикальная, смешанная, лакунарная. В клинике резорбция межальвеолярных перегородок проявляется в виде образования пародонтальных карманов, суммарная величина которых с видимой атрофией, дает возможность составить представления об общей величине деструктивных процессов в пародонте.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «стоматология».	
Эталоны ответов	

