

## ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

для первичной аккредитации выпускников, завершающих в 2018 году подготовку по образовательной программе высшего медицинского образования в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом по специальности «Стоматология»

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 [K002105]

1. 3.3 зуб – кариес эмали, стадия «мелового пятна» [начальный кариес] (K.02.0).
2. Витальное окрашивание. Температурная проба. Трансиллюминация. Лазерная диагностика аппаратом «Диагностент».
3. Дифференциальную диагностику проводят с эрозией эмали (K 03.29), гипоплазией эмали (K00.40), флюрозом (K00.30).
4. Коррекция индивидуальной гигиены полости рта. Профессиональная гигиена полости рта. Реминерализирующая терапия с использованием одного из методов (метод Е.В. Боровского и П.А. Леуса, метод Ю.М. Максимовского, метод Е.В. Боровского и Е.А. Волкова с применением двухкомпонентного препарата «БВ»).
5. Меры профилактики: оздоровление организма; ограничение приёма углеводов; режим питания; приём жёсткой пищи; улучшение слюноотделения; гигиена полости рта; устранение зубочелюстных деформаций.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2 [K002106]

1. 2.6 зуб - кариес дентина (K.02.1).
2. Электроодонтодиагностика. Рентгенография.
3. Дифференциальную диагностику проводят с кариесом эмали (K 02.0), начальным пульпитом (гиперемией) (K04.00).
4. Обезболивание. Препарирование кариозной полости (раскрытие кариозной полости, некрэктомия, формирование полости, финирирование краёв эмали). Изоляция зуба от слюны и десневой жидкости (коффердам, ретракционная нить, ватные валики). Медикаментозная обработка кариозной полости. Наложение матрицы и интрадентального клина. Внесение пломбировочного материала. Моделирование анатомической формы зуба. Удаление матрицы, клина, коффердама, ретракционной нити, валиков. Коррекция окклюзионных и артикуляционных контактов (избирательное шлифование), полирование пломбы.
5. Отсутствие плотного контактного пункта, контактный пункт сформирован на уровне краевого гребня зуба, нависающий край пломбы в пришеечной области, недостаточная адгезия материала в пришеечной области.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3 [K002107]

1. 1.7. зуб - кариес дентина (K.02.1).

2. Электроодонтодиагностика. Рентгенография.

3. Дифференциальную диагностику проводят с кариесом эмали (K02.0).

4. Обезболивание. Препарирование кариозной полости (раскрытие кариозной полости, некрэктомия, формирование полости, финирирование краёв полости). Изоляция зуба от слюны от слюны (коффердам или ватные валики и слюноотсос). Медикаментозная обработка кариозной полости. Внесение пломбировочного материала. Моделирование анатомической формы зуба. Удаление коффердама, валиков. Коррекция окклюзионных и артикуляционных контактов (избирательное шлифовывание) полирование пломбы.

5. VI класс в соответствии с классификацией Блэка. Кариозная полость локализуется на бугре.

К классу VI, согласно дополнению к классификации Блэка, относятся полости, локализуемые на режущем крае резцов и на вершинах бугров клыков, премоляров и моляров.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4 [K002108]**

1. 2.1 зуб - кариес дентина (K.02.1).

2. Температурная проба. Электроодонтодиагностика. Рентгенография.

3. Дифференциальную диагностику проводят с кариесом эмали (K 02.0).

4. Профессиональная чистка зубов. Выбор материала для реставрации (светополимеризуемый композит). Подбор цвета. Обезболивание. Препарирование кариозной полости (раскрытие кариозной полости, некрэктомия, формирование полости, финирирование краёв эмали, создание фальца). Изоляция зуба от слюны и десневой жидкости (коффердам, ретракционная нить, ватные валики). Наложение лавсановой матрицы и интрадентального клина. Медикаментозная обработка кариозной полости. Внесение пломбировочного материала. Моделирование анатомической формы зуба. Удаление матрицы, клина, коффердама, валиков. Коррекция окклюзионных и артикуляционных контактов (избирательное шлифовывание) полирование пломбы.

5. Нанесение кислотного геля 37% ортофосфорной кислоты на эмаль и дентин. Промывание, удаление излишков влаги в полости. Внесение адгезива, его полимеризация. Послойное внесение композита и полимеризация каждого слоя.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5 [K002110]**

1. Хронический апикальный периодонтит (K04.5).

2. Очаг деструкции костной ткани, канал запломбирован не полностью, обострение хронического периодонтита.

3. Создание эндодонтического доступа, вскрытие и раскрытие полости зуба, нахождение и расширение устьев корневых каналов, определение рабочей длины корневых каналов, инструментальная обработка, ирригация, высушивание, obturation

корневых каналов до физиологической верхушки зуба.

4. Пломбировочные материалы на основе гидроокиси кальция и йодоформа (Метапекс, Апексдент, Метапаста и т.д.).

5. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня. Цистотомия, цистэктомия с резекцией верхушки корня с ретроградным пломбированием каналов. Удаление зуба.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6 [K002113]**

1. План лечения зуба:

Повторное эндодонтическое лечение, удаление выведенного за верхушку зуба гуттаперчи и пломбировочного материала.

Резекция верхушки корня 1.5 зуба с удалением гуттаперчи и избытков пломбировочного материала.

2. Корневой канал obturated плотно с избыточным выведением материала за верхушку.

3. Ошибки при определении рабочей длины корневого канала, избыточное расширение апикального отверстия, отсутствие апикального уступа, корневой канал obturated плотно с избыточным выведением материала за верхушку.

4. Растворы Гипохлорита натрия, Хлоргексидина биглюконата, Перекиси водорода.

5. Создание эндодонтического доступа, вскрытие и раскрытие полости зуба, нахождение и расширение устьев корневых каналов определение рабочей длины корневого канала, инструментальная обработка, ирригация, высушивание, obturation.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7 [K002117]**

1. Диагноз «эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали [флюороз зубов] (K00.3)».

2. С кариесом эмали (K02.0), с гипоплазией эмали (K00.40).

3. Повышенная концентрация фторида в питьевой воде.

4. За две недели до начала лечения пациентке следует осуществить профессиональную гигиену полости рта, включающую удаление зубных отложений. Можно предложить провести микроабразию эмали в области линии улыбки - 20 зубов, отбеливание, покрытие передней группы зубов винирами.

5. При выборе лечения с использованием микроабразии и отбеливании необходимо подобрать индивидуальные средства гигиены для снижения чувствительности зубов, уменьшения проницаемости и укрепления структуры эмали, следует дать рекомендации по уходу за полостью рта. Для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и аппликации, полоскания 10% раствором Глюконата кальция

(2 раза в день в течение 2 недель).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8 [K002118]**

1. Диагноз «эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали [флюороз зубов] (K00.3)».

2. С кариесом эмали (K02.0), с гипоплазией эмали (K00.4), дисколориты (K03.7).

3. Повышенная концентрация фторида в питьевой воде.

4. 2 варианта плана лечения.

1. За две недели до начала лечения пациентке следует осуществить профессиональную гигиену полости рта, включающую удаление зубных отложений. Можно предложить провести микроабразию эмали в области линии улыбки - 20 зубов, а через месяц – отбеливание (если будет нужно). Провести реминерализующую терапию. Пациентке следует дать рекомендации по уходу за полостью рта. Для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и полоскание 10% раствором Глюконата кальция или Гидроксиапатитом (2 раза в день в течение 2 недель). Кроме того, на две недели из рациона питания пациентки следует исключить красящие продукты: чёрный чай, кофе, красное вино, кетчуп, свекла, морковь, чёрная смородина, черника и другие.

2. Изготовить прямые (или не прямые) виниры на фронтальные зубы верхней челюсти. Дать рекомендации по уходу за полостью рта.

5. При выборе лечения с использованием микроабразии и отбеливании необходимо подобрать индивидуальные средства гигиены для снижения чувствительности зубов, уменьшения проницаемости и укрепления структуры эмали: дать рекомендации по уходу за полостью рта. Для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и полоскание 10% раствором Глюконата кальция (2 раза в день в течение 2 недель). На две недели из рациона питания исключить красящие продукты: чёрный чай, кофе, красное вино, кетчуп, свекла, морковь, чёрная смородина, черника и другие.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9 [K002119]**

1. Диагноз «гипоплазия эмали (K00.4)».

2. Кариес эмали (K 02.0), эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали (K00.30).

3. Инфекционные заболевания, рахит ребёнка в период формирования и минерализации этих зубов.

4. 2 варианта плана лечения:

1. За две недели до начала лечения пациентке следует осуществить профессиональную гигиену полости рта, включающую удаление зубных отложений. Можно предложить провести микроабразию эмали в области линии улыбки. Пациенту

следует дать рекомендации по уходу за полостью рта. Для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и полоскание 10% раствором Глюконата кальция или Гидроксиапатитом (2 раза в день в течение 2 недель). Кроме того, на две недели из рациона питания пациента следует исключить красящие продукты: чёрный чай, кофе, красное вино, кетчуп, свекла, морковь, чёрная смородина, черника и другие.

2. Изготовить прямые (или не прямые виниры) на фронтальные зубы верхней челюсти. Дать рекомендации по уходу за полостью рта.

5. При выборе лечения с использованием микроабразии необходимо подобрать индивидуальные средства гигиены для снижения чувствительности зубов, уменьшения проницаемости и укрепления структуры эмали: дать рекомендации по уходу за полостью рта. Для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и полоскание 10% раствором Глюконата кальция (2 раза в день в течение 2 недель). На две недели из рациона питания исключить красящие продукты: чёрный чай, кофе, красное вино, кетчуп, свекла, морковь, чёрная смородина, черника и другие.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10 [К002120]**

1. Диагноз «гипоплазия эмали (К00.4)».
2. Кариез эмали (К 02.0), эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали (К00.30).
3. Инфекционные заболевания, рахит ребёнка в период формирования и минерализации этих зубов.
4. 2 варианта плана лечения.

1. За две недели до начала лечения следует осуществить профессиональную гигиену полости рта, включающую удаление зубных отложений. Можно предложить провести микроабразию эмали в области линии улыбки. Пациенту следует дать рекомендации по уходу за полостью рта. Для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и полоскание 10% раствором Глюконата кальция или Гидроксиапатитом (2 раза в день в течение 2 недель). Кроме того, на две недели из рациона питания пациента следует исключить красящие продукты: чёрный чай, кофе, красное вино, кетчуп, свекла, морковь, чёрная смородина, черника и другие.

2. Изготовить прямые (или не прямые виниры) на фронтальные зубы верхней челюсти. Дать рекомендации по уходу за полостью рта.

5. При выборе лечения с использованием микроабразии необходимо подобрать индивидуальные средства гигиены для снижения чувствительности зубов, уменьшения проницаемости и укрепления структуры эмали. Для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и полоскание 10% раствором глюконата кальция (2 раза в день в течение 2 недель). Кроме того, на две недели из рациона питания пациентки должны быть исключены красящие продукты: чёрный чай, кофе, красное вино, кетчуп, свекла, морковь, чёрная смородина, черника и другие.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11 [K002121]**

1. Диагноз «изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие применения Тетрациклина (K008.3)».

2. Изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие несовместимости групп крови K00.80, изменение цвета зубов вследствие врождённого порока билиарной системы K00.81, изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие порфирии K00.82.

3. Если пациенту назначали антибиотики тетрациклинового ряда в возрасте от 6 месяцев до 9-12 лет, это привело к окрашиванию постоянных зубов, так как Тетрациклин откладывается в костях и зубах. Молекула Тетрациклина связывается с твёрдыми тканями зуба путём образования хелатных комплексов с кальцием, в результате чего образуется ортофосфат тетрациклина, являющийся причиной окрашивания. Дентин тетрациклиновых зубов выглядит несколько изменённым, окрашиваясь в жёлтый, голубовато-серый, коричневатый или чёрный цвета.

4. 2 варианта.

1. За две недели до начала лечения пациентке целесообразно осуществить профессиональную гигиену полости рта, включающую удаление зубных отложений. Можно провести профессиональное отбеливание зубов (с помощью металлогалоидного источника света или лазера с использованием концентрированной перекиси водорода: 25-38%) в области линии улыбки - 20 зубов. Пациентке следует дать рекомендации по уходу за полостью рта. Для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и полоскание 10% раствором Глюконата кальция или Гидроксиапатитом (2 раза в день в течение 2 недель). Кроме того, на две недели из рациона питания пациентки следует исключить красящие продукты: чёрный чай, кофе, красное вино, кетчуп, свекла, морковь, чёрная смородина, черника и другие.

2. Изготовить прямые (или не прямые виниры) на фронтальные зубы верхней и нижней челюстей. Дать рекомендации по уходу за полостью рта.

5. При выборе лечения с использованием профессионального отбеливания необходимо подобрать индивидуальные средства гигиены для снижения чувствительности зубов, уменьшения проницаемости и укрепления структуры эмали. Для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и полоскание 10% раствором Глюконата кальция или Гидроксиапатитом (2 раза в день в течение 2 недель). Кроме того, на две недели из рациона питания пациентки следует исключить красящие продукты: чёрный чай, кофе, красное вино, кетчуп, свекла, морковь, чёрная смородина, черника и другие.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12 [K002122]**

1. Диагноз «эрозия зубов (K03.2)».

2. Дифференциальную диагностику проводят с кариесом эмали (K 02.0), со шлифованием зубов (K03.1).

3. Эрозия может возникнуть в результате неправильной техники чистки зубов, действия химических факторов и снижения резистентности эмали.

4. За две недели до начала лечения пациентке следует осуществить профессиональную гигиену полости рта, включающую удаление зубных отложений. Для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и аппликации 10% раствором Глюконата кальция или Гидроксиапатитом (2 раза в день в течение 2 недель). Далее провести реставрацию эрозий композитным материалом (или изготовить виниры). Дать рекомендации по уходу за полостью рта.

5. Для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и аппликации 10% раствором Глюконата кальция (2 раза в день в течение 2 недель -1 месяца), зубную щётку с мягкой щетиной в течение 1 месяца (затем - с щетиной средней жёсткости).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13 [K002123]**

1. Красный плоский лишай, типичная форма. Диагноз поставлен на основании анамнеза, фоновых заболеваний и данных объективного обследования.

2. Элемент поражения – множественные папулы, сливающиеся в рисунок кружева. Патологические процессы в эпителии – паракератоз, гиперкератоз.

3. Заболевание является полиэтиологичным. Важное значение имеет состояние стресса, заболевания ЖКТ, непереносимость лекарственных препаратов и стоматологических материалов, повышенный уровень микротоков и хроническая механическая травма.

4. Дифференциальную диагностику проводят с лейкоплакией, кандидозом, красной волчанкой.

5. Общие лечение: коррекция психоэмоционального статуса (седативные препараты); масляный раствор витамина А внутрь, антигистаминные препараты, лечение общесоматической патологии.

Местное лечение: санация полости рта, антисептическая обработка, аппликация масляного раствора витамина А на участках поражения, рациональное протезирование с использованием однородных металлов или безметалловых ортопедических конструкций.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14 [K002124]**

1. Возможные причины заболевания: курение, хроническая механическая травма, патология ЖКТ.

2. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза: бактериоскопический (для исключения кандидоза), гистологическое исследование (подтверждения гиперкератоза и исключения малигнизации), консультация других специалистов (врача-гастроэнтеролога, врача-стоматолога-ортопеда).

3. Веррукозная лейкоплакия боковой поверхности языка. Диагноз поставлен на

основании анамнеза, фоновых заболеваний и данных объективного обследования.

4. Дифференциальную диагностику проводят с гиперкератотической формой плоского лишая, с хроническим гиперпластическим кандидозом, раком слизистой оболочки рта, вторичным сифилисом (сифилитические папулы на языке).

5. План лечения: отказ от курения, санация полости рта, рациональное протезирование, устранение хронической механической травмы, удаление очага поражения в пределах здоровых тканей при помощи хирургического лазера, электроножа или криодеструкции, нездражающая диета.

Прогноз при своевременном лечении благоприятный для жизни. При отсутствии своевременного лечения – неблагоприятный (возможно озлакоствление и метастазирование).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15 [K002125]**

1. Предварительный диагноз «острый псевдомембранозный кандидоз (B37.00)». Диагноз поставлен на основании анамнеза, данных объективного обследования.

2. Бактериоскопическое исследование налёта – соскоб налёта со спинки языка на возбудителя – гриб *Candida*. Обнаружение в препарате большого количества элементов гриба *Candida*, множественное почкование, наличие мицелия или псевдомицелия, спор.

3. Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями: лейкоплакией, красным плоским лишаем (гиперкератотической формой), вторичным сифилисом, десквамативным глосситом.

4. План лечения:

Общее лечение: противогрибковые препараты (Дифлюкан, Флюконазол, Низорал и др.), поливитамины (вит. С, витамины группы В). Курс лечения 10-14 дней.

Местное лечение: полоскание содовым раствором, раствором буры в глицерине 20%, использование противогрибковых мазей. Диета с ограничением быстроусвояемых углеводов. Коррекция гигиены полости рта. По окончании лечения необходимо проведение повторного бактериоскопического исследования.

5. Прогноз заболевания благоприятный. Меры профилактики: при длительном приёме антибиотика необходимо назначать противогрибковые препараты в профилактических дозах. При наличии заболевания в доме – использование индивидуальной посуды.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16 [K002126]**

1. Предварительный диагноз «острый некротический язвенный гингивит (гингивит Венсана) (A69.10)». Диагноз поставлен на основании анамнеза, данных объективного обследования.

2. Общий клинический анализ крови (исключение лейкоза), анализ крови на ВИЧ,



серологический анализ крови на наличие антител к бледной трепонеме (исключение сифилиса), бактериоскопическое исследование налёта (определение возбудителя веретенообразной палочки и спирохеты Венсана).

3. Дифференциальную диагностику проводят с заболеваниями крови (лейкозы), ВИЧ-инфекцией, сифилисом, интоксикацией солями тяжёлых металлов.

4. План общего лечения: противовоспалительная терапия, антибактериальная терапия (Метронидазол) антигистаминные препараты (Тавегил, Супрастин и др.), витаминотерапия (Аскорутин и др.).

5. План местного лечения: обезболивающие (проводниковое, инфильтрационное), аппликации протеолитических ферментов, удаление некротических тканей, антисептическая обработка, аппликация антибактериальных препаратов (Трихопол и др.), эпителизирующие препараты после исчезновения некротического налёта, устранение травматических факторов, санация полости рта в период выздоровления.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17 [K002127]**

1. Диагноз «хронический рецидивирующий герпес». Диагноз поставлен на основании анамнеза, клинической картины, цитологического исследования содержимого пузырьков (гигантские многоядерные клетки), вирусологического исследования.

2. Дифференциальную диагностику проводят с рецидивирующим афтозным стоматитом, аллергическим стоматитом, стрептококковым эмпетиго.

3. Эндогенная инфекция – вирус простого герпеса. Провоцирующие факторы: снижение иммунитета, сухость и травма слизистой оболочки и красной каймы губ.

4. Комплексное лечение:

- устранение общих и местных провоцирующих факторов. Назначение внутрь препаратов, повышающих иммунитет, противовирусных (Ацикловир, Бонафтон и т. д.);

- местное применение противовирусных мазей.

5. Выявление и устранение очагов хронической инфекции в организме, местных факторов. Возможно применение герпетической вакцины, гамма-глобулина. Повышение иммунитета.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18 [K002128]**

1. Хроническая трещина губы (K13.08).

2. Возможные причины заболевания:

- хроническая сухость губ;

- потеря эластичности тканей красной каймы губ;

- анатомическая особенность нижней губы (центральная перетяжка);

- развитие нейродистрофии тканей губы.

3. Дифференциальная диагностика проводится с острой и хронической травмой губы; исключается озлокачествление трещины.

4. Общее лечение:

- устранение вредных привычек;
- назначение внутрь поливитаминов.

Местное лечение:

- коррекция гигиены полости рта и профессиональная гигиена;
- лечение кариеса и его осложнений;
- аппликация протеолитических ферментов;
- обработка трещины антисептиками;
- аппликация мази, содержащей кератопластики, кортикостероиды;
- устранение местной нейродистрофии (лидокаиновая блокада);
- возможно хирургическое иссечение трещины.

5. Прогноз заболевания благоприятный при своевременном и успешном лечении. При отсутствии лечения и сохранении причин заболевания возможно озлокачествление (около 3% случаев).

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19 [K002129]**

1. Срединный ромбовидный глоссит (K14.2).

2. Атрофия сосочков, умеренное утолщение эпителиального слоя, акантоз.

3. Аномалия развития языка. Клиническое проявление может быть инициировано герпетической инфекцией. Осложняется грибковой инфекцией.

4. Дифференциальную диагностику проводят с проявлением специфических инфекционных заболеваний (вторичный сифилис и др.), лейкоплакией, десквамативным глосситом. Исключают малигнизацию.

5. План обследования:

- бактериоскопическое исследование для исключения кандидоза;
- анализ крови на RW.

План лечения:

- прекращение курения;

- коррекция гигиены полости рта;
- седативная терапия;
- противогрибковое лечение при выявлении кандидоза.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20 [K002130]**

1. Диагноз «Атопический хейлит. Другие уточнённые болезни губ (K13.08)».
2. Генетическая предрасположенность. Аллергенами могут быть лекарственные вещества, пищевые продукты, косметические средства, повышенная психоэмоциональная возбудимость.
3. Актинический хейлит, аллергический хейлит, эксфолиативный хейлит, красная волчанка губ.
4. Прогноз благоприятный, возможно самоизлечение к окончанию периода полового созревания.
5. Применение неспецифической десенсибилизирующей терапии, антигистаминные препараты, устранение вредных привычек, при упорном течении внутрь препараты глюкокортикоидов (Преднизалон, Дексаметазон). Местно: кортикостероидные мази.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21 [K002131]**

1. Атопический хейлит. Другие уточнённые болезни губ (K13.08).
2. Аллергическая природа, генетическая предрасположенность. Длительная сенсibilизация организма пищевыми аллергенами.
3. Дифференциальную диагностику атопического хейлита проводят с:
  - эксфолиативным хейлитом;
  - экзематозным хейлитом;
  - контактным аллергическим хейлитом;
  - актиническим хейлитом.
4. План обследования:
  - консультация врача-аллерголога;
  - консультация врача-гастроэнтеролога;
  - консультация врача-психоневролога.

План комплексного лечения.

Общее лечение:

коррекция психоэмоционального статуса, противоаллергическое лечение.

Местное лечение:

- аппликация протеолитических ферментов;
- антисептическая обработка и очищение красной каймы и углов рта от корочек;
- аппликация мази, содержащей кератопластики, стероиды, инсулин;
- проведение лидокаиновых блокад под элементы поражения;
- рекомендуется использование защитных кремов и гелей для губ, особенно в холодное время года.

5. Прогноз заболевания благоприятный. Для профилактики обострений необходимо устранение вредных привычек, сохранение эластичности красной каймы и углов рта, лечение общесоматической патологии, включая психоэмоциональную коррекцию.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22 [K002132]**

1. Дополнительные методы исследования: серологический, бактериоскопический.
2. Предварительный диагноз «первичный сифилис других локализаций (A51.2)».
3. Причиной заболевания является инфицирование бледной трепонемой, внедрение которой происходит через кожу или слизистую оболочку.
4. Дифференциальную диагностику первичного сифилиса проводят с: шанкриформной пиодермией, афтозом Сеттона, травматической, раковой и туберкулёзной язвами.
5. Врач-стоматолог направляет пациента с целью уточнения диагноза в кожно-венерологический диспансер для серологического исследования крови на RW, ИФ, РИБТ. По окончании лечения больные сифилисом в течение 3 лет находятся на диспансерном учёте, после чего у них устанавливается излечение.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23 [K002133]**

1. Снижение высоты нижнего отдела лица, общесоматическая патология (диабет), длительное ношение съёмных пластиночных протезов без должного ухода за ними.
2. Бактериоскопическое исследование налёта с углов рта, спинки языка и съёмных протезов.
3. Предварительный диагноз «ангулярный хейлит (дрожжевая заеда) (K13.00)».
4. Дифференциальную диагностику проводят с:
  - стрептококковой заедой;
  - арибофлавинозом;

- сифилитической заедой.

5. Изготовление новых пластиночных протезов. Коррекция их гигиены. Противогрибковые мази, лосьоны, кремы - нистатиновая, левориновая, «Канестен», «Кандид», «Низорал», «Ламизил» и др.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24 [K002134]**

1. Диагноз «небуллезная эритема многоформная L51.0 (многоформная экссудативная эритема)».

2. Для подтверждения диагноза проводят методы обследования:

- инструментальный (исключение симптома Никольского);
- общий клинический анализ крови;
- цитологический;
- иммунологический.

3. Факторы, провоцирующие это заболевание:

- переохлаждение;
- наличие хронической эндогенной инфекции;
- прием лекарственных препаратов.

4. Дифференциальную диагностику многоформной экссудативной эритемы проводят:

- с острым герпетическим стоматитом;
- с синдромом Стивенса-Джонсона;
- с медикаментозным стоматитом;
- с акантолитической пузырчаткой;
- с лекарственной аллергией.

5. План общего лечения:

- противовоспалительная терапия;
- десенсибилизирующая терапия;
- дезинтоксикационная терапия.

План местного лечения:

- обезболивание;
- антисептическая обработка;
- эпителизирующая терапия;
- физиолечение.

Течение хроническое с рецидивами, прогноз – благоприятный.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25 [K002565]**

1. Консультация врача-эндокринолога. Выяснение уровня глюкозы в крови, по данным гликированного гемоглобина. Выяснение схем применения гипогликемических препаратов: инсулин и др. Проведение профессиональной гигиены полости рта.

2. Удаление по сегментам под местной анестезией или удаление всех зубов за одно посещение под контролем врача-анестезиолога, с предварительным изготовлением имедиат-протезов. Проведение антибиотикопрофилактики в послеоперационном периоде.

3. Изготовление частичных съёмных пластиночных имедиат-протезов на верхнюю и нижнюю челюсти. Удаление корней указанных зубов. Припасовка, наложение съёмных протезов.

4. Учитывая наличие сахарного диабета 1 типа, высока вероятность развития осложнений бактериальной природы.

5. Кровотечение, альвеолит.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26 [K002566]**

1. Острый край лунки в области 2.6 зуба.

2. Альвеолит, верхнечелюстной синусит, ограниченный остеомиелит лунки, незавершенное удаление зуба.

3. Удаление острого края лунки в области 2.6 зуба. Лечение кариеса 2.7, 2.8 зубов. Профессиональная гигиена. Протезирование 2.6 зуба.

4. Анестезия. Проведение дугообразного разреза. Отслаивание слизисто-надкостничного лоскута. Удаление острого края. Антисептическая обработка раны. Сглаживание неровностей кости фрезой. Наложение швов.

5. Хроническая травма слизистой оболочки.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 27 [K002567]**

1. Нёбный абсцесс слева в области 2.4 зуба.

2. Острый или обострение хронического периодонтита 2.4 зуба, острый остеомиелит верхней челюсти слева, мукоэпидермоидная карцинома малой слюнной

железы, травма.

3. Рентгенография 2.4 зуба. Совместный осмотр врача-ортопеда-стоматолога, врача-терапевта-стоматолога для решения вопроса о возможности сохранения 2.4 зуба. Вскрытие нёбного абсцесса. Лечение 2.4 зуба или его удаление.

4. Последовательность хирургических этапов лечения:

- анестезия у большого нёбного отверстия и инфильтрационная анестезия;
- вскрытие нёбного абсцесса (проведение разреза, предпочтительно с иссечением фрагмента из стенки гнойника треугольной формы, что обеспечивает более свободный отток гноя);
- антисептическая обработка.

5. Вторичный кортикальный остеомиелит.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 28 [K002568]**

1. Хронический гранулематозный периодонтит 2.3 зуба.

2. Хронический пульпит. Радикулярная киста. Хронический фиброзный периодонтит. Хронический гранулирующий периодонтит.

3. Консультация врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 2.3 зуба. На первом этапе необходимо провести ревизию и пломбирование канала 2.3 зуба. В случае успешного эндодонтического лечения, динамическое наблюдение в течение 6-8 месяцев (Т.Г. Робустова, 2010, с.175,) если околоверхушечный гранулирующий или гранулематозный очаг не ликвидируется, выполняют оперативное вмешательство на корнях.

При невозможности консервативного лечения проведение зубосохраняющей операции (резекции верхушки корня) с ретроградным пломбированием канала.

4. Предварительное эндодонтическое лечение 2.3 зуба, ревизия канала.

Операция резекции верхушки корня: анестезия, проведение полуовального разреза, отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, формирование трепанационного окна, резекция верхушки корня, удаление гранулёмы, при необходимости ретроградное пломбирование канала 2.3 зуба, ушивание раны.

5. Обострение хронического периодонтита. Периостит. Остеомиелит.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 29 [K002569]**

1. Острый периодонтит 3.6 зуба.

2. Острый пульпит. Периостит. Остеомиелит. Обострение хронического периодонтита.

3. Рентгенография 3.6 зуба. Консультация врача-стоматолога-ортопеда и врача-

стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 3.6 зуба. При невозможности консервативного лечения удаление 3.6 зуба.

4. Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж.

5. Периостит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона. Лимфаденит.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 30 [K002570]**

1. Альвеолит лунки удалённого 3.7 зуба.

2. Ограниченный остеомиелит лунки.

3. Лечение альвеолита лунки 3.7 зуба. Назначение антибактериальной и противовоспалительной терапии. Консультация врача-стоматолога-ортопеда на предмет восстановления дефекта зубного ряда.

4. Анестезия, антисептическая обработка лунки, щадящий кюретаж (не вызвать кровотечение), повторная антисептическая обработка лунки, внесение в лунку смеси порошка анестезина и метронидозола. Рыхлое наложение йодоформной турунды в лунку. Применяют блокады анестетика 0,5% Лидокаина или Новокаина с Линкомицином или введение раствора «Траумель» по типу инфильтрационной анестезии. При сохранении боли и воспаления блокаду повторяют через 48 часов. Местное воздействие на воспалительный очаг проводят ежедневно или через день до полного прекращения боли (обработку альвеолы антисептиками, внесение лекарственных средств в лунку, блокады, смена повязки). Через 5-7 дней стенки альвеолы покрываются молодой грануляционной тканью (Т.Г. Робустова, 2010. С.156).

5. Периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 31 [K002571]**

1. Дистопия 4.5 зуба. Хроническая травма боковой поверхности языка.

2. Лейкоплакия, стоматит, кандидоз.

3. Консультация врача-стоматолога-ортодонта, врача-стоматолога-терапевта. При необходимости удаление 4.5 зуба.

4. Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, если возможно наложение, продвижение, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж. Если наложение щипцов невозможно, использование угловых и прямых элеваторов, иногда необходимо применение бормашины.

5. Хроническая язва боковой поверхности языка.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 32 [K002573]**

1. Хронический гранулирующий периодонтит 1.1 зуба. По МКБ - 10: 04.62 Периапикальный абсцесс со свищем, имеющий сообщение с полостью рта.



2. Хронический фиброзный периодонтит, хронический гранулематозный периодонтит, хронический остеомиелит, свищи лица и шеи, актиномикоз.

3. Консультация врача-стоматолога-ортопеда и врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 1.1 зуба. На первом этапе необходимо провести ревизию и перепломбирование канала 1.1 зуба. В случае успешного эндодонтического лечения, динамическое наблюдение в течение 6-8 месяцев (Т.Г. Робустова, 2010, с.175), если околоверхушечный гранулирующий или гранулематозный очаг не ликвидируется, выполняют оперативное вмешательство на корнях. Проведение зубосохраняющей операции (резекции верхушки корня), при невозможности консервативного лечения с ретроградным пломбированием канала.

4. Предварительное эндодонтическое лечение 1.1 зуба, ревизия канала.

Операция резекции верхушки корня: анестезия, проведение полуовального разреза, отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, формирование трепанационного окна, резекция верхушки корня, удаление гранулемы, при необходимости ретроградное пломбирование канала 1.1 зуба, ушивание раны.

Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж.

5. Периостит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 33 [K002574]**

1. Обострение хронического перикоронита в области 3.8 зуба.

2. Ретромолярный периостит, невралгия 3 ветви тройничного нерва.

3. Рентгенография 3.8 зуба. Решение вопроса о необходимости удаления 3.8 зуба.

4. Анестезия, рассечение капюшона, антисептическая обработка, введение под капюшон йодоформной турунды. После стихания острых воспалительных явлений решение вопроса о сохранении или удалении 3.8 зуба.

5. Ретромолярный периостит, абсцесс, флегмона, лимфаденит, воспалительная контрактура.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 34 [K002575]**

1. Ретромолярный периостит нижней челюсти справа. Полуретенция, дистопия 4.8 зуба.

2. Абсцесс крыловидно-нижнечелюстного, окологлоточного пространства, абсцесса жевательной мышцы, остеомиелит, флегмона. При позадимоларном периостите фокус воспалительной инфильтрации концентрируется в области позадимоларной ямки.

3. Прежде всего необходимо ликвидировать острые воспалительные явления. Вскрытие гнойного очага. Дренирование раны. Ежедневные перевязки в течение 5 дней. Назначение внутрь противовоспалительных, антибактериальных, антигистаминных

препаратов. После стихания острых воспалительных явлений удаление 4.8 зуба. Третий моляр удаляют только после стихания воспалительных явлений. Рекомендуется через месяц после вскрытия позадиомолярного периостита.

4. С целью вскрытия гнойного очага проводится разрез слизистой оболочки и надкостницы от основания крыловидно-нижнечелюстной складки вниз к нижнему своду преддверия рта. Рану дренируют резиновой полоской. Проводятся ежедневные перевязки и лечение гнойной раны с использованием антисептических растворов Хлоргексидина.

После стихания воспалительных острых воспалительных явлений удаление 4.8 зуба под местной анестезией с премедикацией. Третий моляр удаляют только после стихания воспалительных явлений. Рекомендуется осуществлять операцию через 2-3 недели после острого перикоронита и через месяц после вскрытия позадиомолярного периостита. (Т.Г. Робустова, 2010, с.300).

5. Абсцесс и флегмона щёчной области, крыловидно-нижнечелюстного, окологлоточного, перитонзиллярного пространства, околоушно-жевательной области, подъязычной, поднижнечелюстной областей. Остеомиелит нижней челюсти. Гнойный лимфаденит поднижнечелюстных лимфатических узлов. Актиномикоз. Язвенный стоматит.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 35 [K002576]**

1. Острый гнойный периостит нижней челюсти справа в области 4.7 зуба.
2. Острый периодонтит, абсцесс, флегмона поджевательного и крыловидно-нижнечелюстного пространств, острый сиаденит, острый остеомиелит.
3. Консультация врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности консервативного лечения 4.7 зуба.

С целью вскрытия гнойного очага проводится разрез слизистой оболочки параллельно переходной складке на всю длину инфильтрата до кости, на протяжении 3 зубов. Рану дренируют резиновой полоской. В случае невозможности сохранения 4.7 зуба, удаление зуба.

Проводятся ежедневные перевязки и лечение гнойной раны с использованием антисептических растворов Хлоргексидина. Назначается внутрь антибактериальная и противовоспалительная терапия.

4. С целью вскрытия гнойного очага проводится разрез слизистой оболочки параллельно переходной складке на всю длину инфильтрата до кости, на протяжении 3 зубов. Рану дренируют резиновой полоской. В случае невозможности сохранения 4.7, зуба удаление зуба. Удаление зуба позволяет улучшить опорожнение гнойного очага и способствует более быстрой ликвидации воспалительных явлений. Проводятся ежедневные перевязки и лечение гнойной раны с использованием антисептических растворов Хлоргексидина.

5. Гнойный лимфаденит поднижнечелюстной области, актиномикоз, остеомиелит,

абсцесс, флегмона околоушно-жевательной, крыловидно-нижнечелюстной областей.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 36 [K002577]**

1. Хронический гранулирующий периодонтит 3.7 зуба, осложнённый формированием подкожной одонтогенной гранулемы и свищевого хода на коже в нижнем отделе щёчной области слева. (По МКБ-10 периапикальный абсцесс с сообщением с кожей - К 04.63). Хронический фиброзный периодонтит 3.6 зуба.

2. Хроническая стадия остеомиелита, врождённые свищи лица и шеи, актиномикоз, туберкулёз.

3. Удаление 3.6, 3.7 зубов. Рассечение тяжа. Иссечение свищевого хода.

4. Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж, сближение краёв альвеолы, гемостаз.

Рассечение тяжа, удаление грануляционной ткани из-под слизистой оболочки, надкостницы, подкожной клетчатки. После рассечения тяжа у свода преддверия рта рану в течение 3-4 недель заполняют марлевым тампоном, пропитанным йодоформной жидкостью. Если этого не сделать, то рубцевание вдоль свода преддверия рта может привести к втянутости кожи и припаиванию к надкостнице, следствием чего могут быть эстетический дефект и деформация переходной складки. Иссечение свищевого хода. После иссечения свищевого хода рану на коже зашивают наглухо.

5. Периостит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 37 [K002578]**

1. Периостит нижней челюсти в области 3.6, 3.7 зубов.

2. Остеомиелит, абсцесс, обострение хронического периодонтита.

3. Консультация врача-стоматолога-ортопеда, врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 3.6, 3.7 зубов. Вскрытие поднадкостничного очага, при необходимости удаление 3.6, 3.7 зубов.

4. Анестезия. Удаление 3.6, 3.7 зубов. Вскрытие поднадкостничного очага, антисептическая обработка, дренирование.

5. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона. Лимфаденит.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 38 [K002579]**

1. Радикулярная киста верхней челюсти.

2. Фолликулярная киста, амелобластома, кератокиста.

3. ЭОД 1.5, 1.4, 1.3 зубов. Проведение компьютерной томографии с целью определения взаимоотношения кисты с дном верхнечелюстного синуса и носа.

Эндодонтическое лечение 1.5, 1.4, 1.3 зубов.

Операция цистэктомии или цистотомии (в зависимости от степени вовлеченности дна верхнечелюстной пазухи и носа) с резекцией верхушек корней 1.5, 1.4, 1.3 зубов.

4. Анестезия, проведение полуовального или трапецевидного разреза, отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, формирование трепанационного окна, резекция верхушек корней 1.5, 1.4, 1.3 зубов, цистэктомия, ушивание раны.

5. Верхнечелюстной синусит, нагноение кисты.

Интраоперационные: перфорация дна верхнечелюстной пазухи и дна носа, с формированием ороантрального сообщения.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 39 [K002580]**

1. Острый серозный перикоронит в области 3.8 зуба. Острый серозный лимфаденит поднижнечелюстного лимфатического узла.

2. Ретромолярный периостит, невралгия 3 ветви тройничного нерва. Пульпит 3.7 зуба.

3. Рентгенологическое исследование 3.8 зуба. Решение вопроса о необходимости удаления 3.8 зуба. Если места в альвеолярной части достаточно, а положение зуба правильное, то при своевременном лечении воспалительные явления быстро купируются. После чего может быть иссечён капюшон.

В случае, когда места в позадиомолярной ямке мало или зуб смещён в какую-либо сторону, воспаление может рецидивировать, после стихания острых воспалительных явлений ставится вопрос об удалении зуба.

4. Прежде всего необходимо ликвидировать острые воспалительные явления. При катаральной форме перикоронита могут оказаться эффективными только обработка пространства под капюшоном антисептическими растворами из шприца с затупленной иглой или приподнимание и ретротранспозиция капюшона слизистой оболочки кзади полоской марли, смоченной йодоформной жидкостью.

При переходе в гнойную форму проводят рассечение капюшона под местной анестезией. Под рассечённый капюшон вводят небольшую тонкую полоску йодоформной марли, антисептическая обработка (Т.Г. Робустова, 2010, с.295).

5. Ретромолярный периостит, абсцесс, флегмона, воспалительная контрактура.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 40 [K002581]**

1. Периостит верхней челюсти слева в области 2.7 зуба.

2. Остеомиелит, абсцесс, флегмона щёчной, околоушно-жевательной областей.

3. Консультация врача-стоматолога-ортопеда, врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 2.7 зуба. Вскрытие

поднадкостничного очага, при необходимости удаление 2.7 зуба.

4. Анестезия. Вскрытие поднадкостничного очага, антисептическая обработка, дренирование. Удаление 2.7 зуба.

5. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона. Лимфаденит. Верхнечелюстной синусит.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 41 [K002582]**

1. Периостит нижней челюсти в области 4.1 зуба.

2. Остеомиелит, абсцесс, обострение хронического периодонтита.

3. Консультация врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 4.1 зуба. Вскрытие поднадкостничного очага, при необходимости удаление 4.1 зуба. Назначение антибактериальной и противовоспалительной терапии.

4. Анестезия. Вскрытие поднадкостничного очага, антисептическая обработка, дренирование.

5. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона. Лимфаденит.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 42 [K002583]**

1. Остеомиелит верхней челюсти справа. Острая стадия.

2. Периоститом верхней челюсти, абсцессом и флегмоной подглазничной, щёчной областей, острым верхнечелюстным синуситом.

3. Удаление причинного 1.4 зуба. Удаление зуба следует сочетать с одновременным вскрытием гнойных очагов в кости, под надкостницей и в мягких тканях. Разрезы проводят с двух сторон с вестибулярной и нёбной. Дренирование гнойных ран. В послеоперационном периоде большое значение необходимо придавать уходу за гнойными ранами: используют орошения, местный диализ (применяют различные антисептические растворы).

Соседние подвижные зубы укрепляют металлической шиной, каппой и т.д.

Назначается антибактериальная, противовоспалительная и десенсибилизирующая терапия внутрь.

4. Удаление причинного 1.4 зуба. Разрезы проводят с двух сторон альвеолярного отростка с вестибулярной и нёбной, на всю длину инфильтрата. Антисептическая обработка ран. Дренирование.

5. Верхнечелюстной синусит, флегмона подглазничной, щёчной областей, глазницы.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 43 [K002584]**

1. Острый периостит нижней челюсти справа в области 4.6 зуба.

2. Остеомиелит, абсцесс, флегмона щёчной области справа.

3. Консультация врача-стоматолога-ортопеда, врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 4.6 зуба. Вскрытие поднадкостничного очага, при необходимости удаление 4.6 зуба.

4. Анестезия. С целью вскрытия гнойного очага проводится разрез слизистой оболочки параллельно переходной складке на всю длину инфильтрата до кости, на протяжении 3 зубов. Рану дренируют резиновой полоской. В случае невозможности сохранения 4.6 зуба, удаление зуба.

Проводятся ежедневные перевязки и лечение гнойной раны с использованием антисептических растворов Хлоргексидина. Назначается внутрь антибактериальная и противовоспалительная терапия.

5. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона. Лимфаденит.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 44 [K002866]**

1. Полиморфная аденома правой околоушной железы.

2. Обследования для хирургического лечения:

- ОПТГ;
- УЗИ слюнных желёз;
- заключение врача-терапевта участкового о состоянии соматического здоровья;
- флюорография;
- результаты анализов крови на RW, ВИЧ и гепатиты;
- группа крови и резус-фактор.

3. Пациенту рекомендовано: хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара – резекция правой околоушной слюнной железы с высеиванием ветвей лицевого нерва под общим обезболиванием.

4. Примерный протокол предлагаемой операции:

1. Разрез кожи по Ковтуновичу (вертикальный спереди от наружного слухового прохода, под мочкой уха и огибая её кзади и кверху, далее под острым углом книзу, параллельно углу нижней челюсти).

2. Лоскут кожи отсепаровывается в слое подкожной клетчатки до размеров на 0,5 см более контурируемой опухоли.

3. Рассекается плотная околоушно-жевательная фасция в направлении предполагаемого хода Стенонова протока размерами на 0,3 см больше контурируемой опухоли.

4. Обнаруженная бугристая опухоль послойно тупо и остро выделяется с частичками железы на ней. При углублении обращают внимание на возможно имеющиеся рядом веточки лицевого нерва, при обнаружении которых они выделяются и отделяются от удаляемого материала.

5. Выделенный опухолевый бугристый узел изучается макроскопически на предмет сохранности капсулы и отправляется на ПГИ. Проводятся гемостаз и ревизия раны. Далее совмещаются края рассечённой фасции, соединяются швами. Укладывается кожный лоскут на место, швы на кожу. Давящая повязка.

5. Сложная морфоструктура клеточная или гиалинизированная. Эпителиальные элементы образуют кистозные полости и ходы, лежат рыхло и переплетены протоплазматическими отростками. Могут быть хрящеподобные включения. Капсула тонкая.

Морфологически – ткань опухоли содержит эктодермальные и мезодермальные структуры.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 45 [K002867]**

1. Доброкачественная опухоль кожи околоушно-жевательной области справа, предположительно папиллома.

2. Дополнительные методы обследования:

- цитологическое исследование соскоба с опухоли;
- общие анализы крови (+ RW и гепатиты) и мочи в плане подготовки к операции;
- заключение врача-терапевта участкового о состоянии соматического здоровья;
- флюорография.

3. Пациенту рекомендовано: хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара – удаление опухоли в пределах здоровых тканей (с ПГИ иссечённой опухоли) и пластическим закрытием образовавшегося дефекта местными тканями. Оперативное лечение проводится под местным обезболиванием.

4. Технологии при иссечении данной опухоли:

1. Радиоволновая (сургидрон).
2. Электротехнологии.
3. Хирургический лазер (углекислотный).

Обязательным требованием операции является получение материала, пригодного для патогистологического исследования.

5. Состоит из многослойного эпителия и рыхлой соединительной ткани с обилием

кровеносных сосудов. Возможны скопления пигмента.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 46 [K002868]**

1. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы нижней губы (ККГ).

Основания: характерная местная клиническая картина.

Факторы риска – работает шофёром, часто на открытом воздухе.

Не пальпируются лимфатические узлы.

2. Дополнительные методы обследования:

- цитологическое исследование соскоба с опухоли;
- общие анализы крови (+ RW, ВИЧ и гепатиты) и мочи в плане подготовки к операции;
- заключение врача-терапевта участкового о состоянии соматического здоровья;
- флюорография.

3. Пациенту рекомендовано: хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара – клиновидное иссечение нижней губы с патологическим образованием и пластическим закрытием образовавшегося дефекта местными тканями. Оперативное лечение проводится под местным обезболиванием. Операционный, иссечённый материал должен быть направлен на патогистологическое исследование (ПГИ).

4. Технологии при иссечении данной опухоли:

1. Радиоволновая (сургидрон).
2. Электротехнологии.
3. Хирургический лазер (углекислотный).

Обязательным требованием операции является получение материала, пригодного для патогистологического исследования.

5. Гистологически выявляется очаговая пролиферация эпителия с проникновением эпителиальных тяжей в соединительную ткань, утолщение шиповидного слоя, гиперкератоз.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 47 [K002869]**

1. Доброкачественная опухоль подслизистой клетчатки, предположительно фиброма (складчатая фиброма).

2. Дополнительные методы обследования:

- цитологическое исследование пунктата из опухоли;



- общие анализы крови (+ RW, ВИЧ и гепатиты) и мочи в плане подготовки к операции;
- заключение врача-терапевта участкового о состоянии соматического здоровья;
- флюорография;
- ОПТГ.

3. Пациенту рекомендовано: после изготовления у врача-ортопеда-стоматолога имедиат-протеза для формирования преддверия полости рта показано хирургическое лечение в условиях дневного челюстно-лицевого стационара – удаление опухоли в пределах здоровых тканей (с ПГИ иссечённых тканей), после иссечения накладывается повязка, фиксируемая изготовленным протезом, направляющим эпителизацию раны. Оперативное лечение проводится под местным обезболиванием.

#### 4. Технологии:

1. Радиоволновая (сургидрон).
2. Электротехнологии.
3. Хирургический лазер (углекислотный).

Обязательным требованием операции является получение материала, пригодного для патогистологического исследования.

5. Опухоль из зрелой соединительной ткани выглядит в виде гладкого, плотного, безболезненного, ограниченного, подвижного образования либо в толще тканях, либо выступающего над окружающими тканями на широком основании. При локализации на твёрдом нёбе, под слизистой оболочкой альвеолярных отростков фибромы имеют форму фасолины, плотные, неподвижные, слизистая над ними по сравнению с окружающей может быть более бледной. Растут очень медленно, не вызывают жалоб и функциональных расстройств.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 48 [K002870]**

1. Злокачественная опухоль нижней губы эпителиальной природы. Об этом говорят: инфильтрация в основании, увеличение регионарных лимфатических узлов, возраст.

#### 2. Дополнительные методы обследования:

- инцизионная биопсия опухоли на границе со здоровой тканью в условиях онкологического учреждения;
- общие анализы крови (+ RW и гепатиты) и мочи в плане подготовки к лечению;
- заключение врача-терапевта участкового о состоянии соматического здоровья;

- флюорография;
- ОПТГ.

3. Нозологии:

- преканцерозы;
- папиллома;
- сифилис;
- туберкулёз.

4. Злокачественные опухоли лечатся в специализированных онкологических учреждениях. Предполагается комбинированное лечение на первичном очаге и путях лимфооттока.

5. T1 N1 M0.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 49 [K002871]**

1. Доброкачественная опухоль десны (наддесневик), предположительно гигантоклеточная гранулема (периферическая остеобластокластома).

2. Дополнительные методы обследования:

- цитологическое исследование пунктата из опухоли;
- общие анализы крови (+ RW и гепатиты) и мочи в плане подготовки к операции;
- заключение врача-терапевта участкового о состоянии соматического здоровья;
- флюорография;
- ОПТГ.

3. Показано хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого отделения стационара – блок-резекция альвеолярного отростка верхней челюсти справа (область 16-14 зубочелюстных сегментов) с опухолью под местным обезболиванием. Удалённый материал должен быть направлен на ПГИ. Перед операцией амбулаторно необходимо санировать полость рта.

4. Работу на костной ткани лучше проводить ультразвуковым генератором – пьезотомом. Пьезотом производства компании Satelec используется для остеотомии, остеопластики, в имплантологии, периодонтологии.

5. Опухоль из зрелой соединительной ткани выглядит в виде гладкого, плотного, безболезненного, ограниченного, подвижного образования либо в толще ткани, либо выступающего над окружающими тканями на широком основании. При локализации на твёрдом нёбе, под слизистой оболочкой альвеолярных отростков фибромы имеют форму

фасолины, плотные, неподвижные, слизистая над ними по сравнению с окружающей может быть более бледной. Растут очень медленно, не вызывают жалоб и функциональных расстройств.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 50 [K002872]**

1. На ОПТГ имеется очаг деструкции костной ткани подбородочного отдела нижней челюсти овальной формы (занимает почти всю кость этого отдела) с чёткими фестончатыми краями, ограничено 3.6 и 4.6 зубочелюстными сегментами, размерами 8,0×2,5 см; нижняя челюсть сохранена по нижнему краю (2 мм) и альвеолярному отростку. Корни 4.4, 4.3, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 зубов верхними третями обращены в очаг деструкции, в каналах зубов нет рентгеноконтрастного вещества.

2. Дополнительные методы обследования:

- пункция и цитологическое исследование пунктата;
- общие анализы крови (+ RW, ВИЧ и гепатиты) и мочи в плане подготовки к лечению;
- заключение врача-терапевта участкового о состоянии соматического здоровья;
- флюорография.

3. Нозологии:

- амелобластома;
- остеобластокластома;
- мягкая фиброма;
- хронический остеомиелит.

4. Околокорневая киста подбородочного отдела нижней челюсти.

Основания:

1. Нагноение в анамнезе.
2. Отсутствующие (когда-то удалённые?!) 4.5, 4.2, 3.5 зубы.
3. Типичная картина ОПТГ.

5. Показано хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого отделения стационара – цистэктомия в области 4.5-3.4 зубочелюстных сегментов под местным обезболиванием с ПГИ операционного материала и пластикой костной полости остеопластическим материалом. Перед операцией амбулаторно необходимо подготовить (санировать и obturировать каналы) зубы, обращенные в кисту врачом-терапевтом-стоматологом.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 51 [K002873]**

1. На ОПТГ имеется очаг деструкции костной ткани в области тела нижней челюсти справа овальной формы с чёткими границами остеосклероза, ограничено 4.7 и 4.4 зубочелюстными сегментами, размерами 5,0×2,5 см, 4.6 и 4.5 зубы отсутствуют, на их месте в зубном ряду промежуточная часть мостовидного протеза с коронками на 4.7 и 4.4 зубах.

2. Околокорневая (остаточная) киста нижней челюсти справа.

3. Возможные осложнения:

- нагноение;
- перелом нижней челюсти;
- обострение хронического периодонтита 4.4, 4.7 зубов.

4. Дополнительные методы обследования и подготовки:

- пункция и цитологическое исследование пунктата;
- общие анализы крови (+ RW, ВИЧ и гепатиты) и мочи в плане подготовки к лечению;
- заключение врача-терапевта участкового о состоянии соматического здоровья;
- флюорография.

5. Показано хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого отделения стационара – цистэктомия в области тела нижней челюсти справа внутриротовым способом под местным потенцированным обезболиванием с ПГИ операционного материала. Послеоперационную полость в кости выполнить остеопластическим материалом.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 52 [K002874]**

1. Одонтогенная флегмона подмассетериального пространства справа.

2. Дополнительные методы обследования:

- ОПТГ;
- общие анализы крови (+ RW, ВИЧ, гепатиты) и мочи;
- биохимический анализ крови (СРП, сахар);
- микробиологическое исследование экссудата;
- флюорография.

3. Нозологии:

- опухоль ветви нижней челюсти справа;

- обострение хронического остеомиелита;
- нагноившаяся гематома в области угла нижней челюсти справа.

4. Одонтогенная флегмона поджевательной области справа.

Основания:

- удаление 4.8 зуба по поводу воспаления в анамнезе;
- отсутствуют данные о предшествующих травмах;
- симптомы интоксикации;
- отсутствие патологических изменений на ОПТГ;
- при вскрытии флегмоны получен гной.

5. Показано экстренное хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого отделения стационара – вскрытие подмассетеральной флегмоны под комбинированным обезболиванием, полученный экссудат направить на микробиологическое исследование для получения антибиотикограммы.

Ежедневное ведение гнойной раны согласно раневому процессу, физиотерапия.

Медикаментозное лечение: антибактериальное, десенсибилизирующее, поливитамины.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 53 [K002877]**

1. Врожденная двусторонняя полная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и нёба. Травматические эрозии кожи носа.

2. На приеме врач-стоматолог обрабатывает кожу носа 0,05% раствором Хлоргексидина биглюконата, после высушивания стерильной салфеткой присыпает поврежденную поверхность порошком Банеоцина.

Рекомендации маме:

- подогнать по высоте эластическую повязку, которую надо накладывать на область верхней губы, а не на нос; между повязкой и тканями лица прокладывать стерильную салфетку (можно с детской присыпкой), которую необходимо менять после приема пищи, предоставлять периодически отдых – снимать во время сна, то есть тогда, когда ребенок находится без шапочки или чепчика, так как повязка фиксируется к этим головным уборам. В ближайшее время проконсультироваться по поводу приспособления у врача-ортодонта Центра;

- мазь Д-Пантенол на область носа;
- консультация у врача-педиатра участкового на предмет наличия у ребенка диатеза.

### 3. Этапы реабилитации:

- ранняя ортодонтическая подготовка к хирургическому лечению, начинается в родильном доме. Заключается в изготовлении преформированных пластинок на верхнюю челюсть (заменяет obturator) и направляющих повязок («хоботок» верхней губы репонируют в альвеолярную дугу). Направлена такая подготовка на создание благоприятных условий для хейлопластики;

- общий анализ крови и мочи;

- хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара – операция хейлопластики по Лимбергу-Обуховой под общим обезболиванием в сроки 6 -12 месяцев. Срок определяется общим здоровьем ребёнка;

- реконструктивно-аппаратное лечение у врача-ортодонта Центра с целью исправления врождённого недоразвития верхней челюсти и обеспечение оптимальных условий для операции уранопластики;

- хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара под общим обезболиванием - операция «Уранопластика по Лимбергу-Бернадскому» в сроки от 3 до 7 лет. Сроки проведения операции определяются эффективностью ортодонтического лечения;

- коррегирующее консервативное и хирургическое лечение, обеспечивающее оптимальные косметические, речевые, функциональные результаты.

### 4. Специалисты:

Врач-педиатр участковый.

Врач-психотерапевт.

Логопед.

Врач-оториноларинголог.

5. Целью операции хейлопластики является восстановление целостности верхней губы, замыкания рта.

Суть хейлопластики при врождённых расщелинах является пластика путём сочетанного перемещения встречных треугольных лоскутов.

Целью уранопластики является разделение верхних дыхательных и пищеварительных путей путём выполнения во время операции следующих задач: стафилококковой, ретротранспозиции и мезофарингоконстрикции. Эти задачи решаются хирургическим методом пластики лоскутами на питающей ножке.

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 54 [K002878]**

1. Короткая уздечка верхней губы.

## 2. Дополнительные обследования:

- рентгенологический: ОПТГ и прицельный внутриротовой области 1.1 и 2.1 зубов;
- общие анализы крови (+ RW и ВИЧ) и мочи;
- флюорография;
- заключение врача-терапевта участкового о соматическом состоянии здоровья и возможности проведения операции в полости рта под местным обезболиванием.

## 3. Варианты лечения:

Иссечение тяжа короткой уздечки и пластическое закрытие раны местными тканями путём закрытия фигуры ромба.

Иссечение уздечки верхней губы и удлинение её путём выкраивания и перемещения углообразных лоскутов.

Хирургическое лечение проводится в условиях операционной хирургического отделения стоматологической поликлиники под местным инъекционным обезболиванием.

4. Под двусторонней инфраорбитальной (избегаем стереометрических деформаций операционного поля) анестезией 2% раствором Лидокаина произведено иссечение тяжа уздечки в горизонтальном направлении, в этом же направлении на эту длину рассечена надкостница.

Гемостаз электрокаутером.

Проведена мобилизация краёв раны в вертикальном направлении для углубления преддверия; образовалась рана в виде ромба с большей вертикальной диагональю.

Произведено ушивание раны слизистой в вертикальном направлении.

При невозможности соединить наглухо края слизистой по переходной под шов накладывается гемостатическая губка, над ней накладывается лигатура.

Швы накладывают из рассасывающегося материала.

5. Под двусторонней инфраорбитальной анестезией 2% раствором Лидокаина произведено иссечение тяжа уздечки в вертикальном направлении, в этом же направлении на эту длину рассечена надкостница.

Гемостаз электрокаутером.

Далее проводят разрезы слизистой по краям раны под углом 20 градусов на длину срединной раны, образовавшейся от иссечения тяжа, углы лоскутов берутся на лигатуру.

Нижний угол над 1.1 зубом, верхний влево; углообразные лоскуты отсепааровываются в слое подслизистой на ширину величины дополнительных разрезов и лоскуты меняются местами, то есть углы на лигатурах перемещают на место дублёра.

Раны ушиваются наглухо швами.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 55 [K002879]**

1. Абсцедирующий фурункул верхней губы слева.
2. Больной показано экстренное госпитальное хирургическое лечение в условиях гнойного отделения челюстно-лицевого стационара.

3. Необходимые методы обследования по Стандарту:

Рентгенография органов грудной клетки.

Общий анализ крови и мочи.

Кровь на RW и гепатиты, сахар.

Биохимический анализ крови.

Антибиотикограмма экссудата, полученного при хирургическом вмешательстве.

Консультация врача-терапевта.

ОПТГ.

4. Стандарт лечения больной:

Хирургическое местно – вскрытие абсцесса верхней губы слева под местным обезболиванием; ежедневные перевязки с учётом хода раневого процесса.

Медикаментозное общее: дезинтоксикационное, антибактериальное с учётом антибиотикограммы, десенсибилизирующее, симптоматическое.

Физиотерапевтическое: УФО, магнитолазер.

5. Возможные осложнения:

Гландулярный хейлит.

Генерализация процесса: сепсис.

Тромбоз кавернозного синуса.

Бактериальная пневмония.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 56 [K002880]**

1. Карбункул в области подбородка справа.
2. Дополнительные методы обследования:

ОПТГ;

общие анализы крови (+ RW, ВИЧ) и мочи;



биохимический анализ крови (СРП, сахар);  
микробиологическое исследование экссудата;  
рентгенограмма органов грудной клетки.

3. Нозологии:

1. Актиномикоз.
2. Обострение хронического остеомиелита нижней челюсти.
3. Одонтогенный абсцесс.

4. Карбункул подбородка справа.

Основания:

несколько гнойно-некротический стержень;  
отсутствие симптомов болезни зубов и кости нижней челюсти;  
симптомы интоксикации;  
отсутствие патологических изменений на ОПТГ;  
наличие гнойной капли из одного гнойно-некротического стержня.

5. Показано экстренное хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого отделения стационара – вскрытие и дренирование гнойно-некротического очага на коже подбородка под местным обезболиванием, полученный экссудат направить на микробиологическое исследование для получения антибиотикограммы. Ежедневное ведение гнойной раны согласно раневому процессу, физиотерапия. Медикаментозное лечение: антибактериальное, десенсибилизирующее, поливитамины.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 57 [K002881]**

1. Базалиома кожи подглазничной области справа.

2. Направить к врачу-онкологу-стоматологу для проведения цитологического исследования соскоба с новообразования с целью верификации диагноза.

3. Варианты лечения:

1. Хирургический метод – иссечение новообразования в пределах здоровых тканей с пластикой местными тканями под местным обезболиванием в условиях операционной стоматологической поликлиники.

Операционный материал направляется в онкологическое учреждение на патогистологическое исследование (ПГИ – эксцизионная биопсия).

2. По результатам цитологического исследования (базалиома) – лучевое лечение: близкофокусная рентгенотерапия, которая назначается врачом-радиологом

онкологического учреждения.

4. Дополнительные методы обследования:

- флюорография.
- общий анализ крови, мочи. Кровь на RW, ВИЧ, гепатиты.
- ЭКГ и заключение врача-терапевта участкового о возможности проведения специализированного лечения.

5. Нуждается. После вышеописанного лечения она будет входить в 3 группу диспансеризации онкостоматологических больных. Диспансерное наблюдение этой больной будет проводить врач-онколог.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 58 [K002882]**

1. Остеофлегмона подчелюстного пространства справа.

2. Больному показано экстренное хирургическое вмешательство – вскрытие флегмоны и удаление 4.8 зуба под комбинированным обезболиванием в условиях челюстно-лицевого стационара; медикаментозное лечение: антибактериальное с учётом антибиотикограммы, десенсибилизирующее, симптоматическое; физиотерапевтическое местное лечение.

3. Дифференцируют с заболеваниями:

- аденофлегмона;
- одонтогенная флегмона;
- субмандибулит;
- опухоль поднижнечелюстной слюнной железы справа.

4. Разрез кожи проводят параллельно и ниже края нижней челюсти, чтобы не повредить краевую веточку лицевого нерва, длиной 6-7 см (на ширину инфильтрата).

Послойно и на эту же величину рассекают далее подкожную клетчатку, подкожную мышцу шеи, поверхностный листок собственной фасции.

При необходимости (встречается на пути) перевязываются и пересекаются лицевые артерия и вена.

Тупо (тупым зажимом) по внутренней поверхности тела нижней челюсти проходят в подчелюстной треугольник.

Получают до 2-4 кубических см гноя, который берут на микробиологическое исследование.

Рану струйно промывают 0,06% раствором Хлоргексидина биглюконата, дренируют трубочным дренажом.

Накладывают повязку с гипертоническим раствором.

5. Осложнения вскрытия флегмоны:

1. Парез краевой веточки лицевого нерва.
2. Формирование слюнного свища.
3. Оставление инородного тела (например, резинового дренажа).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 59 [K002883]**

1. Хронический кортикальный остеомиелит нёбной кости.
2. Больному показано экстренное хирургическое лечение – операция секвестрэктомия в условиях хирургического кабинета стоматологической поликлиники.

3. Необходимые методы обследования по Стандарту:

- флюорография;
- общий анализ крови и мочи;
- кровь на RW и гепатиты, сахар;
- биохимический анализ крови;
- ЭКГ;
- консультация врача-терапевта участкового;
- ОПТГ.

4. Учитывая подвижность секвестра (этап отделения), операция секвестрэктомии проводится под аппликационным обезболиванием Лидоксором.

Далее при помощи тупого зажима фиксируется секвестр и извлекается плавными движениями книзу и вперёд.

Туалет раны 0,06% раствором Хлоргексидина биглюконата.

Возможна (при кровоточивости) тампонада образовавшейся полости гемостатической губкой с антибиотиком (имеющийся официальный препарат).

5. Этапы развития секвестрирующей формы хронического остеомиелита:

1. Формирование секвестра.
2. Демаркация секвестра.
3. Отторжение секвестра.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 60 [K002884]**

1. Одонтогенный абсцесс подвисочной ямки. Ретенция 2.8 зуба.

2. На ОПТГ:

- гомогенная завуалированность левой верхнечелюстной пазухи, границы чёткие;

- 1.8 зуб полностью в кости, коронка покрыта кортикальной пластинкой; 2.8 зуб деформированный, сравнительно меньшего размера, расположен вертикально в кости, жевательной поверхностью на уровне альвеолярного гребня;

- горизонтальная резорбция межальвеолярных перегородок;

- остеопороз альвеолярной кости.

3. Нозологии:

1. Повреждения скуловой кости слева.

2. Обострение хронического остеомиелита верхней челюсти слева.

3. Аденофлегмона.

4. Гайморит слева.

4. Одонтогенный абсцесс подвисочной ямки.

1. Наличие ретенированного 2.8 зуба.

2. Классическая картина топики воспаления.

3. Симптомы интоксикации.

4. Наличие патологических изменений на ОПТГ.

5. Получен экссудат при вскрытии абсцесса.

5. Показано экстренное хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого отделения стационара – вскрытие абсцесса внутриротовым доступом – разрез по переходной складке в области 2.7, 2.8 зубов, дренирование подвисочной ямки, полученный экссудат направить на микробиологическое исследование для получения антибиотикограммы. ОУЗ 2.8.

Оперативное лечение проводят под местным инъекционным обезболиванием.

Ежедневное ведение гнойной раны согласно раневому процессу, физиотерапия.

Медикаментозное лечение: антибактериальное, десенсибилизирующее, поливитамины.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 61 [K002885]**

1. Затруднённое прорезывание 4.8 (ЗПЗМ), осложнённое ретромолярным

периоститом. Ретенция 4.8 зуба.

2. Больной показано экстренное хирургическое лечение под местным обезболиванием – периостотомия, перикоронотомия в условиях хирургического кабинета стоматологической поликлиники.

После стихания острых явлений – плановое оперативное лечение – ОУЗ 4.8 под комбинированным обезболиванием с участием врача-анестезиолога в условиях стационара (корни зуба проецируются на нижнечелюстной канал).

3. Рекомендовано:

при перикоронотомии используем аппарат Сургидрон (хирургическое действие ультразвука на мягкие ткани);

при ОУЗ используем аппарат Пьезотом (ультразвуковая остеотомия).

4. Дополнительные методы обследования:

- флюорография;

- общий анализ крови, мочи. Кровь на RW, ВИЧ, гепатиты;

- ЭКГ и заключение врача-терапевта участкового о возможности проведения специализированного лечения;

- конусно-лучевая томография челюстей (область 4.8 зубочелюстного сегмента).

5. 4.8 зуб прямоугольной формы с двумя корнями расположен в теле нижней челюсти; жевательные бугры на уровне гребня альвеолярного отростка, медиальный край коронки почти упирается в шейку 4.7 зуба; верхушки корней проецируются на нижнечелюстной канал. Такое положение 4.8 зуба даёт право на заключение о его ретенции.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 62 [K003516]**

1. Диагноз «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) верхней и нижней челюсти (1 класс по Кеннеди)». Хронический генерализованный пародонтит лёгкой степени.

2. Задачи ортопедического лечения:

- шинировать оставшиеся зубы несъёмными зубными протезами;

- восстановить целостность зубных рядов верхней и нижней челюсти с помощью съёмных протезов;

- нормализовать высоту нижнего отдела лица.

3. План ортопедического лечения:

- изготовить шинирующие коронки и мостовидный протез с эстетической облицовкой с опорой на 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубы и 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3, 3.4 зубы;

- изготовить бюгельный протез на верхнюю челюсть;

- изготовить бюгельный протез на нижнюю челюсть.

#### 4. План терапевтического лечения:

- санировать полость рта;

- провести лечение пародонта сохранившихся зубов;

- провести ревизию корневых каналов 1.2, 4.2, 4.4 зубов;

- определить ИРОПЗ опорных зубов, показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок.

#### 5. Отсутствие зубов в боковых отделах зубных рядов.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 63 [K003517]**

1. Диагноз «частичное отсутствие зубов нижней челюсти (1 класс по Кеннеди), повышенное стирание зубов (генерализованная форма), хронический генерализованный пародонтит лёгкой степени, снижение высоты нижнего отдела лица ~ 2 мм».

#### 2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти;

- нормализовать высоту нижнего отдела лица в состоянии центрального соотношения;

- обеспечить защиту от функциональной перегрузки, оставшихся зубов.

#### 3. План ортопедического лечения.

- изготовить цельнолитые коронки с эстетической облицовкой на 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 зубы;

- дентальная имплантация в проекции 3.5; 3.6; 3.7; 4.5; 4.6; 4.7 зубов;

- изготовить коронки на имплантатах 3.5; 3.6; 3.7; 4.5; 4.6; 4.7 зубов.

#### 4. План ортопедического лечения (альтернативный).

- изготовить цельнолитые коронки с эстетической облицовкой на 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 зубы;

- изготовить съёмный протез при частичном отсутствии зубов на нижнюю челюсть.

#### 5. План терапевтического лечения:

- профессиональная гигиена полости рта;
- удалить остаточный корень 4.8 зуба;
- эндодонтическая ревизия 4.4, 3.4 зубов и их пломбирование.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 64 [K003518]**

1. Диагноз «дефект коронковой части 1.1 и 2.1 зубов. Частичное вторичное отсутствие зубов на нижней челюсти (III класс Кеннеди)».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить эстетику и функцию 1.1 и 2.1 зубов;
- восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти.

3. План ортопедического лечения:

- восстановить 1.1, 2.1 зубы культевыми вкладками со штифтом;
- изготовить эстетические конструкции (металлокерамические или керамические коронки) на 1.1, 2.1 зубы;
- изготовить коронку на имплантате в области 3.6 зуба.

4. План хирургического лечения:

- установить имплантат в области отсутствующего 3.6 зуба, на основании ОПТГ и компьютерной томографии.

5. Оптимальная глубина распломбировки и подготовки канала для изготовления штифтовой конструкции на  $\frac{2}{3}$  длины канала корня зуба.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 65 [K003519]**

1. Диагноз «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) обеих челюстей. Нижняя челюсть – II класс по Кеннеди, верхняя челюсть – III класс по Кеннеди. Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. Деформация зубных рядов (феномен Попова-Годона, зубоальвеолярное удлинение) 3.1, 3.2, 4.1 зубов. Множественный кариес».

2. Задачи ортопедического лечения:

- нормализовать высоту нижнего отдела лица;
- нормализация окклюзионной плоскости;
- восстановить целостность зубных рядов верхней и нижней челюсти;
- обеспечить защиту от функциональной перегрузки, оставшихся зубов.

3. План ортопедического лечения.

- изготовить несъёмные шинирующие конструкции (коронки и мостовидные протезы) с опорами на 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3; 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3 зубы, коронки на 1.7, 2.7, 3.7 зубы;

- изготовить съёмные протезы при частичном отсутствии зубов на верхнюю и нижнюю челюсти.

4. План хирургического лечения. Удалить корни 1.6, 2.5, 3.5, 3.8 зубов.

5. План терапевтического лечения:

- санировать полость рта;

- провести лечение пародонта сохранившихся зубов.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 66 [K003520]**

1. Диагноз «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) на верхней челюсти, частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) на нижней челюсти. Пародонтит средней степени тяжести».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить высоту нижнего отдела лица;

- шинировать 4.4; 4.3; 4.2; 4.1; 3.1; 3.2; 3.3 зубы;

- восстановить жевательную, фонетическую функции, эстетику.

3. План ортопедического лечения:

- изготовить несъёмную шинирующую конструкцию (цельнолитые коронки с эстетической облицовкой) на 4.4; 4.3; 4.2; 4.1; 3.1; 3.2; 3.3 зубы;

- изготовить съёмный протез при частичном отсутствии зубов на нижнюю челюсть;

- изготовить полный съёмный пластиночный протез на верхнюю челюсть.

4. План терапевтического лечения:

- санировать полость рта;

- провести лечение пародонта сохранившихся зубов;

- оздоровить слизистую оболочку протезного ложа перед ортопедическим лечением.

5. Пробы Гербста.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 67 [K003521]**

1. Диагноз «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) на верхней



челюсти III по Кеннеди. Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) на нижней челюсти».

2. Задачи ортопедического лечения. Восстановить жевательную, фонетическую и эстетическую функции.

3. Изготовить съёмный протез при полном отсутствии зубов на нижнюю челюсть.

4. Использование дентальных имплантатов для улучшения фиксации протезов на беззубой челюсти.

5. Компьютерная томография.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 68 [K003522]**

1. Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) на верхней челюсти. Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия на нижней челюсти, III класс по Кеннеди). Хронический периодонтит 4.6 зуба. Глубокий кариес (кариес дентина) 4.5 зуба.

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить функцию жевания, фонетику и эстетику;
- восстановить высоту нижнего отдела лица.

3. План ортопедического лечения:

- консультация врача-хирурга-имплантолога с целью возможности установки имплантата в проекции 4.6 зуба;
- изготовить коронку на имплантате в проекции 4.6 зуба;
- изготовить полный съёмный протез на верхнюю челюсть.

4. План терапевтического лечения:

- лечение кариеса 4.5 зуба.

5. План хирургического лечения:

- удаление 4.6 зуба; установка имплантата.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 69 [K003523]**

1. Диагноз «Частичное отсутствие зуба на нижней челюсти. Дефекты коронковых частей 1.6, 2.6, 3.7 зубов.»

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить анатомическую форму 1.6, 2.6, 3.7 зубов;
- восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти.

3. План ортопедического лечения:

- направить на консультацию к врачу-хирургу-имплантологу по поводу имплантации в области 4.6 зуба;
- направить на эндодонтическое лечение 1.6, 2.6, 3.7 зубов;
- изготовить культевые штифтовые вкладки на 1.6, 2.6, 3.7 зубы;
- изготовить цельнолитые коронки с керамической облицовкой на 1.6, 2.6, 3.7 зубы.
- изготовить коронку на имплантате в области 4.6 зуба.

4. План терапевтического лечения:

- провести эндодонтическое лечение 1.6, 2.6, 3.7 зубов.

5. План хирургического лечения:

- после консультации врача-хирурга-имплантолога, при отсутствии противопоказаний, установка имплантата в области удалённого 4.6 зуба.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 70 [K003524]**

1. Диагноз «полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить функцию жевания, фонетику и эстетику при полном отсутствии зубов;
- нормализовать высоту нижнего отдела лица.

3. Получение анатомических оттисков с обеих челюстей; припасовка индивидуальных ложек с использованием проб Гербста, получение функциональных оттисков; определение центрального соотношения челюстей; проверка конструкции протезов; припасовка и наложение протезов в полости рта; проведение коррекции протезов.

4. Снижение высоты нижнего отдела лица.

5. Фаза возбуждения. Фаза частичного торможения. Фаза полного торможения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 71 [K003525]**

1. Диагноз «Дефект коронки 2.4, 2.5 зубов, кариес дентина. Зубоальвеолярное удлинение (Феномен Попова-Годона) в области 3.5 зуба».

2. Восстановить анатомию и функцию 2.4, 2.5 зубов. Нормализовать окклюзионную плоскость.

3. План терапевтического лечения:

- провести депульпирование 3.5 зуба, с укорочением его коронковой части;
- провести ревизию корневых каналов 2.4, 2.5 зубов и их пломбирование.

4. План ортопедического лечения:

- восстановить 2.4, 2.5 зубы штифтовыми культевыми вкладками;
- изготовить цельнолитые коронки с эстетической облицовкой на 2.4, 2.5, 3.5 зубы.

5. Причиной зубоальвеолярного удлинения зубов является разрушение либо отсутствие зубов-антагонистов.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 72 [К003526]**

1. Диагноз «частичное отсутствие зубов на нижней челюсти (третий класс по Кеннеди), феномен Попова-Годона в области 2.5, 2.6 зубов (вертикальная форма), 3.4, 3.7 (горизонтальная форма), кариес дентина 2.5, 3.7, 4.3, 4.7 зубов».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить целостность зубного ряда на нижней челюсти;
- нормализовать окклюзионную плоскость.

3. План ортопедического лечения:

- изготовить металлокерамические коронки на 2.5, 2.6 зубы, (предварительно зубы депульпировать в связи с деформацией зубных рядов);
- изготовить металлокерамические коронки на 3.4, 3.7 зубы (предварительно зубы депульпировать – конвергенция зубов в сторону дефекта зубного ряда);
- имплантация в области 3.5, 3.6 зубов с последующим протезированием.

4. Депульпация 2.5, 2.6, 3.4, 3.7 зубов. Лечение кариеса 4.7, 4.3 зубов.

5. Причина возникновения деформации в данном случае это отсутствие своевременного протезирования.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 73 [К003527]**

1. Диагноз «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) на нижней челюсти. Дефекты коронковых частей 1.6, 2.6, 4.7 зубов».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить анатомическую форму 1.6, 2.6, 4.7 зубов;
- восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти.

3. План ортопедического лечения:

- направить на консультацию к врачу-хирургу-имплантологу по поводу

имплантации в области отсутствующего 3.6 зуба;

- направить на эндодонтическое лечение 1.6, 2.6, 4.7 зубов;
- изготовить культевые штифтовые вкладки на 1.6, 2.6, 4.7 зубы;
- изготовить цельнолитые коронки с керамической облицовкой на 1.6, 2.6, 4.7 зубы;
- изготовить коронку на имплантате в области отсутствующего зуба 3.6.

4. План терапевтического лечения:

- провести эндодонтическое лечение 1.6, 2.6, 4.7 зубов.

5. План хирургического лечения:

- после проведения клинических и дополнительных методов обследования (диагностические модели, ОПТГ, компьютерная томография и др.);
- установить имплантат на уровне 3.6 зуба.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 74 [К003528]**

1. Диагноз «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) на верхней челюсти. Дефекты коронковых частей 1.6, 3.6, 4.7 зубов».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить анатомическую форму 1.6, 3.6, 4.7 зубов;
- восстановить целостность зубного ряда верхней челюсти.

3. План ортопедического лечения:

- направить на консультацию к врачу-хирургу-имплантологу по поводу имплантации в области отсутствующего 2.6 зуба;
- направить на эндодонтическое лечение 1.6, 3.6, 4.7 зубов;
- изготовить культевые штифтовые вкладки на 1.6, 3.6, 4.7 зубы;
- изготовить цельнолитые коронки с керамической облицовкой на 1.6, 2.6, 4.7 зубы;
- изготовить коронку на имплантате в области отсутствующего 2.6 зуба.

4. План терапевтического лечения:

- провести эндодонтическое лечение 1.6, 3.6, 4.7 зубов.

5. План хирургического лечения.

- при отсутствии противопоказаний установить имплантат в области 2.6 зуба.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 75 [K003529]**

1. Диагноз «дефект твёрдых тканей 3.6, 3.7 зубов».
2. Задачи ортопедического лечения:
  - восстановить анатомию и функцию 3.6, 3.7 зубов.
3. План ортопедического лечения:
  - восстановить анатомическую форму 3.6, 3.7 зубов керамическими вкладками с восстановлением апроксимальных контактов.
4. План пародонтологического лечения:
  - провести лечение пародонта 3.6, 3.7 зубов.
5. Возможной причиной патологии пародонта 3.6, 3.7 зубов явилось разрушение коронки зубов и травма десны пищевым комком из-за отсутствия апроксимальных контактов.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 76 [K003530]**

1. Изменение цвета (дисколорит) 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубов.
2. Задачи ортопедического лечения:
  - восстановить цвет и анатомию 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубов;
3. План ортопедического лечения:
  - изготовить керамические виниры на 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубы.
4. План терапевтического лечения:
  - профессиональная гигиена.
5. Выверяем окклюзионные контакты в центральной, передней и боковых (левой и правой) окклюзиях с помощью артикуляционной бумаги и фольги, толщиной 8-200 мкр.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 77 [K003531]**

1. Диагноз «Дефект коронковой части 1.1 и 1.2 зубов. Частичное вторичное отсутствие зубов на нижней челюсти (III класс Кеннеди)».
2. Задачи ортопедического лечения:
  - восстановить анатомию и функцию 1.1, 1.2 зубов;
  - восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти.
3. План ортопедического лечения:
  - изготовить штифтовые культевые вкладки на 1.1 и 1.2 зубы;

- изготовить коронки с эстетической облицовкой на 1.1 и 1.2 зубы;
- изготовить коронку на имплантате в области отсутствующего 3.5 зуба.

4. План имплантологического лечения:

- при отсутствии противопоказаний установить имплантат в области отсутствующего 3.5 зуба.

5. При изготовлении штифтовой конструкции корневой канал оптимально распломбировать на  $\frac{2}{3}$  длины корня зуба, что создает лучшие условия для механической ретенции, с точки зрения биомеханики, обеспечивая длительный срок пользования протезом.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 78 [K003532]**

1. Диагноз «Дефект коронковой части 3.4 зуба. Частичное отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти (II класс Кеннеди)».

2. Задачи ортопедического лечения.

- восстановить 3.4 зуб;
- восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти.

3. План ортопедического лечения:

- изготовить штифтовую культевую вкладку на 3.4 зубы;
- изготовить коронку с эстетической облицовкой на 3.4 зуб;
- изготовить коронки на имплантатах в области отсутствующих 4.6, 4.7 зубов.

4. План имплантологического лечения:

- осмотр полости рта;
- провести дополнительные методы исследования (диагностические модели, ОПТГ, компьютерная томография);
- установить имплантат в области отсутствующих 4.6, 4.7 зубов.

5. Культевая штифтовая вкладка, погружаясь на  $\frac{2}{3}$  в канал корня зуба, создает лучшие условия для механической ретенции, с точки зрения биомеханики, обеспечивая длительный срок пользования протезом.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 79 [K003533]**

1. Диагноз «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) на верхней и нижней челюсти (I класс по Кеннеди). Частичный дефект коронковой части 3.5, 4.4 зуба. Полный дефект коронковой части 4.8 зуба».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти;
- восстановить функцию жевания, фонетику и эстетику зубных рядов.

3. План ортопедического лечения:

- изготовить цельнолитую штифтовую культевую вкладку на 4.4 зуб;
- изготовить металлокерамические коронки на 3.5, 4.4 зубы;
- изготовить съёмный протез при частичном отсутствии зубов.

4. План терапевтического лечения:

- восстановить коронку 3.5 зуба композитным материалом с использованием штифтовой конструкции.
- провести эндодонтическое лечение (ревизию корневого канала) 4.4 зуба.

5. План хирургического лечения:

- удалить корни 4.8 зуба.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 80 [K003534]**

1. Диагноз «частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) на верхней челюсти (III класс по Кеннеди)».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить анатомическую форму зубов в боковом отделе зубного ряда верхней челюсти;
- восстановить зубной ряд верхней челюсти с помощью несъёмного зубного протеза.

3. План ортопедического лечения:

- изготовить штифтовые культевые вкладки на 1.5, 1.7 зубы;
- изготовить цельнолитые мостовидные протезы с эстетической облицовкой с опорами на 1.7, 1.5 зубы.

4. План терапевтического лечения:

- ревизия корневых каналов (эндодонтическое лечение) 1.5, 1.7 зубов.

5. ИРОПЗ 70 % и более, отсутствие патологических изменений в периапикальных тканях, здоровые ткани корня зуба.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 81 [K003535]**

1. Диагноз «частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) на верхней и нижней челюсти (III класс по Кеннеди)».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить анатомическую форму зубов в боковых отделах зубных рядов;
- восстановить зубные ряды верхней и нижней челюстей с помощью несъёмных зубных протезов.

3. План ортопедического лечения:

- изготовить штифтовые культевые вкладки на 2.5, 2.7, 3.5, 3.7 зубы;
- изготовить цельнолитые мостовидные протезы с эстетической облицовкой с опорами на 2.5, 2.7, 3.5, 3.7 зубы.

4. План терапевтического лечения:

- ревизия корневых каналов (эндодонтическое лечение) 2.5, 3.7 зубов.

5. ИРОПЗ 70 % и более, отсутствие патологических изменений в периапикальных тканях, здоровые ткани корня зуба.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 82 [К003536]**

1. Диагноз «Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях. Дефект зубного ряда на нижней и верхней челюсти 3 класс по Кеннеди. Дефект коронки 1.4, 1.7 зубов. Кариес дентина 2.3, 2.5, 2.7, 3.7, 4.1 зубов».

2. План пародонтологического лечения:

- профессиональная гигиена полости рта.

3. План ортопедического лечения:

- восстановить культю 1.4, 1.7 зуба литой культевой штифтовой вкладкой;
- восстановить объём и форму 1.4, 1.7 зуба цельнокерамической или металлокерамической коронкой;
- изготовить цельнокерамическую или металлокерамическую коронку с опорой на внутрикостный дентальный имплантат в области отсутствующего 2.6 зуба;
- восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти с помощью бюгельного протеза.

4. План подготовки полости рта к ортопедическому лечению:

- планирование и проведение операции дентальной имплантация в области отсутствующего 2.6 зуба.

5. План терапевтического лечения:

- провести реставрацию 2.3, 2.5, 2.7, 3.7, 4.1 зубов;



- провести эндодонтическое лечение 1.7 зуба.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 83 [K003537]**

1. Диагноз «Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти, осложненное хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести. Дефект зубного ряда на верхней челюсти 1 класс по Кеннеди. Дефект коронки 2.3, 1.5 зубов. Кариес дентина 3.3, 4.5 зубов».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить целостность зубного ряда верхней челюсти с помощью полного съёмного протеза;

- нормализовать окклюзионные взаимоотношения челюстей.

3. План пародонтологического лечения:

- профессиональная гигиена полости рта.

4. План хирургического лечения:

- удаление корней 1.5, 2.3 зубов.

5. План терапевтического лечения:

- провести реставрацию 3.3, 4.5 зубов.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 84 [K003538]**

1. Диагноз «частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) верхней и нижней челюсти (I класс по Кеннеди), осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить целостность зубных рядов верхней и нижней челюстей;

- нормализовать окклюзионные взаимоотношения;

- нормализовать высоту нижнего отдела лица в состоянии центрального соотношения;

- оптимизировать фиксацию протеза верхней челюсти и нижней челюсти.

3. План ортопедического лечения:

- снять все искусственные коронки с 1.3, 2.3 зубов, штампованно-паяный мостовидный протез 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3 зубов;

- изготовить эстетические цельнолитые коронки на 1.3, 2.3, 4.2, 4.3, 4.4 зубы;

- изготовить индивидуальные ложки на верхнюю и нижнюю челюсти;

- снять функциональные оттиски.

Обоснование выбора конструкции протезов:

- целесообразность выбора данной конструкции заключается в том, что границы съемных пластиночных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти будут построены как при полном отсутствии зубов, что способствует функциональной присасываемости и улучшению фиксации протезов, цельнолитой металлический базис съёмного протеза на верхней челюсти в свою очередь увеличит прочность базиса протеза.

4. План хирургического лечения:

- удалить 3.3, 3.2 зубы.

5. План терапевтического лечения:

- депульпировать опорные 1.3, 2.3, 4.2, 4.3, 4.4 зубы.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 85 [K003539]**

1. Диагноз «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) верхней и нижней челюсти (I класс по Кеннеди), осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом. Полный дефект коронок 2.2, 2.7, 4.7 зубов».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить целостность зубных рядов верхней и нижней челюсти;
- нормализовать окклюзионные соотношения зубов верхней и нижней челюстей;
- нормализовать высоту нижнего отдела лица;
- обеспечить защиту опорных зубов от функциональной перегрузки.

3. План ортопедического лечения:

- изготовить цельнолитой мостовидный протез с эстетической облицовкой на нижней челюсти с опорами на 4.4, 4.3, 4.2, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 зубы;
- изготовить цельнолитой мостовидный протез с эстетической облицовкой на нижней челюсти с опорами на 1.4, 1.3, 1.1, 2.1, 2.3.2.4, 2.5 зубы;
- изготовить цельнолитую искусственную коронку на 1.7 зуб;
- закончить ортопедическое лечение изготовлением бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти.

4. План терапевтического лечения:

- санировать полость рта;
- провести эндодонтическое лечение всех зубов под опору искусственными коронками 1.7, 1.4, 1.3, 1.1, 2.1, 2.3, 2.4, 2.5, 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 4.2, 4.3, 4.4.

5. План хирургического лечения:

- удалить корни 2.2, 2.7, 4.7 зубов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 86 [K003540]**

1. Диагноз «1.1, 2.1 - перелом резцов верхней челюсти».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить анатомическую форму, размер, цвет передних зубов верхней челюсти;
- обеспечить максимально эстетичность и долговечность изготавливаемых конструкций.

3. План ортопедического лечения:

- изготовить съёмный имедиат-протез на верхнюю челюсть с замещением сломанных 1.1, 2.1 зубов;
- изготовить виниры на 2.2, 1.2 зубы;
- дентальная имплантация в проекции 2.1, 1.1 зубов;
- изготовить эстетичные коронки с опорами на дентальные имплантаты 1.1, 2.1 зубов.

4. План альтернативного ортопедического лечения:

- изготовить мостовидный протез с опорами на 2.3, 2.2, 1.1, 1.2 зубы.

5. Подготовительные этапы к протезированию:

- профессиональная гигиена полости рта;
- экстракция корней 1.1, 1.2 зубов;
- дентальная имплантация в проекции 1.1, 2.1 зубов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 87 [K003542]**

1. Изготовление культевой штифтовой вкладки в 3.2 зубе возможно, так как отлом коронки произошёл выше уровня десны до 3 мм, корневого канал запломбирован равномерно на всём протяжении до верхушки, периапикальных изменений не визуализируется.

2. Требования:

- длина корня должна быть больше, чем высота будущей искусственной коронки;
- стенки корня должны иметь достаточную толщину, чтобы противостоять жевательному давлению;

- корень должен быть устойчивым, не поражён кариесом;
- ткани зуба должны находиться выше уровня десны или быть на одном уровне с десной.

### 3. Изготовление культевой штифтовой вкладки и коронки на 3.2 зуб.

- восстановление зуба анкерным или стекловолоконным штифтом и композитным материалом;
- изготовление штифтового зуба.

### 4. КХС (кобальто-хромовый сплав).

СПС (серебряно-палладиевый сплав).

Сплавы золота.

Диоксид циркония.

### 5. Этапы изготовления.

Клинический: подготовка корня (полости зуба), распломбировка корневого канала, изоляция от слюны, снятие оттиска А-силиконовой массой методикой двухслойного одноэтапного оттиска.

Лабораторный: изготовление модели из супергипса. Моделировка вкладки из беззольной пластмассы. Отливка (получение) вкладки (КХС, СПС, сплавы золота, диоксид циркония).

Клинический: припасовка и фиксация на цемент готовой штифтовой культевой вкладки, препарирование зуба, снятие оттиска А-силиконовой массой методикой двухслойного одноэтапного или двухэтапного оттиска.

Лабораторный: изготовление искусственной коронки.

Клинический: припасовка и фиксация искусственной коронки.

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 88 [K003543]**

1. Диагноз «частичное отсутствие зубов на верхней челюсти (I класс I подкласс по Кеннеди) и нижней челюсти (IV тип атрофии по Курляндскому)».

### 2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить целостность зубного ряда верхней челюсти с помощью съёмного пластиночного протеза при полном отсутствии зубов;

- восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти с помощью съёмного пластиночного протеза при полном отсутствии зубов;

- нормализовать высоту нижнего отдела лица в состоянии центрального соотношения;

- обеспечить правильную адаптацию пациента к съёмным протезам при полном отсутствии зубов.

3. Удалить корни 1.5, 1.4, 2.1 зубов.

- изготовить съёмный пластиночный имедиат-протез при полном отсутствии зубов на верхнюю челюсть и съёмный пластиночный протез при полном отсутствии зубов на нижнюю челюсть;

- все работы проводить с учётом высоты нижнего отдела лица.

4. Разгружающие оттиски получают без давления или при минимальном давлении оттискной массы на ткани протезного ложа. Разгружающие оттиски можно получить лишь при помощи оттискных масс, обладающих высокой текучестью и не требующих для снятия оттиска большого усилия. К таким массам относятся силиконовые массы низкой вязкости, также для устранения повышенного давления на протезное ложе в индивидуальной оттискной ложке делаются отверстия для оттока излишков оттискного материала, что уменьшает давление, оказываемое им на слизистую оболочку.

5. Фаза возбуждения. Фаза неполного торможения. Фаза полного торможения.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 89 [K003544]**

1. Рентгенологическое обследование для исключения перелома.

2. Хроническая форма пульпита в стадии обострения. Острый очаговый пульпит 2.1 зуба К 04.01. Пульпит острый.

3. Витальная экстирпация пульпы зуба, эндодонтическое лечение.

4. Наблюдение рентгенологическим методом до одного года.

5. Атрофический гингивит.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 90 [K003545]**

1. Хронический гранулирующий периодонтит. К 04.6 Периапикальный абсцесс со свищом.

2. Рентгенологическое исследование 8.5 зуба.

3. Хронический гангренозный пульпит и другие формы хронического периодонтита.

4. Удаление 8.5 и 8.4 зуба.

5. Возможно образование местной гипоплазии эмали при вовлечении в воспалительный процесс фолликула 4.5 зуба.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 91 [K003546]**

1. Острый кандидоз, В.37.00. Острый псевдомембранозный кандидоз.

2. Бактериологический анализ соскоба со спинки языка.
3. При обнаружении в соскобе почкующихся клеток гриба рода *Candida* диагноз: «кандидоз».
4. Увеличение количества дрожжеподобных грибов рода *Candida* возникает при дисбиозе.
5. Местное лечение: обработка рта после приёма пищи 2% раствором соды, мазь Клотримазол. Ограничение пищи, содержащей простые углеводы (кондитерские изделия). Обработку рта продолжать после исчезновения налёта в течение 10-12 дней.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 92 [K003549]**

1. Рентгенологическое обследование (ОПТГ).
2. Декомпенсированная форма кариеса, хронический катаральный гингивит.
3. Врач-педиатр, врач-эндокринолог, врач-хирург-стоматолог, врач-ортопед-стоматолог.
4. Обучение уходу за полостью рта, лечение гингивита, лечение кариеса и его осложнений, удаление зубов, не подлежащих терапевтическому лечению, после лечения - рациональное протезирование.
5. Обязательная постановка на диспансерный учёт у врача-стоматолога, осмотр 1 раз в 3-4 месяца, проведение профилактических мероприятий.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 93 [K003550]**

1. Внутриротовая прицельная рентгенограмма: 1.1 зуб погружен в лунку, признаков перелома стенок корня не выявлено. Корень зуба не сформирован.
2. Вколоченный вывих 1.1 зуба, S 03.21 Интрузия зуба.
3. Противовоспалительная терапия и динамическое наблюдение за жизнеспособностью пульпы, возможно репрорезывание зуба и апексогенез.
4. При соблюдении тактики лечения прогноз благоприятный.
5. Наблюдение в течение 2 лет с периодическим рентгенологическим исследованием.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 94 [K003552]**

1. Выявляется разрушение коронок 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 зубов; предварительный диагноз «декомпенсированная форма кариеса».
2. Нарушение течения беременности, характер вскармливания, отсутствие гигиены полости рта, заболевания ребёнка.
3. Кариозные пятна в пришеечной области образуются в местах скопления мягкого

зубного налёта. Циркулярный кариес приводит к осложнениям (отлому коронки).

4. Лечение 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 зубов возможно после проведения рентгенологического исследования и оценки состояния периапикальных тканей.

5. Прогноз для постоянных зубов благоприятный, если зачаток не вовлечён в воспалительный процесс.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 95 [K003553]**

1. К.02.1, К.02.2 кариес эмали, кариес дентина (средний кариес).
2. Системная гипоплазия эмали, глубокий кариес.
3. Реминерализующая терапия, пломбирование кариозных полостей с использованием СИЦ.
4. К врачу-ортодонту ввиду скученного положения зубов в переднем отделе нижней челюсти.
5. Обучение мамы проведению контролируемой чистки зубов у ребёнка 2 раза в день после приёма пищи, диспансерное наблюдение у врача-стоматолога не менее 3 раз в год.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 96 [K003554]**

1. К.04.03 хронический пульпит (хронический фиброзный пульпит).
2. Особенности строения зубов в этом возрасте являются широкие дентинные каналы, несформированная верхушка корня.
3. Хронический гангренозный пульпит, хронический гранулирующий, периодонтит.
4. Рекомендован ампутирующий (при несформированных корнях) метод лечения в условиях общего обезболивания или премедикации.
5. Прогноз благоприятный с последующим диспансерным наблюдением.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 97 [K003555]**

1. Значительное разрушение коронок резцов верхней челюсти, свищи в проекции верхушек корней, 5.3, 6.2, 6.3 зубы имеют на фоне меловидных пятен неглубокие дефекты эмали.
2. Поражение квалифицируется как множественный кариес. Наличие свищей на десне у 5.2, 5.1, 6.1 зубов можно расценить как симптом хронического гранулирующего периодонтита. Меловидные пятна с дефектами эмали на 5.3, 6.2, 6.3 зубах – средний кариес.
3. Осмотр с помощью зонда и зеркала, удаление размягчённого дентина, зондирование в глубине полости зуба и поверхности эмали, рентгенологическое

исследование помогут уточнить диагноз.

4. 5.2, 5.1, 6.1 – если на рентгенограмме не выявлены патологические изменения, угрожающие зачаткам постоянных зубов, возможно лечение хронического периодонтита (удаление распада пульпы, медикаментозная обработка канала, пломбирование канала твердеющей пастой, пломба из стеклоиономерного цемента); при угрозе зачаткам зубов показано удаление 5.2, 5.1, 6.1 зубов, изготовление замещающей пластинки с зубами для 5.3, 6.2, 6.3 – удаление размягчённых эмали и дентина, пломбирование стеклоиономерными цементами после курса реминерализующей терапии.

5. Врач-хирург-стоматолог, врач-ортодонт.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 98 [K003556]**

1. Заболевание наследственное.
2. К наследственным нарушениям развития зубов.
3. Несовершенный амелогенез («рифлёные зубы»).
4. Врачи-генетики.

5. Для достижения косметического эффекта показано изготовление виниров после завершения формирования корней.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 99 [K003557]**

1. Употребление питьевой воды с повышенным содержанием фторидов.
2. С системной гипоплазией эмали, с множественным кариесом в стадии пятна и поверхностным кариесом, с наследственным несовершенным амелогенезом.
3. Первые годы жизни ребёнка.
4. Меловидно-крапчатая форма флюороза.
5. Для достижения косметического эффекта проводятся методы отбеливания и изготовление виниров.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 100 [K003558]**

1. Индекс ПМА, ОНI-S, CPITN; рентгенография; анализ крови на сахар; клинический анализ крови.
2. С обострением хронического катарального гингивита, с гингивитом при заболеваниях крови, с обострением хронического гипертрофического гингивита («юношеский гингивит»), с пародонтитом.
3. K.05.12 хронический гингивит (обострение хронического гипертрофического гингивита).



4. План местного лечения: обучение гигиене полости рта, профессиональная гигиена полости рта, антисептическая обработка, лечебные повязки с противовоспалительными мазями, склерозирующая терапия, физиотерапия.

5. Необходима консультация врача-ортодонта, врача-педиатра, врача-гинеколога детского, врача-эндокринолога.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 101 [K003559]**

1. Диагноз «Дефект коронковой части 1.1 и 2.1 зубов. Частичное вторичное отсутствие зубов на нижней челюсти (III класс Кеннеди)».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить 1.1, 2.1 зубы культевыми вкладками со штифтом;
- изготовить на 1.1, 2.1 зубы металлокерамические коронки;
- восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти.

3. План ортопедического лечения:

- восстановить культы 1.1 и 2.1 зубов культевыми штифтовыми вкладками;
- восстановить анатомическую форму 1.1 и 2.1 зубов цельно-керамическими или металлокерамическими коронками;
- изготовить коронку на имплантате в области 3.6 зуба.

4. План имплантологического лечения:

- осмотр полости рта;
- провести дополнительные методы исследования;
- установить имплантат в области отсутствующего 3.6 зуба на основании ОПТГ и компьютерной томографии.

5. Культевая вкладка со штифтом, погружаясь на  $\frac{2}{3}$  в канал корня зуба. Создаёт лучшие условия для механической ретенции с точки зрения биомеханики, обеспечивая длительный срок пользования протезом.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 102 [K003560]**

1. Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) на верхней и нижней челюсти (I тип по Шредеру и I тип по Келлеру).

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить высоту нижнего отдела лица;
- восстановить жевательную, фонетическую функции, эстетику.

3. Изготовить съёмные пластиночные протезы при полном отсутствии зубов на верхнюю и нижнюю челюсти.

4. Функциональные пробы на верхнюю челюсть:

- 1) Проба – уточнение линии А.
- 2) Проба – широкое открывание рта.
- 3) Проба – вытягивание губ трубочкой.
- 4) Проба – втягивание щёк.

5. Функциональные пробы на нижнюю челюсть:

- 1) Проба – глотание и широкое открывание рта.
- 2) Проба – проведение кончиком языка по красной кайме губ.
- 3) Проба – дотрагивание кончиком языка до щеки при полузакрытом рте.
- 4) Проба – вытягивание языка по направлению к кончику носа.
- 5) Проба – вытягивание губ вперёд.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 103 [К003561]**

1. Обострение хронического гранулирующего периодонтита 2.6 зуба.
2. Хронический фиброзный периодонтит в стадии обострения, хронический гранулематозный периодонтит в стадии обострения, острый периостит, остеомиелит.
3. Консультация врача-стоматолога-ортопеда и врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 2.6 зуба. При невозможности консервативного лечения удаление 2.6 зуба.
4. Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж.
5. Периостит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 104 [К003562]**

1. Обострение хронического гранулематозного периодонтита 1.4 зуба.
2. Хронический фиброзный периодонтит в стадии обострения, хронический гранулирующий периодонтит в стадии обострения, острый периостит, остеомиелит.
3. Консультация врача-стоматолога-ортопеда и врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 1.4 зуба. При невозможности консервативного лечения удаление 1.4 зуба.

4. Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж.

5. Периостит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 105 [K003564]**

1. Острый гнойный периостит верхней челюсти слева.

2. Острый пульпит. Периодонтит. Остеомиелит. Обострение хронического периодонтита.

3. Рентгенография 2.4 зуба. Консультация врача-стоматолога-ортопеда и врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 2.4 зуба. При невозможности консервативного лечения удаление 2.4 зуба.

4. Анестезия, периостотомия, антисептическая обработка, дренирование. Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж.

5. Периодонтит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона. Лимфаденит.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 106 [K003565]**

1. Дистопия 3.8 зуба, локализованный пародонтит в области 3.8 и 3.7 зубов.

2. Острый периодонтит, травма.

3. Консультация врача-стоматолога-терапевта по поводу лечения кариеса 3.7 зуба, плановое удаление 3.8 зуба, консультация врача-стоматолога-ортодонта.

4. Консультация врача-стоматолога-ортодонта, удаление 3.8 зуба, кюретаж пародонтального кармана в области 3.7 зуба. Лечение кариеса 3.7 зуба.

5. Во время удаления: кровотечение, перелом корня 3.8 зуба, перелом нижней челюсти, травма нижнечелюстного канала. После удаления: вторичное кровотечение, парестезия, альвеолит, ретромолярный периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 107 [K003566]**

1. Дистопия 4.8 зуба, локализованный пародонтит в области 4.8 и 4.7 зубов.

2. Острый периодонтит, травма.

3. Консультация врача-стоматолога-терапевта по поводу лечения кариеса 4.7 зуба, плановое удаление 4.8 зуба, консультация врача-стоматолога-ортодонта.

4. Консультация врача-стоматолога-ортодонта, удаление 4.8 зуба, кюретаж пародонтального кармана в области 4.7 зуба. Лечение кариеса 4.7 зуба.

5. Во время удаления: кровотечение, перелом корня 4.8 зуба, перелом нижней челюсти, травма нижнечелюстного канала. После удаления: вторичное кровотечение,

парестезия, альвеолит, ретромолярный периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 108 [K003569]**

1. Луночковое кровотечение в области 1.1 зуба.
2. Консультация врача-терапевта участкового, врача-кардиолога.
3. Кровотечение из мягких тканей, кровотечение из твёрдых тканей.
4. Консультация врача-стоматолога-ортопеда по поводу восстановления целостности зубных рядов, остановка вторичного кровотечения.
5. Гипотензивная терапия, консультация врача-анестезиолога, по возможности удаление зуба с анестезиологическим пособием.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 109 [K003570]**

1. Острый край лунки в области 2.4, 2.5 зубов.
2. Альвеолит, верхнечелюстной синусит, ограниченный остеомиелит лунки, незавершённое удаление зуба.
3. Удаление острого края лунки в области 2.4, 2.5 зубов. Консультация врача-стоматолога-ортопеда, восстановление целостности зубных рядов.
4. Консультация врача-анестезиолога. Анестезия местная с премедикацией. Проведение дугообразного разреза. Отслаивание слизисто-надкостничного лоскута. Удаление острого края. Сглаживание неровностей кости фрезой. Наложение швов.
5. Гипертонический криз, кровотечение.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 110 [K003577]**

1. Хронически гранулирующий периодонтит 1.1 зуба.
2. Хронический фиброзный периодонтит, хронический гранулематозный периодонтит, хронический остеомиелит, свищи лица и шеи, актиномикоз.
3. Рентгенография 1.1 зуба. Консультация врача-стоматолога-ортопеда и врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 1.1 зуба. При невозможности консервативного лечения удаление 1.1 зуба. Иссечение свищевого хода.
4. Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж, гемостаз.
5. Периостит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 111 [K003578]**

1. Хронический гранулирующий периодонтит 3.6 зуба. Подкожная гранулема.

2. Хронический фиброзный периодонтит, хронический гранулематозный периодонтит, хронический остеомиелит, свищи лица и шеи, актиномикоз.

3. Консультация врача-стоматолога-ортопеда и врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления зуба. При невозможности консервативного лечения удаление 3.6 зуба. Иссечение свищевого хода.

4. Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж, гемостаз.

5. Периостит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 112 [K003579]**

1. Альвеолит лунки удалённого 1.3 зуба.

2. Ограниченный остеомиелит лунки.

3. План комплексного лечения:

- рентгенография 1.3 зуба на предмет остатка корня 1.3 зуба;

- лечение альвеолита лунки 1.3 зуба;

- консультация врача-стоматолога-ортопеда на предмет восстановления дефекта зубного ряда.

4. Анестезия, антисептическая обработка лунки, щадящий кюретаж, повторная антисептическая обработка лунки, наложение йодоформной турунды.

5. Периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 113 [K003580]**

1. Луночковое кровотечение в области 3.5 зуба.

2. Кровотечение из мягких тканей, кровотечение из твёрдых тканей.

3. Консультация врача-стоматолога-ортопеда по поводу восстановления целостности зубных рядов; остановка вторичного кровотечения - врач стоматолог-хирург.

4. Анестезия, удаление кровяного сгустка, высушивание лунки, определение причины кровотечения, характер и локализацию. Кюретаж, удаление грануляционной ткани. Сближение краёв лунки удалённого зуба при помощи швов либо тугая тампонада йодоформной турундой.

5. Вторичное кровотечение, вторичное отсроченное кровотечение.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 114 [K003581]**

1. Хронически гранулематозный периодонтит 2.6 зуба.

2. Хронический фиброзный периодонтит, хронический гранулирующий

периодонтит, хронический остеомиелит, свищи лица и шеи, актиномикоз.

3. План комплексного лечения:

- рентгенография 2. 6 зуба;
- консультация врача-стоматолога-ортопеда и врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления зуба;
- при невозможности консервативного лечения удаление 2.6 зуба.

4. Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж, гемостаз.

5. Периостит. Остеомиелит. Синусит.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 115 [K003582]**

1. Частичное отсутствие зубов на верхней челюсти и полное отсутствие зубов на нижней челюсти. Хронический фиброзный периодонтит 1.3 зуба. Хронический пародонтит средней степени тяжести.

2. План ортопедического лечения:

- удалить 1.3 зуб;
- изготовить съёмные пластиночные протезы на верхней челюсти и нижней челюсти при полном отсутствии зубов.

3. Фазы адаптации к полным съёмным протезам:

- первая фаза - фаза раздражения - наблюдается в день наложения протеза;
- вторая фаза - фаза частичного торможения - наступает в период от первого до пятого дня после наложения протеза;
- третья фаза - фаза полного торможения - наступает в период от 5 до 33 дня после наложения протеза.

4. Функциональные пробы по Гербсту для оценки устойчивости пластиночного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти:

- проба открывания рта;
- проба проглатывания слюны;
- проба движения языка по красной кайме губ;
- проба касания языком щёк;
- проба движения языка в направлении носа;
- выпячивание губ вперед трубочкой (звук «у»).

5. К конструкционным стоматологическим материалам, используемым для изготовления съёмных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов, относятся акриловые пластмассы.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 116 [K003583]**

1. Заполненная одонтопародонтограмма по Курляндскому.

	<b>8,6</b>					<b>5,5</b>					<b>5,8</b>						
Более34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>20,25</b>	
34-75%	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75		0,5
12-50%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5		1,0
1/4-25%	<b>1,5</b>	<b>2,25</b>	<b>2,25</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,1</b>	<b>0,75</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>0,75</b>	<b>1,1</b>	<b>1,3</b>	1,3	<b>2,25</b>	<b>2,25</b>		1,5
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0		2,0
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0	
1/4-25%	<b>1,5</b>	<b>2,25</b>	<b>2,25</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,1</b>	0,75	0,75	0,75	0,75	<b>1,1</b>	<b>1,3</b>	1,3	2,25	2,25	1,5	
12-50%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0	
34-75%	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,25	0,25	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5	
Более34	0	0	<b>0</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
	<b>6,35</b>					<b>4,2</b>					<b>1,3</b>						
	<b>11,85</b>																

2. Зондирования зубодесневых карманов в области однокорневых и многокорневых зубов.

В области однокорневых зубов зондирование проводится в 4 точках (вестибулярная, оральная, медиальная и дистальная поверхности).

В области многокорневых зубов зондирование проводится в 6 точках (2 – на вестибулярной, 2 – на оральной и по 1 – на медиальной, дистальной поверхностях).

3. Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти (III класс по Кеннеди) и нижней челюсти (II класс 1 подкласс по Кеннеди).

Кариес дентина 1.8, 1.5, 2.7 зубов.

Другие уточнённые болезни твёрдых тканей (клиновидные дефекты) 1.6, 1.4 зубов.

Хронический апикальный периодонтит 2.6, 4.4, 4.7 зубов.

Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести.

Рецессия десны в области 3.1, 4.1 зубов.

Диастема между 3.1 и 4.1 зубами, трема между 4.1, 4.2 зубами.

Дентоальвеолярное удлинение 2.7 зуба (II форма 2 степень по Пономаревой).

Отложения на зубах.

Radix 3.7 зуба.

Металлокерамические мостовидные протезы 2.4-Ф-2.6, 4.4-4.5-Ф-4.7, объединенные металлокерамические коронки 3.4 – 3-3.

Состояние имеющихся конструкций неудовлетворительное, нарушение краевого прилегания коронок в области всех опорных зубов, на жевательной поверхности коронок 2.4, 3.4 зубов имеется дефект керамической облицовки до металла.

4. Вариант комплексного лечения с использованием бюгельного протеза, металлокерамических коронок и мостовидного протеза.

Подготовительный этап:

- профессиональная гигиена полости рта. Обучение индивидуальной гигиене полости рта и её контроль;

- удаление корня зуба в области 3.7;

- снятие металлокерамических мостовидных протезов 2.4 -Ф – 2.6, 4.4-4.5-Ф-4.7, объединенных металлокерамических коронок 3.4 – 3-3. Изготовление временных коронок на опорные зубы;

- консультация и лечение у врача-пародонтолога. Шинирование 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 зубов и восстановление с помощью композитного материала 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 зубов;

- лечение кариеса 1.8 зуба, ревизия каналов и лечение хронического периодонтита 2.6, 4.4, 4.7 зубов. Депульпирование 2.7 зуба (?) Восстановление 2.4, 2.6, 2.7, 3.4, 3.3, 4.7 зубов пломба/штифт+пломба/штифтово-культевая вкладка;

- эстетическое закрытие клиновидных дефектов 1.6, 1.4 зубов.

Основной этап:

- изготовление коронок и мостовидных протезов с опорами на 1.5, 2.4 - 2.6 - 2.7 зубы и коронок под окклюзионные накладки с опорами на 3.4 - 3.3, 4.4 - 4.5, 4.7 зубы (материал оговаривается с пациенткой);

- изготовление бюгельного протеза с кламмерной системой фиксации с



искусственными зубами в области 3.6, 3.5, 4.6 зубов.

Реабилитационно-профилактический этап:

- контрольные осмотры через 1, 4, 6 месяцев и далее 1 раз в 6 месяцев для оценки множественного фиссурно- бугоркового контакта и краевого прилегания несъёмных протезов, перебазируются съёмного протеза, гигиенического состояния полости рта.

5. Проведение профилактического осмотра пациента проводится один раз в 6 месяцев.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 117 [К003584]**

1. Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях (верхняя челюсть 3 класс, 2 подкласс по Кеннеди; нижняя челюсть 3 класс 1 подкласс по Кеннеди).

Несовпадение косметического центра.

Кариес 1.7, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 4.4, 4.5 зубов.

4.5 зуб - полностью отсутствует клиническая коронка зуба.

Повышенное стирание 1.2, 2.2, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 зубов горизонтального типа, 1 степени тяжести.

Поломка мостовидного протеза с опорой на 2.3, 2.5, 2.8 зубы.

Поломка мостовидного протеза с опорами на 4.5, 4.7 зубы.

Неудовлетворительная фиксация, подвижность и частичная расцементировка опорных зубов протезов с опорами на 1.6, 1.3 и 3.7, 3.5, 3.4 зубы.

Снижение высоты нижнего отдела лица на 3 мм.

Генерализованный пародонтит лёгкой степени тяжести.

2. Подготовительный этап:

- гигиена полости рта и её контроль;

- обучение гигиене полости рта;

- консультация врача-пародонтолога;

- лечение кариеса 1.7 зуба;

- удаление 4.5 зуба;

- снятие коронок и мостовидных протезов с опорами на 1.6, 1.3; 2.3, 2.5, 2.8; 3.7, 3.5, 3.4; 4.7 зубы;

- эндодонтическое лечение каналов 1.6, 2.2, 2.3, 3.4 зубов;

- депульпирование 1.2, 1.1, 2.1, 4.4 зубов;

- восстановление культей 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 4.4 зубов с помощью анкерных штифтов и композитного пломбирочного материала или культевых штифтовых вкладок;

- изготовление временных пластмассовых коронок на отпрепарированные зубы с учётом восстановления высоты нижнего отдела лица с последующим наблюдением в течении 1 месяца.

Основной этап:

- изготовление металлокерамических мостовидных протезов с опорами на 1.6, 1.3, 2.3, 2.5, 2.8, 3.7, 3.5, 3.4, 4.3, 4.4, 4.7 зубы;

- изготовление металлокерамических коронок на 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубы. Изготовление керамических виниров на 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 зубы.

Реабилитационно-профилактический этап:

- профилактический осмотр полости рта 1 год каждые 3 месяца, в последующем 1 раз в полгода;

- профессиональная гигиена полости рта 1 раз в полгода.

3. Клинические этапы изготовления металлокерамических зубных протезов:

- обследование пациента;

- проведение обезболивания с помощью анестезии;

- препарирование зубов под м/к коронки;

- снятие силиконовых оттисков;

- фиксация центральной окклюзии;

- припасовка цельнолитого каркаса в полости рта;

- определение цвета керамической облицовки с помощью расцветки;

- припасовка металлокерамических зубных протезов в полости рта;

- фиксация готового протеза с помощью цемента.

4. Анатомио – физиологический. Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя и при сомкнутых зубных рядах составляет 2-4 мм.

5. Минимальная толщина каркаса составляет 0,3 мм. Измерения проводят с помощью микрометра.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 118 [K003585]**

1. Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти и нижней челюсти (III класс 1 подкласс по Кеннеди).

Кариес дентина 1.4, 2.7, 3.8, 4.4, 4.8 зубов.

Кариес корня 4.7 зуба, разъединение корней по бифуркации.

Клиновидные дефекты 1.3, 1.4 зубов.

Хронический апикальный периодонтит 1.7, 2.2, 2.4, 2.5, 4.5 зубов.

Хронический генерализованный пародонтит лёгкой-средней степени тяжести.

Рецессия десны в области 3.3, 3.1, 4.1, 4.2 зубов.

Диастема между 1.1 и 2.1 зубами.

Дентоальвеолярная деформация горизонтальной формы 1.7, 2.7, 3.7, 3.8 зубов.

Пластмассовые коронки 2.4, 2.5 зубов, объединённые между собой. Состояние имеющихся конструкций неудовлетворительное, нарушение краевого прилегания коронок в области опорных зубов, неудовлетворительная эстетика.

Повышенное стирание зубов декомпенсированной формы I степени.

Снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм.

2. Подготовительный этап:

- профессиональная гигиена полости рта. Обучение индивидуальной гигиене полости рта и её контроль;

- удаление 4.7 зуба из-за кариеса корня и разъединения корней по бифуркации;

- снятие объединённых пластмассовых коронок 2.4-2.5 зубов;

- консультация и лечение у врача-пародонтолога.

- ревизия каналов и лечение хронического периодонтита 1.7, 2.4, 2.5, 4.5 зубов.

Депульпирование 1.4, 1.5, 4.4, 4.8 зубов в связи с глубоким кариозным процессом. Восстановление всех депульпированных зубов с помощью штифтовых конструкций (штифт + пломба, штифтово-культевая вкладка);

- в случае планирования имплантации (проведение хирургического вмешательства с целью установки имплантатов в области отсутствующих 1.6, 2.6, 4.6 зубов после проведения ортодонтического лечения).

3. План ортопедического лечения с использованием коронок и мостовидных протезов:

- изготовление коронок и мостовидных протезов (с учётом высоты нижнего отдела лица) с опорами на зубы 1.7 – ф -1.5, 1.4; 1.3; 1.2; 1.1; 2.1; 2.2; 2.3; 2.4, 2.5 –Ф - 2.7; 4.4, 4.5 – Ф – Ф - 4.8 (материал оговаривается с пациенткой);

- провести избирательное пришлифовывание зубов на нижней челюсти с целью оптимизации окклюзии.

4. Контрольные осмотры через 1, 4, 6 месяцев и далее 1 раз в 6 месяцев для оценки множественного фиссурно-бугоркового контакта и краевого прилегания несъёмных протезов, перебазировки съёмного протеза, гигиенического состояния полости рта.

5. Показания к изготовлению штифтовой культевой вкладки:

- зубы со значительным разрушением коронковой части - более 50%, резцы, клыки, премоляры и моляры;

- зубы, корневые каналы которых имеют овальную, листовидную, треугольную и другую отличную от круглой форму в плоскости поперечного среза;

- зубы со значительным разрушением коронковой части, где наблюдается отклонение центральной оси коронковой части от корневой не более 30 градусов;

- зубы фронтальной группы, требующие армирования и восстановления коронковой части, при глубоком резцовом перекрытии (глубокий прикус).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 119 [K003586]**

1. Частичное вторичное отсутствие зубов, верхняя челюсть III класс по Кеннеди, нижняя челюсть II класс по Кеннеди, осложненное генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, атрофия костной ткани от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{1}{2}$  длины корней зубов. Макродентия 1.1, 2.1 зубов. Зубоальвеолярная деформация 1.7 зуба вертикальной формы. Аномалия положения зубов. Хронический периодонтит 1.6, 2.1, 2.5, 3.2, 3.3, 3.4, 4.8 зубов. Снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм.

2. Манипуляции в подготовительном этапе:

- профессиональная гигиена полости рта и её контроль;

- консультация у врача-пародонтолога;

- снять все штампованно-паяные протезы, в связи с рецессией десны в области опорных зубов и неудовлетворительной эстетикой;

- перелечить 1.6, 2.1, 2.5, 3.2, 3.3, 3.4 зубы, в связи с неполным их пломбированием;

- удалить 4.8 зуб, в связи с кариесом и разъединением корней по бифуркации;

- восстановить с помощью штифтовых конструкций 1.6, 1.2, 2.1, 2.2, 2.4, 2.5, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4 зубы;

- изготовить временные пластмассовые коронки и мостовидные протезы на все присутствующие зубы с учётом высоты нижнего отдела лица.

3. План ортопедического лечения:

- изготовить коронки и мостовидные протезы на все присутствующие зубы с учётом высоты нижнего отдела лица;

- изготовить бюгельный протез или частичный съёмный пластиночный протез на

нижней челюсти.

#### 4. Реабилитационно-профилактический этап.

Контрольные осмотры через 1, 4, 6 месяцев и далее 1 раз в 6 месяцев для оценки множественного фиссурно-бугоркового контакта и краевого прилегания несъёмных протезов, перебазировки бюгельного или частичного съёмного протеза, гигиенического состояния полости рта.

5. Предъявляемые требования к корню для изготовления цельнолитой культевой штифтовой вкладки:

- корень должен быть устойчив и иметь длину не менее 16 мм;
- соотношение будущей культевой части вкладки к длине корня должно быть не менее 1:1,5;
- стенки корня не должны быть разрушены кариозным процессом и иметь толщину не менее 1,5 мм;
- корень зуба должен быть прямым;
- апикальная часть корня на 3-5 мм должна быть тщательно obturирована;
- отсутствие резорбции альвеолярной костной ткани, здоровый пародонт или отсутствие острого течения воспалительного процесса пародонта.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 120 [K003587]**

1. Предварительный диагноз «Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти. (Верхняя челюсть 3 класс, 1 подкласс по Кеннеди; нижняя челюсть 3 класс 2 подкласс по Кеннеди). Хронический генерализованный пародонтит лёгкой-средней степени тяжести. Ретинированный 3.8 зуб. Генерализованная патологическая стираемость декомпенсированной формы II –III степени. Снижение нижнего отдела лица на 7 мм. Деформирующий артроз левого ВНЧС».

2. Дополнительные методы обследования:

- диагностика гипсовых моделей в артикуляторе;
- регистрация центрального соотношения челюстей и высоты нижнего отдела лица;
- аксиография;
- МРТ ВНЧС.

3. План хирургического лечения без учёта имплантации:

- консультация врача-хирурга по поводу 3.7 зуба;
- консультация врача-хирурга по поводу ретинированного 3.8 зуба.

4. План ортопедического лечения без учёта имплантации:

- изготовить окклюзионную шину для восстановления утраченной высоты нижней трети лица и нормализации окклюзионных взаимоотношений;
- лечение окклюзионной шиной и наблюдение 3 месяца;
- восстановить все депульпированные зубы за счёт штифтовых культевых вкладок.
- изготовить временные пластмассовые коронки и мостовидные протезы: 13-12-11-21-22-23; 45-44-43; 42-41-31-32; 33-34; 37 - ?
- изготовить коронки и мостовидные протезы: 13-12-11-21-22-23; 45-44-43; 42-41-31-32; 33-34; 37 - ?
- изготовить бюгельный протез на нижнюю челюсть.

5. Контрольные осмотры через 1, 4, 6 месяцев и далее 1 раз в 6 месяцев для оценки множественного фиссурно-бугоркового контакта и краевого прилегания несъёмных протезов, перебазировки бюгельного протеза или изучение состояния коронок на имплантатах (в случае проведенной имплантации), гигиенического состояния полости рта.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 121 [K003588]**

1. Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти – II класс II подкласс, на нижней челюсти - II класс III подкласс по Кеннеди. Декомпенсированное генерализованное повышенное стирание средней степени тяжести смешанной формы. 2.2 зуба – Radix, хронический гранулирующий периодонтит. Хронический генерализованный пародонтит лёгкой степени тяжести в стадии ремиссии. Снижение ВНОЛ на 4 мм. Вертикальная деформация альвеолярных частей верхней челюсти и нижней челюсти в области 1.6-1.7 и 4.4 зубов.

2. План хирургического лечения без учёта имплантации: удалить 2.2 зуб.

3. План ортопедического лечения с помощью коронок, мостовидных протезов и бюгельного протеза с кламмерной системой фиксации:

- восстановить коронковые части 1.7, 1.6, 1.2, 1.1, 2.1, 2.3, 2.5, 3.1, 3.3, 3.5, 3.7, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5 зубов штифтово-культевыми вкладками;

- восстановить ВНОЛ и миотатический рефлекс при помощи временных коронок 1.7-1.6, 3.7 зубов и мостовидных протезов 1.2-1.1-2.1-2.3-2.5, 3.5-3.3-3.1-4.1-4.2-4.3-4.4-4.5 зубов;

- изготовить металлокерамические коронки 1.7-1.6, 3.7 зубов и мостовидные протезы 1.2-1.1-2.1-2.3-2.5, 3.5-3.3-3.1-4.1-4.2-4.3-4.4-4.5 зубов (коронки 1.7, 1.6, 1.2, 1.1, 2.4, 2.5, 3.5, 3.7, 4.4 и 4.5 зубов подготовить под опорно-удерживающие кламмера бюгельных протезов);

- изготовить бюгельные протезы на верхней челюсти и нижней челюсти с опорно-удерживающими кламмерами.

4. Контрольные осмотры 1 раз в 6 месяцев для оценки множественного фиссурно-бугоркового контакта и краевого прилегания несъёмных протезов, перебазировки бюгельных протезов, гигиенического состояния полости рта.

5. Стадии схватывания (затвердевания) пластмассы:

- первая стадия – насыщения;
- вторая стадия – песочная;
- третья стадия – тянущихся нитей;
- четвертая стадия – тестообразная;
- пятая стадия – резиноподобная.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 122 [K003589]**

1. Полное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти и нижней челюсти. На верхней челюсти 2 тип по Шредеру, на нижней челюсти 3 тип по Келлеру. Снижение высоты нижнего отдела лица. Несостоятельность зубных протезов.

2. Изготовить новые полные съёмные пластиночные протезы: на нижней челюсти с мягкой подкладкой с соблюдением высоты нижнего отдела лица.

3. Фазы адаптации к полным съёмным протезам:

- первая фаза – фаза раздражения - наблюдается в день сдачи протеза;
- вторая фаза – фаза частичного торможения - наступает в период от первого до пятого дня после получения протеза;
- третья фаза – фаза полного торможения - наступает в период от 5 до 33 дня после получения протеза.

4. Функциональные пробы для оценки устойчивости пластиночного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти:

1 ПРОБА: Глотание.

2 ПРОБА: Открывание рта.

3 ПРОБА: Широкое открывание рта.

4 ПРОБА: Провести языком по красной кайме верхней губы.

5 ПРОБА: Касание кончиком языка щек при полураскрытом рте.

6 ПРОБА: Вытягивание языка по направлению кончика носа.

7 ПРОБА: Коррекция вестибулярного края ложки в боковом отделе.

5. Реабилитационно - профилактический этап:

- контрольные осмотры 1 раз в 6 месяцев с целью оценки гигиенического состояния, фиксации и стабилизации зубных протезов.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 123 [K003590]**

1. Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти и нижней челюсти (1 класс 2 подкласс по Кеннеди). Кариес 3.4, 3.5 зубов. Полный дефект коронки 1.6 зуба. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести. Деформации окклюзионной плоскости и формы зубных рядов. Снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм.

2. План хирургического лечения:

- удалить все присутствующие зубы в связи с подвижностью 3 степени и атрофией костной ткани на  $\frac{2}{3}$  длины корня зуба и более.

3. План ортопедического лечения:

- изготовить полные съёмные пластиночные протезы с мягкой подкладкой с соблюдением высоты нижнего отдела лица.

4. Фазы адаптации к полным съёмным протезам:

- первая фаза – фаза раздражения - наблюдается в день сдачи протеза;
- вторая фаза – фаза частичного торможения - наступает в период от первого до пятого дня после получения протеза;
- третья фаза – фаза полного торможения - наступает в период от 5 до 33 дня после получения протеза.

5. Стадии схватывания (затвердевания) пластмассы:

- первая стадия – насыщения;
- вторая стадия – песочная;
- третья стадия – тянущихся нитей;
- четвертая стадия – тестообразная;
- пятая стадия – резиноподобная.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 124 [K003591]**

1. Частичное отсутствие зубов на верхней челюсти III класс I подкласс.

Кариес 1.3, 2.2, 2.3 зубов.

Разрушение коронковой части 1.2, 2.4, 3.6, 4.7 зубов более 90% по ИРОПЗ, а 1.1, 2.1, 4.6 зубов - 40%, 3.7 зуба – 75%.

Хронический пульпит 1.1, 2.1 зубов.



Хронический периодонтит 1.2, 3.6, 3.7, 4.6 зубов.

Перелом корня 3.7 зуба.

Корни 3.6, 4.7 зубов разъединены по бифуркации, корень 2.4 зуба разрушен на 5 мм под десну.

Генерализованный пародонтит лёгкой-средней степени тяжести.

Локализованный пародонтит тяжёлой степени в области 3.7 зуба.

Скученность фронтальной группы зубов на нижней челюсти.

Тортоаномалии 2.2, 3.3, 4.3 зубов.

Зубочелюстная деформация вертикальной формы II степени 1.7, 2.7 зубов и 3.4, 3.5, 4.5, 4.6 зубов - I степени, а также 3.7 зуба горизонтальной формы II степени.

Сужение нижнего зубного ряда в боковых отделах.

Снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм.

2. План хирургического и терапевтического лечения:

- профессиональная гигиена полости рта и её контроль;
- удалить 2.4, 3.6, 3.7, 4.7 зубы;
- вылечить пульпит 1.1, 2.1 зубов и периодонтит 1.2, 4.6 зубов;
- депульпировать 2.2 зуб в связи с его неправильным положением, а также 1.3, 2.3 зубы (в связи с глубоким кариесом);
- восстановить 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 4.6 зубы с помощью анкерных штифтов и композитного материала.

3. План ортопедического лечения:

- изготовить металлокерамические коронки с опорами на 1.7, 2.7 зубы, а также на 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубы с замковыми креплениями, и на 3.4, 3.5, 4.5, 4.6 зубы для опоры кламмеров бюгельного протеза (с обязательным изготовлением временных коронок);
- изготовить бюгельный протез на верхнюю челюсть с замковой системой фиксации;
- изготовить бюгельный протез на нижнюю челюсть с кламмерной системой фиксации.

4. Реабилитационно-профилактический этап:

- профилактический осмотр полости рта 1 год каждые 3 месяца, в последующем 1 раз в полгода;

- профессиональная гигиена полости рта 1 раз в полгода;
  - при необходимости перебазировка бюгельных протезов.
5. Клинические этапы изготовления металлокерамических зубных протезов:
- обследование пациента;
  - проведение обезболивания с помощью анестезии;
  - препарирование зубов под м/к коронки;
  - снятие силиконовых оттисков;
  - фиксация центральной окклюзии;
  - припасовка цельнолитого каркаса в полости рта;
  - определение цвета керамической облицовки с помощью расцветки;
  - припасовка металлокерамических зубных протезов в полости рта;
  - фиксация готового протеза с помощью цемента.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 125 [K003592]

1. Заполненная одонтопародонтограмма по Курляндскому:

	(11,5)						(7,5)						(11,5)					
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Сумма	
¼-75%	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5	16,4	
½-50%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0		
¾-25%	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5		
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0		
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0	Сумма	
¼-25%	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5	20,0	
½-50%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0		
¾-75%	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5		
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	(11,5)						(7,0)						(11,5)					

2. В области однокорневых зубов зондирование проводится в 4 точках (вестибулярная, оральная, медиальная и дистальная поверхности). В области многокорневых зубов зондирование проводится в 6 точках (2 – на вестибулярной, 2 – на оральной, 1 – на медиальной и 1 – на дистальных поверхностях).

3. Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти III класс, I подкласс (по Кеннеди). Частичное вторичное отсутствие зубов на нижней челюсти II класс (по Кеннеди) (K00.00).

Деформация зубных рядов вследствие зубоальвеолярного удлинения в области 1.7 и 2.8 зубов (K07.31).

Обратная резцовая дизокклюзия (K07.25).

Скученность нижних резцов (K07.30).

Снижение высоты нижнего отдела лица на 2-3 мм.

Кариес 2.8 зуба (K02.1), кариес корня 2.2 зуба (K02.2).

Хронический периодонтит 3.6 зуба (K04.5).

Хронический генерализованный пародонтит лёгкой степени тяжести, в стадии ремиссии (K05.31).

Несостоятельность ранее изготовленных протезов на нижней и верхней челюстях.

4. Вариант комплексного лечения без учёта имплантации.

Подготовительный этап:

- профессиональная гигиена и обучение гигиене полости рта;
- совместная консультация с врачом-ортодонтом о возможности устранения обратного резцового перекрытия;
- после достижения положительного результата и снятия ортодонтической конструкции, равно как и в случае неудачного ортодонтического лечения: снятие несостоятельных коронок и мостовидных протезов, ревизия опорных зубов и при необходимости их депульпация;
- изготовление временных капп с выравниванием окклюзионной плоскости и поднятием высоты нижнего отдела лица на 2-3 мм;
- удаление 2.2 зуба (кариес корня);
- лечение кариеса 2.8 зуба, эндодонтическое лечение 1.7, 2.8 зубов; ревизия каналов 3.6 и 3.7 зубов.

Основной этап:

- изготовить одиночные металлокерамические коронки и мостовидные протезы с

опорой на 1.7, 1.6, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.3, 2.4, 2.7, 2.8, 3.7, 3.6 и 4.6 зубы, с выравниванием окклюзионной плоскости;

- реабилитационно-профилактический этап;
- рентгенологический контроль состояния тканей пародонта опорных зубов;
- профилактический контроль гигиены полости рта и состоятельности ортопедических конструкций раз в 1, 3 и 6 месяцев.

5. Проведение профилактического осмотра пациента проводится раз в 6 месяцев.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 126 [K003593]

1. Заполненная одонтопародонтограмма по Курляндскому:

ОДОНТОПАРОДОНТОГРАММА (по В.Ю.Курляндскому)																											
	1,5				(11,5)				5,5				(7,5)				2,55				(11,5)						
более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	сумма
3/4 - 75%	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5											
1/2 - 50%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0											9,55
1/4 - 25%	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5											
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0											(30,5)
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8											
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0											(30)
1/4 - 25%	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,75	0,75	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5											
1/2 - 50%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,5	0,5	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0											9,7
3/4 - 75%	0,5	0,75	0,25	0,45	0,45	0,4	0,25	0,25	0,25	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5											
более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0											сумма
	4,2				(11,5)				4,2				(7,0)				1,3				(11,5)						

2. Частичное вторичное отсутствие зубов, I класс 1 подкласс по Кеннеди на верхней челюсти, III класс 2 подкласс по Кеннеди на нижней челюсти. Несостоятельность ранее изготовленных протезов на верхней и нижней челюсти. Снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм. Деформация окклюзионной поверхности в области 2.5, 2.6 зубов – феномен Попова-Годона 2 степени. Дефект коронковых частей 2.1, 2.2 зубов (полное разрушение). Кариес 1.6, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 4.3, 4.5, 4.7 зубов. Хронический

генерализованный пародонтит средней степени. Хронический верхушечный периодонтит 2.4, 2.5, 2.6, 4.2, 4.3, 4.5 зубов.

3. План лечения на подготовительном этапе без учёта имплантации:

- снять все присутствующие в полости рта коронки и мостовидные протезы;
- профессиональная гигиена и обучение гигиене полости рта;
- удалить 2.5, 4.5 зубы (кариес корня, глубокое поддесневое разрушение, хронический гранулирующий периодонтит) и удалить 2.4, 4.2 зубы (кариес корня, хронический гранулирующий периодонтит, подвижность 2 степени, атрофия костной ткани более ½);
- изменить конструкцию временного мостовидного протеза и объединенных коронок на (1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3); (3.4, 3.3, 3.2, 3.1, Ф, Ф, 4.3, 4.4) зубы;
- терапевтическое лечение 1.6, 2.1, 2.2, 2.3, 4.3, 4.7 зубов;
- изготовить штифтовые конструкции на 1.2, 1.6, 2.1, 2.2, 2.3, 4.3, 4.7 зубы;
- изготовить временные съёмные протезы на верхнюю и нижнюю челюсть;
- протезирование проводить с восстановлением высоты нижнего отдела лица на 2 мм.

4. План ортопедического лечения без учёта имплантации:

- изготовить одиночные коронки на 1.6, 4.7 зубы и металлокерамические мостовидные протезы и объединенные коронки на (1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3); (3.4, 3.3, 3.2, 3.1, Ф, Ф, 4.3, 4.4) зубы;
- изготовить частичные съёмные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти.

5. Проведение профилактического осмотра проводится один раз в 6 месяцев.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 127 [K003594]**

1. В области однокорневых зубов зондирование проводится в 4 точках (вестибулярная, оральная, медиальная и дистальная поверхности).

В области многокорневых зубов зондирование проводится в 6 точках: 2 – на вестибулярной поверхности, 2 – на оральной поверхности и по 1 – на медиальной, дистальной поверхностях.

2. Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти – III класс; на нижней челюсти – II класс 1 подкласс по Кеннеди (дефекты зубных рядов замещены мостовидными протезами).

3. Нарушение краевого прилегания искусственных коронок, дефект керамического покрытия.

4. Профессиональная гигиена полости рта. Обучение индивидуальной гигиене полости рта и её контроль.

5. Маргинальная десна гиперемирована и отёчна. В области зубов имеются наддесневые зубные отложения и поддесневые зубные отложения.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 128 [K003595]**

1. На снижение высоты нижнего отдела лица указывают выраженные носогубные и подбородочная складки, опущенные углы рта.

2. I типу классификации Шредера соответствуют: выраженные альвеолярный отросток и бугры верхней челюсти, высокий свод нёба, высоко расположенные точки прикрепления мышц и складок слизистой оболочки, не препятствующие фиксации протеза.

3. III типу классификации Келлера соответствует: альвеолярная часть нижней челюсти хорошо выражена в области передних зубов и резко атрофирована в области жевательных.

4. I классу классификации Суппле соответствует следующее состояние слизистой оболочки протезного ложа:

- на обеих челюстях имеются хорошо выраженные альвеолярные гребни, покрытые слегка податливой слизистой оболочкой. Нёбо покрыто равномерным слоем слизистой оболочки, умеренно податливой в задней его трети. Естественные складки слизистой оболочки (уздечки губ, языка, щечные тяжи) достаточно удалены от вершины альвеолярного гребня.

5. Срок годности съёмных протезов составляет 3-5 лет, пациентка пользуется протезами 8 лет. Неудовлетворительная фиксация и стабилизация протезов в полости рта. Нарушение речи. Затруднённый приём пищи Неудовлетворительное гигиеническое состояние протезов. Базисы протезов и искусственные зубы изменены в цвете (эстетическая недостаточность). Оклюзионные поверхности искусственных зубов значительно стёрты.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 129 [K003596]**

1. Частичное отсутствие зубов на верхней челюсти III класс I подкласс.

Кариес 1.3, 2.2, 2.3 зубов.

Разрушение коронковой части 1.2, 2.4, 3.6, 4.7 зубов более 90% по ИРОПЗ, а 1.1,2.1,4.6 зубов - 40%, 3.7 зуба – 75%.

Хронический периодонтит 1.2, 3.6, 3.7, 4.6 зуба.

Перелом корня 3.7 зуба.

Генерализованный пародонтит лёгкой-средней степени тяжести.

Скученность фронтальной группы зубов на нижней челюсти.

Зубочелюстная деформация вертикальной формы II степени 1.7, 2.7 зубов и зубов 3.4, 3.5, 4.5, 4.6 - I степени, а также 3.7 зуба горизонтальной формы II степени.

Снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм.

2. План лечения на подготовительном этапе (без имплантации):

- профессиональная гигиена полости рта и её контроль;
- удалить 2.4, 3.6, 3.7, 4.7 зубы;
- вылечить пульпит 1.1, 2.1 зубов и периодонтит 1.2, 4.6 зубов;
- депульпировать 2.2 зуб в связи с его неправильным положением, а также 1.3, 2.3 зубы (в связи с глубоким кариесом);
- восстановить 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 4.6 зубы с помощью анкерных штифтов и композитного материала.

3. План ортопедического лечения:

- изготовить металлокерамические коронки с опорами на 1.7, 2.7 зубы, а также на 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубы с замковыми креплениями, и на 3.4, 3.5, 4.5, 4.6 зубы для опоры кламмеров бюгельного протеза (с обязательным изготовлением временных коронок);
- изготовить бюгельный протез на верхнюю челюсть с замковой системой фиксации;
- изготовить бюгельный протез на нижнюю челюсть с кламмерной системой фиксации.

4. Зондирования зубодесневых карманов в области однокорневых и многокорневых зубов.

В области однокорневых зубов зондирование проводится в 4 точках (вестибулярная, оральная, медиальная и дистальная поверхности).

В области многокорневых зубов зондирование проводится в 6 точках (2 – на вестибулярной, 2 – на оральной и по 1 – на медиальной, дистальной поверхностях).

5. Стадии схватывания (затвердевания) пластмассы:

- первая стадия – насыщения;
- вторая стадия – песочная;
- третья стадия – тянущихся нитей;
- четвертая стадия – тестообразная;

- пятая стадия – резиноподобная, стадия затвердевания.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 130 [K003597]**

1. Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти и нижней челюсти (II класс верхней челюсти, III класс 1 подкласс нижней челюсти по Кеннеди).

Кариес корня 3.6, 4.6 зубов.

Хронический апикальный периодонтит 1.5, 2.4, 2.3 зубов.

Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести.

Скученность 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 зубов.

Металлокерамические коронки 1.1-2.1, 2.4-2.5 зубов. Состояние имеющихся конструкций неудовлетворительное, нарушение краевого прилегания коронок, неудовлетворительная эстетика.

Повышенное стирание фронтальной группы зубов нижней челюсти компенсированной формы I степени.

2. Подготовительный этап:

- профессиональная гигиена полости рта и её контроль;
- удаление 3.6 и 4.6 зубов, из-за кариеса корня и 3.8, 4.8 зубов (аномалия положения);
- снятие объединенных металлокерамических коронок 1.1-2.1, 2.4-2.5;
- консультация и лечение у врача-пародонтолога;
- ревизия каналов и лечение хронического периодонтита 1.1, 1.2, 1.4, 1.5, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5 зубов и восстановление культей зубов штифтово культевыми вкладками.

3. План ортопедического лечения:

- изготовление объединенных коронок на 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 зубы и одиночной коронки на 3.7 зуб;
- изготовление бюгельного протеза на нижней челюсти.

4. Контрольные осмотры через 1, 4, 6 месяцев и далее 1 раз в 6 месяцев для оценки множественного фиссурно-бугоркового контакта и краевого прилегания несъёмных протезов, перебазируют съёмного протеза, гигиенического состояния полости рта. Рекомендации по использованию ирригатора. Объяснение методов и правил по уходу за съёмным протезом.

5. Показания к изготовлению виниров:

- несовершенный амело и дентиногенез;



- неудовлетворенность формой зубов;
- флюороз;
- сколы эмали зубов;
- клиновидные дефекты;
- дисколорит (после применения резарцина);
- кариес вестибулярной поверхности зуба;
- стираемость зубов 1 и 2 степени.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 131 [K003598]**

1. Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти и нижней челюсти (III класс 1 подкласс по Кеннеди). Кариес дентина 1.7; 1.6; 1.2; 2.1; 2.5; 2.7; 3.7 зубов. Клиновидные дефекты 1.3; 3.4; 4.4 зубов. Хронический апикальный периодонтит 1.2; 2.6, 4.6; 4.7 зубов. Хронический генерализованный пародонтит лёгкой-средней степени тяжести. Снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм.

2. Подготовительный этап (без учёта имплантации):

- профессиональная гигиена полости рта. Обучение индивидуальной гигиене полости рта и её контроль;
- консультация и лечение у врача-пародонтолога;
- терапевтическое лечение кариеса 1.7; 1.6; 2.1; 2.5; 2.7; 3.7 зубов;
- ревизия каналов и лечение хронического периодонтита 1.2; 2.6; 4.6, 4.7 зубов;
- изготовление культевых штифтовых вкладок на 2.3; 2.6; 4.6; 4.7 зубы.

3. План ортопедического лечения (без учёта имплантации).

Изготовление коронок и мостовидных протезов (с учётом высоты нижнего отдела лица) с опорами на зубы: 1.2, 1.3-ф-ф-1.6; 2.3-ф-2.5, 2.6; 3.4-ф-ф-3.7, 3.8; 4.4-ф-4.6, 4.7 (материал оговаривается с пациенткой).

4. Реабилитационно-профилактический этап.

Диспансерное наблюдение 1 раз в полгода для контроля:

- гигиены полости рта;
- динамической окклюзии (выявление и устранение при необходимости преждевременных окклюзионных контактов).

5. Показания к изготовлению штифтовой культевой вкладки:

- зубы со значительным разрушением коронковой части - более 50%, резцы, клыки,

премоляры и моляры.

- зубы, корневые каналы которых имеют овальную, листовидную, треугольную и другую отличную от круглой форму в плоскости поперечного среза.

- зубы со значительным разрушением коронковой части, где наблюдается отклонение центральной оси коронковой части от корневой более 5 градусов, но не более 15 градусов.

- зубы фронтальной группы, требующие армирования и восстановления коронковой части, при глубоком резцовом перекрытии (глубокий прикус).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 132 [K003599]**

1. Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти (I класс II подкласс по Кеннеди), нижней челюсти (II класс 1 подкласс по Кеннеди) (K00.00 Частичная адентия).

Кариес дентина 1.1, 3.1, 4.1 зубов. (K02.1 Кариес дентина).

Кариес корня 3.5 зуба.

Хронический генерализованный пародонтит лёгкой-средней степени тяжести.

(K05.31 Хронический пародонтит генерализованный).

Аномалия положения 4.8 зуба (K01.0 Ретинированный зуб).

Дентоальвеолярная деформация горизонтальной формы 4.7 зуба (по Пономаревой).

Нарушение краевого прилегания в области всех штампованных коронок.

Снижение высоты нижнего отдела лица.

2. Подготовительный этап (без учёта имплантации):

- профессиональная гигиена полости рта. Обучение индивидуальной гигиене полости рта и её контроль;

- снятие оттисков с верхней и нижней челюсти для изготовления временных коронок;

- снятие всех штампованно-паянных мостовидных протезов;

- изготовление временных коронок в области 1.3-2.3, 2.6, 3.4, 4.5- 4.7 зубов.

- прицельная рентгенограмма 4.7 зуба;

- удаление 3.5, 4.7(?), 4.8 зуба;

- консультация у врача-пародонтолога;

- лечение кариеса 3.1, 4.1 зубов.

- ревизия каналов 2.1, 2.2.,2.3, 3.4, 4.3, 4.4,4.7 (?)зубов.
- восстановление 2.1, 2.2, 3.4, 4.3, 4.4 зубов с помощью штифтовых конструкций (штифт + пломба, штифтово-культевая вкладка).

### 3. План ортопедического лечения (без учёта имплантации):

- изготовление мостовидного протеза с опорой на 1.3-ф-1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубы, искусственных коронок на 2.6, 3.4, 4.3, 4.4, 4.5, 4.7 зубы.
- изготовление бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсть или частичных съёмных пластиночных протезов.

### 4. Реабилитационно - профилактический этап.

Контрольные осмотры через 1, 4, 6 месяцев и далее 1 раз в 6 месяцев для оценки множественного фиссурно-бугоркового контакта и краевого прилегания несъёмных протезов, перебазировки съёмных протезов, гигиенического состояния полости рта.

### 5. Показания к изготовлению штифтовой культевой вкладки:

- зубы со значительным разрушением коронковой части - более 50%, резцы, клыки, премоляры и моляры;
- зубы, корневые каналы которых имеют овальную, листовидную, треугольную и другую отличную от круглой форму в плоскости поперечного среза;
- зубы со значительным разрушением коронковой части, где наблюдается отклонение центральной оси коронковой части от корневой более 5 градусов, но не более 15 градусов;
- зубы фронтальной группы, требующие армирования и восстановления коронковой части, при глубоком резцовом перекрытии (глубокий прикус).

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 133 [K003615]**

### 1. Степени атрофии костной ткани при пародонтите и их характеристика.

Лёгкая степень тяжести (пародонтальные карманы глубиной до 3,5 мм, убыль костной ткани до  $\frac{1}{3}$  высоты межзубных перегородок).

Средняя степень тяжести (пародонтальные карманы глубиной до 5,0 мм, убыль костной ткани до  $\frac{1}{2}$  высоты межзубных перегородок).

Тяжёлая степень тяжести (пародонтальные карманы глубиной более 5,0 мм, убыль костной ткани более  $\frac{1}{2}$  высоты межзубных перегородок).

### 2. Формы повышенного стирания зубов:

- вертикальная;
- горизонтальная;

- смешанная.

3. Диагноз «Частичное вторичное отсутствие зубов верхней челюсти (K08.1) (1 класс 1 подкласс по Кеннеди) и нижней челюсти (2 класс 1 подкласс по Кеннеди). Локализованное повышенное стирание (K03.0) 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 зубов компенсированной формы, I степени.

Кариес (K02.1) 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 зубов.

Хронический гранулематозный периодонтит 1.2 зуба (гранулема диаметром 2 мм). Деструкция костной ткани в области бифуркации 1.6, 4.8 зубов.

Кариес корня 1.5 зуба.

Хронический генерализованный пародонтит лёгкой – средней степени тяжести. (K05.3)

Несостоятельность штампованных протезов на верхней и нижней челюстях.

4. Вариант лечения с использованием металлокерамических коронок, мостовидных протезов и бюгельных протезов.

Подготовительный этап:

- профессиональная гигиена полости рта. Обучение индивидуальной гигиене полости рта и её контроль;

- изготовить временные коронки на 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.5, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.3 зубы;

- снятие мостовидных протезов с зубов верхней и нижней челюстей;

- консультация врача-пародонтолога;

- удаление 1.5, 1.6, 4.1, 4.8 зубов;

- депульпация 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.2, 4.3 зубов (риск травматического пульпита);

- восстановление коронковых частей 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.2, 4.3 зубов с помощью анкерных штифтов и композитного материала или культевыми штифтовыми вкладками.

Основной этап:

- изготовление металлокерамических мостовидных протезов с опорами на 1.4; 1.3; 1.2; 1.1; 2.1; 2.2; 2.5; 3.4; 3.3; 3.2; 3.1; 4.1; 4.3 зубы;

- изготовление бюгельных протезов с кламмерной системой фиксации на верхнюю и нижнюю челюсти.

Реабилитационно-профилактический этап:

- контрольные осмотры через 6 месяцев для оценки множественного фиссурно-бугоркового контакта и краевого прилегания несъёмных протезов, перебазировки

бюгельных протезов, гигиенического состояния полости рта.

5. Профилактический осмотр пациента проводится один раз в 6 месяцев.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 134 [K003617]**

1. Первичное отсутствие 1.5; 2.5 зубов. Частичное отсутствие зубов на нижней челюсти (III класс по Кеннеди) (K 00.00). Повышенное локализованное стирание зубов верхней челюсти и нижней челюсти, смешанная декомпенсированная форма 2-3 степени (K 03.00), осложнённое снижением высоты нижнего отдела лица на 6 мм. 4.7 зуб - хронический гранулематозный периодонтит.

2. Этиологические факторы повышенного стирания:

- недостаточность (функциональная несостоятельность) твёрдых тканей зубов;
- чрезмерное абразивное воздействие на твёрдые ткани зубов;
- функциональная перегрузка зубов.

3. Протокол обследования пациента с повышенным стиранием включает в себя следующие этапы:

- опрос больного;
- внешний осмотр;
- осмотр органов полости рта;
- пальпация жевательных мышц, ВНЧС;
- аускультация ВНЧС;
- дополнительные методы обследований.

4. Томография ВНЧС.

МРТ обследование.

Изучение диагностических моделей в артикуляторе.

Электроодонтодиагностика.

Прицельная рентгенография отдельных зубов.

Панорамная рентгенография зубов и челюстей.

Электромиография и электромионометрия жевательных мышц.

Рентгенокинематография височно-нижнечелюстного сустава.

5. Лечение повышенного стирания зубов, осложнённого снижением высоты нижнего отдела лица (декомпенсированная форма).

Восстановление высоты нижнего отдела лица и нормального положения нижней челюсти.

Восстановление анатомической формы и функции зубов.

Нормализацию движений нижней челюсти, функции мышц и ВНЧС.

Восстановление внешнего вида.

Предупреждение дальнейшего стирания.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 135 [К003618]**

1. Одонтопародонтограмма – схема-чертёж, в которую заносят данные о каждом зубе и его опорном аппарате в виде условных обозначений, полученных в результате клинических обследований и дополнительных методов исследования (рентгенологических исследований, периотестометрии и гнатодинамометрии).

2. Точки зондирования зубодесневых карманов у однокорневых и многокорневых зубов. У однокорневых и многокорневых зубов зондирование проводится в 6 точках (вестибулярная и оральная стороны: медиальная, срединная и дистальная поверхности).

3. Частичное отсутствие зубов верхней челюсти (3 класс 1 подкласс по Кеннеди) и нижней челюсти (3 класс 1 подкласс по Кеннеди). Локализованное повышенное стирание зубов горизонтальной формы 1 степени. Хронический генерализованный пародонтит среднетяжёлой степени тяжести. Радикулярная киста 3.5 зуба. Хронический гранулирующий периодонтит 1.6 зуба.

4. Подготовительный этап:

- профессиональная гигиена полости рта. Обучение индивидуальной гигиене полости рта и её контроль;

- консультация и лечение у врача-хирурга по поводу удаления 1.6, 2.6 зубов, радикулярной кисты 3.5 зуба;

- консультация и лечение в пародонтологическом отделении по поводу хронического генерализованного пародонтита;

- консультация и лечение в терапевтическом отделении по поводу кариеса 1.8, 1.5, 2.4, 2.7, 2.8 зубов и ревизии корневого канала 3.4 зуба;

- в случае планирования имплантации - проведение хирургического вмешательства с целью установки имплантатов в области отсутствующих зубов;

- снятие мостовидных протезов с опорами на 3.5Ф3.8, 4.5Ф4.7 зубы;

- изготовление временных коронок на 3.5, 3.8, 4.5, 4.7 зубы.

5. Сроки проведения реабилитационно-профилактических осмотров пациентов.

Реабилитационно-профилактические осмотры пациентов проводятся регулярно

один раз в 6 месяцев.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 136 [K003622]**

1. Диагноз «Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти (III класс по Кеннеди) и нижней челюсти (II класс 3 подкласс по Кеннеди). Кариес корня 4.7 зуба (разъединение корней по бифуркации). Хронический апикальный периодонтит 1.2, 1.5, 1.7, 2.1, 2.2, 2.3, 2.6, 2.7, 3.2, 4.7 зубов. Хронический генерализованный пародонтит среднетяжёлой степени тяжести».

На верхней челюсти металлокерамические коронки на 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 2.1, 2.2, 2.3, 2.6, 2.7 зубов, объединённые между собой. На нижней челюсти на 3.2, 4.3 зубах первичные телескопические коронки, покрытые сочетанной конструкцией на вторичных телескопических коронках. Состояние имеющихся в полости рта конструкций неудовлетворительное, нарушение краевого прилегания коронок в области опорных зубов, рецессия десны 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 2.1, 2.2, 2.3, 2.6, 2.7, 3.2, 4.3, 4.5 зубов, неудовлетворительная эстетика.

2. План комплексного лечения без учёта имплантации.

I. Подготовительный этап:

- профессиональная гигиена полости рта. Обучение индивидуальной гигиене полости рта и её контроль;

- ознакомление и обучение методике по уходу при пользовании протезами;

- изготовление имедиат – протезов на верхнюю и нижнюю челюсти; в день наложения протезов:

- а). снятие всех искусственных коронок на верхней и нижней челюстях;

- б). удаление всех имеющихся зубов и корней зубов на верхней и нижней челюстях.

II. Второй этап – постоянное протезирование:

- изготовление съёмных пластиночных протезов на обе челюсти с учётом восстановления высоты нижнего отдела лица (не ранее двух-трех месяцев после удаления зубов).

III. Третий этап (реабилитационно-профилактический):

- контрольный осмотр раз в 6 месяцев за состоянием гигиены полости рта, зубными протезами, окклюзионным взаимоотношением зубных рядов.

3. Подготовка гипсовых моделей верхней и нижней челюстей для изготовления имедиат – протезов.

Во фронтальном участке альвеолярному отростку придается овальная форма - на верхней челюсти гипс снимают только с вестибулярной стороны; на модели нижней

челюсти снимают равномерно слой гипса с вестибулярной и оральной сторон по вершине альвеолярной части. В области жевательных зубов альвеолярному отростку придается трапециевидная форма, при этом слой снимаемого гипса не превышает 1-1,5 мм.

#### 4. Реабилитационно-профилактический этап:

- тщательный уход за протезами с использованием современных методов очистки протезов (контейнеры для протезов, таблетки для чистки и дезинфекции);

- регулярный контроль каждые полгода с целью определения эффективности проведенного лечения: фиксации и стабилизации зубных протезов на обеих челюстях, нормализация речи, гармонизации окклюзионных взаимоотношений.

#### 5. Виды стабилизации при пародонтитах:

- фронтальная;
- сагиттальная;
- фронтосагиттальная;
- парасагиттальная;
- стабилизация по дуге.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 137 [К003624]**

1. Диагноз «Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти и нижней челюсти: на верхней челюсти (I класс 1 подкласс по Кеннеди), на нижней челюсти (I класс по Кеннеди). Клиновидные дефекты 1.2, 1.3, 1.5, 2.3, 4.4, 4.5 зубов. Хронический генерализованный пародонтит лёгкой-средней степени тяжести. Рецессия десны в области 3.3, 3.4, 1.3, 1.5 зубов. Аномалии положения зубов (диастема между 1.1 и 2.1 зубами). Зубо-альвеолярная деформация зубных рядов в области 1.3 зуба. Генерализованное повышенное стирание зубов смешанной формы I степени (начальная стадия)».

#### 2. Подготовительный этап:

- профессиональная гигиена полости рта. Обучение индивидуальной гигиене полости рта и её контроль;

- провести ревизию канала 1.1 зуба;

- депульпировать 1.3, 2.1 зубы;

- восстановить депульпированные зубы на верхней челюсти с помощью штифтовых конструкций;

- изготовить временные пластмассовые коронки с опорами на 1.5, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.4, 3.5, 4.4, 4.5 зубы.

#### 3. План ортопедического лечения:



- изготовить м/к мостовидный протез и коронки с опорами на 1.5, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.4, 3.5, 4.4, 4.5 зубы (материал оговаривается с пациенткой);

- изготовить бюгельный протез на верхней челюсти и нижней челюсти.

#### 4. Реабилитационно-профилактический этап.

Контрольные осмотры через 1, 4, 6 месяцев и далее 1 раз в 6 месяцев для оценки множественного фиссурно-бугоркового контакта и краевого прилегания несъёмных протезов, перебазировки съёмных бюгельных протезов, гигиенического состояния полости рта.

#### 5. Классификация повышенного стирания.

А) 1. Локализованная.

2. Генерализованная (ни одной пары антагонистов без повышенной стертости твёрдых тканей зубов).

В) 1. Горизонтальная форма.

2. Вертикальная форма.

3. Смешанная форма.

С) 1. I степень (начальная стадия) стертость до дентина.

2. II степень (развившаяся стадия) до  $\frac{1}{2}$  высоты коронки.

3. III степень (конечная стадия) более  $\frac{1}{2}$  высоты коронки и до уровня десны.

Д) 1. Компенсированная форма (без снижения ВНОЛ).

2. Декомпенсированная форма (со снижением ВНОЛ).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 138 [K003676]**

1. Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти II класс 1 подкласс по Кеннеди, нижней челюсти III класс 1 подкласс по Кеннеди, осложнённое дефектом твёрдых тканей зубов. Кариес 1.1, 1.2, 3.1, 4.1 зубов. Клиновидные дефекты зубов 1.3, 2.4, 2.3 зубов. Rx – 2.2, 4.4 зубов. Хронический периодонтит з 4.4 зуба.

2. Виды штифтовых конструкций для восстановления 4.7, 4.4, 2.2, 2.6, 2.7, 3.7 зубов.

Для восстановления 4.7, 4.4, 2.2, 2.6, 2.7, 3.7 зубов показано изготовление штифтовокультевых вкладок (материал по выбору пациента), так как ИРОПЗ этих зубов составляет более 50%.

3. План ортопедического лечения без учёта имплантации:

- изготовить металлокерамические коронки на зубы 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.5, 3.7, 4.4, 4.7 зубы;

- изготовить бюгельные протезы на верхнюю и нижнюю челюсть.

#### 4. Реабилитационно-профилактический этап.

Контрольные осмотры через 1, 4, 6 месяцев и далее 1 раз в 6 месяцев для оценки множественного фиссурно-бугоркового контакта и краевого прилегания несъёмных протезов, перебазировки съёмных протезов, гигиенического состояния полости рта.

#### 5. Показания к изготовлению штифтовой культевой вкладки:

- зубы со значительным разрушением коронковой части - более 50%, резцы, клыки, премоляры и моляры;

- зубы, корневые каналы которых имеют овальную, листовидную, треугольную и другую отличную от круглой форму в плоскости поперечного среза;

- зубы со значительным разрушением коронковой части, где наблюдается отклонение центральной оси коронковой части от корневой более 5 градусов, но не более 15 градусов;

- зубы фронтальной группы, требующие армирования и восстановления коронковой части, при глубоком резцовом перекрытии (глубокий прикус).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 139 [К003677]**

1. Заполненная одонтопародотограмма по Курляндскому:

**ОДОНТОПАРАДОНТОГРАММА (по В.Ю. Курляндскому)**

	1,4 (11,5)					2,95 (7,5)					3,25 (11,5)					
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3/4-0,75%	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5
1/2-0,5%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0
1/4-0,25%	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0
1/4-0,25%	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,75	0,75	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5
1/2-0,5%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,5	0,5	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0
3/4-0,75%	0,5	0,75	0,25	0,45	0,45	0,4	0,25	0,2	0,25	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	3,8 (11,5)					0,5 (7,0)					1,8 (11,5)					

2. Зондирование зубодесневых карманов в области однокорневых и многокорневых зубов. В области однокорневых зубов зондирование проводится в 4 точках (вестибулярная, оральная, медиальная и дистальная поверхности). В области многокорневых зубов зондирование проводится в 6 точках (2 - на вестибулярной, 2 - на оральной и по 1 - на медиальной и дистальной поверхностях).

3. Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти (III класс 2 подкласс по Кеннеди) и нижней челюсти (II класс по Кеннеди). Кариес дентина 3.5, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8 зубов (множественные дефекты твёрдых тканей зубов). Хронический генерализованный пародонтит среднетяжёлой степени. Деформации верхнего и нижнего зубных рядов (зубное удлинение в области 2.6, 3.4, 3.5, 4.6 зубов II форма по Пономаревой). Множественные отложения на зубах».

4. Фазы адаптации к полным съёмным протезам.

Первая фаза - фаза раздражения - наблюдается в день сдачи протеза.

Вторая фаза - фаза частичного торможения - наступает в период от первого до пятого дня после получения протеза.

Третья фаза - фаза полного торможения - наступает в период от 5 до 33 дня после получения протеза.

5. Сроки и цели проведения профилактических осмотров пациента.

Проведение профилактического осмотра пациента проводится один раз в 6 месяцев

для контроля: гигиены полости рта и ухода за протезами; динамической окклюзии (выявление и устранение преждевременных окклюзионных контактов); конгруэнтности базисов протезов протезному ложу (при необходимости перебазировки протезов).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 140 [K003678]**

1. Заполненная одонтопародонтограмма по Курляндскому:

**ОДОНТОПАРАДОНТОГРАММА (по В.Ю. Курляндскому)**

	(11,5)					(7,5)					(11,5)					
пои 1/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0,75%	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5
0,5%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0
0,25%	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0
0,25%	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,75	0,75	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5
0,5%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,5	0,5	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0
0,75%	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,25	0,25	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5
"	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2,1 (11,5)					1,5 (7,0)					1,95 (11,5)					

2. Зондирование зубодесневых карманов в области однокорневых и многокорневых зубах.

В области однокорневых зубов зондирование проводится в 4 точках (вестибулярная, оральная, медиальная и дистальная поверхности).

В области многокорневых зубов зондирование проводится в 6 точках (2 - на вестибулярной, 2 - на оральной и по 1 - на медиальной и дистальной поверхностях).

3. Полное отсутствие зубов на верхней челюсти. Частичное отсутствие зубов на

нижней челюсти (I класс 2 подкласс по Кеннеди). Radix 3.6 зуба. Хронический генерализованный пародонтит тяжёлой степени тяжести. Хронический периодонтит 3.6 зуба. Слизистая оболочка по Суппле - 1 класс. Ангулярный хейлит. Множественные отложения на зубах. Несостоятельность имеющихся конструкций (нарушение краевого прилегания коронок в области всех опорных зубов).

4. Вариант лечения с применением телескопической системой фиксации.

I. Подготовительный этап.

Снять имеющиеся коронки 4.5-4.6 зубов и мостовидный протез 3.4-3.3-Ф-Ф-Ф-Ф-4.3-4.4 в силу их несостоятельности (нарушение краевого прилегания коронок в области всех опорных зубов, подвижность имеющихся конструкций II степени). Удалить 3.6, 3.4, 4.5, 4.6 зубы (атрофия костной ткани  $\frac{3}{4}$ ). Терапевтическое лечение (при необходимости ревизия корневых каналов 3.3, 4.3, 4.4 зубов).

II. Основной этап (непосредственное протезирование).

3.3, 4.3, 4.4 зубы изготовить первичные телескопические коронки (атрофия костной ткани на  $\frac{1}{2}$ ). Изготовить полный съёмный протез на верхнюю челюсть и покрывной протез с телескопической системой фиксацией на нижнюю челюсть.

III. Реабилитационно-профилактический этап.

Диспансерное наблюдение один раз в 6 месяцев для контроля: гигиены полости рта и ухода за протезами; динамической окклюзии (выявление и устранение преждевременных окклюзионных контактов); конгруэнтности базисов протезов протезному ложу (при необходимости перебазируются протезов).

5. Сроки и цели проведения профилактических осмотров пациента.

Проведение профилактического осмотра пациента проводится один раз в 6 месяцев для контроля: гигиены полости рта и ухода за протезами; динамической окклюзии (выявление и устранение преждевременных окклюзионных контактов); конгруэнтности базисов протезов протезному ложу (при необходимости перебазируются протезов).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 141 [К003679]**

1. Старческий возраст.

2. Частичное отсутствие зубов верхней челюсти (I класс 1 подкласс по Кеннеди), полное отсутствие зубов нижней челюсти, скол коронковой части 1.1 зуба, рецессия десны в области фронтальной группы зубов верхней челюсти, соотношение челюстей по прогеническому типу.

3. Фазы адаптации к полным съёмным протезам.

Первая фаза - фаза раздражения - наблюдается в день сдачи протеза.

Вторая фаза - фаза частичного торможения - наступает в период от первого до пятого дня после получения протеза.

Третья фаза - фаза полного торможения - наступает в период от 5 до 33 дня после получения протеза.

4. Функциональные пробы для оценки устойчивости пластиночного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти:

1 ПРОБА: Глотание.

2 ПРОБА: Открывание рта.

3 ПРОБА: Широкое открывание рта.

4 ПРОБА: Провести языком по красной кайме верхней губы.

5 ПРОБА: Касание кончиком языка щек при полураскрытом рте.

6 ПРОБА: Вытягивание языка по направлению кончика носа.

7 ПРОБА: Коррекция вестибулярного края ложки в боковом отделе.

5. Пациенты в возрастной группе «старческий возраст», диспансерное наблюдение 1 раз в 6 месяцев.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 142 [K003680]**

1. Частичное вторичное отсутствие зубов верхней челюсти - I класс (по Кеннеди), нижняя челюсть - III класс I подкласс (по Кеннеди). Генерализованный пародонтит тяжёлой степени тяжести. Атрофия костной ткани обеих челюстей на  $\frac{2}{3}$ . Подвижность зубов III степени. Несостоятельность зубных протезов. Кариес корня 1.3, 4.6, 4.7 зубов.

2. План комплексного лечения.

Удаление всех имеющихся зубов на верхней и нижней челюстях с одномоментным наложением имедиат-протезов. Через 7-14 дней перебазировка имедиат-протезов.

3. Необходимость удаления зубов.

Подвижность зубов III степени; атрофия костной ткани на  $\frac{2}{3}$  длины корня зуба. Кариес корня 1.3, 4.6, 4.7 зубов.

4. Клинические и лабораторные этапы изготовления съёмных имедиат-протезов.

Снятие альгинатных оттисков и изготовление моделей в исходном состоянии.

Определение центральной окклюзии (центральное соотношение челюстей).

Загипсовка моделей в артикулятор (окклюдатор). Удаление запланированных зубов на гипсовой модели, обработка альвеолярного отростка.

Наложение съёмного протеза в первые 72 часа после удаления зубов. Перебазировка протеза через 7-14 дней после удаления зубов и далее по необходимости.

5. Рекомендации для пациента после проведенного лечения с использованием

иммедиат-протезов.

Проведение коррекции протеза на следующий день. Полоскать рот после еды и промывать протез на ночь. Не снимать протез на ночь первые 10-12 дней после удаления зубов. Вначале принимать мягкую пищу небольшими порциями, а затем более твёрдую и большими порциями. Для быстрого восстановления речи читать вслух.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 143 [K003681]**

1. Хронический рецидивирующий герпетический стоматит. Фиброма (твёрдая) языка.

2. Пациенту необходимо провести цитологическое исследование, при котором будут выявлены гигантские многоядерные клетки. ПЦР диагностика (мазок), серологическое исследование крови для выявления IgM, IgG к простому герпесу первого типа. Исследование общего состояния организма. Фиброма языка подтверждается после гистологического исследования.

3. Дифференциальная диагностика проводится с острым герпетическим стоматитом.

4. План лечения: после стихания явлений герпетического стоматита консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-иммунолога для выявления причин рецидивирующего процесса, удаление фибромы.

5. Группы препаратов для общего лечения: противовирусные препараты, жаропонижающие, антигистаминные средства, дезинтоксикация.

Местно: обезболивание, антисептическая обработка, аппликации противовирусными мазями, кератопластиками.

Для профилактики вирусных заболеваний необходимо назначить пациенту противогерпетическую вакцинацию, избегать контакта с больными герпесом, избегать провоцирующих факторов.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 144 [K003682]**

1. Хронический генерализованный пародонтит тяжёлой степени в стадии обострения на фоне сахарного диабета. Гальваноз. Апикальная гранулема 4.5 зуба.

2. Дополнительные методы исследования: необходимо определение величины микротоков, исследование микрофлоры полости рта с посевом на грибы рода Candida (определение чувствительности к антибиотикам).

3. Дифференциальная диагностика проводится с хроническим атрофическим кандидозом.

4. План лечения: замена ортопедических конструкций (снятие конструкций), удаление корня 4.5 зуба, коррекция индивидуальной гигиены, профессиональная гигиена полости рта, кюретаж пародонтальных карманов, протезирование с подбором материалов.

5. Местная и общая антибактериальная терапия. Местные противовоспалительные препараты. Пациенту обязательно показана консультация врача-терапевта. Наблюдение и лечение у врача-эндокринолога для коррекции АД и содержания сахара в крови. Назначение сбалансированной диеты.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 145 [K003683]**

1. Диагноз «K04.8 Корневая киста. Стадия обострения».

2. Дифференциальная диагностика проводится с:

- острым апикальным периодонтитом пульпарного происхождения K04.4 (Обострением хронического гранулематозного периодонтита);
- генпериапикальным абсцессом без полости K04.7;
- периапикальным абсцессом с полостью. K04.6.

Диагноз обоснован клинической картиной и дополнительными методами обследования.

3. Медицинская карта.

Жалобы: на наличие болезненной припухлости верхней губы слева.

Объективно: припухлость верхней губы слева. Подчелюстные лимфоузлы слева увеличены, при пальпации болезненны. Переходная складка в области 2.1, 2.2 зубов сглажена, пальпация по переходной складке болезненна. Слизистая отёчна, гиперемирована.

Зубная формула:

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

4. Внутриротовая прицельная рентгенография.

5. План лечения.

А. 1) Эндодонтическое лечение корневого канала 2.2 зуба. (Снятие пломбы, механическая медикаментозная обработка канала. Взвесь гидроксида кальция внутри канально (7-10 дней)). Временная пломба.

2) Вскрытие оболочки кисты, дренирование.

3) По показаниям противовоспалительная терапия.

Б. После стихания острого воспаления постоянная obturation корневых каналов с



операцией цистэктомии с резекцией верхушки корня.

В. Планирование ортопедического лечения.

Включенный дефект зубного ряда III класс по Кеннеди.

Возможные варианты протезирования:

- имплантация 4.6 зуба;
- коронка металлокерамическая на имплантате;
- мостовидный протез с опорой на 4.7, 4.5 зубы.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 146 [K003687]

1. Диагноз «периапикальный абсцесс без свища K04.7 (Обострение хронического гранулематозного периодонтита)».

Дифференциальная диагностика с острым апикальным периодонтитом пульпарного происхождения K-04.4, периапикальным абсцессом со свищем K-04.6, корневой кистой неуточнённой K-04.89.

2. Дифференциальная диагностика с острым апикальным периодонтитом пульпарного происхождения K- 04.4, периапикальным абсцессом со свищем K-04.6, корневой кистой неуточнённой K-04.89.

3. Жалобы на боли при надкусывании на 3.6 зуб. Со слов пациента, 2 года назад зуб лечен эндодонтически.

Объективно: в 3.6 зубе пломба, перкуссия резко болезненна, термометрия безболезненна. Глубина пародонтальных карманов в области 3.6, 4.7, 4.8 зубов - 3-5 мм. Пальпация по переходной складке в области 3.6 зуба болезненна.

		п	о			п	п	п	п				п	п	п
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
		о					imp	imp					п		о

4. Дополнительные методы лечения: ортопантограмма (ОПТГ), прицельная внутри ротовая рентгенография.

5. План лечения.

1) Лечение 3.6 зуба: снятие пломбы, распломбирование корневых каналов; механическая и медикаментозная обработка каналов; взвесь гидроксида кальция внутри канально на 7-14 дней. Постоянная obturation каналов, постоянная реставрация, коронка.

2) Лечение локализованного пародонтита нижней челюсти в области 4.8, 4.7 и 3.6

зубов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 147 [K003688]**

1. Диагноз «кариес дентина К-02.1. (Средний кариес)».
2. Дифференциальная диагностика с глубоким кариесом, К-02.1. Хроническим апикальным периодонтитом К-04.5.
3. Жалобы: на наличие полости в 2.7 зубе, периодически возникающие боли от сладкого.

Объективно: лицо симметрично, подчелюстные лимфоузлы не увеличены. В 2.7 зубе кариозная полость в пределах плащевого дентина. Зондирование по эмалево-дентинной границе болезненно, термометрия слабо болезненна. Перкуссия безболезненна.

о	п											о	о	с	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о													о	о	о

4. Дополнительные методы исследования: ЭОД. Причина артефактов на рентгенограмме – серёжка в ухе пациента.
5. План лечения:
  - 1) Лечение кариеса 2.7 зуба.
  - 2) Лечение кариеса 4.5 зуба.
  - 3) Коррекция реставрации 1.7 зуба, возможно эндодонтическое лечение 1.7 зуба (необходима прицельная рентгенограмма).
  - 4) Рациональное протезирование включенного дефекта верхней челюсти слева:
    - а) имплантация после операции синуслифтинга и создания объёма костной ткани;
    - б) мостовидный протез с опорой на 2.5 и 2.7 зубы, рациональное протезирование концевых дефектов нижней челюсти слева;
    - в) имплантация на месте удалённых 3.6, 3.7 зубов;
    - г) бюгельный протез.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 148 [K003689]**

1. Изменение цвета зуба уточнённое К 03.78 (после эндодонтического лечения). Дифференциальная диагностика проводится с изменениями цвета зубов после

прорезывания, группа диагнозов К 03.70.

Киста гайморовой пазухи неуточнённая J-34.1 (Выявлена на рентгенограмме).

2. Дифференциальная диагностика проводится с изменениями цвета зубов после прорезывания, группа диагнозов К 03.70.

Киста гайморовой пазухи неуточнённая J-34.1 (Выявлена на рентгенограмме).

3. Жалобы: на изменение цвета 2.1 зуба.

Объективно: лицо симметрично, подчелюстные лимфоузлы не пальпируются. Прикус ортогнатический. 1.1, 2.1, 2.2 зубы со старыми реставрациями, изменёнными в цвете. 2.1 зуб изменён в цвете – имеет серовато-жёлтый оттенок. Перкуссия безболезненна. Термометрия безболезненна.

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

4. Прицельная рентгенограмма. Для уточнения диагноза Киста гайморовой пазухи необходимо провести компьютерную томографию.

5. План лечения.

Ревизия корневого канала 2.1 зуба (снятие пломбы, удаление пломбировочного материала из устья канала (если корневая пломба не сохранена – перепломбирование канала).

Внутреннее отбеливание коронки 2.1 зуба.

Постоянная реставрация 2.1 зуба (штифтование стекловолоконным штифтом, коронка цельнокерамическая).

Замена реставраций 1.1, 2.1 зуба.

Консультация врача-оториноларинголога с целью дифференциальной диагностики кисты гайморовой пазухи. При одонтогенной кисте: ревизия корневых каналов 2.4 зуба, ЭОД 2.6 зуба, и при необходимости эндодонтическое лечение.

Восстановление дефекта зубного ряда нижней челюсти слева (рентгенологические признаки функциональной перегрузки 3.7 зуба).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 149 [К003751]**

1. Предварительный диагноз «хронический локальный пародонтит средней степени тяжести в области 1.3, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3 зубов и тяжёлой степени в области 1.1 зуба».

## 2. План обследования и дополнительного исследования:

- консультация врача-терапевта-стоматолога о возможности проведения пародонтального индекса (ПИ по Расселу) и лечения хронического пародонтита;
- консультация врача-хирурга-стоматолога о хирургической санации;
- консультация врача-ортопеда-стоматолога о возможности лечения несъёмными конструкциями;
- дополнительно для уточнения диагноза необходимо провести: лучевое исследование - внутриконтактную рентгенографию 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубов, ортопантомографию; общий клинический анализ крови, биохимический анализ крови на содержание глюкозы, анализ крови на ВИЧ-инфекцию;
- заключение врача-терапевта общего профиля о перенесённых и сопутствующих заболеваниях.

3. Дифференцировать пародонтит средней степени тяжести необходимо со следующими заболеваниями: гингивитом, пародонтитом лёгкой и тяжёлой степени, пародонтозом, пародонтолизом.

## 4. Клинический диагноз и его обоснование:

- хронический локальный пародонтит средней степени тяжести в области 1.3, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3 зубов и тяжёлой степени 1.1 зуба. Заболевание имеет хроническое течение, так как пациентка болеет в течение 3 лет, локализованный связано с тем, что только в области определенной группы зубов, средняя степень - это наличие карманов от 3-5 мм и подвижность I степени и тяжелая степень 1.1 зуба это подвижность III степени.

## 5. План лечения и обоснование:

- коррекция и контроль гигиены рта (чтобы правильно чистить зубы, не допустить образования зубного налёта и травмы десны, использование индивидуальных средств гигиены способствовало профилактике воспалительных заболеваний);
- местная противовоспалительная терапия, шинирование 1.3, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3 зубов, избирательное пришлифовывание зубов верхней и нижней челюстей (проводится перед открытым кюретажем, чтобы снять воспаление, скорректировать акклюзионные контакты, нормализовать нагрузку на периодонт);
- операция - открытый кюретаж в области 1.3, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3 зубов, динамическое наблюдение 1 раз в полгода (удаление патологических изменений, грануляций);
- удаление 1.1 зуба по поводу тяжёлой степени хронического периодонтита (зуб имеет подвижность 3 степени, что является показанием к удалению);
- рациональное протезирование в области отсутствующего 1.1 зуба несъёмной конструкцией (эстетически значимая зона лица, молодой возраст пациентки).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 150 [K003752]**

1. Предварительный диагноз «радикулярная киста верхней челюсти в области 1.1, 1.2, 1.3 зубов».

2. План лечения и дополнительного обследования:

- консультация врача-стоматолога-терапевта о возможности перелечивания 1.1, 1.2 зубов по поводу хронического периодонтита;

- консультация врача-ортопеда-стоматолога о снятии мостовидного протеза и изготовления новой конструкции на время лечения временной, затем постоянной;

- с целью определения точной локализации, размеров кисты и отношения к важным анатомическим структурам верхней челюсти необходимо провести лучевое исследование с помощью КЛКТ (конусно-томография), или МСКТ (мультиспиральная компьютерная томография).

3. Дифференцировать радикулярную кисту необходимо со следующими заболеваниями: хроническим периодонтитом, зубосодержащей кистой, кератокистой, амелобластомой.

4. Клинический диагноз и его обоснование: радикулярная киста верхней челюсти в области 1.1, 1.2 зубов (об этом свидетельствует припухлость в области передней группы зубов на верхней челюсти, а также лечение 1.1, 1.2, 1.3 зубов 10 лет назад, по данным лучевых методов определяется очаг разряжения костной ткани, с чёткими контурами диаметром 2 см, в полость разряжения костной ткани обращены корни 1.1, 1.2 зубов, каналы 1.1, 1.2 зубов запломбированы неоднородно).

5. План лечения и обоснование:

- в случае отсутствия сообщения с анатомическими образованиями верхней челюсти (полость носа, верхнечелюстная пазуха) возможен вариант цистэктомии;

- в случае проробдения кисты в полость носа необходимо провести операцию цистотомия;

- перед лечением необходимо провести повторное эндодонтическое лечение 1.1, 1.2 зубов, перед лечением необходимо провести снятие ортопедических конструкций, изготовить временные ортопедические конструкции и после завершения хирургического лечения заменить их на постоянные;

- через полгода провести рентгенологический контроль проведенного лечения.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 151 [K003753]**

1. Предварительный диагноз «хронический травматический апикальный периодонтит 4.7 зуба».

2. План обследования и дополнительного исследования:

- консультация врача-стоматолога-терапевта о возможности сохранения дистального корня и проведения зубосохраняющей операции гемисекции и при невозможности удаления 4.7 зуба;

- консультация врача-стоматолога-ортопеда о рациональном протезировании;

- дополнительно ортопантомография для уточнения расположения нижнечелюстного канала в случае планирования имплантации.

3. Хронический травматический апикальный периодонтит 4.7 зуба. Данные, на основании которых поставлен диагноз: это боль при накусывании, причиной которой послужил сломанный в переднем корне эндодонтический инструмент, а также установка металлокерамической коронки, а это нагрузка на зуб, антибиотикотерапия также не решила проблему, так как причина осталась, и положительная перкуссия зуба. Рентгенография точно указала причину - это отломок инструмента и разряжение костной ткани в области выхода инструмента, также свидетельствует о воспалительном процессе тканей периодонта.

4. В случае удаления 4.7 зуба или гемисекции необходимо назначение антисептических ротовых ванночек 3 раза в день, анальгетиков при болях. После заживления лунки удалённого 4.7 зуба или медиального корня необходимо принять решение о восстановлении дефекта зубного ряда с помощью рационального протезирования, оценить состояние костной ткани в области отсутствующего зуба или корня и при наличии достаточного количества костной ткани и условий для установки имплантата установить имплантат и провести на нем несъёмное протезирование.

5. Для проведения оперативного вмешательства в полости рта с целью установки удаления или гемисекции 4.7 зуба необходимо местное обезболивание проводниковая (мандибулярная) анестезия, так как оперативное вмешательство является непродолжительным и малотравматичным.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 152 [K003754]**

1. Предварительный диагноз «частичная вторичная потеря зубов на верхней челюсти, дефект и деформация альвеолярного гребня верхней челюсти в боковых отделах».

2. План лечения и дополнительного обследования:

- консультация врача-ортопеда-стоматолога о возможности ортопедического лечения с использованием протеза с опорой на дентальные имплантаты;

- дополнительно для уточнения диагноза необходимо провести: внутриконтактную рентгенографию 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубов, ортопантомографию;

- лабораторные исследования: общий клинический анализ крови, биохимический анализ крови на содержание глюкозы, анализ крови на ВИЧ-инфекцию;

- заключение врача-терапевта общего профиля о перенесённых и сопутствующих заболеваниях;

консультация врача-терапевта-стоматолога о проведении профессиональной гигиены и обучению ухода за ортопедическими конструкциями на имплантатах.

3. Клинический диагноз и его обоснование:

а) частичная вторичная потеря зубов на верхней челюсти (об этом свидетельствует отсутствие 1.8 -1.1 2.1 - 2.8 зубов);

б) дефект и деформация альвеолярного гребня верхней челюсти в боковых отделах (при осмотре отмечался дефект и деформация боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти, западение верхней губы).

4. План лечения и обоснование:

а) изготовление съёмного протеза на балке с опорой на дентальные имплантаты, установленные в передний отдел верхней челюсти (это позволит обеспечить полноценную фиксацию протеза и уменьшить его базис так как у пациента выраженный рвотный рефлекс);

б) коррекция и контроль гигиены рта (чтобы правильно чистить ортопедические конструкции, не допустить образования зубного налёта на конструкциях, использование индивидуальных средств гигиены способствовало бы профилактике воспалительных заболеваний).

5. Для проведения оперативного вмешательства в полости рта с целью установки дентальных имплантатов необходимо местное обезболивание - инфильтрационная анестезия, так как оперативное вмешательство является непродолжительным и малотравматичным.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 153 [K003755]**

1. Предварительный диагноз «невралгия II-III ветвей тройничного нерва слева».

2. План обследования и дополнительного исследования:

- консультация врача-терапевта-стоматолога о возможности проведения профессиональной гигиены;

- консультация врача-ортопеда-стоматолога о сглаживании острых краёв металлокерамических коронок, после купирования приступов проведение рационального протезирования;

ортопаномография для исключения патологии со стороны зубочелюстной системы;

дополнительно консультация у врача-невролога, врача-оториноларинголога и врача-терапевта.

3. Дифференцировать невралгию II-III ветвей тройничного нерва необходимо со следующими заболеваниями: острым пульпитом, невралгией тройничного нерва, дисфункции ВНЧС, миофасциальных болей.

#### 4. Клинический диагноз и его обоснование:

невралгия II-III ветвей тройничного нерва слева (об этом свидетельствуют жалобы больного на приступообразные жгучие боли, возникающие при прикосновении, вероятно, к «курковым» зонам на коже лица слева, начало заболевания (после перенесенного ОРВИ) и данные анамнеза свидетельствуют о невралгии II-III ветвей тройничного нерва, а также есть раздражающий фактор - острые края коронок в результате скола керамики).

#### 5. План лечения и обоснование:

- при выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным;
- для лечения невралгии назначаются противоэпилептические средства (Тигретол, Суксилен, Финлепсин, Ривотрил, Морфолен, Триметин, Клоноцепам), витамины группы «В», биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты, блокады анестетиком, физиотерапевтическое лечение;
- необходимо провести профессиональную гигиену полости рта и обучить пациента более эффективно пользоваться индивидуальными средствами гигиены;
- провести сглаживание острых краёв на коронках 1.4, 1.5, 1.6 зубов и после купирования приступов невралгии провести рациональное протезирование – заменить металлокерамические коронки на новые.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 154 [K003756]**

1. Предварительный диагноз «альвеолит лунки 4.6 зуба, хронический периодонтит 4.7 зуба».

#### 2. План обследования и дополнительного исследования:

- а) для уточнения диагноза необходимо провести: внутриконтактную рентгенографию 4.6, 4.7 зубов, ортопантомографию;
- б) лечение альвеолита лунки (кюретаж лунки, в случае наличия остаточных корней удаление корней);
- в) консультация врача-терапевта-стоматолога о лечении 4.7 зуба;
- г) консультация врача-ортопеда-стоматолога о возможности проведения ортопедического лечения в области 4.7 зуба, отсутствующего 4.6 зуба.

3. Для постановки точного диагноза врачу стоматологической клиники необходимо было провести ортопантомографию или визиографию, так как из описания клинической картины осталось не ясным состояние лунки удалённого зуба, наличия остаточных корней в лунке в результате травматического удаления 4.6 зуба и состояния окружающих тканей на момент последнего осмотра. И если в лунке нет остаточных корней, то необходимо было провести эвакуацию распавшего сгустка из лунки с помощью кюретажной ложки и только потом провести антисептическую обработку лунки. В лунку вводят лекарственные вещества, прикрытые иодоформным тампоном.



#### 4. Клинический диагноз и его обоснование:

а) альвеолит лунки 4.6 зуба (учитывая сложное удаление 4.6 зуба, также ноющую боль в области лунки, которая постепенно нарастала, серые массы в лунке, которые говорят о распавшемся сгустке и неприятный запах из лунки, а также 5 дней после удаления говорят о воспалительном процессе лунки зуба, остается неясным вопрос об остаточных корнях 4.6 зуба, которые также могут являться причиной боли и воспаления);

б) хронический периодонтит 4.7 зуба (об этом свидетельствует изменение цвета коронковой части зуба и наличие пломбы).

5. План лечения и обоснование: после постановки точного диагноза, рекомендована санация лунки удалённого 4.6 зуба - проведение повторного кюретажа лунки, введение в лунку йодоформного тампона с Левомеколем, назначение противобактериальной, противовоспалительной терапии, при необходимости физиотерапии. Для 4.7 зуба необходимо провести рентгенографию после чего решить вопрос о лечении зуба терапевтическим путём – заменив пломбу на новую или ортопедическую конструкцию.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 155 [K003757]**

##### 1. Предварительный диагноз поставлен правильно:

- частичная вторичная потеря зубов верхней челюсти;
- посттравматический дефект альвеолярного отростка верхней челюсти в области отсутствующих 1.2, 1.1, 2.1 зубов;
- хронический периодонтит 4.1, 3.1 зубов.

##### 2. План обследования и дополнительного исследования:

а) консультация врача-терапевта-стоматолога о возможности лечения 4.1, 3.1 зубов;

б) консультация врача-ортопеда-стоматолога о возможности лечения несъёмными конструкциями на имплантатах;

в) дополнительно: для уточнения диагноза, для уточнения степени атрофии костной ткани, а также для планирования лечения необходимо провести КЛКТ (конусно-лучевая компьютерная томография), или МСКТ (мультиспиральная компьютерная томография). Для уточнения деструктивных процессов в области корней 4.1, 3.1 зубов внутриконтрастную прицельную рентгенографию или визиографию 4.1, 3.1 зубов.

##### 3. Клинический диагноз и его обоснование:

а) частичная вторичная потеря зубов верхней челюсти (в виду отсутствия 1.2, 1.1, 2.1 зубов);

б) посттравматический дефект альвеолярного отростка верхней челюсти в области отсутствующих зубов 1.2, 1.1, 2.1 (так как альвеолярный отросток верхней челюсти в

области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны, десна в указанной зоне не изменена и при снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы);

в) хронический гранулирующий периодонтит 4.1, 3.1 (из-за изменений цвета коронок зубов и деструктивных изменений с чёткими контурами в области верхушек корней зубов в виде языков пламени).

#### 4. Лечение и его обоснование.

а) Восстановление дефекта верхней челюсти методами костной пластики или направленной тканевой регенерации (из-за истончения и недостатка костной ткани с вестибулярной стороны в области отсутствующих зубов, что подтверждено данными МСКТ, возраст пациентки 27 лет, значит рост челюсти закончен, что позволяет проводить реконструктивные методы лечения на челюсти, а также эстетически значимая зона лица).

б) Последующая или одномоментная дентальная имплантация 3 дентальных имплантатов в области 1.2, 1.1, 2.1 зубов (протяженность дефекта позволяет поставить три имплантата, минимальное расстояние между двумя имплантатами 3 мм соблюдено).

в) Несъёмное протезирование на имплантатах (желание заменить имеющуюся съёмную конструкцию на несъёмную, а также ортопедическая конструкция должна фиксироваться неподвижно и выглядеть эстетично, обеспечивая оптимальную внешность, фонетику, жевательную функцию и возможность проведения гигиены полости рта).

г) Эндодонтическое лечение 4.1, 3.1 зубов по поводу хронического гранулирующего периодонтита (цель эндодонтического лечения – это сохранение зубов и профилактика осложнений, связанных с воспалительными явлениями в области 4.1, 3.1 зубов, что может привести к потере зубов).

5. Для проведения операции в полости рта с целью установки имплантатов и проведения операции костной пластики необходимо местное обезболивание инфильтрационная и проводниковая анестезия, так как хирургическое вмешательство является непродолжительным и малотравматичным, в случае психосоматической патологии совместно с применением премедикации.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 156 [K003758]**

1. Предварительный диагноз «ретенционная киста малой слюнной железы нижней губы справа, хронический периодонтит 1.1 зуба».

2. План обследования и дополнительного исследования:

а) консультация врача-стоматолога-терапевта- о возможности лечения 1.1 зуба и устранения острых краёв зуба;

б) ЭОД 1.1 зуба;

в) необходимо провести внутриконтрастную рентгенографию для уточнения изменений в области корня 1.1 зуба;

г) цитологическое исследование для уточнения диагноза ретенционная киста.

3. Клинический диагноз и его обоснование: ретенционная киста малой слюнной железы нижней губы справа.

Клинические данные подтверждающие диагноз - это наличие травмы верхней губы, наличие округлого образования, возвышающегося над слизистой оболочкой, через истонченную оболочку просвечивается жидкость голубоватого цвета. А также, за данный диагноз, говорит еще клиническое проявление как опорожнение образования с выделением тягучей жидкости вовремя травмирования. За хронический периодонтит говорит травма – удар верхней губы о велосипед, а также зуба, что подтверждено сколом коронки зуба и изменением цвета зуба.

4. План лечения и его обоснование:

после проведения рентгенологического исследования будет решен вопрос о методе лечения 1.1 зуба терапевтическим путём (эндодонтическое лечение с восстановлением коронковой части зуба с помощью композиционных материалов или ортопедическим путём с изготовлением винира на 1.1 зуб).

Хирургическое лечение - под местной анестезией удаление ретенционной кисты с помощью скальпеля или хирургического лазера с последующим патогистологическим исследованием.

5. Для проведения оперативного вмешательства в полости рта с целью удаления образования со слизистой нижней губы необходимо местное обезболивание инфильтрационная анестезия, так как оперативное вмешательство является непродолжительным и малотравматичным.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 157 [K003759]**

1. Дефект зубного ряда верхней челюсти 1 класс по Кеннеди. Дефект зубного ряда нижней челюсти 1 класс по Кеннеди. Генерализованный пародонтит.

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить целостность зубного ряда верхней челюсти с помощью пластиночного протеза;
- восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти с помощью пластиночного протеза;
- обеспечить максимально эффективную фиксацию пластиночного протеза на верхней и нижней челюстях;
- нормализовать высоту нижнего отдела лица в состоянии центрального соотношения;
- нормализовать мезио-дистальное положение нижней челюсти;
- обеспечить защиту от функциональной перегрузки, оставшихся зубов.

3. План ортопедического лечения:

- провести шинирование оставшихся зубов с помощью волоконно-композитных технологий;
- изготовить съёмный пластиночный протез с гнутыми кламмерами на верхнюю челюсть;
- изготовить съёмный пластиночный протез с гнутыми кламмерами на нижнюю челюсть.

4. План терапевтического лечения:

- санировать полость рта.
- провести лечение пародонта, сохранившихся зубов.
- оздоровить слизистую оболочку протезного ложа перед ортопедическим лечением.

5. Анатомо-физиологический. Определение высоты нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя и определение высоты нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии или центрального соотношения методом вычитания средней статистической разницы в 2-4 мм.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 158 [К003760]**

1. Дефект коронок 1.4, 1.5 зубов. Дефект зубного ряда верхней челюсти 3 класс по Кеннеди. Полное отсутствие зубов на нижней челюсти, второй класс по Келлеру.

2. Задачи ортопедического лечения:

- обеспечить эффективное укрепление искусственных коронок 1.4, 1.5 зубов;
- восстановить анатомическую форму 1.4, 1.5 зубов;
- восстановить зубной ряд нижней челюсти с помощью пластиночного протеза;
- обеспечить максимально эффективную фиксацию пластиночного протеза;
- нормализовать высоту нижнего отдела лица в состоянии центрального соотношения.

3. План ортопедического лечения:

- восстановить 1.4, 1.5 зубы культевыми вкладками со штифтом.
- изготовить на 1.4, 1.5 зубы металлокерамические коронки.
- изготовить новый пластиночный протез на нижнюю челюсть.

4. Удалить корни 2.8 зуба.

5. Проба втягивания щёк. Проба движения языка. Проба проглатывания слюны. Проба открывания рта.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 159 [K003761]**

1. Хронический травматический гингивит в области 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубов.
2. Задачи ортопедического лечения:
  - обеспечить эффективное безтравматичное соотношение искусственных коронок 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубов и десневого края, десневых сосочков;
  - восстановить анатомическую форму 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубов.
3. План ортопедического лечения:
  - снять металлокерамические коронки;
  - изготовить временные коронки 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубов;
  - изготовить металлокерамические коронки или цельно-керамические 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубов.
4. План терапевтического лечения:
  - провести эндодонтическое лечение 1.1, 1.2 и 2.1, 2.2 зубов;
  - провести лечебные мероприятия по оздоровлению десневого края коронок опорных зубов.
5. Клинический этап - обследование пациента, обезболивание, припасовка опорных зубов, снятие слепков, фиксация центральной окклюзии. Клинический этап - припасовка металлического каркаса протеза. Клинический этап - припасовка и фиксация готового протеза.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 160 [K003762]**

1. Дефект коронки 1.5 зуба. Дефект зубного ряда нижней челюсти 3 класс по Кеннеди.
  2. Восстановить анатомическую форму 1.5 зуба. Восстановить целостность зубного ряда нижней челюстей. Нормализовать окклюзионные взаимоотношения. Обеспечить защиту опорных зубов мостовидного протеза нижней челюсти от функциональной перегрузки.
  3. Направить на удаление корней 4.6 зуба.  
Восстановить культю 1.5 зуба культевой штифтовой вкладкой.  
Восстановить анатомическую форму 1.5 зуба - цельно-керамической или металлокерамической коронкой.
- Направить на эндодонтическую подготовку опоры 4.7 и 4.5 зубов под мостовидный

протез.

Изготовить мостовидный протез с опорами на 4.7 и 4.5 зубы.

Обоснование выбора конструкции протеза. На основании коэффициентов одонтопародонтограммы (В.Ю. Курляндского).

Провести математическое обоснование возможности использования мостовидного протеза для обеспечения защиты пародонта опорных зубов от функциональной нагрузки.

4. Провести эндодонтическое лечение, подготовить опоры 4.7 и 4.5 зубов под мостовидный протез.

5. Удалить корни 4.6 зуба.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 161 [K003763]**

1. Дефект зубного ряда верхней челюсти 1 класс по Кеннеди. Дефект зубного ряда нижней челюсти 1 класс по Кеннеди.

2. Задачи лечения:

- восстановить целостность зубных рядов верхней и нижней челюстей.
- нормализовать окклюзионные взаимоотношения.
- нормализовать высоту нижнего отдела лица в состоянии центрального соотношения.
- оптимизировать фиксацию протеза верхней челюсти.
- оптимизировать фиксацию протеза нижней челюсти.

3. Снять все коронки, изготовить телескопическую систему фиксации, изготовить индивидуальные ложки на верхнюю и нижнюю челюсти, снять функциональные слепки.

Изготовить пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти на телескопических коронках. Обоснование выбора конструкции протеза:

- целесообразность выбора данной конструкции заключается в том, что границы протеза будут построены как при полном отсутствии зубов, что будет способствовать возникновению функциональной присасываемости и улучшению фиксации протезов, а в случае удаления одиночных коронок протезы будут продолжать работать также как при полном отсутствии зубов.

4. Депульпировать 1.4, 1.3, 2.1, 2.3, 2.4, 4.5, 4.4 опорные зубы.

5. Оптимальные границы протеза пластиночного будут уточняться под контролем функциональных проб как при полном отсутствии зубов, с помощью индивидуальных ложек будут сниматься функциональные оттиски.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 162 [K003764]**

1. Дефект зубного ряда верхней челюсти 3 класс по Кеннеди. Дефект зубного ряда нижней челюсти 3 класс по Кеннеди. Дефекты коронок зубов. Повышенная стираемость фронтальной группы зубов нижней челюсти. Генерализованный пародонтит на верхней челюсти.

2. Задачи ортопедического лечения.

Восстановить целостность зубного ряда верхней челюсти.

Восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти.

Восстановить анатомическую форму фронтальных зубов на нижней челюсти.

Нормализовать окклюзионные соотношения зубов верхней и нижней челюстей.

Нормализовать высоту нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии.

Обеспечить защиту от функциональной перегрузки, опорных зубов.

Обеспечить неподвижность зубам верхней и нижней челюсти.

3. План ортопедического лечения.

Мостовидный протез на нижней челюсти с опорами 33++36.37.

Мостовидный протез на верхней челюсти 1.4+1.6,1.7 зубов.

Шинировать фронтальную группу зубов на верхней челюсти с помощью волоконно-композитных технологий.

Восстановить анатомическую форму передних зубов на нижней челюсти с помощью реставрационных технологий или керамическими винирами.

Восстановить 2.6, 4.6 зубы искусственными коронками.

4. План терапевтического лечения:

Санировать полость рта.

Провести эндодонтическое лечение всех зубов, планируемых под искусственные коронки.

5. С помощью таблицы одонтопародонтограммы В.Ю. Курляндского, привлекая коэффициенты, можно математически обосновать выбор количества опорных зубов в конструкции мостовидного протеза.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 163 [K003765]**

1. Дефект зубного ряда верхней челюсти 3 класс по Кеннеди. Дефект зубного ряда нижней челюсти 3 класс по Кеннеди. Дефекты коронок зубов. Повышенная стираемость фронтальной группы зубов нижней челюсти. Генерализованный пародонтит на верхней челюсти.

2. Задачи лечения.

Восстановить целостность зубного ряда верхней челюсти.

Восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти.

Восстановить анатомическую форму фронтальных зубов на нижней челюсти.

Нормализовать окклюзионные соотношения зубов верхней и нижней челюстей.

Нормализовать высоту нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии.

Обеспечить защиту от функциональной перегрузки, опорных зубов.

Обеспечить неподвижность зубам верхней и нижней челюсти.

3. План ортопедического лечения.

Мостовидный протез на нижней челюсти с опорами 4.5+4.7.

Мостовидный протез верхней челюсти 16.15+.

Металлокерамические или цельнокерамические искусственные коронки 2.5, 2.6, 2.7, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 зубов.

4. План терапевтического лечения.

Санировать полость рта.

Провести эндодонтическое лечение всех зубов под опору искусственными коронками 1.6, 1.5, 2.5, 2.6, 2.7, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 4.5, 4.7 зубов.

5. Удалить корни 4.6 зуба.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 164 [К003766]**

1. Дефект зубного ряда верхней челюсти 3 класс по Кеннеди. Дефект зубного ряда нижней челюсти 2 класс по Кеннеди. Дефекты коронок всех зубов. Генерализованный пародонтит на верхней челюсти.

2. Задачи лечения:

- восстановить целостность зубного ряда верхней челюсти;
- восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти;
- нормализовать окклюзионные соотношения зубов верхней и нижней челюстей;
- нормализовать высоту нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии;
- обеспечить эффективную фиксацию протезов верхней и нижней челюсти.

3. План ортопедического лечения:



- санация удаление подвижных 4.1, 4.2, 3.1, 3.2 зубов;
- изготовить пластиночный протез с телескопической системой фиксации на нижней челюсти с опорами на 4.3, 3.3, 3.5, 3.7 зубы;
- изготовить мостовидный протез по дуге с опорами на 1.7, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.3, 2.7, 2.8 зубы на верхней челюсти.

4. Удаление подвижных 4.1, 4.2, 3.1, 3.2 зубов.

5. Наличие запаса резервных сил пародонта доказана рядом исследований - гнатодинамометрией, фагодинамометрией, анатомо-физиологическими исследованиями. Клинические предпосылки - наличие включённых дефектов при частичном отсутствии зубов. Коэффициенты одонтопародонтограммы В.Ю. Курляндского помогают врачу в выборе количества опорных зубов при планировании конструкции мостовидного протеза.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 165 [K003767]**

1. С флюорозом и кариесом дентина.
2. Местная гипоплазия 2.4 зуба, осложнённая кариесом. K00.4.6. Зуб Тернера.
3. Пломбирование 2.4 зуба стеклоиономерным цементом.
4. Вовлечение зачатка 2.4 зуба в воспалительный процесс от корней 6.4 зуба.
5. Стеклоиономерный цемент, компомеры.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 166 [K003768]**

1. S 02.52 Перелом коронки с повреждением пульпы (перелом коронки центральных резцов в пределах эмали и дентина с обнажением пульпы).
2. С вколоченным вывихом.
3. Электроодонтодиагностика и рентгенологическое обследование.
4. Эндодонтические методы лечения.
5. Прогноз при эффективном лечении благоприятный.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 167 [K003769]**

1. K04.62 Периапикальный абсцесс со свищом (хронический гранулирующий периодонтит) 1.1, 2.1 зуба.
2. С гангренозным пульпитом и хроническим фиброзным периодонтитом.
3. Применение композитных пломбировочных материалов в сочетании с протравливанием твёрдых тканей ортофосфорной кислотой, возможно привело к возникновению осложнений в данном случае.
4. Рентгенологический метод поможет оценить степень формирования корня и

распространенность воспалительного процесса.

5. Показано эндодонтическое лечение с использованием кальцийсодержащих препаратов, после появления признаков апексификации – постоянное пломбирование корневого канала и замена реставрации.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 168 [K003770]**

1. Внутриротовая прицельная рентгенограмма 7.5 зуба: глубокая кариозная полость на жевательной и дистальной поверхности сообщается с полостью зуба. Корни сформированы, признаков резорбции не выявлено, рисунок костной ткани у бифуркации корней сохранён. Зачаток 3.5 зуба без видимых патологических изменений.

2. С глубоким кариесом, хроническим фиброзным пульпитом, хроническими формами периодонтита.

3. Хронический фиброзный пульпит 7.5 зуба K04.03 Пульпит хронический.

4. Рекомендуется провести витальную пульпотомию под местной инфильтрационной или проводниковой анестезией, включающую гемостаз и антисептическую обработку гелем Вискостат (20% сульфат железа), промывание дистиллированной водой. На корневую пульпу накладывают цинкоэвгенольный цемент или цинк-эвгеноловую пасту. Коронку зуба восстанавливают пломбировочным материалом или стандартной защитной коронкой.

5. При эффективном лечении резорбция корней будет проходить в средние физиологические сроки, при неэффективном – возникнет хронический гранулирующий периодонтит с патологической резорбцией корней.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 169 [K003771]**

1. Многоформная экссудативная эритема, L51.01 X Эритема многоформная.

2. С острым герпетическим стоматитом, медикаментозным стоматитом.

3. Папулы розового цвета на коже тыльной поверхности рук.

4. Общее лечение: гипосенсибилизирующая, противовоспалительная терапия, иммуномодуляторы. Местное лечение: обезболивающие препараты, ферменты, антибактериальные и кератопластические средства.

5. Консультация врача-педиатра, врача-иммунолога-аллерголога.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 170 [K003772]**

1. Дентальная компьютерная томограмма нижней челюсти в боковой проекции справа (центральный крупный рисунок); справа сверху – послойное изображение в саггитальной плоскости; справа посередине – послойное изображение в аксиальной плоскости; справа внизу – 3D-реконструкция.

2. Корень 4.5 зуба находится в стадии несформированной верхушки.

3. Корень 4.6 зуба – в стадии незакрытой верхушки, определяется очаг деструкции у верхушки медиального корня с чёткими границами.

4. Корень 4.7 зуба – в стадии несформированной верхушки.

5. Зачаток 4.8 зуба в стадии формирования коронки.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 171 [K003773]**

1. Синдром Папийона-Лефевра. Пародонтолиз. K.05.2 Острый пародонтит.
2. Нейтропения, эозинофильная гранулема, сахарный диабет.
3. Симптоматическое лечение у врача-терапевта-стоматолога, врача-хирурга, врача-ортодонта.
4. Консультация врача-генетика, врача-дерматолога, врача-эндокринолога, врача-гастроэнтеролога.
5. Прогноз для зубов неблагоприятный, полная утрата к подростковому возрасту.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 172 [K003774]**

1. K00.40 Гипоплазия эмали (бороздчатая форма системной гипоплазии).
2. Электроодонтодиагностика, витальное окрашивание.
3. С местной гипоплазией, кариесом эмали, флюорозом.
4. Болезни ребёнка в первые годы жизни.
5. Закрытие дефектов стеклоиономерными цементами, покрытие зубов стандартными защитными коронками. По окончании формирования корней – реставрация композитными пломбировочными материалами.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 173 [K003781]**

1. Альвеолит лунки удалённого 4.7 зуба.
2. Ограниченный остеомиелит лунки. Острый край лунки.
3. Лечение альвеолита лунки 4.7 зуба. Назначение антибактериальной и противовоспалительной терапии.
4. Анестезия, антисептическая обработка лунки, щадящий кюретаж (не вызвать кровотечение), повторная антисептическая обработка лунки, внесение в лунку смеси порошка анестезина и метронидозола. Рыхлое наложение йодоформной турунды в лунку. Применяют блокады анестетика 0,5% Лидокаина или Новокаина с Линкомицином или введение раствора «Траумель» по типу инфильтрационной анестезии. При сохранении боли и воспаления блокаду повторяют через 48 часов. Местное воздействие на воспалительный очаг проводят ежедневно или через день до полного прекращения боли (обработку альвеолы антисептиками, внесение лекарственных средств в лунку, блокады,

смена повязки). Через 5-7 дней стенки альвеолы покрываются молодой грануляционной тканью (Т.Г. Робустова, 2010. С.156).

5. Периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 174 [K003782]**

1. Периостит верхней челюсти в области 1.6 зуба.

2. Остеомиелит, абсцесс, обострение хронического периодонтита.

3. Консультация врача-стоматолога-ортопеда, врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и сохранения 1.6 зуба. Вскрытие поднадкостничного очага, при необходимости удаление 1.6 зуба.

4. Анестезия. С целью вскрытия гнойного очага проводится разрез слизистой оболочки параллельно переходной складке на всю длину инфильтрата до кости, на протяжении 2-3 зубов. Рану дренируют резиновой полоской. В случае невозможности сохранения 1.6 зуба - удаление зуба. Удаление зуба позволяет улучшить опорожнение гнойного очага и способствует более быстрой ликвидации воспалительных явлений.

Проводятся ежедневные перевязки и лечение гнойной раны с использованием антисептических растворов Хлоргексидина.

5. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона. Лимфаденит.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 175 [K003783]**

1. Периостит нижней челюсти в области 4.7 зуба.

2. Остеомиелит, абсцесс, обострение хронического периодонтита.

3. Консультация врача-стоматолога-ортопеда, врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 4.7 зуба. Вскрытие поднадкостничного очага, при необходимости удаление 4.7 зуба.

4. Анестезия. Вскрытие поднадкостничного очага, антисептическая обработка, дренирование.

5. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона. Лимфаденит.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 176 [K003784]**

1. Хронически гранулирующий периодонтит 3.5 зуба. K04.5 Хронический апикальный периодонтит. K04.62 Периапикальный абсцесс со свищом, имеющий сообщение с полостью рта.

2. Хронический фиброзный периодонтит, хронический гранулематозный периодонтит, хронический остеомиелит, свищи лица и шеи, актиномикоз.

3. Консультация врача-стоматолога-ортопеда и врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности консервативного лечения 3.5 зуба. На первом этапе

необходимо провести ревизию и перепломбирование канала 3.5 зуба. В случае успешного эндодонтического лечения - динамическое наблюдение в течение 6-8 месяцев (Т.Г. Робустова, 2010. С.175) Если околоверхушечный гранулирующий или гранулематозный очаг не ликвидируется или эндодонтическое лечение невозможно, выполняют оперативное вмешательство на корнях. Проведение зубосохраняющей операции (резекции верхушки корня).

Операция резекции верхушки корня 3.5 зуба может быть затруднена в связи с близким расположением верхушки корня к ментальному отверстию. Противопоказание к резекции верхушки корня - расположение корней зубов вблизи подбородочного отверстия (0,3-0,5 см). (Робустова Т.Г., 2010, с.176).

При невозможности и безуспешности консервативного лечения - удаление 3.5 зуба.

4. Операция удаления зуба 3.5: анестезия, сепарация, наложение клювовидных щипцов без шипов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж. В случае разрушения зуба до уровня кости и ниже использование элеваторов или бормашины.

5. Периостит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 177 [K003785]**

1. Ретенционная киста малой слюнной железы нижней губы слева.
2. Новообразования мягких тканей полости рта: папиллома, фиброма, лимфангиома.
3. Лечение только хирургическое. Удаление ретенционной кисты в плановом порядке. Гистологическое исследование полученного материала.
4. Анестезия. Выполнение двух полуовальных сходящихся разрезов, окаймляющих кисту, выделение кисты по оболочке (частично острым, частично тупым путём при помощи зажима, аккуратно, чтобы не повредить оболочку). Ушивание раны.
5. Деформация нижней губы. Хроническая травма образования.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 178 [K003786]**

1. Ретенционная киста малой слюнной железы нижней губы справа.
2. Новообразования мягких тканей полости рта.
3. Лечение только хирургическое. Удаление ретенционной кисты в плановом порядке. Гистологическое исследование полученного материала.
4. Анестезия. Выполнение двух полуовальных сходящихся разрезов, окаймляющих кисту, выделение кисты по оболочке (частично острым, частично тупым путём при помощи зажима, аккуратно, чтобы не повредить оболочку). Ушивание раны наглухо.
5. Нагноение кисты. Деформация нижней губы.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 179 [K003787]**

1. Слюннокаменная болезнь левой поднижнечелюстной слюнной железы.
2. Воспалительные заболевания слюнных желёз, опухоли и опухолеподобные поражения слюнных желёз, ранула, опухоли мягких тканей дна полости рта, эпидермоидные и дермоидные кисты, флеболиты.
3. Удаление камня поднижнечелюстной слюнной железы в плановом порядке. Бужирование протока в послеоперационном периоде.
4. Анестезия. Выполнение линейного разреза в проекции протока, выделение протока тупым путём, рассечение протока, извлечение камня, дренирование (дренаж должен быть подшит к краям раны). Рану можно наглухо не ушивать.
5. Повторное образование камня. Сиаладенит. Абсцесс. Флегмона.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 180 [K003788]**

1. Обострение слюннокаменной болезни правой поднижнечелюстной слюнной железы.
2. Воспалительные заболевания слюнных желёз, опухоли и опухолеподобные поражения слюнных желёз, ранула, опухоли мягких тканей дна полости рта, эпидермоидные и дермоидные кисты.
3. Проведение разреза, вскрытие абсцесса подъязычной области с возможным одновременным рассечением протока и удалением камня. Назначение антибактериальной и противовоспалительной терапии. Бужирование протока в послеоперационном периоде.
4. Анестезия. Проведение разреза слизистой оболочки по медиальному скату подъязычного валика в проекции протока, отступя от устья протока не менее 1 мм, выделение протока тупым путём, рассечение протока, извлечение камня, дренирование (дренаж должен быть подшит к краям раны), наложение швов.
5. Повторное образование камня. Сиаладенит. Абсцесс. Флегмона.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 181 [K003789]**

1. Острый гнойный перикоронит в области 4.8 зуба.
2. Ретромолярный периостит, невралгия 3 ветви тройничного нерва, абсцесс крыловидно-нижнечелюстного, окологлоточного пространств.
3. Прежде всего необходимо ликвидировать острые воспалительные явления. Третий моляр удаляют только после стихания воспалительных явлений. Рекомендуется через 2-3 недели после острого перикоронита. После стихания острых воспалительных явлений решение вопроса о необходимости удаления 4.8 зуба. Если места в альвеолярной части достаточно, а положение зуба правильное, то при своевременном лечении

воспалительные явления быстро купируются. После чего может быть иссечен капюшон. В случае, когда места в позадимолярной ямке мало или зуб смещён в какую-либо сторону, воспаление может рецидивировать, ставится вопрос об удалении зуба.

4. При гнойной форме перикоронорита проводят рассечение капюшона, под местной анестезией. Под рассечённый капюшон вводят небольшую тонкую полоску йодоформной марли, проводится антисептическая обработка (Т.Г. Робустова, 2010. С.295). Ежедневные перевязки в течение 5 дней. Назначение внутрь противовоспалительных, антибактериальных, антигистаминных препаратов.

5. Ретромолярный периостит, абсцесс, флегмона, воспалительная контрактура.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 182 [К003790]**

1. Острый край лунки в области удалённых 4.5; 4.6 зубов.
2. Альвеолит, верхнечелюстной синусит, ограниченный остеомиелит лунки, незавершённое удаление зуба.
3. Удаление острого края лунки в области 4.5 и 4.6 зубов. Рациональное протезирование.
4. Анестезия. Проведение дугообразного разреза. Отслаивание слизисто-надкостничного лоскута. Удаление острого края. Сглаживание неровностей кости фрезой. Наложение швов.
5. Хроническая травма слизистой оболочки.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 183 [К003791]**

1. Хронический гранулирующий периодонтита 2.2 зуба. К04.62 Периапикальный абсцесс со свищом, имеющий сообщение с полостью рта.
2. Хронический фиброзный периодонтит, хронический гранулематозный периодонтит, хронический остеомиелит, свищи лица и шеи, актиномикоз.
3. Консультация врача-стоматолога-ортопеда и врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 2.2 зуба. На первом этапе необходимо провести ревизию и перепломбирование канала 2.2 зуба. В случае успешного эндодонтического лечения - динамическое наблюдение в течение 6-8 месяцев (Т.Г. Робустова, 2010. С.175). Если околоверхушечный гранулирующий или гранулематозный очаг не ликвидируется, выполняют оперативное вмешательство на корнях. Проведение зубосохраняющей операции (резекции верхушки корня) при невозможности консервативного лечения с ретроградным пломбированием канала.
4. Анестезия. Проведение полуовального, трапецевидного или углообразного разреза, отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, формирование трепанационного окна, резекция верхушки корня, удаление патологической грануляционной ткани. Ретроградное пломбирование канала 2.2 зуба, ушивание раны.

Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж.

5. Периостит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 184 [K003792]**

1. Подкожная одонтогенная гранулема щёчной области справа. Хронический гранулирующий периодонтит 4.6 зуба.

2. Абсцесс. Флегмона. Периостит. Новообразования мягких тканей полости рта. Хронический остеомиелит.

3. Удаление 4.6 зуба. Рассечение тяжа. Удаление грануляционной ткани из-под слизистой оболочки, надкостницы, подкожной клетчатки.

4. Операция удаления 4.6 зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж.

Рассечение тяжа, удаление грануляционной ткани из-под слизистой оболочки, надкостницы, подкожной клетчатки. После рассечения тяжа у свода преддверия рта рану в течение 3-4 недель заполняют марлевым тампоном, пропитанным йодоформной жидкостью. Если этого не сделать, то рубцевание вдоль свода преддверия рта может привести к втянутости кожи и припаиванию к надкостнице, следствием чего могут быть эстетический дефект и деформация переходной складки.

5. Периостит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 185 [K003793]**

1. Острый гнойный одонтогенный периостит правой верхней челюсти.

2. Остеомиелит, абсцесс, обострение хронического периодонтита, флегмона.

3. Вскрытие поднадкостничного очага. Удаление 1.6 зуба.

4. Анестезия. Удаление 1.6 зуба. Удаление зуба позволяет улучшить опорожнение гнойного очага и способствует более быстрой ликвидации воспалительных явлений.

С целью вскрытия гнойного очага проводится разрез слизистой оболочки параллельно переходной складке на всю длину инфильтрата до кости, на протяжении 2-3 зубов. Рану дренируют резиновой полоской.

Проводятся ежедневные перевязки и лечение гнойной раны с использованием антисептических растворов Хлоргексидина.

5. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона. Лимфаденит.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 186 [K003795]**

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.



2. Острый периодонтит. Острый гнойный периостит челюсти. Опухоль Юинга. Абсцесс. Флегмона.

3. Лечение в стационаре. Удаление 3.6 зуба. Вскрытие гнойных очагов. Дренирование. После полного излечения консультация у врача-стоматолога-ортопеда о восстановлении целостности зубных рядов.

4. Удаление причинного 3.6 зуба, вскрытие гнойных очагов в кости, перфорация кости для улучшения оттока и микроциркуляции, антибактериальная терапия, противовоспалительная терапия. Шинирование соседних с причинным подвижных 3.4, 3.5, 3.7 зубов.

5. Абсцесс, флегмона.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 187 [K003796]**

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа.

2. Острый периодонтит. Острый гнойный периостит челюсти. Опухоль Юинга. Абсцесс. Флегмона.

3. Лечение в стационаре. Удаление 4.7 зуба. Вскрытие гнойных очагов. Дренирование ран. После полного излечения консультация у врача-стоматолога-ортопеда о восстановлении целостности зубных рядов.

4. Удаление причинного 4.7 зуба, вскрытие гнойных очагов в кости, перфорация кости для улучшения оттока и микроциркуляции, антибактериальная терапия, противовоспалительная терапия. Шинирование 4.5, 4.6, 4.8 зубов.

5. Абсцессы и флегмоны прилежащих клетчаточных пространств ЧЛО, СИРС.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 188 [K003797]**

1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.

2. Опухоли, опухолеподобные состояния, актиномикоз, туберкулёз, сифилис.

3. Лечение в стационаре, операция секвестрэктомия, первичная хирургическая обработка околочелюстных воспалительных очагов, дренирование, иссечение свищевого хода, общеукрепляющая терапия, десенсебилизирующая терапия, антибактериальная терапия, противовоспалительная терапия, физиотерапевтическое лечение.

4. Анестезия, проведение внеротового или внутриротового разреза, создание ходов в секвестральную полость, удаление секвестра, щадящий кюретаж, иссечение свищевого хода, дренирование, наложение швов.

5. Абсцессы и флегмоны прилежащих клетчаточных пространств ЧЛО, патологический перелом, ложный сустав.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 189 [K003799]**

1. Хронический гранулирующий периодонтит 2.3 зуба, подслизистая гранулема в области зуба 2.3.

2. Хронический фиброзный периодонтит, хронический гранулематозный периодонтит, периостит, радикулярная киста.

3. Консультация врача-стоматолога-ортопеда, врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности консервативного лечения 2.3 зуба или удаления 2.3 зуба с последующим восстановлением зубного ряда.

4. Предварительное эндодонтическое лечение 2.3 зуба, ревизия канала. Операция резекции верхушки корня: анестезия, проведение полуовального разреза, отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, формирование трепанационного окна, резекция верхушки корня, удаление гранулёмы, при необходимости ретроградное пломбирование канала 2.3 зуба, ушивание раны. Удаление грануляционной ткани из-под слизистой оболочки, надкостницы, подкожной клетчатки.

5. Периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 190 [K003800]**

1. Альвеолит лунки удалённого 3.6 зуба.

2. Ограниченный остеомиелит лунки.

3. Лечение альвеолита лунки 3.6 зуба. Консультация врача-стоматолога-ортопеда на предмет восстановления дефекта зубного ряда.

4. Анестезия, антисептическая обработка лунки, щадящий кюретаж (не вызвать кровотечение), повторная антисептическая обработка лунки, внесение в лунку смеси порошка анестезина и Метронидозола. Рыхлое наложение йодоформной турунды в лунку. Применяют блокады анестетика 0,5% Лидокаина или Новокаина с Линкомицином или введение раствора «Траумель» по типу инфильтрационной анестезии. При сохранении боли и воспаления блокаду повторяют через 48 часов. Местное воздействие на воспалительный очаг проводят ежедневно или через день до полного прекращения боли (обработку альвеолы антисептиками, внесение лекарственных средств в лунку, блокады, смена повязки). Через 5-7 дней стенки альвеолы покрываются молодой грануляционной тканью (Т.Г. Робустова, 2010, с.156).

5. Периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 191 [K003821]**

1. Лицо асимметричное (подбородок слегка смещён вправо), профиль вогнутый, подбородок выступает впереди, увеличена нижняя треть лица, сглажена подбородочная складка. В полости рта: нёбное положение 1.5 зуба, супра- и вестибулопрорезывание 1.3 зуба дефицит места в зубном ряду на 100%, мезиальный сдвиг 1.4-1.6 зубов, смещение всех фронтальных зубов верхней челюсти вправо, тортоаномалия 1.2 зуба, тортоаномалия и вестибулоположение 2.2 зуба, тортоаномалия 2.4 зуба, ретрузия верхних резцов, вторичная адентия 3.4, 4.4 зубов, незначительная скученность нижних резцов, их

ретрузия. Форма зубных рядов не изменена. Сужение укорочение верхнего и нижнего зубных рядов. Смыкание первых моляров по III классу Энгля. Мезиальная окклюзия, обратная резцовая окклюзия, дизокклюзия по вертикали в области премоляров, перекрестная окклюзия в боковом отделе справа, прямая окклюзия по трансверзали в области 2.4, 2.5/3.5, 3.6 зубов. Смещение центральной линии на верхнем зубном ряду вправо.

2. Индекс Тонна=32/24=1,33-резцы пропорциональны. Согласно измерениям по Пону - резкое сужение верхнего и нижнего зубных рядов. По измерениям длины переднего отрезка по Коркхаузу - укорочение переднего отрезка верхнего и нижнего зубных рядов.

3. На ОПТГ присутствуют зачатки 1.8, 2.8, 3.8, 4.8 зубов, отсутствуют 3.4, 4.4 зубы. Корни всех зубов сформированы соответственно возрасту.

Анализ ТРГ:

- гнатическая форма мезиальной окклюзии (угол ANB= -6°);
- вертикальный тип роста, увеличена нижняя треть лица (Spp/MP=35°);
- верхние резцы находятся в незначительной ретрузии (Spp/верхний резец=112°);
- нижние резцы находятся в резкой ретрузии (MP/нижний резец=78°).

4. По МКБ-10: K07.2 – Аномалии соотношений зубных дуг, K07.3 – Аномалии положения зубов.

Вестибуло- и супрапрорезывание 1.3 зуба, полное отсутствие места в зубном ряду, вторичная адентия 3.4 и 4.4 зубов.

Сужение и укорочение зубных рядов, мезиальная окклюзия, обратная резцовая окклюзия, смещение центра на верхней челюсти вправо, перекрестная окклюзия в боковом отделе справа, прямая окклюзия по трансверзали слева.

5. План лечения.

1. Форсированное расширение верхнего зубного ряда с помощью аппарата Дерихсвайлера.

2. Нормализация формы и размера верхнего зубного ряда с помощью последовательной смены дуг на полной несъемной технике (брекет-системе).

3. Освобождение места для 1.3 зуба с помощью раскрывающей пружины между 1.2-1.4 зубами.

4. Постановка 1.3 зуба в зубной ряд.

5. Нормализация формы и размера нижнего зубного ряда (его удлинение) и устранение скученности во фронтальном отделе с помощью последовательной смены дуг на полной несъемной технике (брекет-системе).

6. Нормализация окклюзии по сагиттали с помощью межчелюстной тяги по III классу.

7. Юстировка.

8. Ретенционный период (ретенционная капа на верхний зубной ряд, несъемный ретейнер 3.3-4.3 зубов).

9. Динамическое наблюдение за ростом нижней челюсти: при продолжении ее активного роста и эстетических жалобах пациентки на профиль, по достижении 18-летнего возраста провести повторное ортодонтическое лечение в сочетании с ортогнатической хирургией.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 192 [K003822]**

1. Лицо симметричное, профиль слегка выпуклый, увеличена нижняя треть лица, губы в покое не сомкнуты, сглаженность носогубных подбородочных складок.

В полости рта: 1.7 зуб - отсутствует (задержка прорезывания), вестибуло и супраположение 1.3 и 2.3 зубов, скученность фронтальных зубов нижнего зубного ряда. Верхний зубной ряд V-образной формы, нижний - трапецевидной формы. Сужение верхнего зубного ряда, укорочение нижнего зубного ряда. Первые моляры смыкаются по III классу Энгля, легкая палатиноокклюзия в области 1.6/4.6 зубов, прямая окклюзия по трансверзали в области 2.6/3.6 зубов. Дизокклюзия по вертикали в области клыков справа и слева.

2. Резцы не пропорциональны, так как индекс Тона =  $32:27=1,18$  (в норме 1,33), следовательно, в пропорциональном отношении верхние резцы мельче нижних. Согласно измерениям по Пону, есть сужение верхнего зубного ряда в области премоляров и моляров (около 3 миллиметров), измерения длины переднего отрезка по Корхаузу показали незначительное укорочение взр, укорочение нзр.

3. На ОПТГ: ретенция 1.7 зуба, адентия 1.8, 2.8, 3.8 зубов.

По результатам анализа ТРГ в боковой проекции: мезиальная окклюзия ( $ANB= -1^\circ$ ), вертикальный тип роста, увеличение нижней и средней трети лица, так как увеличены все вертикальные параметры ( $NSL/MP = 37^\circ$ ,  $NSL/Spp = 10^\circ$ ,  $Spp/MP = 27^\circ$ ), незначительная ретрузия нижних резцов.

4. По МКБ-10: K07.2 – Аномалии соотношений зубных дуг, K07.3 – Аномалии положения зубов. Вестибуло- и супраположение 1.3 и 2.3 зубов. Сужение верхнего зубного ряда, укорочение нижнего зубного ряда, мезиальная окклюзия, вертикальный тип роста гнатического комплекса.

5. План лечения.

1. Миогимнастика для укрепления тонуса круговой мышцы рта (упражнение с «бутылкой», надувание шариков, удержание шпателя).

2. Нормализация формы и размера верхнего зубного ряда (его расширению и

незначительное удлинение) с последующей постановкой 1.3, 2.3 зубов в зубной ряд с помощью последовательной смены дуг на полной несъёмной технике (брекет-системе).

3. Нормализация формы и размера нижнего зубного ряда (его удлинение) и устранение скученности во фронтальном отделе с помощью последовательной смены дуг на полной несъёмной технике (брекет-системе).

4. Нормализация окклюзии по сагиттали с помощью межчелюстной тяги по III классу.

5. Юстировка.

6. Ретенционный период (ретенционная капа на верхний зубной ряд, несъёмный ретейнер 33-43).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 193 [K003823]**

1. Наличие ЗЧА. Неудовлетворительная гигиена полости рта.

2. Лечение кариеса временных зубов. Герметизация фиссур постоянных моляров. Коррекция гигиены полости рта. Консультация врача-ортодонта по лечению ЗЧА и целесообразности пластики уздечки верхней губы. Френулопластика уздечки языка.

3. Инвазивная герметизация проводится при закрытых фиссурах, когда визуальный осмотр фиссуры на её протяжении невозможен. В остальных случаях проводится неинвазивная герметизация.

При возможности адекватной изоляции рабочего поля предпочтение отдают композитным герметикам, в случае неполного прорезывания моляров или низкой кооперативности ребёнка – стеклоиономерные герметики.

4. Контроль исходного уровня гигиены, визуализация зубного налёта с помощью индикаторов.

Индивидуальный подбор средств гигиены (зубная щётка, зубная паста, флоссы, ополаскиватели).

Обучение правильной методике чистки зубов.

Рекомендации родителям по контролю за чисткой зубов.

На повторном визите – контроль уровня гигиены, коррекция гигиенических навыков.

5. Местная анестезия (апликационная и инфльтрационная).

Предпочтительно для инфльтрационной анестезии использовать препараты артикаинового ряда с вазоконстриктором.

Изоляция рабочего поля – использование коффердама.

Препарирование – некрэктомия, формирование полости, обработка края эмали.

Обоснование выбора материала для прямой реставрации, предпочтение к использованию композитов.

Финишная обработка реставрации.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 194 [K003824]**

1. К 04.4 острый апикальный периодонтит.

Дифференциальная диагностика К 02.1 Кариес дентина (средний кариес); К 04.04 Хронический язвенный пульпит (хронический гангренозный пульпит); К 04.5 хронический апикальный периодонтит.

2. Жалобы на боль в области нижней челюсти справа.

Со слов мамы, зуб ранее лечен в поликлинике.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,0°C.

Местно: на жевательной поверхности 8.5 зуба определяется глубокая кариозная полость, дно полости заполнено размягчённым дентином, слизистая оболочка десны гиперемирована, отёчна. Пальпация по переходной складке в области 8.5 зуба слабо-болезненна. На ОПТГ: разрежение костной ткани между областью бифуркации корней 8.5 зуба и фолликулом 4.5 зуба.

3. План лечения.

Местная анестезия.

Удаление 8.5 зуба.

Консультация врача-ортодонта для определения целесообразности установки удерживателя пространства.

Составление индивидуальной программы профилактики.

4. Рекомендации после проведённого лечения.

Жаропонижающие, обезболивающие (Ибупрофен 20 мг/кг массы тела в сутки, Парацетамол 60 мг/кг массы тела в сутки в течение 3 дней).

Ротовые ванночки с раствором Хлоргексидина 0,2% после приёма пищи 1-3 дня.

Щадящая диета – избегать употребления горячей, острой пищи, не пить газированные напитки в течение 3 дней.

Избегать физических нагрузок до нормализации общего состояния.

5. Рекомендации по гигиене: зубная паста с содержанием фторида не менее 1000 ppm. Использование флоссов для очистки межзубных промежутков.

Домашние курсы ремотерапии: нанесение кальцийсодержащих препаратов (Tooth MOUSSE, РОКС, Сплат) на зубы после вечерней чистки ежедневно.

Диспансерное наблюдение: осмотр у врача-стоматолога 1 раз в 6 месяцев.

Покрытие зубов Фторлаком 1 раз в 6 месяцев.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 195 [K003825]**

1. Фурункул подбородочной области в стадии абсцедирования.
2. Карбункул/абсцесс мягких тканей.
3. Комплексная антибактериальная противовоспалительная терапия. Вскрытие абсцесса, некрэктомия. Ежедневные перевязки.
4. Чаше - не требуется. Редко - УЗИ мягких тканей.
5. Менингит, менингоэнцефалит, абсцесс головного мозга, тромбоз синусов твёрдой мозговой оболочки.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 196 [K003826]**

1. Перелом верхней челюсти по типу Le Fort III.
2. Провести тест двойного пятна.
3. Многопрофильный стационар с отделениями челюстно-лицевой хирургии и нейрохирургии.
4. Рентгенологическое обследование (прямая проекция, полуаксиальна), КТ средней зоны лицевого черепа + головного мозга.

Консультация врача-невролога/нейрохирурга, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога.

Остеосинтез верхней челюсти.

5. Бинокулярная диплопия за счёт гипoftальма, экзофтальм, энофтальм.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 197 [K003827]**

1. Амелобластома нижней челюсти слева (кистозная форма).
2. Медленный рост опухоли, отсутствие реакции со стороны регионарных лимфатических узлов.
3. Радикулярная киста больших размеров, фолликулярная киста, кератокиста, остеобластокластома.
4. Пункционная биопсия, КТ нижней челюсти.
5. Комплексное обследование.

Резекция нижней челюсти в пределах здоровых тканей.

Устранение дефекта нижней челюсти с помощью эндопротеза или костного аутотрансплантата.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 198 [K003828]**

1. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта справа, крыловидно-нижнечелюстного пространства справа, медиастинит.
2. Флегмона поднижнечелюстной области, аденофлегмона.
3. Комплексная антибактериальная противовоспалительная терапия. Вскрытие флегмоны дна полости рта, медиастинотомия. Ежедневные перевязки.
4. КТ грудной полости, консультация врача-торакального хирурга.
5. Дальнейшее распространение воспалительного процесса, полиорганная недостаточность, летальный исход.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 199 [K003829]**

1. Профессиональные вредности, курение, несанированная полость рта.
2. Плоская, эрозивно-язвенная, веррукозная, лейкоплакия курильщиков.
3. Красный плоский лишай, красная волчанка, хронический гиперпластический кандидоз, вторичный сифилис, ороговевающий плоскоклеточный рак.
4. Санация полости рта. Отказ от курения. Применение кератопластических препаратов местно. Регулярные профилактические осмотры у врача-стоматолога.
5. Малигнизация очага поражения слизистой.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 200 [K003830]**

1. Дефект мягких тканей щёчной области слева.
2. Введение противостолбнячного анатоксина. ПХО раны щёчной области. Пластика местными тканями (перемещение встречных треугольников по Лимбергу, скользящий лоскут, лоскут на ножке).
3. Повреждение щёчной ветви лицевого нерва, околоушной слюнной железы.
4. Не является.
5. Развитие воспалительного процесса. Рубцовая деформация кожи лица.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 201 [K003831]**

1. Перелом нижней челюсти в области угла / тела / мышечкового отростка слева со



смещением фрагментов.

2. Ушиб мягких тканей / вывих нижней челюсти / перелом альвеолярного отростка челюсти.

3. Врача-невролога.

4. Рентгенологическое обследование. Бимаксиллярная фиксация с помощью назубных шин Тигерштедта. Решение вопроса о хирургическом лечении (остеосинтез НЧ).

5. С повреждением нижнего альвеолярного нерва вследствие смещения фрагментов НЧ.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 202 [K003832]**

1. Предварительный диагноз «Эрозивная форма лейкоплакии. Хронический периодонтит 2.8 зуба».

2. Дифференциальную диагностику эрозивной формы лейкоплакии проводят с эрозивно-язвенной формой красной волчанки, красным плоским лишаем, с вторичным сифилисом и кандидозом.

3. Дополнительные методы исследования: гистологическое исследование, рентгенологическое исследование.

4. План лечения:

- терапия эрозивной формы лейкоплакии заключается в применении кортикостероидных мазей, протеолитических ферментов, средств, ускоряющих заживление (Солкосерил, масло облепихи, витамин А и Е);

- замена ортопедических конструкций, санация полости рта.

Общее лечение включает приём витаминов различных групп – А, В, С. При наличии болевых ощущений — местные обезболивающие препараты (Лидокаин, Тримекаин, Пиромекаин). Если эрозии или язвы под влиянием медикаментозного лечения не эпителизируются в течение 2 недель, то необходимо проводить иссечение очага со срочным гистологическим исследованием (онкологическая настороженность).

5. Рекомендации: правильная индивидуальная гигиена полости рта, отказ от курения и приёма горячей и острой пищи.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 203 [K003833]**

1. Диагноз «Хронический генерализованный пародонтит тяжёлой степени в стадии обострения на фоне сахарного диабета. Гальваноз».

2. Необходимо определение величины микротоков, исследование микрофлоры полости рта с посевом на грибы рода *Candida* (определение чувствительности к антибиотикам).

3. Дифференциальная диагностика проводится с хроническим атрофическим кандидозом.

4. План лечения:

Замена ортопедических конструкций (снятие конструкций).

Коррекция индивидуальной гигиены.

Профессиональная гигиена полости рта.

Кюретаж пародонтальных карманов.

Протезирование с подбором материалов.

5. Местная и общая антибактериальная терапия. Местные противовоспалительные препараты. Пациенту обязательно показана консультация терапевта для коррекции АД. Наблюдение и лечение у врача-эндокринолога и контроль содержания сахара в крови. Назначение сбалансированной диеты.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 204 [К003834]**

1. Диагноз «гальваноз». Необходимо также исключить диагноз «хронический атрофический кандидоз».

2. Лечение заключается в замене пломб из амальгамы и мостовидных протезов из разнородных металлов, применении антисептических средств (Хлоргексидин, Мирамистин) и местных нестероидных противовоспалительных препаратов (ОКИ, Тантум верде). Кроме того, необходимо нормализовать гигиеническое состояние полости рта. В случае подтверждения кандидоза назначается местная и общая противогрибковая терапия, щелочные полоскания и тщательный уход за съёмными протезами.

3. Для уточнения диагноза необходимо выяснить, как давно изготовлены ортопедические конструкции (съёмные и несъёмные) и связывает ли пациент появление жалоб с их фиксацией, как меняются субъективные ощущения в течение дня (при гальванозе они будут выражены сильнее с утра). Для постановки окончательного диагноза необходимо провести определение разницы потенциалов разноименных металлов. Для исключения кандидоза – исследование для выявления грибов рода *Candida*.

4. Исключение использования в полости рта разнородных металлов, нормализация гигиенического состояния полости рта.

5. Обучение правильной гигиене полости рта, контроль качества чистки зубов, снятие зубных отложений, антисептическая обработка полости рта.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 205 [К003835]**

1. Диагноз «хроническая рецидивирующая трещина нижней губы (срединная трещина нижней губы)». Диагноз ставится на основании анамнеза и данных объективного обследования.

2. Дополнительные методы исследования для выявления хронической инфекции рекомендуется бактериологическое исследование, для выявления возможной малигнизации – морфологическое исследование (выявление атипичных клеток).

3. Причины и факторы риска развития заболевания: индивидуальное анатомическое строение губы - глубокая складка в её центре, сухость губ, хроническая травма зубами, метеорологические факторы, курение, неврогенный фон и вредные привычки (облизывание, кусание), гиповитаминозы А и группы В, сахарный диабет.

4. План лечения:

- аппликации протеолитических ферментов (0,1% раствор Трипсина),
- аппликации стероидных противовоспалительных препаратов (Лоринден-С, Флуцинар), антибактериальных и противогрибковых препаратов (Синтомициновая эмульсия, мазь Клотримазол),
- аппликации кератопластических средств (мазь Солкосерил, мазь Актовегин, масляный раствор ретинола ацетата).

При отсутствии признаков эпителизации в течение 2 недель показано хирургическое иссечение с обязательным проведением морфологического исследования, лазерная абляция или криодеструкция.

После заживления следует рекомендовать пациенту использование бальзамов для губ в холодное время и средств, содержащих ультрафиолетовый фильтр в тёплое время года.

5. Возможные исходы заболевания: благоприятный исход – полная эпителизация дефекта, отсутствие рецидивов заболевания; однако при наличии факторов риска после эпителизации дефекта в результате консервативной терапии возможен рецидив заболевания; после хирургического вмешательства прогноз благоприятный; при отсутствии лечения велик риск малигнизации.

Признаками малигнизации дефекта являются: безболезненность очага, уплотнение основания и краёв дефекта, увеличение регионарных лимфатических узлов, отсутствие эффекта от консервативной терапии.

Пациенту необходимо в качестве профилактической меры применять гигиенические средства защиты красной каймы губ при нахождении на улице, особенно в холодное время года.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 206 [K003836]**

1. Дифференциальную диагностику проводят со следующими заболеваниями и состояниями:

С «ложным чёрным языком», когда окрашивание связано с влиянием пищевых пигментов и таких препаратов, как Хлоргексидин, ряд антибиотиков. При ложном чёрном языке отсутствует гиперплазия нитевидных сосочков, окрашена вся спинка языка. После

отмены лекарственного препарата в течение 5-7 дней цвет языка нормализуется.

Гиперпигментация языка может возникнуть при пигментно-папиллярной дистрофии и болезни Аддисона, однако в этом случае коричневый гипермеланоз носит генерализованный характер и поражает кожные покровы, а пациенты страдают от системных проявлений основного заболевания.

С «волосатой лейкоплакией», которая возникает исключительно на боковых поверхностях языка и часто встречается у пациентов с ВИЧ-инфекцией или у пациентов, принимающих иммуносупрессивные препараты.

2. Диагноз «Черный волосатый язык. Хронический апикальный периодонтит 4.8 зуба».

3. Местное лечение: необходимо провести профессиональную гигиену и санацию полости рта, устранить все травмирующие факторы (острые углы зубов, кламмера и т.д.). Для местного воздействия на гиперплазированные сосочки применяют кератолитические средства – 5% салициловый спирт для смазывания спинки языка 2 раза в день. Возможно проведение криодеструкции.

Общее лечение: консультация врача-гастроэнтеролога, назначение диеты, исключающей раздражающей пищи (горячей, острой).

4. Рекомендована чистка языка скребком для языка, так как в толще гиперплазированного эпителия присутствуют лептотрихии.

5. Необходимо удаление 4.8 зуба по поводу хронического апикального периодонтита. Пациенту рекомендован отказ от курения. Формирование навыков здорового образа жизни.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 207 [K003837]**

1. Предварительный диагноз «Многоформная экссудативная эритема. Папиллома языка».

2. План обследования включает основные методы обследования - расспрос, осмотр, пальпация.

Необходимые дополнительные исследования:

- анализ крови для определения количества лейкоциты, СОЭ, количества глобулинов;

- цитологический метод на препаратах для определения количества нейтрофилов;

- кожно-аллергическая проба;

- гистологическое исследование.

3. Дифференцируют МЭЭ от вульгарной и неакантолитической пузырчатки, герпетического стоматита, вторичного сифилиса, буллезной формы красного плоского

лишая.

4. Диагноз «Многоформная экссудативная эритема. Папиллома языка».

Диагностическим критерием являются клинические проявления и результаты лабораторных исследований.

5. Лечение состоит из местного и общего лечения. Местное лечение заключается в обработке полости рта антисептическими и обезболивающими растворами, назначении кортикостероидной мази, ферментов. Эпителизирующая терапия проводится после устранения инфекционного фактора - масляный раствор витамина А, Солкосерил.

Показано назначение физиотерапевтических процедур (КУФ, лазеротерапия) Общее лечение состоит в назначении антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминных препаратов, дезинтоксикационной терапии и витаминотерапия.

После лечения основного заболевания в плановом порядке необходимо удаление папилломы с последующим патогистологическим исследованием.

В качестве профилактических мер показано назначение средств, повышающих иммунитет, санация организма для выявления и лечения очагов хронической инфекции и назначение витаминотерапии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 208 [K003858]**

1. Диагноз «K04.0 Пульпит (обострение хронического фиброзного пульпита)».

2. Дифференциальная диагностика с другими формами пульпита (К 04.1 Некроз пульпы, К 04.2 Дегенерация пульпы).

3. Жалобы: на боли в 3.6 зубе самопроизвольные, приступообразные.

Объективно: лицо симметрично, подчелюстные лимфоузлы увеличены, безболезненны при пальпации. В 3.6 зубе пломба, цвет зуба изменён, перкуссия безболезненна, термометрия болезненна с последствием.

Зубная формула:

0			0		0									0	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
0	0	П	0									0	П	0	

4. Дополнительные методы исследования: ЭОД. Возможные причины ложных показаний ЭОД: многокорневой зуб (различная степень изменений в пульпе в разных корнях), большая пломба.

5. Ортодонтическое лечение.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 209 [K003909]**

1. К 05.32 перикоронит 7.1 зуба (затруднённое прорезывание);

V00.2X герпетический гингивостоматит (острый герпетический стоматит среднетяжёлой степени);

V00.2X герпетический гингивостоматит (острый герпетический стоматит среднетяжёлой степени).

2. Группа V00.2X герпетический гингивостоматит (острый герпетический стоматит среднетяжёлой степени). Заболевание относится к вирусной инфекции (вирус простого герпеса 1 типа).

3. Жалобы: со слов родителей, ребёнок беспокойный, плохо спит, отказывается от приёма пищи, отмечается обильное слюнотечение. Из анамнеза – ухудшение состояния отметили 3 дня назад, поднялась температура тела, появилась кровоточивость дёсен.

Объективно: ребёнок бледный, температура тела 38,6°C. Симметрия лица не нарушена. Регионарные лимфоузлы слегка увеличены. Внутриротовой осмотр – слизистая оболочка преддверия полости рта, щёк и нёба гиперемирована, болезненна. Имеются одиночные афты, сливающиеся в эрозии (крупных эрозий 2-3, окружающих их одиночных афт 10-20). Десневой край верхней и нижней челюсти гиперемирован, отёчен, легко кровоточит.

4. План лечения:

Местное лечение: 3-4 раза в день обработка полости рта по схеме:

Аппликационное обезболивание (10% Лидокаина, Бензокаина, Анестезина) в виде гелей, мазей.

Антисептическая обработка всей полости рта (0,02% р-р Хлоргексидином, 1% р-р Перекиси водорода и т.д.).

Обработка эрозий, пузырьков, десневого края противовирусными препаратами в виде мазей (Ацикловир, Герпинос, Зовиракс и т.д.).

Эпителизирующие препараты на эрозивные элементы (Сокосерил, Витаон, витамин А в масле и т.д.).

Иммунокорректирующее лечение (жевательные таблетки «Иммудон», Лизобакт, мазь «Вефирон»).

Общее лечение:

Постельный режим, щадящая диета.

Противовоспалительное, жаропонижающее, обезболивающее (на основе

Парацетомола, Ибупрофена) 2.5 мл – 4 раза в сутки.

Противовирусные препараты (Ацикловир) 0,025 в сутки 7 дней.

Антигистаминные препараты (Фенистил) по 3-5 капель 3 раза в день.

Общеукрепляющее (витаминотерапия).

5. Возможно присоединение вторичной инфекции, в виде: кандидоза, язвенно-некротического стоматита, пиодермии, вирусного конъюнктивита, при неадекватном лечении может осложниться острым герпетическим стоматитом тяжёлой степени.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 210 [K003910]**

1. Жалобы (со слов родителей) на боль при пережёвывании пищи на правой стороне.

Объективно: на жевательных поверхностях 8.4, 8.5 зубов пломбы, краевое прилегание нарушено. 8.4 зуб – кариозная полость с контактно-дистальной поверхности, 8.5 зуб – кариозная полость с контактно-медиальной поверхности, заполненная пигментированным дентином.

Рентгенография:

8.4 зуб – обширная кариозная полость с контактно-дистальной поверхности сообщается с полостью зуба, в периапикальных тканях изменений нет. Корни не резорбируются.

8.5 зуб – кариозная полость с контактно-медиальной поверхности не сообщается с полостью зуба, в периапикальных тканях изменений нет. Корни не резорбируются.

Зачатки 4.4, 4.5 зубов на стадии формирования.

2. Предварительные диагнозы:

8.4 зуб - K04.03 хронический пульпит.

8.5 зуб - K02.1 кариес дентина.

3. План лечения:

1) проведение аппликационной и проводниковой анестезии;

2) 8.5 зуб - снятие пломбы, проведение механической и медикаментозной обработки, формирование полости по 1 и 2 классам Блек. Восстановление коронковой части зуба пломбировочными материалами;

3) 8.4 зуб - снятие пломбы, обнаружен вскрытый рог пульпы. Проведение трепанации полости зуба, ампутация пульпы. Контроль пассивного гемостаза (менее 3 минут). На устья накладывается тампон с формокрезолом или сульфатом железа. На устья цинкоксидаэвгеноловый цемент. Либо на устья каналов МТА. Восстановление коронковой части композитным материалом или коронкой.

4. Стеклоиономерные цементы химического или двойного отверждения – в случае если поведение ребёнка не позволяет провести полноценную изоляцию рабочего поля.

Компомеры.

Композиты – материал выбора.

5. Рекомендации по гигиене:

- зубная паста с содержанием фторида не менее 500 ppm;
- использование флоссов для очистки межзубных промежутков.

Домашние курсы ремотерапии: нанесение кальцийсодержащих препаратов (Tooth MOUSSE, РОКС, Сплат) на зубы после вечерней чистки ежедневно.

Диспансерное наблюдение: осмотр у врача-стоматолога 1 раз в 6 месяцев.  
Покрытие зубов фторлаком 1 раз в 6 месяцев.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 211 [K003950]**

1. На вестибулярных поверхностях верхних центральных резцов имеются пятна белого и бледно-коричневого цвета, очаги деминерализации, целостность эмали не нарушена. Блеск эмали отсутствует.

2. Кариес эмали K02.0 (начальный кариес в стадии пятна).

3. Необходимо провести окрашивание эмаль 2% водным раствором метиленового синего, для определения площади поражения эмали. Это поможет определить эффект реминерализующей терапии.

4. Обучение рациональной гигиене полости рта ребёнка с мамой, провести курс реминерализующей терапии: нанесение геля ROCS minerals дома 2 раза в день, после чистки зубов. В условиях поликлиники капли с APF-гелем или покрытие фтористыми лаками с содержанием фторидов не менее 5000 ppm. Использовать зубную пасту, содержащую не менее 1500 ppm F 2 раза в день.

5. После проведенной санации осмотр через 3, 6, 12 месяцев. При увеличении дефекта или появлении рецидива провести лечение. Повторять курсы реминерализующей терапии.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 212 [K003951]**

1. Аплазия и гипоплазия эмали K00.43 (резцово-молярный синдром).

2. Нарушение минерализации эмали на фоне токсикоза мамы и анемии ребёнка, так как минерализация названных зубов происходит в данный период.

3. Период первичной минерализации эмали зубов, сразу после рождения ребёнка.

4. Флюороз, несовершенный амелогенез, кариес эмали.



5. Обучение рациональной гигиене полости рта ребенка с мамой, провести курс реминерализующей терапии: нанесение геля ROCS minerals дома 2 раза в день, после чистки зубов. В условиях поликлиники каппы с APF-гелем или покрытие фтористыми лаками с содержанием фторидов не менее 5000 ppm. Использовать зубную пасту, содержащую не менее 1500 ppm F 2 раза в день.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 213 [K003952]**

1. Рентгенологическое исследование, измерить ЭОД, применить эндодонтическое лечение 5.1 зуба.

2. Вывих зуба S03.2 (ушиб).

3. Измерить ЭОД.

4. Хронический апикальный периодонтит K04.5.

5. Провести под инфльтрационной анестезией препарирование зуба, медикаментозную и инструментальную обработку канала. Запломбировать канал пастой на масляной основе. Осмотр через 3, 6, 12 месяцев с проведением рентгенографии.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 214 [K003953]**

1. Провести сравнительные перкуссии, термопроба, измерить ЭОД.

2. Хронический пульпит, K04.03 4.7 зуба.

3. На прицельной внутриротовой рентгенограмме 4.7 зуба видны очаги деминерализации дентина и сообщение кариозной полости с полостью зуба, корни зуба в стадии незакрытой верхушки, так как стенки каналов идут параллельно.

4. Хронический пульпит, K04.03 4.7 зуба (хронический фиброзный пульпит).

5. Провести под торусальной или интралигаментарной анестезией препарирование зуба, медикаментозную обработку полости зуба. В первое посещение наложить противовоспалительную пасту. Во второе посещение – лечебная кальцийсодержащая подкладка (Триоксидент, Проорут, Биодентин), изолирующую подкладку, пломбу.

Осмотр через 3, 6, 12 месяцев с проведением рентгенографии, до периода формирования корня.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 215 [K003954]**

1. Провести сравнительные перкуссии, термопроба, измерить ЭОД.

2. Хронический апикальный периодонтит, K04.5 3.6 зуба.

3. На прицельной внутриротовой рентгенограмме 3.6 зуба глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Формирование корней закончено апексофикацией (остановлен рост на этапе воспаления), корни зуба в стадии незакрытой

верхушки, так как стенки каналу идут параллельно. В области фуркации и у верхушек корней очаги разряжения костной ткани, с чёткими границами.

4. Хронический апикальный периодонтит, К04.5 3.6 зуба (хронический гранулематозный периодонтит).

5. Провести препарирование зуба, медикаментозную и инструментальную обработку каналов.

В первое посещение ввести в каналы противовоспалительную пасту (метапекс) на 3 недели.

Во второе посещение – медикаментозную и инструментальную обработку каналов, пломбирование каналов, обязателен контроль рентгена, наложение временной пломбы.

В третье посещение – восстановление зуба пломбировочными материалами.

Осмотр через 3, 6, 12, 24 месяцев с проведением рентгенографии, до периода восстановления кости.

Терапевтическое лечение позволяет сохранить собственный зуб, однако риск возникновения осложнений весьма высок, учитывая размер разряжения костной ткани. Поэтому вполне возможно и хирургическое лечение - удаление зуба с последующей имплантацией.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 216 [К003955]**

1. Рентгенологическое исследование, термопробы, перкуссия.

2. Хронический пульпит К04.03 2.4 зуба.

3. На прицельной внутриротовой рентгенограмме 2.4 зуба глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Формирование корня незакончено, корни зуба в стадии роста, ростковая зона имеет чёткий контур.

4. Хронический пульпит К04.03 2.4 зуба (хронический фиброзный пульпит в стадии обострения).

5. Местная анестезия, изоляция рабочего поля коффердамом, некрэктомия, раскрытие полости зуба бором с неактивной верхушкой, удаление коронковой пульпы твёрдосплавным бором на малых оборотах, контроль пассивного гемостаза устьевой пульпы – гемостаз стерильным ватным шариком – сухим или смоченным в физрастворе - гемостаз кровотечения из устьевой пульпы должен произойти менее чем через 3 минуты, в случае отсутствия пассивного гемостаза – пульпэктомия, наложение на все дно полости зуба МГА, герметичная реставрация композитным материалом.

Наблюдение 1 раз в 6 месяцев.

1) клиническое обследование – сохранность герметичности реставрации, наличие симптомов обострения пульпита и периодонтита;

2) прицельная рентгенография – контроль продолжения формирования корня, наличие признаков жизнеспособности зоны роста.

В первое посещение наложить противовоспалительную пасту.

Во второе посещение – лечебная подкладка (триоксидент, проорут МТА, биодентин), изолирующую подкладку, пломбу. Осмотр через 3, 6, 12 месяцев с проведением рентгенографии, до периода формирования корня.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 217 [K003956]**

1. Уровень гигиены, согласно значению гигиенического индекса, неудовлетворительный. Уровень интенсивности кариеса по ВОЗ для двенадцатилетних детей очень высокий.

2. Очаговая деминерализация эмали, кариес эмали K02.0

3. Неудовлетворительный уровень гигиены полости рта, нерегулярность данных процедур.

4. С пятнистой формой флюороза, формами гипоплазии эмали.

5. Индивидуальное обучение гигиене, контролируемая гигиена полости рта. Проведение курсов реминерализующей терапии, индивидуальный подбор средств гигиены. Обязательно использовать зубную пасту с содержанием фторидов не менее 1450 ppm F.

Окрашивание растворами 2% водным раствором метиленового синего с определением площади окрашивания. Проведение ТЭР и КОСРЭ тестов. Санация полости рта.

Осмотр через 3, 6, 12 месяцев.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 218 [K003957]**

1. Индекс гигиены Фёдорова-Володкиной (для детей до 3 лет).

2. Хронический пульпит K04.03 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 зубов.

3. На прицельной внутриротовой рентгенограмме 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 зубов глубокие кариозные полости, сообщающиеся с полостями зубов. Корни молочных зубов в стадии роста. Имеются зачатки постоянных резцов, минерализованы коронки на 1/2. Кортикальные пластинки зачатков постоянных зубов не повреждены.

4. Все формы пульпитов и периодонтитов.

5. Индивидуальное обучение гигиене, отказ от ночного кормления. Лечить все молочные резцы методом витальной ампутации под инфильтрационной анестезией. При невозможности остановки кровотечения – витальной экстирпацией с пломбированием пастой на масляной основе. Провести санацию полости рта. Использовать фторидсодержащие зубные пасты до 500 ppm.

Осмотр через 3, 6, 12 месяцев.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 219 [K003975]**

1. Местные факторы возникновения воспалительного процесса в тканях пародонта у пациента.

Наличие зубного налёта.

Зубочелюстные аномалии и деформации.

Аномалии прикрепления мягких тканей к костному остову лица.

Изменение физико-химических свойств ротовой жидкости.

Употребление мягкой, тщательно обработанной пищи.

Дефекты протезирования.

Ятрогенные факторы (пломбы, завышающие прикус; попадание мышьяковистой пасты на десневой край; воздействие мономера пломб и протезов).

Парафункции и нарушение окклюзии. Парафункция (например, бруксизм) сами по себе не вызывают гингивит или пародонтит.

Дыхание ртом; нарушение функции глотания, парафункции языка.

Вредные привычки (прокладывание языка между зубами, закусывание щёк, сосание пальца, ручек, карандашей и др.).

Травмы острые и хронические.

Наличие зачатков восьмых зубов, расположенных под различными углами к зубному ряду, находящихся в различной степени прорезывания.

2.

Упрощенный индекс гигиены полости рта  
(в модификации Леуса П. А.) -  
«ИГР - У» (ОНЖ — S, Green, Wermillion, 1964).

$$\text{Формула: ИГР - У} = \frac{\Sigma \text{ЗН}}{n} + \frac{\Sigma \text{ЗК}}{n}$$

Ключ:  $\Sigma$ -сумма значений;

ЗН -зубной налет;

ЗК - зубной камень;

n- количество обследованных зубов (обычно шесть).

Методика: визуально с помощью зубоврачебного зонда определяют зубной налет и зубной камень на губных поверхностях 11 и 31, щечных поверхностях 16 и 26 и язычных поверхностях 36 и 46 зубов.

Оценка значений зубного налета (ЗН) проводится по трехбалльной системе:

0 - ЗН не обнаружен,

1 - мягкий ЗН покрывает 1/3 поверхности зуба

или плотный коричневый налет в любом количестве;

2 - мягкий ЗН покрывает 2/3 поверхности зуба;

3 - мягкий ЗН покрывает более 2/3 поверхности зуба.

$$\text{ИЗН} = \frac{\text{Сумма показателей 6 зубов}}{6}$$

Оценка значений зубного камня (ЗК) проводится также по трехбалльной системе:

0 - ЗК не обнаружен;

1 - наддесневой ЗК покрывает 1/3 поверхности зуба;

2 - наддесневой ЗК покрывает 2/3 поверхности зуба или имеется в наличии поддесневой ЗК в виде отдельных конгломератов;

3 - наддесневой ЗК покрывает более 2/3 поверхности зуба или поддесневой ЗК окружает пришеечную часть зуба.

$$\text{ИЗК} = \frac{\text{Сумма показателей 6 зубов}}{6}$$

Интерпретация индекса Грина-Вермильона проводится по следующей схеме:

Значение ИГР-У	Оценка ИГР-У	Оценка гигиены рта
0—0,6	низкий	хорошая
0,7—1,6	средний	удовлетворительная
1,7—2,5	высокий	неудовлетворительная
>2,6	очень высокий	плохая

Уровень гигиены плохой.

3. Ошибки:

Чистка зубов проводится один раз в день.

Чистка зубов проводится в течение одной минуты.

Чистка зубов проводится щёткой мягкой жёсткости (при состоянии здоровой десны).

Чистка зубов должна осуществляться стандартным методом чистки зубов или методом чистки зубов Г.Н. Пахомова.

4. Зубная щётка с мягкой щетиной с расположением щетинок под разными углами. Метод чистки Bass модифицированный. Зубные пасты, содержащие антисептик и фториды (1000 или 1450 ppm). Зубные нити в случае интактных зубов. Ирригаторы в случае присутствия в полости рта реставраций, особенно расположенных на контактных поверхностях. Бальзамы и тоники для дёсен.

5. Врача-стоматолога-пародонтолога, врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-иммунолога.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 220 [K004007]**

1. Предварительный диагноз «гальваноз, ретенционная киста малой слюнной железы нижней губы». Необходимо также исключить диагноз «хронический атрофический кандидоз».

2. Причины гальваноза - наличие ортопедических конструкций, пломб из амальгамы, неудовлетворительная гигиена полости рта. Сопутствующие факторы - пожилой возраст пациента, активация грибковой микрофлоры может быть обусловлена изменением pH слюны в кислую сторону.

3. Для уточнения диагноза необходимо выяснить, как давно изготовлены ортопедические конструкции (съёмные и несъёмные) и связывает ли пациент появление

жалоб с их фиксацией, как меняются субъективные ощущения в течение дня (при гальванозе они будут выражены сильнее с утра). Для постановки окончательного диагноза необходимо провести определение разницы потенциалов разноименных металлов. Для исключения кандидоза – цитологическое исследование для выявления грибов рода *Candida*.

4. Врач неправильно поставил диагноз, соответственно предложил неверный план лечения.

5. Лечение заключается в замене пломб из амальгамы и мостовидных протезов из разнородных металлов, применении антисептических средств (хлоргексидин, мирамистин) и местных нестероидных противовоспалительных препаратов (ОКИ, тантум верде). Кроме того, необходимо нормализовать гигиеническое состояние полости рта. Удаление ретенционной кисты малой слюнной железы.

При подтверждении кандидоза назначается местная и общая противогрибковая терапия, щелочные полоскания и тщательный уход за съёмными протезами.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 221 [K004008]**

1. Хронический апикальный периодонтит К.04.5; Дисколорит 2.1 зуба.
2. Хронический периодонтит и дисколорит являются результатом механической травмы.
3. Дифференциальную диагностику проводим с кистой носо - нёбного канала, с корневой кистой (на основании гистологического исследования).
4. Эндодонтическое лечение с использованием гидроокиси кальция; постоянная obturация канала, коррекция дисколорита методом внутри коронкового отбеливания; динамическое наблюдение.
5. Прогноз данного заболевания – благоприятный, необходимо проведение рентгенологического обследования через 9-12 месяцев и динамическое наблюдение.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 222 [K004009]**

1. Периапикальный абсцесс без свища 1.2 зуба.
2. Дифференциальный диагноз проводят с острым периодонтитом, острым пульпитом.
3. Недостаточная медикаментозная обработка и некачественная obturация корневого канала год назад.
4. Снятие коронки, повторное эндодонтическое лечение 1.2 зуба. Пломбирование корневого канала твердеющими пломбировочными материалами. Цистэктомия с резекцией верхушки корня 1.2 зуба.
5. Резекция, ампутация, гемисекция, коронаро-радикулярная сепарация, резекция верхушки корня.

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 223 [K004010]**

1. Предварительный диагноз «Эрозивная форма лейкоплакии. Хронический периодонтит 2.8 зуба».

2. Дифференциальную диагностику эрозивной формы лейкоплакии проводят с эрозивно-язвенной формой красной волчанки, красным плоским лишаем и вторичным сифилисом.

3. Дополнительные методы исследования: гистологическое исследование, рентгенологическое исследование.

4. План лечения:

- терапия эрозивной формы лейкоплакии заключается в применении кортикостероидных мазей, протеолитических ферментов, средств, ускоряющих заживление (Солкосерил, Масло облепихи, витамин А и Е).

- удаление 2.8 зуба по поводу хронического периодонтита;

- замена ортопедических конструкций, санация полости рта;

Общее лечение включает приём витаминов различных групп – А, В, С.

При наличии болевых ощущений — местные обезболивающие препараты (Лидокаин, Тримекаин, Пиромекаин). Если эрозии или язвы под влиянием медикаментозного лечения не эпителизируются в течение 2 недель, то необходимо проводить иссечение очага со срочным гистологическим исследованием (онкологическая настороженность).

5. Рекомендации: отказ от курения и приёма горячей и острой пищи.

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 224 [K005107]**

1. Хронический генерализованный гипертрофический (ювенильный) гингивит.

2. Патогенная микрофлора (*S.gingivalis*), гормональный дисбаланс в пубертатном периоде.

3. Курение влияет на характер слюноотделения (уменьшается скорость саливации, слюна имеет повышенную вязкость), снижается активность протеиназ и лизоцима, снижается количество макрофагов ротовой полости.

4. Нейтрализующее действие слюны и десневой жидкости.

5. Энзимы (гиалуронидазы, коллагеназы, протеазы, хондроитинсульфатазы, просеринэстеразы) выделяются в тканевую среду при гибели микробных клеток и вызывают диссоциацию белковогликозамингликановых комплексов основного вещества, увеличивают инвазию эндотоксинов в ткани, разрушают коллаген.



### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 225 [K005108]**

1. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит лёгкой степени тяжести. Отёчная форма.

2. Дифференциальную диагностику проводят с пародонтитом по отсутствию пародонтального кармана и деструктивных изменений в межальвеолярной перегородке.

3. Рентгенологический метод обследования.

4. Обучение рациональной гигиене полости рта. Профессиональная гигиена полости рта. Противовоспалительная и склерозирующая терапия. Устранение скученности зубов.

5. На десну наносятся гель «Метрагил дента» и «Солкосерил дентальная паста». После ликвидации воспаления проводят склерозирующую терапию путём введения в каждый гипертрофированный сосочек 0,1-0,2 мл 40% раствора глюкозы. Делают 3-4 введения с перерывом 1-2 дня.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 226 [K005109]**

1. Острый генерализованный язвенный гингивит.

2. Дифференциальную диагностику проводят с ВИЧ-инфекцией (необходимо исследование крови),

- с заболеваниями крови (требуется развёрнутый анализ крови и заключение врача-гематолога);

- с аллергическими поражениями (данные аллергических проб, заключение врача-аллерголога);

3. Микроскопия налёта позволяет обнаружить фузоспириллярный симбиоз (веретенообразные палочки и спирохеты Венсана).

4. Общее лечение: белковая, не раздражающая пища, лечебные дозы поливитаминов, профилактические дозы витаминов на 2 месяца, антибиотики назначаются только при лимфадените.

Рекомендации: рациональная индивидуальная гигиена полости рта, антисептические ванночки 3-4 раза в день, отказ от курения, алкогольных напитков, острой пищи, ограничить пребывание на солнце, физическую активность, возможен приём анальгетиков.

5. Под инфильтрационной или аппликационной анестезией удалить некротический налёт ватными тампонами, смоченными растворами антисептиков или протеолитических ферментов (Хлоргексидин, Химопсин, Трипсин, Химотрипсин), удаление наддесневых отложений скейлером с тёплым раствором антисептика (поддесневые отложения не удаляют, чтобы не спровоцировать бактеремию).

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 227 [K005111]**

1. Хронический генерализованный пародонтит среднетяжёлой степени.
2. Основные методы исследования: осмотр, пальпация, зондирование, перкуссия.

Клиническая оценка состояния десны: окраска, консистенция, характеристика зубодесневого соединения. Проба Шиллера Писарева. Обратимые и необратимые пародонтальные индексы. Исследование пародонтальных карманов (глубина, характер экссудата).

3. Рентгенологический, микробиологический, лабораторный (цитологический, эмиграция лейкоцитов в ротовую полость, гемограмма, биохимический, иммунологический), функциональный.
4. Определение стойкости капилляров (проба Кулаженко), капилляроскопия, реография, полярография, ЛДФ (лазерная доплеровская флоуметрия).
5. С гингивитом, пародонтозом, с идиопатическими заболеваниями пародонта.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 228 [K005112]**

1. Хронический генерализованный катаральный гингивит.
2. Индексная оценка состояния пародонта, рентгенологический, функциональный.
3. С пародонтитом, пародонтозом, идиопатическими заболеваниями пародонта

4. Удаление назубных отложений (рациональная индивидуальная и профессиональная гигиена полости рта), санация полости рта, удаление травмирующих десну факторов (нависающие края пломб), избирательное шлифование зубов по Джилькинсону, местная противовоспалительная терапия.

5. Ротовые ванночки с отваром лечебных трав, гидромассаж дёсен, аэризация слизистой оболочки полости рта минеральными водами.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 229 [K005113]**

1. Острый генерализованный катаральный гингивит средней степени тяжести.
2. Об интенсивно выраженном процессе воспаления в десне.
3. ОГС, аллергический стоматит.
4. Консультация врача-аллерголога.
5. Противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия, удаление назубных отложений, санация полости рта.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 230 [K005114]**

1. Местная гипоплазия, эрозивная форма.

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

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

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

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

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 231 [K005115]**

1. Перелом коронки 2.1 зуба, 3 класс по Эллису.
2. Рентгенография зуба для исключения вывиха, перелома корня.
3. Депульпирование, пломбирование корневого канала, реставрация коронки зуба.
4. Композиты светового отверждения.
5. Реставрация с использованием стекловолоконного штифта и композита, реставрация при помощи вкладки и металлокерамической, керамической коронки.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 232 [K005117]**

1. Хронический катаральный гингивит.
2. Неудовлетворительная гигиена полости рта, патология прикуса.
3. Рентгенографическое обследование – ортопантограмма. Для оценки состояния костной ткани и проведения дифференциальной диагностики с хроническим пародонтитом.
4. Обучение гигиене полости рта с подбором средств гигиены, профессиональная гигиена полости рта, проведение местной противовоспалительной терапии, с использованием пародонтальных повязок, ортодонтическое лечение после стихания воспалительных явлений.
5. Антисептики, противовоспалительные антибактериальные мази, готовые десневые повязки. Обучение гигиене полости рта и контролируемая чистка зубов, профессиональная гигиена полости рта не менее 2 раз в год.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 233 [K005118]**

1. K05.11 Хронический гингивит. Гиперпластический.  
Хронический генерализованный гипертрофический гингивит тяжёлой степени (отёчная форма).

2. Рентгенологическое исследование (ортопантомограмма), общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ крови на сахар, анализ крови на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В, С, определение концентрации иммуноглобулинов, количества Т- и В-лимфоцитов в сыворотке крови.

3. Неудовлетворительная гигиена полости рта, скученное положение зубов, возможное наличие общесоматической патологии (эндокринологические нарушения, ВИЧ-инфекция).

4. Обучение гигиене полости рта с подбором средств гигиены, профессиональная гигиена полости рта, проведение местной противовоспалительной терапии, с использованием пародонтальных повязок, операция гингивэктомии с чётким соблюдением архитектоники десневого края, ортодонтическое лечение после стихания воспалительных явлений.

5. Врач-терапевт, врач-эндокринолог, врач-ортодонт.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 234 [К005119]**

1. В.00.2X Герпетический гингивостоматит (острый герпетический стоматит).

2. Вирусное заболевание. Herpes simplex.

3. В.00.2X Герпетический гингивостоматит (острый герпетический стоматит), тяжёлая форма.

4. Присоединение вторичного инфицирования, стрептостафилодермия.

5. Комплексное лечение: местно – аппликации обезболивающих гелей, антисептическая обработка, нанесение противовирусных лекарственных средств с последующим применением противовоспалительных и кератопластических препаратов, применение гелий-неонового лазера, наружно на кожу губ и кожу лица нанесение мазей, содержащих антибактериальный и кортикостероидный компонент;

Общее лечение – обильное питьё, щадящий режим питания, жаропонижающие, антигистаминные, противовирусные и витаминные препараты.