

Задача №1

Пациентка 25 лет обратилась с жалобами на наличие дефектов и пигментации эмали зубов на верхней и нижней челюсти. Из анамнеза: со слов пациентки - изменение эмали отмечает с детства. Подобные изменения эмали отмечаются у родственников и знакомых, проживающих с ней в одном регионе. При осмотре: эмаль всех зубов матовая, желтоватого оттенка, имеются множественные пигментированные пятна и эрозии. Прикус ортогнатический.

1. флюороз.эрозивная форма пятнистая борма

2. Флюороз на стадии пятна следует отличать от кариеса в стадии пятна и пятнистой гипоплазии эмали. При флюорозе поражения множественные, располагаются на вестибулярной и язычной поверхностях. Эмаль в зоне поражения матовая, твердая и не окрашивается красителями. Наибольшая интенсивность наблюдается в центре пятна, которая постепенно снижается к периферии. Флюороз проявляется сразу же после прорезывания зубов и не прогрессирует со временем; Для начального кариеса характерны меловидные пятна. Пятно при этом меловое или пигментированное, без чётких границ, поверхность матовая, гладкая, окрашивается красителями. Постепенно прогрессирует; При гипоплазии, пятна множественные и локализируются по всей поверхности зубов. Пятна белого цвета, с чёткими границами, имеют гладкую блестящую поверхность, не окрашиваются красителями. Не прогрессируют, проявляются сразу после прорезывания зубов. Эрозивную форму флюороза от поверхностного и среднего кариеса, эрозий, клиновидного дефекта

При флюорозе можно обнаружить множество эрозий разнообразных размеров и формы, локализованы по всей эмали. Дентин пигментированный, характерна повышенная стираемость. Заболевание не прогрессирует и не способно переходить в другие стадии. Кариозные полости, как правило, локализируются в типичных для кариеса местах – пришеечная область, фиссуры и контактные. Характерны болевые реакции от раздражителей. Заболевание прогрессирует и может осложняться пульпитом или периодонтитом.

При эрозии элементы поражения появляются на симметричных участках центральных и боковых резцах верхней челюсти, а также на клыках и премолярах обеих челюстей. Это блюдцеобразный или овальный дефект эмали. Клинически проявляется болями от холодного воздуха и химических раздражителей. Эрозии способны прогрессировать. Клиновидные дефекты располагаются в пришеечной области зубов. По виду напоминает клин со стенками направленными острием к пульповой камере. Как правило, не сопровождается болевыми ощущениями. Постепенно прогрессирует и может привести к вскрытию пульповой камеры.

3.пятнистая-отбеливание(изоляция зуба от слюны ватными тампонами,высушивание и 2-3 мин обрабатывают 20-30% р-ом фосфорной кислотой до просветления эмали, промывают ,высушивают, аппликации

	<p>10%-ром кальция глюконата 15-20 мин Через 1-2 суток процедуру повторяют в месте изменения цвета эмали (всего 10-15 процедур) Внутрь кальция глюконат 0,5 г 3 раза в день в течении месяца Или капли с 10% перекись карюомида в виде геля на индивидуальную ложку на 30 мин всего 3-4 процедуры) Ремтерапия-ремодентом 2% Эрозивная-композиты без препарирования тканей или ортопедическое лечение</p>
<p>Задача№2 Пациентка 32 лет обратилась с жалобами на изменение цвета и разрушение коронок зубов. Из анамнеза: со слов пациентки - изменение эмали отмечает с детства. Истирание, сколы эмали, краев коронок отмечает последние 10 лет. Подобные изменения эмали имеются у родственников и знакомых, проживающих с ней в одном регионе. При осмотре: высота нижней трети лица снижена. Коронки зубов верхней и нижней челюстей истерты на 1/3 с обнажением пигментированного дентина темно-коричневого цвета. Эмаль частично сохранена, матовая, с наличием множественных пятен и эрозий.</p>	<p>1. флюороз, деструктивная форма 2. Деструктивную форму флюороза от поверхностного и среднего кариеса, эрозий, клиновидного дефекта При флюорозе можно обнаружить множество эрозий разнообразных размеров и формы, локализованы по всей эмали. Дентин пигментированный, характерна повышенная стираемость. Заболевание не прогрессирует и не способно переходить в другие стадии. Кариозные полости, как правило, локализуются в типичных для кариеса местах – пришеечная область, фиссуры и контактные. Характерны болевые реакции от раздражителей. Заболевание прогрессирует и может осложняться пульпитом или периодонтитом. При эрозии элементы поражения появляются на симметричных участках центральных и боковых резцах верхней челюсти, а также на клыках и премолярах обеих челюстей. Это блюдцеобразный или овальный дефект эмали. Клинически проявляется болями от холодного воздуха и химических раздражителей. Эрозии способны прогрессировать. Клиновидные дефекты располагаются в пришеечной области зубов. По виду напоминает клин со стенками направленными острием к пульповой камере. Как правило, не сопровождается болевыми ощущениями. Постепенно прогрессирует и может привести к вскрытию пульповой камеры. 3. восстановление с помощью композитов, возможное использование штифтов и ортопедическое лечение.</p>
<p>Задача№3 Пациент 29 лет обратился к врачу стоматологу-терапевту с жалобами на чувство оскотины на зубах, ощущение «прилипания» верхних зубов к нижним. Данные жалобы появились месяц назад. Работает на аккумуляторном заводе в течении года.</p>	<p>1. кислотный некроз 2. кислотного некроза проводится с кариесом в стадии пятна(окрашивание), с поверхностным и средним кариесом(нет стираемости и изменение формы, окрашивание), с гипоплазией(симметричность и системность и гладкая, блестящая эмаль), эрозивной и деструктивной формами флюороза(множественные поражения, плотная, блестящая и гладкая), наследственными поражениями зубов(время появления).</p>

<p>При осмотре эмаль передних зубов матовая, в некоторых участках определяется шероховатость.</p>	<p>3. Местно- ремтерапия течение 3 - 6 мес (глицерофосфат кальция 1,5 г в сутки 30 дней подряд; «Кламин» по 1-2 табл., или «Фитолон» по 30 кап. 2-3 раза в день за 15 мин до еды 60 дней подряд; поливитамины «Квадевит» по 2 - 3 табл. в сутки в течение 30 дней чистки зубов и аппликации по 15 мин с использованием фосфатсодержащими зубных паст «Жемчуг», «Чебурашка», «Бемби» ежедневно 5 - 6 мес подряд). Курс общего лечения повторяется каждые 3 мес. Общее-внутри глюконат кальция 0,5 г раза в день в течении месяца с перерывом в 2-3 мес.</p>
<p>Задача№4 Больная 38 лет обратилась с жалобами на кратковременную боль при чистке зубов, при вдыхании холодного воздуха и на наличие дефектов на передних зубах верхней челюсти. Боль усиливается после приема яблок, лимонов. Появление дефектов твердых тканей зубов обнаружена более пяти лет назад. К врачу не обращалась.</p> <p>При осмотре: на вестибулярных поверхностях впришеечной области зубов 1.1, 2.1, 2.2 имеется дефекты твердых тканей зуба овальной формы, с гладким, блестящим, слегка желтоватым дном, размером 3 х 4 мм, зондирование, температурная проба безболезненны. На вестибулярной поверхности зубов 1.3,1.2, 2.3 дефекты эмали овальной формы размером 2 х 3 мм, имеющая гладкое, блестящее дно, зондирование, температурная проба болезненны.</p>	<p>1. эрозия эмали 2.эрозии эмали проводится прежде всего с поверхностным и средним кариесом(более активное течение,с нечеткими границами и неровными краями), с клиновидным дефектом(в форме клина,в пришеечной области) 3.Лечение эрозии Общее: -внутри 0,5г раза в день в теч. месяца глицерофосфат кальция или глюконат кальция, витамины (комплевит 2-3 табл раза в день в течении месяца). Местное: - исключить использование жёсткой зубной щётки, зубного порошка; - исключить избыточное потребление кислых соков, фруктов, газированных напитков; - использовать зубные пасты, содержащие минеральные вещества, фтор; - аппликации (15-20 сеансов) 3% раствора ремодента, 10% раствора глюконата кальция, 2% раствора фторида натрия, двухкомпонентного раствора, состоящего из 10% раствора нитрата кальция и кислого фосфата аммония; - при значительных дефектах проводится их восстановление с помощью композитов, компомеров. Местно применяется электрофорез 2,5% раствора глицерофосфата кальция, 10 сеансов через день в перерывах между общим лечением; проводится обучение чистке зубов и аппликации фторсодержащими зубными пастами типа «Жемчуг», «Чебурашка» и др. по 15 мин ежедневно в течение всего периода лечения. В фазе обострения лечение проводится 5-6 мес под контролем клиники и индекса реминерализации (2 курса приема препаратов с перерывом в 2-3 мес).</p>
<p>Задача№5 Пациент 43 лет обратился к стоматологу с жалобами на</p>	<p>1.пародонтоз, клиновидный дефект 2. клиновидного дефекта проводится с поверхностным, средним и глубоким кариесом(окрашивани,края нечеткие,шероховатое дно),</p>

<p>появление дефектов на передней поверхности верхних и нижних передних зубов на границе с десной, которые появились примерно полтора года назад. Боль не беспокоит. Первые признаки заболевания появились около четырех лет тому назад. С течением времени дефекты увеличились в размере и стали беспокоить пациента с эстетической точки зрения.</p> <p>Объективно: в пришеечной области резцов, клыков и премоляров обеих челюстей определяются дефекты твердых тканей зубов, в виде двух площадок, сходящихся под углом по направлению к полости зуба. При зондировании пораженные участки плотные и безболезненные. Отмечается снижение уровня прикрепления десны с обнажением корней зубов верхней и нижней челюстей, в пределах 2-3 мм. Десна бледная, плотная, без видимых признаков воспаления.</p>	<p>эрозией(округлой формы), некрозом эмали, эрозивной формой флюороза</p> <p>отличия пародонтоза от пародонтита:отсутствие воспаления,кровоточивость десен и неприятный запах изо рта при пародонтозе отсутствуют,при пародонтозе расшатывание и выпадение зубов не происходит даже при значительном уменьшении высоты межальвеолярных перегородок: этот симптом возникает на поздних этапах заболевания, при тяжелой степени.</p> <p>3.коррекция гигиены,удаление зубных отложений,контроль гигиены,санация полости рта,массаж десен,витамин с,электрофорез витамина в1 и лазеротерапия.</p> <p>Клиновидный дефект-устранение причины,смена зубной щетки,аппликации 10%р-ром глюконата кальция,2%фторида натрия,пломбирование.</p>
<p>Задача№6</p> <p>Больная 24 лет явилась на санацию полости рта по направлению врача-гинеколога. Беременность 7 месяцев. Жалоб нет. Зубы лечила около года назад. Использует мягкую зубную щетку, боясь кровоточивости десен.</p> <p>При осмотре: после снятия мягкого зубного налета на вестибулярных поверхностях в пришеечной области зубов 1.1, 1.2, 2.1, 3.4, 3.5, 4.4, 4.6 имеются белые пятна с шероховатой поверхностью, размером 2х3 мм.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. кариес в сади пятна 2. от приостановившегося кариеса(пигментированное (желто-коричневое, черное), с блестящей поверхностью и правильными сферическими очертаниями), так и от пятнистой формы флюороза(не окрашивается,гладкое дно), системной и местной гипоплазии эмали(не окрашивается,системность,симметричность) 3. рем.терапия,механическая обработка зубов 1%р-ром перекиси водорода,высушивание, аппликации 10%р-р глюконата кальция в течении 10 мин. Меняем каждые 5 мин.завершаем процедуру 5 мин.аппликацией 0,5-2% р-ра фторида натрия,после процедуры 2 часа не есть.
<p>Задача№7</p> <p>Пациентка 36 лет обратилась в клинику для профилактического осмотра полости рта. Работает актрисой.</p> <p>Из анамнеза: иногда при приеме холодной пищи отмечает кратковременную боль в области жевательных зубов верхней челюсти слева.При осмотре полости рта выявлена неглубокая кариозная полость надистально-контактной поверхности зуба</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. средний кариес 2. Средний кариес дифференцируют с клиновидным дефектом(шейки зуба, имеет плотные стенки и характерную форму клина); с хроническим верхушечным периодонтитом(отсутствие болевых ощущений при зондировании по эмалево-дентинной границе, отсутствие реакции на температурные и химические раздражители,ток силой более 100 мкА,рентгенограмма). 3. Обезболивание,препарирование,протравливание ортофосфорной кислотой ,изолирую цемион,адгезив,постоянная пломба

<p>2.7, заполненная размягченным дентином. На окклюзионных поверхностях и в пришеечной области 1.8,1.7,1.6,2.6,2.7,2.8 зубов имеется мягкий зубной налет. Прикус ортогнатический. На рентгенограмме кортикальная пластинка межальвеолярных перегородок сохранена.</p>	
<p>Задача №8 Пациент 25 лет пришел на прием к стоматологу-терапевту. При опросе было установлено, что пациента беспокоит внешний вид центральных резцов на верхней челюсти. С его слов несколько месяцев тому назад он заметил, что в местах соприкосновения вышеуказанных зубов появились темные пятна. Со временем пятна увеличились в размере. Около трех недель тому назад больной почувствовал языком, что с небной стороны в этих зубах появились небольшие полости. Очертания передней поверхности зубов остались без изменений. Через несколько дней после обнаружения дефектов зубы стали периодически реагировать на сладкое. Боль носит кратковременный характер, исчезая практически сразу же после устранения раздражителя.</p>	<p>1. средний кариес 2. <i>Средний кариес дифференцируют с клиновидным дефектом</i>(шейки зуба, имеет плотные стенки и характерную форму клина); с <i>хроническим верхушечным периодонтитом</i>(отсутствие болевых ощущений при зондировании по эмалево-дентинной границе, отсутствие реакции на температурные и химические раздражители, ток силой более 100 мкА, рентгенограмма). 3. Обезболивание, препарирование, протравливание ортофосфорной кислотой, изолирую цемион, адгезив, постоянная пломба</p>
<p>Задача №9 Больной 23 лет обратился с жалобами на наличие полости, кратковременную боль при приеме пищи, особенно холодной в зубе на верхней челюсти справа. При осмотре: на дистальной поверхности зуба 1.4 имеется глубокая кариозная полость. На дне и стенках полости - размягченный, пигментированный дентин. Вестибулярная стенка полости частично разрушена, пигментированная. Зондирование дна полости слегка болезненно.</p>	<p>1. гиперемия пульпы (глубокий кариес) 2. Со средним кариесом(болезненность по эмалево-дентинной границе),очаговым пульпитом(ночная, постоянная боль со светлыми промежутками), хр. фиброзным пульпитом(сообщение с полостью зуба, пульпа кровоточит) 3. Обезболивание, препарирование, протравливание ортофосфорной кислотой лечебная прокладка кальцимол, изолирую цемион, адгезив, постоянная пломба</p>
<p>Задача №10</p>	<p>1. вторичный кариес (глубокий кариес) 2. Со средним кариесом(болезненность по эмалево-дентинной</p>

<p>Больная 36 лет обратилась с жалобами на кратковременную боль в области зуба на верхней челюсти слева при приеме пищи, особенно холодной. Боль появилась около двух недель назад.</p> <p>An.vitae: Работает кондуктором, болеет в течении 5 лет синуситом, стоит на диспансерном учете у ЛОР врача.</p> <p>An.morbi: Перенесла ОРВИ 17 дней назад. Регулярно посещает стоматолога, полгода назад была поставлена пломба.</p> <p>При осмотре 2.4 зуба пломбаимеется нарушение краевого прилегания. Зондирование дна полости слегка болезненно (после удаления пломбы).</p>	<p>границе),очаговым пульпитом(ночная,постоянная боль со светлыми промежутками),хр.фиброзным пульпитом(сообщение с полостью зуба,пульпа кровоточит)</p> <p>3.Обезболивание,препарирование,протравливание ортофосфорной кислотой лечебная прокладка кальцимол,изолирую цемион,адгезив,постоянная пломба</p>
<p>Задача№11</p> <p>Больной 20 лет обратился с жалобами на острую приступообразную боль в зубе на верхней челюсти справа. Сильные болевые приступы появились накануне ночью. Ранее боль в зубе не отмечал.</p> <p>При осмотре: на медиальной поверхности зуба 1.4 глубокая кариозная полость с нависающими краями, заполненная размягченным дентином. Зондирование дна резко болезненно в одной точке, перкуссия зуба безболезненная.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. острый очаговый пульпит 2. с глубоким кариесом(нет ночной боли,болезненность по дну кариозной полости),с хр.фиброзным пульпитом(может быть несколько лет,эод 35-40),ост.диффузный пульпит(короткие светлые промежутки,от 2 до 14 суток,резко болезненно по всему дну,эод 30-45) 3. витальная пульпотомия-обезболтвание,препарирование,вскрытие полости,удаление пульпы,антисептическая обработка,наложение лечебной прокладки кальцимолналожение изолирующей прокладки цемион,пломбирование.
<p>Задача№12</p> <p>Больная 40 лет обратилась с жалобами на сильную длительную боль в области зубов верхней челюсти справа, усиливающуюся от температурных раздражителей. Со слов пациентки боль появилась в зубена верхней челюсти справа около 4-х дней назад, которая усиливалась в ночное время и при температурном раздражении. Ранее зуб не болел. В настоящее время боль не проходит полностью, а лишь частично затихает.</p> <p>При осмотре — на дистальной поверхности зуба 1.6</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. острый диффузный пульпит, серозная стадия 2. с острым очаговым пульпитом(более светлые промежутки,1-2 дня,в проекции рога пульпы болезненно,перкуссия безболезненна),с острой формой периодонтита(постоянная,ноющая боль,при накусывании на зуб болезненно,зондирование безболезненно,эод свыше 100),гайморитом(повышение температуры,головная боль,заложенность носа,рентгенограмма),луночковой болью при альвеолите(наличие лунки,нет реакции на температур.раздражители,пальпация десны болезненна) 3. 1посещение(обезболивание,препарирование,обработка хлоргексидином,высушивание,противовоспалительные на 1-3 суток

<p>глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. Зондирование болезненное по всему дну, перкуссия болезненная.</p>	<p>саматозим) 2 посещение(удаление временной повязки,высушивание,лечебная повязка,изолирующая,пломбирование,шлифовка,полировка</p>
<p>Задача№13</p> <p>Пациент 28 лет обратился к стоматологу с жалобами на появление достаточно длительных приступов боли от холодного и горячего в области нижней челюсти слева. Иногда на некоторое время возникает боль без видимых причин. При ощупывании зубов языком каких-либо дефектов в них больной не определяет. При выяснении локализации боли пациент указывает на зубы 3.4 и 3.5. Ночная боль отсутствует.</p> <p>При осмотре кариозные полости не определяются, отмечается изменение цвета эмали на жевательной поверхности 3.4 зуба с дистальной стороны. Зондирование дистальной контактной поверхности зуба 3.4 болезненно. Перкуссия зуба безболезненна, реакция на холод болезненная, длительная.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический фиброзный пульпит 2. с острым очаговым пульпитом(1-2 дня,есть сетлые промежутки,эод 20-60,зондирование в одной точке),с гангренозным пульпитом(коронка темная,широкое сообщение с полостью зубу,зондирование безболезненно,реакция на горячее,эод 60-100),с глубоким кариесом(болезненность по всему дну,полость не вскрыта,реакция быстро проходящая) 3. витальная пульпотомия-обезболтвание,препарирование,вскрытие полости,удаление пульпы,антисептическая обработка,наложение лечебной прокладки кальцимолналожение изолирующей прокладки цемион,пломбирование.
<p>Задача№14</p> <p>Пациентка 23 лет обратилась к стоматологу с жалобами, на наличие кариозной полости в зубе на верхней челюсти слева. С ее слов полость появилась около шести месяцев тому назад. Несмотря на то, что вскоре после возникновения полости больную некоторое время беспокоила боль, к врачу она не обращалась.</p> <p>Возобновившаяся боль носит характер приступа, возникающего в ответ на попадание в кариозную полость пищи при жевании. Приступ длится достаточно долго, боль остается на некоторое время и после освобождения полости от пищевых остатков.</p> <p>Самопроизвольной и ночной боли нет.</p> <p>При осмотре в зубе 2.4 определяется глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. При</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический фиброзный пульпит 2. с острым очаговым пульпитом(1-2 дня,есть сетлые промежутки,эод 20-60,зондирование в одной точке),с гангренозным пульпитом(коронка темная,широкое сообщение с полостью зубу,зондирование безболезненно,реакция на горячее,эод 60-100),с глубоким кариесом(болезненность по всему дну,полость не вскрыта,реакция быстро проходящая) 3. витальная пульпотомия-обезболтвание,препарирование,вскрытие полости,удаление пульпы,антисептическая обработка,наложение лечебной прокладки кальцимолналожение изолирующей прокладки цемион,пломбирование.

<p>зондировании дна полости в одном участке определяется сообщение кариозной полости с полостью зуба, болезненность и кровоточивость пульпы.</p>	
<p>Задача №15</p> <p>Пациентка 38 лет обратилась на прием к стоматологу с жалобами, на ноющую боль в области нижней челюсти справа, возникающую при приеме горячей пищи и при переходе с улицы в теплое помещение и наоборот. Приступ боли длится достаточно долго. Кроме этого больную беспокоит попадание пищи в кариозную полость в зубе на нижней челюсти. Со слов больной, около года назад у нее несколько дней болел один из нижних коренных зубов справа. К врачу она не обращалась, так как в то время была на даче. Через несколько дней боль уменьшилась, а затем полностью исчезла. Около трех недель назад появились боли, указанные в жалобах.</p> <p>При осмотре имеется глубокая кариозная полость в зубе 4.6. При зондировании кариозной полости обнаруживается: широкое ее сообщение с полостью зуба, отсутствие болезненности в устьях корневых каналов, глубокое зондирование корневых каналов болезненно.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический гангренозный пульпит 2. с хр. верхушечный периодонтит (возможно наличие свища, симптом вазопореза, чувствительность при накусывании, зондирование безболезненно, ЭОД свыше 100), с хроническим фиброзным пульпитом (реакция на холодное, цвет не изменен, зондирование болезненно в одной точке, ЭОД 35-50) 3. витальная экстерпация-обезболивание, препарирование, антисептическая обработка, экстерпация пульпы, антисептическая обработка, инструментальная обработка, антисептическая обработка, высушивание каналов, пломбирование, изолирующая прокладка, пломбирование.
<p>Задача №16</p> <p>Пациент 34 лет обратился к стоматологу-терапевту с жалобами, на боль в зубе на нижней челюсти справа. Боль возникает при приеме горячей пищи, беспокоит три недели. Со слов больного примерно полгода тому назад из-за сильной ночной боли обратился к стоматологу. Рентгеновский снимок утерян. Лечение проводилось под анестезией. До того момента, как появилась боль от горячего, зуб не беспокоил больного. При осмотре 4.6 зуб под пломбой. Пломба расположена на</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический гангренозный пульпит 2. с хр. верхушечный периодонтит (возможно наличие свища, симптом вазопореза, чувствительность при накусывании, зондирование безболезненно, ЭОД свыше 100), с хроническим фиброзным пульпитом (реакция на холодное, цвет не изменен, зондирование болезненно в одной точке, ЭОД 35-50) 3. витальная экстерпация-обезболивание, препарирование, антисептическая обработка, экстерпация пульпы, антисептическая обработка, инструментальная обработка, антисептическая обработка, высушивание каналов, пломбирование, изолирующая прокладка, пломбирование.

<p>дистально-контактной и жевательной поверхностях. Состояние пломбы удовлетворительное. Перкуссия зуба безболезненная</p>	
<p>Задача №17</p> <p>Пациент 39 лет обратился к врачу- стоматологу с жалобами на самопроизвольные боли в вечернее и ночное время, боли от химических и термических раздражителей в зубе на нижней челюсти слева. В анамнезе кариозная полость появилась полгода назад, несколько месяцев назад зуб болел остро, потом боли стихли, и беспокоил зуб при воздействии термических и механических раздражителей. Два дня назад появились самопроизвольные боли в ночное и вечернее время.</p> <p>Объективно: на жевательной поверхности 3.6 зуба с разрушенной задней контактной поверхностью кариозная полость, заполненная размягчённым и пигментированным дентином, при зондировании резкая болезненность в одной точке, перкуссия отрицательная.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. обострение хронического фиброзного пульпита 2. с острым периодонтитом(боль при накусывании, постоянная, рентген), с острым очаговым пульпитом(нет иррадирующих болей, в прошлом нет болей, полость не вскрыта, перкуссия безболезненна) 3. витальная экстерпация- обезболивание, препарирование, антисептическая обработка, экстерпация пульпы, антисептическая обработка, инструментальная обработка, антисептическая обработка, высушивание каналов, пломбирование, изолирующая прокладка, пломбирование.
<p>Задача №18</p> <p>Пациентка 23 лет обратилась к стоматологу с жалобами на появление легкой болезненности при надавливании пальцем на альвеолярный отросток в области проекции корня зуба на верхней челюсти слева. Кроме этого, больной кажется, что зуб за последнее время слегка изменился в цвете. Других жалоб нет.</p> <p>Из анамнеза: два с половиной года назад была поставлена пломба из светоотверждаемого композита, в течение некоторого времени после пломбирования пациентку беспокоила боль от температурных раздражителей.</p> <p>При осмотре: в зубе 2.1 имеется средней величины пломба на медиальной контактной поверхности. Эмаль по сравнению с соседними, более тусклая. Перкуссия зуба слегка болезненная. При пальпации альвеолярного отростка в области проекции</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический гранулематозный периодонтит 2. с фиброзным периодонтитом(отмечается расширение периодонтальной щели), При гранулирующем периодонтите (отмечается деструкция кости с нечеткими неровными контурами), При хроническом пульпите и среднем кариесе не обнаруживаются никаких изменений на рентгенограмме, При корневой кисте клиническими признаками являются: расхождение зубов, выбухание костной стенки в проекции нахождения кисты. Характерные рентгенологические данные: очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня зуба более размерами 1 см. с ровными контурами. 3. препарирование, расширение устьев корневых каналов, определение длины канала, механическая и антисептическая обработка, высушивание, пломбирование, изолирующая прокладка, пломба.

<p>верхушки корня 2.1 отмечается незначительное утолщение костной ткани, умеренно болезненное. После проведения дополнительных методов обследования пациентке был поставлен диагноз: хронический гранулематозный периодонтит.</p>	
<p>Задача №19</p> <p>Больная 30 лет обратилась с жалобами на болезненность при накусывании на зуб нижней челюсти слева. An.vitae: стоит на диспансерном учете у ревматолога. Со слов больной ранее зуб лечен, пломба выпала год назад.</p> <p>Объективно: коронка 3.1 зуба темного цвета. На дистальной поверхности кариозная полость, заполненная размягченным дентином. Отмечается сообщение с полостью зуба. Зондирование безболезненное, перкуссия зуба болезненная. На десне соответственно проекции верхушки корня этого зуба отмечается наличие свища.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический гранулирующий периодонтит 2. с фиброзным периодонтитом(при рентгенографии обнаруживается только расширение периодонтальной щели, возле верхушки обычно нет никаких изменений),с гранулематозным периодонтитом(рентгенологическая картина: деструкция костной ткани с ровным и четкими контурами (гранулема),с хроническим пульпитом (нет изменений вокруг верхушки корня на рентгенограмме),с радикулярной кистой и актиномикозным поражением челюстно-лицевой области(помогает микробиологическое исследование (выявляются друзы актиномицетов),с хроническим остеомиелитом,(рентгенограмме видны секвестры (очаги затемнения, отграниченные полосой просветления) 3. препарирование,расширение устьев корневых каналов,определение длинны канала,механическая и антисептическая обработка,высушивание,пломбирование,изолирующая прокладка,пломба.
<p>Задача №20</p> <p>Пациент 26 лет обратился с жалобами на постоянную сильную боль в области нижней челюсти справа, чувство выросшего зуба.</p> <p>Из анамнеза: неделю назад лечил 4.7 зуб по поводу острой ночной боли, с пломбированием каналов под анестезией. После лечения острая боль прошла, но появилась постоянная ноющая боль,которая усиливается при накусывании и появилось чувство «выросшего зуба».</p> <p>При осмотре: на жевательной поверхности 4.7 зуба большая пломба, перкуссия вертикальная резко положительна. На внутриротовой рентгенограмме 4.7 зуба пломба, в полости зуба пломбировочный материал, дистальный канал запломбирован с выведением пломбировочного материала за верхушечное отверстие, медиальные каналы запломбированы на</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. острый периодонтит фаза экссудации 2. с фазой интоксикации(боль только при накусывании,перкуссия слабо болезненная,зуб заболел в первые,беспокоит более суток),с фазой экссудацией гнойной стадией(боль постоянная,ноющая,чувство выросшего зуба,иррадиация,подвижность,перкуссия резко болезненна,расширение периодонтальной щели в области верхушки) 3. 1посещение(обезболивание,препарирование,создание эндодонтического доступа,расширение устьев,определение длинны канала,удаление некротизированных масс,инструментальная и медикаментозная обработка,общее лечение-антибиотики,витамин С) 2посещение(прохождение корневого канала,инструмент. И медикаментозная обработка,введение турунды с антисептиком в канал,наложение временной пломбы) 3.Посещение(удаление временной пломбы,удаление лекарства с корневого канала,антисептическая и механическая обработка,пломбирование,изолирующая,пломба

<p>2/3, в периапикальных тканях изменений нет.</p>	
<p>Задача №21</p> <p>Больная 35 лет обратилась с жалобами на постоянные сильные боли пульсирующего характера в области верхней челюсти слева, невозможность закрыть рот и притронуться языком к зубу на верхней челюсти слева. Из анамнеза отмечает частые ОРВИ, работает кондуктором. В течение недели появились ночные приступообразные боли, затем боль перешла в постоянную, нарастающую.</p> <p>При осмотре: конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей слева, переходная складка в области 2.5 сглажена, пальпация болезненна. На дистальной поверхности глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином. Перкуссия вертикальная и горизонтальная резко положительна. На внутриротовой рентгенограмме 2.5 зуба коронка зуба разрушена на 1/3 с дистальной поверхности. Корневой канал прослеживается на всем протяжении корня, в области верхушки расширение периодонтальной щели.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. острый периодонтит фаза экссудации 2. с фазой интоксикации (боль только при накусывании, перкуссия слабо болезненная, зуб заболел в первые, беспокоит более суток), с фазой экссудацией гнойной стадией (боль постоянная, ноющая, чувство выросшего зуба, иррадиация, подвижность, перкуссия резко болезненна, расширение периодонтальной щели в области верхушки) 3. 1 посещение (обезболивание, препарирование, создание эндодонтического доступа, расширение устьев, определение длины канала, удаление некротизированных масс, инструментальная и медикаментозная обработка, общее лечение - антибиотики, витамин С) 2 посещение (прохождение корневого канала, инструмент. И медикаментозная обработка, введение турунды с антисептиком в канал, наложение временной пломбы) 3. Посещение (удаление временной пломбы, удаление лекарства с корневого канала, антисептическая и механическая обработка, пломбирование, изолирующая, пломба)
<p>Задача №22</p> <p>Больная 35 лет обратилась с жалобами на постоянные ноющие боли в зубе на верхней челюсти слева, усиливающиеся при накусывании. Со слов больной кариозную полость начала ощущать около полугода назад, ранее беспокоила боль от термических раздражителей, к врачу не обращалась. Постоянные ноющие боли появились после переохлаждения.</p> <p>Объективно: коронка 2.6 зуба темного цвета, на латеральной контактной поверхности кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, вертикальная перкуссия болезненна, зондирование безболезненно. Слизистая оболочка</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. обострение хронического фиброзного периодонтита 2. с острым гнойным периодонтитом (рентгенограмма) 3. 1 посещение (обезболивание, препарирование, эндодонтический доступ, расширение устьев, определение длины, механическая, антисептическая обработка, удаление некротизированных масс, медикаментозная обработка, временное пломбирование корневых каналов, временная пломба) 2 посещение (удаление временной пломбы, удаление пломбировочного материала из канала, механическая и медикаментозная обработка, пломбирование каналов, изолирующая прокладка, пломба)

<p>десны и альвеолярного отростка в области причинного зуба гиперемирована, отечна. Рентгенологически определяется расширение периодонтальной щели в области верхушки корня зуба.</p>	
<p>Задача №23</p> <p>Больная 35 лет обратилась с жалобами на чувство тяжести, распираания, дискомфорта в зубе на нижней челюсти справа. Отмечает болезненность при накусывании.</p> <p>Из анамнеза: болевые ощущения периодичны и сопровождаются появлением свища, который через некоторое время исчезает. Иногда больной замечает выделение из свища гноя.</p> <p>Объективно: конфигурация лица изменена, за счет отека мягких тканей, поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены, при пальпации болезненны. Слизистая оболочка полости рта без видимых изменений. На жевательной поверхности 4.6 зуба имеется глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином, отмечается сообщение с полостью зуба, зондирование устьев корневых каналов безболезненно, перкуссия положительна. Переходная складка сглажена, напряжена, болезненна при пальпации.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический гранулирующий периодонтит 2. с фиброзным периодонтитом(при рентгенографии обнаруживается только расширение периодонтальной щели, возле верхушки обычно нет никаких изменений),с гранулематозным периодонтитом(рентгенологическая картина: деструкция костной ткани с ровным и четкими контурами (гранулема),с хроническим пульпитом (нет изменений вокруг верхушки корня на рентгенограмме),с радикулярной кистой и актиномикозным поражением челюстно-лицевой области(помогает микробиологическое исследование (выявляются друзы актиномицетов),с хроническим остеомиелитом,(рентгенограмме видны секвестры (очаги затемнения, отграниченные полосой просветления) 3. 1 посещение(обезболивание,препарирование,эндодонтический доступ,расширение устьев,определение длины,механическая,антисептическая обработка,удаление некротизированных масс,медикаментозная обработка,временное пломбирование корневых каналов,временная пломба) 2посещение(удаление временной пломбы,удаление пломбировочного материала из канала,механическая и медикаментозная обработка,пломбирование каналов,изолирующая прокладка,пломба
<p>Задача №24</p> <p>Больному 47 лет. Жалобы на болезненность при накусывании в зубе на верхней челюсти справа. У больного в анамнезе ревматизм. 2.6 ранее лечен по поводу пульпита, на медиальной поверхности 2.6 пломба. На рентгенограмме – небный канал запломбирован на $\frac{2}{3}$ длины, медиальной щечный и дистально щечной не проходимы, в области щечных каналов разрежение костной ткани в области верхушки корня в виде «пламени».</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический гранулирующий периодонтит 2. с фиброзным периодонтитом(при рентгенографии обнаруживается только расширение периодонтальной щели, возле верхушки обычно нет никаких изменений),с гранулематозным периодонтитом(рентгенологическая картина: деструкция костной ткани с ровным и четкими контурами (гранулема),с хроническим пульпитом (нет изменений вокруг верхушки корня на рентгенограмме),с радикулярной кистой и актиномикозным поражением челюстно-лицевой области(помогает микробиологическое исследование (выявляются друзы актиномицетов),с хроническим остеомиелитом,(рентгенограмме видны секвестры (очаги затемнения, отграниченные полосой просветления)

	<p>3. 1 посещение(обезболивание,препарирование,эндодонтический доступ,расширение устьев,определение длины,механическая,антисептическая обработка,удаление некротизированных масс,медикаментозная обработка,временное пломбирование корневых каналов,временная пломба) 2 посещение(удаление временной пломбы,удаление пломбировочного материала из канала,механическая и медикаментозная обработка,пломбирование каналов,изолирующая прокладка,пломба</p>
<p>Задача№25</p> <p>Больной 18 лет жалуется на кровоточивость десны при приеме жесткой пищи и при чистке зубов. Три недели назад на зубы была поставлена ортодонтическая система «Брекет». До этого десна незначительно кровоточила при чистке зубов с десяти лет. Зубы чистить боится из-за болезненности десны.</p> <p>При внешнем осмотре: определяются поднижнечелюстные лимфатические узлы, при пальпации слегка болезненны. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розовая, умеренно увлажнена. Десневые сосочки и маргинальная десна застойно гиперемированы, легко кровоточат при зондировании. Зубы и ортодонтический аппарат покрыты обильным мягким зубным налетом. Прикус - смешанный. Зубы санированы.</p>	<p>хронический генерализованный катаральный гингивит (2ст)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кровоточивость десны при приеме жесткой пищи и при чистке зубов, десневые сосочки и маргинальная десна застойно гиперемированы, легко кровоточат при зондировании. Зубы и ортодонтический аппарат покрыты обильным мягким зубным налетом 2. проба Шиллера – Писарева, метод Кулаженко для определения функционального состояния сосудов, РМА-индекс, ПИ-пародонтальный индекс и индекс гигиены по Федорову – Володкиной, ортопантомография. 3. Диф. диагностика с острыми формами гингивита, с острым пародонтитом, с хроническим пародонтитом, с пародонтозом 4. а) Профессиональная гигиена полости рта, б) Ликвидация симптомов заболевания, с) Нормализация обменных процессов в тканях пародонта. <p>Препараты: кристаллический йодид калия с последующей обработкой десны 3% раствором перекиси водорода,кератопластики (масло облепихи и шиповника); Ингибиторы ферментов: гепарин, контрикал; Десинсбилизаторы: супрастин, тавегил, лордестин. Физиотерапия: вибромассаж, вакуум-массаж, диадинамические токи, электрофорез кальция-10-12 процедур через день, 2-5% раствором ромазулана.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Рациональная гигиена полости рта, посещение стоматолога 1 раз в 6 месяцев.
<p>Задача№26</p> <p>Больному 19 лет. Жалуется на кровоточивость и болезненность десны при чистке зубов и при приеме жесткой пищи и изменение внешнего вида десны в области 1.4, 2.3, 2.6, 3.4, 4.4. Кровоточивость десен при чистке зубов появилась с 15 лет. Внешний вид десны изменился после пломбирования зубов, болезненность и кровоточивость при чистке и приеме пищи появилась 5 дней назад. К врачу обратился впервые.</p>	<p>хронический гипертрофический гингивит (отечная форма)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. изменение внешнего вида десны в области 1.4, 2.3, 2.6, 3.4, 4.4., гиперемия, отечность, гипертрофия десневых сосочков на 1/2 длины коронки и кровоточивость десневого края. 2. Проба Шиллера – Писарева, метод Кулаженко для определения функционального состояния сосудов, РМА-индекс, ПИ-пародонтальный индекс и индекс гигиены по Федорову – Володкиной, ортопантомография. 3. Диф. диагностика с острыми формами гингивита, с острым пародонтитом, с хроническим пародонтитом, с пародонтозом.

<p>При внешнем осмотре и пальпации патологии не выявлено. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена. Зубы санированы, пломбы на апроксимальных поверхностях 1.4, 2.3, 2.6, 3.4, 4.4 - нависают над межзубными промежутками. Гиперемия, отечность, гипертрофия десневых сосочков на 1/2 длины коронки и кровоточивость десневого края, обилие мягкого зубного налета. В области остальных зубов гиперемия и кровоточивость десневого края.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. а) Профессиональная гигиена полости рта б) Ликвидация симптомов заболевания с) Хирургическое иссечение гипертрофированной десны. <p>Препараты: Склерозирующая терапия: 3% раствор сульфата меди, мараславин. Физиотерапия: вакуум-массаж или дарсонвализация десен.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Рациональная гигиена полости рта, посещение стоматолога 1 раз в 6 месяцев.
<p>Задача №27</p> <p>Больная 20 лет жалуется на кровоточивость десны при чистке зубов, «некрасивый» вид десны в области фронтальной группы зубов на нижней челюсти, дискомфорт при приеме пищи. Жалобы на кровоточивость появились в 13 лет. Во время беременности состояние десны ухудшилось. Лечилась у стоматолога нерегулярно. Положительного эффекта не было. Хронические заболевания органов и систем отрицает.</p> <p>При осмотре: внешний вид без особенностей, поднижнечелюстные и подподбородочные лимфоузлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена, мелкое преддверие полости рта. Зубы 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 скучены, на апроксимальных поверхностях пломбы неудовлетворительного качества отек, деформация десневых сосочков, цианоз, продолжительная кровоточивость при зондировании, гипертрофированная десна покрывает коронковую часть зубов до ее середины в области 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4. В области моляров верхней и нижней челюсти десна гиперемирована. отечна, резко кровоточит при зондировании. Гигиена полости рта неудовлетворительная. На рентгенограмме компактная пластинка вершин</p>	<p>хронический локализованный гипертрофический гингивит (отечная форма 2 ст)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кровоточивость десны при чистке зубов, отек и деформация десневых сосочков, цианоз, продолжительная кровоточивость при зондировании, гипертрофированная десна покрывает коронковую часть зубов до ее середины в области 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4. 2. Проба Шиллера – Писарева, метод Кулаженко для определения функционального состояния сосудов, РМА-индекс, ПИ-пародонтальный индекс и индекс гигиены по Федорову – Володкиной, ортопантомография 3. Диф. диагностика с острыми формами гингивита, с острым пародонтитом, с хроническим пародонтитом, с пародонтозом. 4. а) Профессиональная гигиена полости рта б) Ликвидация симптомов заболевания с) Хирургическое иссечение гипертрофированной десны. <p>Препараты: Склерозирующая терапия: 3% раствор сульфата меди, мараславин. Физиотерапия: вакуум-массаж или дарсонвализация десен.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Рациональная гигиена полости рта, посещение стоматолога 1 раз в 6 месяцев.

<p>межальвеолярных перегородок сохранена.</p>	
<p>Задача №28</p> <p>Пациент 20 лет жалуется на резкую кровоточивость и болезненность десен, которые появились три дня назад, на общую слабость и повышение температуры тела. Страдает хроническим гайморитом. Десны кровоточат с 14 лет. Зубы чистит нерегулярно. Неделю назад перенес ОРВИ.</p> <p>При осмотре: кожные покровы бледные. Поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны. Гнилостный запах изо рта. Слизистая оболочка полости рта бледная, умеренно увлажнена, язык обложен. Гигиена полости рта неудовлетворительная. Имеются кариозные полости в 2.6 1.4 3.7 3.6. По десневому краю верхней и нижней челюстей в переднем участке грязно-серый налет, резкая болезненность и кровоточивость межзубной и маргинальной десны.</p> <p>Прикус: глубокое резцовое перекрытие, скученность зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. острый язвенно- некротический локализованный гингивит (средняя ст) 2. Дифференциальную диагностику проводят с: заболеваниями крови (лейкозы), ВИЧ-инфекцией , сифилисом, интоксикацией солями тяжелых металлов. По результатам анализов : заболевания крови, ВИЧ-инфекции не выявлено. 3. План общего лечения: <ul style="list-style-type: none"> • противовоспалительная терапия: • антибактериальная терапия (Трихопол внутрь); · антигистаминное лечение (Супрастин, Кларитин) ; · витаминотерапия (Аскорутин и др.) . 4. План местного лечения: <ul style="list-style-type: none"> • Qбезболивание (проводниковая или инфилтрационная анестезия); • аппликация протеолитических ферментов; · удаление некротизированных тканей; · аппликация антибактериальных препаратов (Трихопол и др.); · устранение травматических факторов; • санация полости рта в период выздоровления.
<p>Задача №29</p> <p>Пациент 18 лет отмечает, что после переохлаждения в течении 2 дней чувствует общую слабость, сильную болезненность и кровоточивость десны, на затрудненный прием пищи, неприятный запах изо рта и повышенную температуру тела, до 39°C. Десна кровоточит с десяти лет. Страдает частыми ангинами. Зубы чистит нерегулярно.</p> <p>При осмотре: бледность кожных покровов, поднижнечелюстные и подподбородочные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации, подвижны. Гнилостный запах изо рта. Слизистая оболочка полости рта бледная, умеренно увлажнена, язык обложен. Имеются обильные над- и поддесневые зубные отложения на всех зубах. Гиперемия</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. острый язвенно- некротический генерализованный гингивит (средняя ст) 2. Дифференциальную диагностику проводят с : заболеваниями крови (лейкозы), ВИЧ-инфекцией , сифилисом , интоксикацией солями тяжелых металлов. По результатам анализов : заболевания крови, ВИЧ-инфекции не выявлено . 3. План общего лечения: <ul style="list-style-type: none"> • противовоспалительная терапия : • антибактериальная терапия (Трихопол внутрь) ; • антигистаминное лечение (Супрастин , Кларитин) ; • витаминотерапия (Аскорутин и др .) . 4. П лан местного лечения: <ul style="list-style-type: none"> • Qбезболивание (проводниковая или инфилтрационная анестезия) ; • аппликация протеолитических ферментов ; • удаление некротизированных тканей ; • аппликация антибактериальных препаратов (Трихопол и др.); • устранение травматических факторов ; • санация полости рта в период выздоровления.

<p>межзубной и маргинальной десны с наличием сероватого налета, после снятия которого легко обнажается кровоточащая эрозивная поверхность в области всех зубов.</p> <p>Патология прикуса: зубы вне дуги, скученны. Кариес зубов 1.2, 1.3, 2.2, 2.3, 3.4, 3.6, 4.5, 4.6. II и III класс по Блэку.</p>	
<p>Задача №30</p> <p>Пациентка 21 лет обратилась в клинику с жалобами на кровоточивость и зуд десен. Впервые кровоточивость десен появилась в возрасте 14 лет при чистке зубов; время от времени возникает при приеме твердой пищи. Чистит зубы мягкой щеткой два раза в день, в течение 1,5-2 мин. Ранее к пародонтологу не обращалась. В анамнезе - хронический пиелонефрит.</p> <p>Объективно: имеется отложение мягкого зубного налета, зубной камень на зубах 1.6, 2.6, 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4.</p> <p>Десна гиперемирована и слегка отечна в области премоляров и моляров верхней и нижней челюстей. В межзубных промежутках этих зубов карманы до 3,5 мм. В области остальных зубов карманов нет. Имеется супраокклюзия в этих участках. На ортопантограмме резорбция межальвеолярных перегородок в области моляров и премоляров на 1/3 длины корня зуба. В области остальных зубов - начинающаяся резорбция вершин перегородок</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести 2. Дифференциальную диагностику проводят с: острыми формами пародонтита, острыми и хроническими формами гингивита, пародонтозом. 3. План местного лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ профессиональная гигиена полости рта, ▪ аппликации на десны антимикробных (0,06% раствор хлоргексидина, трихопол) и противовоспалительных препаратов (ацетилсалициловая кислота), ▪ физиолечение: КУФ на область десен (антибактериальный эффект), анод-гальванизация, электрофорез лекарственных веществ с анода (хлорида кальция витамина В1) 4. План общего лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ антибактериальная терапия (Трихопол внутрь), ▪ антигистаминное лечение (Супрастин, Кларитин); ▪ витаминотерапия (Аскорутин и др.)
<p>Задача №31</p> <p>Пациент 28 лет обратился с жалобами на кровоточивость десен при чистке зубов, которая беспокоит с 15 лет.</p> <p>Из анамнеза: в детстве лечился у врача-ортодонта, в течение года носил ортодонтический аппарат.</p> <p>Объективно: имеется незначительное отложение над- и</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический локализованный пародонтит легкой степени тяжести 2. Дифференциальную диагностику проводят с: острыми формами пародонтита, острыми и хроническими формами гингивита, пародонтозом. 3. План местного лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ профессиональная гигиена полости рта ▪ аппликации на десны антимикробных (0,06% раствор хлоргексидина, трихопол) и противовоспалительных

<p>поддесневого зубного камня. Десна гиперемирована и отечна в области всех зубов. При исследовании зубодесневой борозды в области этих зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 определяется погружение зонда до 3 мм с апраксимальных сторон. Прикус - глубокое резцовое перекрытие.</p> <p>На рентгенограмме определяется расширение периодонтальной щели в пришеечной области и разволокнение кортикальной пластинки, межзубной перегородки в области резцов нижней челюсти.</p>	<p>препаратов (ацетилсалициловая кислота)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ физиолечение: КУФ на область дёсен (антибактериальный эффект), анод-гальванизация, электрофорез лекарственных веществ с анода (хлорида кальция витамина В1) <p>4. План общего лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ антибактериальная терапия (Трихопол внутрь) ▪ антигистаминное лечение (Супрастин , Кларитин) ▪ витаминотерапия (Аскорутин и др.)
<p>Задача№32</p> <p>Больная 28 лет обратилась в клинику с жалобами на подвижность зубов, периодически возникающее гноетечение из карманов. Иногда бывают абсцессы. В анамнезе - сахарный диабет. Содержание глюкозы в крови 6,7 ммоль/л.</p> <p>При осмотре: обильное отложение мягкого налета, наддесневого зубного камня. При зондировании определяется поддесневой зубной камень. Десна гиперемирована, отечна, легко кровоточит при зондировании. Зубной ряд интактный. Карманы в области 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2 -5 мм, у остальных зубов 3,5 мм. Подвижность зубов 1.2, 2.1, 2.2, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 -II степени, 1.3, 2.3, 3.4, 4.3 - I степени.</p> <p>На рентгенограмме - неравномерная резорбция межальвеолярных перегородок: в области передних зубов нижней челюсти в виде лакун до 1/2 длины корня зуба. В области остальных зубов - от 1/3 до 1/2 длины корня зуба, кортикальная пластинка разрушена.</p>	<p>1. хронический локализованный пародонтит средней ст</p> <p>2. Дифференциальную диагностику проводят с: острыми формами пародонтита, острыми и хроническими формами гингивита, пародонтозом.</p> <p>3. План местного лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ профессиональная гигиена полости рта ▪ закрытый кюретаж ▪ аппликации на дёсны антимикробных (0,06% раствор хлоргексидина, трихопол) и противовоспалительных препаратов (ацетилсалициловая кислота) <p>4. физиолечение: КУФ на область дёсен (антибактериальный эффект), анод-гальванизация, электрофорез лекарственных веществ с анода (хлорида кальция витамина В1)</p> <p>План общего лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ антибактериальная терапия (Трихопол внутрь) ▪ антигистаминное лечение (Супрастин , Кларитин) ▪ витаминотерапия (Аскорутин и др.)
<p>Задача№33</p> <p>Пациент 50-ти лет обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, расшатанность зубов, неприятный запах изо рта. Два зуба были удалены в результате</p>	<p>1. хронический генерализованный пародонтит 3 ст</p> <p>2. Дифференциальную диагностику проводят с: острыми формами пародонтита, острыми и хроническими формами гингивита, пародонтозом.</p> <p>3. План местного лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ профессиональная гигиена полости рта

<p>подвижности. В анамнезе: стенокардия, хронический гастродуоденит.</p> <p>При осмотре: десна гиперемирована, с цианотичным оттенком, обильное отложение над- и поддесневого зубного камня. Пародонтальные карманы в области моляров верхней челюсти до 8 мм, у остальных зубов - до 6 мм. Подвижность зубов 1.8, 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, 2.8 - III степени, остальных - II степени. Отсутствуют зубы 4.6, 3.5. Нижние резцы расположены веерообразно. На рентгенограмме 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 зубов резорбция костной ткани смешанного типа на 2/3 длины корня зуба. В области зубов 1.7, 3.2 - костные карманы. Ранее был поставлен диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> открытый кюретаж <input type="checkbox"/> аппликации на десны антимикробных (0,06% раствор хлоргексидина, трихопол) и противовоспалительных препаратов (ацетилсалициловая кислота) физиолечение: КУФ на область десен (антибактериальный эффект), анод-гальванизация, электрофорез лекарственных веществ с анода (хлорида кальция витамина В1) <p>4. План общего лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> антибактериальная терапия (Трихопол внутрь) <input type="checkbox"/> антигистаминное лечение (Супрастин, Кларитин) <input type="checkbox"/> витаминотерапия (Аскорутин и др.)
<p>Задача №34</p> <p>Пациентка 35 лет обратилась в клинику с жалобами на повышенную чувствительность зубов к температурным и химическим раздражителям. В анамнезе - вегетососудистая дистония.</p> <p>При осмотре: десна бледного цвета, плотно прилежит к поверхности зубов, пародонтальные карманы и кровоточивость при зондировании не определяются. Рецессия десны в области всех зубов 2 мм. Клиновидные дефекты в области 1.2, 1.3, 2.3, 3.3, 3.4, 4.3 зубов.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. пародонтоз легкой степени тяжести 2. Дифференциальную диагностику проводят с: пародонтозом средней и тяжелой степени 3. План местного лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ профессиональная гигиена полости рта ▪ физиолечение: электрофорез 0,2%-ного раствора натрия фторида на твердую ткань зубов, ▪ покрытие зубов фторсодержащим лаком ▪ Пломбирование СИЦ клиновидных дефектов. 4. План общего лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Препараты кальция внутрь, при гиперестезии ▪ гипербарическая оксигенация
<p>Задача №35</p> <p>Пациентка 37 лет обратилась в клинику с жалобами на эстетические дефекты зубов 1.4, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, 3.3, 4.3. В анамнезе - тиреотоксикоз второй степени.</p> <p>При осмотре зубов 1.4, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, 3.3, 4.3 на шейках имеются дефекты эмали блюдцеобразной формы, с гладким, плотным дном. Дефекты диагностируются как эрозии</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. пародонтоз ср.ст тяжести, эрозия эмали 2. Дифференциальную диагностику проводят с: пародонтозом средней и тяжелой степени 3. План местного лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ профессиональная гигиена полости рта ▪ физиолечение: электрофорез 0,2%-ного раствора натрия фторида на твердую ткань зубов, ▪ покрытие зубов фторсодержащим лаком ▪ Пломбирование композитом светового отверждения эрозий

<p>эмали. Десна бледная, плотно прилежит к поверхности зуба. Рецессия десны - 2,5-3 мм. Кровоточивости при зондировании нет. На рентгенограмме - равномерное снижение высоты межзубных перегородок до ½ с сохранением компактной пластинки.</p>	<p>4. План общего лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Лечение основного заболевания - тиреотоксикоза ▪ Препараты кальция внутрь, при гиперестезии ▪ гипербарическая оксигенация
<p>Задача №36</p> <p>Пациент 51 год обратился в клинику с жалобами на боль в языке, усиливающуюся во время еды и при разговоре. Впервые почувствовал болезненность около трех недель назад. Лечился самостоятельно аппликациями облепихового масла. Боль продолжалась.</p> <p>В анамнезе - хронический холецистит</p> <p>При осмотре: на боковой поверхности языка слева, в средней его трети, имеется дефект слизистой оболочки в пределах собственного слоя с неровными краями. Отмечается фибринозный налет. Окружающие ткани отечны, синюшны. При пальпации края и дно этого дефекта болезненны. Поднижнечелюстные лимфоузлы слева увеличенные, болезненные, подвижные. Отсутствуют зубы 2.5, 2.6. Коронка зуба 2.4 разрушена, имеются острые края. На зубах - большое количество мягкого налета и зубного камня.</p>	<p>1. декубитальная язва</p> <p>2. Дифференциальную диагностику проводят с: сифилитической язвой, туберкулезной язвой, раковой язвой</p> <p>3. План местного лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Профессиональная гигиена полости рта ▪ Устранение травмирующего фактора – восстановление коронки разрушенного зуба 2.4 ▪ Отказ от раздражающей пищи ▪ Использование обезболивающих мазей (Камистад, Инстиллагель) ▪ Применение протеолитических ферментов (трипсин) ▪ Обработка ротовой полости и элемента поражения антисептическими растворами (0,06% раствор хлоргексидина) ▪ Использование кератопластиков (масло шиповника) <p>4. План общего лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Витаминотерапия (витамины А,Е)
<p>Задача №37</p> <p>Пациент 36 лет обратился к стоматологу для профилактического осмотра. Состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни. Курит с 16 лет.</p> <p>При осмотре: регионарные лимфоузлы не пальпируются. Вторичная частичная адентия, подвижность передних зубов нижней челюсти второй степени. На слизистой оболочке правой и левой щеки ближе к углам рта обнаружены участки помутнения эпителия с четкими контурами, не снимающимися</p>	<p>1. плоская лейкоплакия</p> <p>2. цитология</p> <p>3. Дифференциальную диагностику проводят с плоским лишаем (гиперкератотическая форма), кандидозом слизистой оболочки рта (гиперпластическая форма)</p> <p>4. Исключить вредные привычки (курение, прием алкоголя и др.), лечение кариеса и его осложнений , профессиональная: ~ гигиена . При отсутствии лечебного эффекта – провести удаление лейкоплакических бляшек хирургическим методом</p>

<p>при покабливании. Очаги не возвышаются над окружающей слизистой оболочкой. Их величина 2x1,5 см. Поверхность слегка шероховатая, сухая.</p>	
<p>Задача №38</p> <p>Пациент 20 лет обратился с жалобами на высыпания в полости рта, сопровождающиеся резкой болезненностью при приеме пищи, разговоре, обильное слюноотделение, боль в поднижнечелюстной области. Заболевание сопровождается повышением температуры тела до 38°C, недомоганием, головной болью. Считает себя больным 5 дней. Высыпания появились в день обращения к врачу. Ранее заболеваний слизистой оболочки полости рта не отмечает.</p> <p>При осмотре: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Красная кайма губ сухая, покрыта единичными чешуйками. Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована и отечна. На спинке языка, прикрепленной десне, твердом небе определяются точечные эрозии, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные при пальпации. Десна гиперемирована, отечна. Кариозные полости в зубах 1.7, 1.6, 3.7, 3.6. Гигиена полости рта неудовлетворительная.</p> <p>Лабораторное исследование препаратов показало наличие полиморфно-ядерных нейтрофилов в стадии некробиоза и гигантские многоядерные клетки.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. острый герпетический стоматит (ср. тяжести) 2. Дифференциальную диагностику проводят с: <ul style="list-style-type: none"> • хроническим рецидивирующим герпесом слизистой оболочки рта; • опоясывающим лишаем; • многоформной экссудативной эритемой 3. План лечения. <p>Общее лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> · нестероидные противовоспалительные лекарственные препараты; · антигистаминные лекарственные средства ; • иммуномодуляторы ; · противовирусные лекарственные средства (в первые 3-4 дня заболевания) ; · витамины (А , Е , Р , В , С) . <p>Местное лечение :</p> <ul style="list-style-type: none"> · обезболивание ; • антисептическая обработка полости рта ; • противовирусные препараты в первые 3-4 дня заболевания (аппликация на участки поражения) ; • эпителизирующая терапия после 4-го дня заболевания .
<p>Задача №39</p> <p>Пациентка 43 лет обратилась с жалобами на появление болезненной «язвочки» на небе, которая беспокоит в течение 5 дней. Начало заболевания связывает с переохлаждением и незначительным повышением температуры неделю назад. Отмечает периодичность возникновения «язвочек» в полости</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический рецидивирующий герпетический стоматит 2. Дифференциальную диагностику проводят с : <ul style="list-style-type: none"> • острым герпесом ; - · опоясывающим лишаем ; • хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом ; • аллергическим стоматитом. 3. общее лечение: <p>противовирусные лекарственные средства (в первые 3-4 дня заболевания);</p>

<p>рта, как правило, в той же области.</p> <p>Объективно: на слизистой оболочке, на границе твердого и мягкого неба слева от центра эрозия неправильных очертаний с полициклическим контуром, окруженная очагом гиперемии, резко болезненная при пальпации. Зубы интактны. Аномалии зубных рядов, незначительные зубные отложения.</p> <p>Слева пальпируется слегка болезненный поднижнечелюстной лимфатический узел.</p> <p>Дополнительные лабораторные исследования препаратов, полученных с очага поражения, показали наличие гигантских многоядерных клеток.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • антигистаминные лекарственные средства; · иммуномодуляторы ; · витамины (А , Е , Р, В 1 2 , Bs, С). <p>Местное лечение :</p> <ul style="list-style-type: none"> · обезболивание; · противовирусные препараты в первые 3-4 дня заболевания ; • аппликация протеолитических ферментов ; • антисептическая обработка ; • эпителизирующие препараты после 4-го дня заболевания . <p>4. Профилактика проводится в межрецидивный период и заключается в специфической инеспецифической десенсибилизации организма, укреплении иммунитета .</p>
<p>Задача №40</p> <p>Пациентка 62 лет обратилась с жалобами на жжение слизистой оболочки полости рта, нарушение вкусовых ощущений, не проходящие во время приема пищи. Болеет сахарным диабетом.</p> <p>При осмотре: пользуется съемными протезами. Гигиена полости рта неудовлетворительная. На спинке языка имеется белый творожистый налет, снимаемый при соскабливании. Сосочки языка сглажены.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. острый псевдомембранозный кандидоз 2. Дифференциальную диагностику проводят с: гиперпластической, атрофической, афтозной формами кандидоза, аллергическим стоматитом 3. План местного лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Профессиональная гигиена полости рта ▪ Ротовые ванночки с полимиксином ▪ Использование кератопластиков (масло шиповника) 4. План общего лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Лечение сахарного диабета ▪ Противогрибковые препараты (дифлюкан внутрь) ▪ Диета с исключением из пищи продуктов, содержащих крахмал, сладостей и ограничение углеводов (белый хлеб, картофель, каши, сахар, варенье, кондитерские изделия) и богатая витаминами и белками. ▪ Витаминотерапия (назначение в первую очередь витаминов В1, В2, В6, С, РР). ▪ Антигистаминная терапия (димедрол 0,05; диазолин 0,05; супрастин 0,025 и др.).
<p>Задача №41</p> <p>Пациентка 29 лет обратилась с жалобами на резкую боль в полости рта, невозможность принятия пищи, повышение температуры до 38 °С, общая слабость. Отмечает острое начало заболевания после переохлаждения. В анамнезе: хронический</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. многоморфная экссудативная эритема (инфекционно-аллергическая) 2. Для подтверждения диагноза проводят методы обследования: <ul style="list-style-type: none"> • инструментальный (исключение симптома Никольского); · общий клинический анализ крови; • цитологически й; · иммунологический.

<p>тонзиллит. Постоянно использует антисептические полоскания.</p> <p>При осмотре: бледность кожных покровов, рот полуоткрыт, артикуляция затруднена. На красной кайме губ массивные кровянистые корки. Регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны, не спаяны. На слизистой оболочке рта эритематозные пятна, пузырьки, эрозии. На коже правого предплечья «кокарды».</p>	<p>3. Дифференциальную диагностику многоформной экссудативной эритемы проводят:</p> <ul style="list-style-type: none"> • с острым герпетическим стоматитом; • с синдромом Стивенса-Джонсона; • с медикаментозным стоматитом; • с акантолитической пузырчаткой; • с лекарственной аллергией. <p>4. План общего лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • противовоспалительная терапия; • десенсибилизирующая терапия; • дезинтоксикационная терапия.
<p>Задача №42</p> <p>Больная Л., 47 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие в полости рта «язвочек», затрудняющих разговор и прием пищи. Отмечает периодическое появление высыпаний 2-3 раза в год. Обращалась к врачу стоматологу, назначалось лечение для ликвидации «язвочек». В анамнезе отмечает заболевание желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Объективно: при внешнем обследовании патологии не выявлено. На слизистой оболочке кончика языка и нижней губы имеются три единичные афты. При осмотре зубных рядов – большое количество поддесневого зубного камня, разрушенные зубы.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ХРАС средней степени тяжести 2. Дифференциальную диагностику проводят с: хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом, многоформной экссудативной эритемой, хроническими травматическими эрозиями и язвами, вторичным сифилисом, медикаментозным стоматитом, язвенно-некротическим гингиво-стоматитом Венсана, синдромом Бехчета. 3. План местного лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Профессиональная гигиена полости рта ▪ Восстановление разрушенных зубов ▪ Обезболивание слизистой полости рта — аппликации 2% гель лидокаина ▪ Аппликации теплыми анестетиками с протеолитическими ферментами (трипсин, лизоцим) ▪ Обработка СОПР антисептиками (0,02% раствор фурацилина) ▪ Аппликации коллагеновых пленок скортикостероидными препаратами 4. План общего лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Диета ▪ Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил) ▪ Витаминотерапия (Витамин U)
<p>Задача №43</p> <p>Больная М., 50 лет, обратилась с жалобами на сильные боли в полости рта, затрудненный прием пищи. Из анамнеза: больная страдает компенсированным сахарным диабетом, пищевой аллергией. Болезненные высыпания во рту появляются периодически в течении нескольких лет, заживление длительное. Улучшение наступает после продолжительного</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. красный плоский лишай (эрозивно-язвенная форма) 2. Дифференциальную диагностику проводят с: эрозивной формой лейкоплакии, декубитальными и трофическими язвами, эрозивным поражением при пузырчатке 3. План местного лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Бессолевая диета. ▪ Ванночки раствора тримекаина с уротропином перед приемом пищи. ▪ аппликации масляного раствора витамина А

<p>местного и общего лечения.</p> <p>Объективно: слизистая оболочка щек, дна полости рта, боковой поверхности языка гиперемирована, имеются мелкие папулезные элементы в виде рисунка, эрозии различной величины, покрытые плотным фибриновым налетом. Снятие налета сопровождается кровоточивостью и болью.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Аппликаций солкосерила дважды в день по 15—20 мин.. ▪ Аппликации 5% метилурациловой мази на слизистую оболочку полости рта, на 15—20 мин 3 раза в день, в течение 7—10 дней. <p>4. План общего лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Седативные препараты (настойка валерианы) ▪ Гипосенсебилизирующая терапия (андекалин по 20-40 ед. через день 15 доз, в/м) ▪ Иммуностимуляторы (Ликопид по 1т в сутки 10 дней) ▪ Кортикостероиды (преднизалон по 20-25 мг) ▪ Витаминотерапия (Витамин В5)
<p>Задача №44</p> <p>Пациентка 23 лет обратилась в клинику с жалобами на боль в передней трети языка, усиливающуюся при разговоре и при приеме пищи. Считает себя больной в течение двух дней, когда во время еды прикусила язык. По совету родных прикладывала к ране ватку с раствором йода. Улучшения не отметила.</p> <p>В анамнезе — хронический гастрит.</p> <p>При внешнем обследовании пальпируются поднижнечелюстные лимфоузлы справа, незначительно увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные. В полости рта на передней трети языка справа на гиперемированном основании имеется дефект слизистой оболочки неправильной формы в пределах эпителия размером 0,4 x 0,6 см. При пальпации - резко болезненный, без уплотнения.</p>	<p>1. острая механическая травма (травматическая эрозия)</p> <p>2. Дифференциальную диагностику проводят с: сифилитической язвой, туберкулезной язвой, раковой язвой, красным лишаем (эрозивно-язвенная форма)</p> <p>3. План местного лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Отказ от раздражающей пищи <input type="checkbox"/> Использование обезболивающих мазей (Камистад, Инстиллагель) <input type="checkbox"/> Применение протеолитических ферментов (трипсин) <input type="checkbox"/> Обработка ротовой полости и элемента поражения антисептическими растворами (0,06% раствор хлоргексидина) <input type="checkbox"/> Использование кератопластиков (масло шиповника) <p>4. План общего лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Витаминотерапия (витамины А,Е)
<p>Задача №45</p> <p>Пациентка 76 лет поступила с жалобами на появление высыпаний на лице, острую невралгическую боль в правой стороне лица, иррадиирующую в ухо. Считает себя больной 5 дней. В начале заболевания почувствовала резкую боль в зубах верхней челюсти справа, повышение температуры тела до 39°C на фоне общего ухудшения состояния появились высыпания. Из анамнеза: общие заболевания: гипертоническая болезнь II</p>	<p>1. опоясывающий лишай</p> <p>2. Дифференциальную диагностику проводят с острым герпетическим стоматитом, хроническим герпесом, многоформной экссудативной эритемой, лекарственной аллергией.</p> <p>3. План лечения.</p> <p>Общее лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> · противовирусные препараты (Ацикловир, Интерферон); · антигистаминные препараты (Кларитин, Эриус); · противовоспалительные препараты (Салицилат натрия); · иммунокорректоры (Имудон, Иммунал). <p>Местное лечение:</p>

<p>степени, в детстве перенесла ветряную оспу и корь.</p> <p>При осмотре: красная кайма губ сухая, на коже щеки справа, в области угла глаза, крыла носа на фоне гиперемии определяются пузырьки и эрозии, покрытые желтыми корочками. Элементы поражения болезненные при пальпации. Слизистая оболочка полости рта справа ярко гиперемирована, отечна, по переходной складке на верхней челюсти и твердом небе определяются эрозии, располагающиеся в виде цепочки.</p> <p>Частичный съемный протез на нижнюю челюсть, изготовленный 6 лет назад, пациентка носить не может из-за его балансирования и боли в зубах 34,44.</p> <p>Регионарные лимфатические узлы увеличенные и болезненные справа.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · анестезия; • аппликация протеолитических ферментов; • антисептическая обработка (1 % -ный раствор перекиси водорода,раствор перманганата калия 1:1000, 0, 06% -ный раствор хлоргексидина); • аппликация противовирусных препаратов (Бонафтон,Ацикловир, Зовиракс , Флореналь) . На 3-4 сутки - эпителизирующие препараты (масляные растворы витаминовАи Е,масло шиповника . Солкосерил) .
<p>Задача№46</p> <p>Пациент 22 лет обратился к врачу стоматологу с жалобами на сухость, чувство «стягивания», шелушение на губах. Отмечает появление данных проявлений в осенне-зимний период втечении последних 2-х лет, что связывает с работой на открытом воздухе.</p> <p>При внешнем осмотре красная кайма нижней губы гиперемирована, сухая, покрыта мелкими чешуйками белого цвета. Слизистая оболочка губ и полости рта бледно-розового цвета, увлажнена. Зубы санированы.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. метеорологический хейлит 2. Дифференциальную диагностику проводят с: атопическим, эксфолиативным, контактно-аллергическим и актиническим хейлитами. 3. План местного лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Мази на основе кортикостероидов (преднизолоновая, оксалиновая) ▪ Защитная гигиеническая помада 4. План общего лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Устранение действия провоцирующих факторов (смена работы) ▪ Витаминотерапия (витамины А, С, группы В, фолиевая кислота).
<p>Задача№47</p> <p>Пациентка 32 лет обратилась к врачу стоматологу с жалобами на появление красных пятен на языке. Впервые заметила данные изменения месяц назад, к врачу не обращалась, проявления исчезли без лечения. Два дня назад после употребления грецких орехов пятна на языке появились снова.</p> <p>При внешнем осмотре патологии не выявлено слизистая</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. десквамативный глоссит 2. Дифференциальную диагностику проводят с: ромбовидным глосситом, складчатым глосситом 3. План местного лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ротовые ванночки 30% масляным раствором витамина Е ▪ Полоскания полости рта свежесваренным зеленым чаем и гигиеническими эликсирами 4. План общего лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Исключение раздражающей пищи

<p>оболочка полости рта бледно-розового цвета, увлажнена. На спинке языка имеются очаги ярко-красного цвета с атрофированными сосочками в центре, окруженные участками беловато-сероватого цвета.</p>	
<p>Задача №48</p> <p>Пациент 65 лет обратился с жалобами на появление корочек, жжение в углах рта. Считает себя больным 2 недели.</p> <p>Из анамнеза: ранее не однократно отмечал появление корочек в углах рта.</p> <p>Общие заболевания: сахарный диабет. При внешнем осмотре: снижение высоты нижней трети лица, выражены складки в углах рта. Кожа в углах рта справа и слева гиперимирована. Красная койма губ сухая. Имеются слабomокнушие эрозии, покрытые тонкими серыми чешуйками.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хроническая микотическая заеда, хронический кандидоз углов рта 2. Дифференциальную диагностику проводят с: стрептококковой заедой, твердым шанкром и сифилитическими папулами в углах рта 3. План местного лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Нистатиновая мазь ▪ 5 % левориновая мазь ▪ 0,5 % декаминовая мазь ▪ 1 % мазь или крем клотримазола 4. План общего лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Витаминотерапия (витамины B2, B6)
<p>Задача №49</p> <p>Пациентка 49 лет обратилась в клинику с жалобами на жжение, покалывание, чувство «ошпаренности» языка. Временами появляется сухость в полости рта. Все ощущения усиливаются к концу дня, но во время еды исчезают. Пережевывание пищи затруднено из-за частичного отсутствия зубов.</p> <p>Впервые жжение в языке появилось после стрессовой ситуации более трех лет назад. В общении с врачом пациентка тревожна, мнительна, фиксирована на своих ощущениях. Стойкая канцерофобия.</p> <p>При внешнем осмотре: напряженное выражение лица, высота нижнего отдела лица снижена. Слизистая оболочка полости рта увлажнена недостаточно. Отмечается умеренная атрофия сосочков языка.</p> <p>В поликлинике по месту жительства проводилось лечение: настойка валерианы внутрь, ротовые ванночки с новокаином.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Глоссалгия 2. Дифференциальную диагностику проводят с: глосситами, стоматитами, невралгией языкоглоточного нерва, остеохондрозом шейного отдела позвоночника 3. План местного лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Аппликации раствора препарата Цитраль в персиковом масле ▪ Адекватное протезирование дефектов зубных рядов ▪ Физиотерапевтические методы: электрофорез с новокаином, синусоидальные модулированные токи на шейные симпатические узлы, гальванический воротник по Щербаку 4. План общего лечения: <ul style="list-style-type: none"> • препараты железа – Феррокаль, Ферроплекс внутрь • Витаминотерапия (витамины B1, B2, B12, C, A, PP)

<p>Положительного лечебного эффекта не было.</p>	
<p>Задача №50</p> <p>Пациентка 36 лет обратилась в клинику с жалобами на постоянную боль и припухлость десны в области зубов на нижней челюсти справа, на боль при накусывании. Из истории болезни: сутки назад по поводу острого очагового пульпита на зуб 45 под анестезией была наложена мышьяковистая паста. Через несколько часов появилась постоянная ноющая боль при смыкании зубов и болезненная припухлость десны в этой области 4.5,4.6.</p> <p>В анамнезе: вегетососудистая дистония, аллергия на пенициллин.</p> <p>При осмотре: на задней поверхности зуба 4.5 имеется кариозная полость, на половину заполненная временной пломбой. Зуб 4.6 интактный. Десневой сосочек между зубами 4.5 и 4.6 и часть прилегающей маргинальной десны имеют серовато-коричневый цвет, резко болезненные и кровоточат при дотрагивании. Десна вокруг пораженного участка гиперемирована, отечна. Поднижнечелюстные лимфоузлы справа увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные.</p> <p>Гигиена полости рта хорошая. Индекс гигиены по Грину-Вермильону - 0,5 баллов. Десна в области всех групп зубов бледная, плотно прилежит к поверхности зубов. Пародонтальных карманов нет.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мышьяковистый некроз острая химическая травма десневого сосочка 2. Дифференциальную диагностику проводят с: язвенно-некротическим гингивитом Венсана 3. План местного лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Антидоты (5% раствор унитиола, йодиол, йодоформ) ▪ Орошение 3% раствором перекиси водорода ▪ Ферменты (трипсин, лидаза, химотрипсин) ▪ Кератопластики (масляные растворы витаминов А и Е) ▪ Физиотерапия: лазеротерапия и магнитотерапия 4. План общего лечения: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Витаминотерапия (витамины А, Е, С)
<p>Задача №51</p> <p>Больная 42 года обратилась с жалобами на эстетический дефект, прогрессирующую убыль твердых тканей зубов верхней челюсти. Образование полостей заметила более пяти лет назад. Любит кислые яблоки, лимоны. Чистит зубы жесткой зубной щеткой.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эрозия эмали 2. эрозии эмали проводится прежде всего с поверхностным и средним кариесом(более активное течение,с нечеткими границами и неровными краями), с клиновидным дефектом(в форме клина,в пришеечной области) 3. Лечение эрозии <p>Общее:</p> <p>-внутри 0,5г раза в день в теч. месяца глицерофосфат кальция или</p>

<p>При осмотре: на вестибулярных поверхностях зубов 1.1, 2.1, 2.2 в пришеечной области имеются дефекты твердых тканей зуба овальной формы размером 3x5 мм, с гладким, блестящим, слегка пигментированным дном. Зондирование, температурная проба безболезненны. На вестибулярной поверхности зуба 2.3 имеется полость овальной формы размером 1x2 мм, имеющая гладкое, блестящее дно. Зондирование слегка болезненно.</p>	<p>глюконат кальция, витамины (комплевит 2-3 табл раза в день в течении месяца). Местное: - исключить использование жёсткой зубной щётки, зубного порошка; - исключить избыточное потребление кислых соков, фруктов, газированных напитков; - использовать зубные пасты, содержащие минеральные вещества, фтор; - аппликации (15-20 сеансов) 3% раствора ремодента, 10% раствора глюконата кальция, 2% раствора фторида натрия, двухкомпонентного раствора, состоящего из 10% раствора нитрата кальция и кислого фосфата аммония; - при значительных дефектах проводится их восстановление с помощью композитов, компомеров. Местно применяется электрофорез 2,5% раствора глицерофосфата кальция, 10 сеансов через день в перерывах между общим лечением; проводится обучение чистке зубов и аппликации фторсодержащими зубными пастами типа «Жемчуг», «Чебурашка» и др. по 15 мин ежедневно в течение всего периода лечения. В фазе обострения лечение проводится 5-6 мес под контролем клиники и индекса реминерализации (2 курса приема препаратов с перерывом в 2-3 мес).</p>
<p>Задача №52</p> <p>Больная 35 лет обратилась с жалобами на кратковременную боль при чистке зубов, прогрессирующую убыль твердых тканей зубов верхней челюсти. Зубы начали разрушаться около двух лет назад. Часто употребляет газированные напитки и соки.</p> <p>При осмотре: на вестибулярных поверхностях зубов в пришеечной области 1.1, 2.1, 2.2 имеются полости овальной формы в пределах эмали размером 2x3 мм, с гладким блестящим дном, зондирование и температурная проба безболезненны.</p>	<p>1. эрозия эмали 2. эрозии эмали проводится прежде всего с поверхностным и средним кариесом (более активное течение, с нечеткими границами и неровными краями), с клиновидным дефектом (в форме клина, в пришеечной области) 3. Лечение эрозии Общее: - внутрь 0,5г раза в день в теч. месяца глицерофосфат кальция или глюконат кальция, витамины (комплевит 2-3 табл раза в день в течении месяца). Местное: - исключить использование жёсткой зубной щётки, зубного порошка; - исключить избыточное потребление кислых соков, фруктов, газированных напитков; - использовать зубные пасты, содержащие минеральные вещества, фтор; - аппликации (15-20 сеансов) 3% раствора ремодента, 10% раствора глюконата кальция, 2% раствора фторида натрия, двухкомпонентного раствора, состоящего из 10% раствора нитрата кальция и кислого фосфата аммония;</p>

	<p>- при значительных дефектах проводится их восстановление с помощью композитов, компомеров.</p> <p>Местно применяется электрофорез 2,5% раствора глицерофосфата кальция, 10 сеансов через день в перерывах между общим лечением; проводится обучение чистке зубов и аппликации фторсодержащими зубными пастами типа «Жемчуг», «Чебурашка» и др. по 15 мин ежедневно в течение всего периода лечения. В фазе обострения лечение проводится 5-6 мес под контролем клиники и индекса реминерализации (2 курса приема препаратов с перерывом в 2-3 мес).</p>
<p>Задача №53</p> <p>Пациентка А. 37 лет обратилась с жалобами на дефекты зубов в пришеечной области, эстетический недостаток и боли от всех видов раздражителей. Образование дефектов заметила более пяти лет назад. Из сопутствующих заболеваний отмечает тиреотоксикоз.</p> <p>При осмотре: на вестибулярной поверхности в пришеечной области 1.1, 2.1, 22 зубов определяются неглубокие дефекты овальной формы в пределах эмали, с гладким, блестящим, слегка желтоватым дном. Зондирование и температурная проба безболезненны.</p>	<p>1. эрозия эмали 2. эрозии эмали проводится прежде всего с поверхностным и средним кариесом (более активное течение, с нечеткими границами и неровными краями), с клиновидным дефектом (в форме клина, в пришеечной области)</p> <p><u>3. Лечение эрозии</u></p> <p>Общее: - внутрь 0,5г раза в день в теч. месяца глицерофосфат кальция или глюконат кальция, витамины (комплевит 2-3 табл раза в день в течении месяца).</p> <p>Местное: - исключить использование жёсткой зубной щётки, зубного порошка; - исключить избыточное потребление кислых соков, фруктов, газированных напитков; - использовать зубные пасты, содержащие минеральные вещества, фтор; - аппликации (15-20 сеансов) 3% раствора ремодента, 10% раствора глюконата кальция, 2% раствора фторида натрия, двухкомпонентного раствора, состоящего из 10% раствора нитрата кальция и кислого фосфата аммония; - при значительных дефектах проводится их восстановление с помощью композитов, компомеров.</p> <p>Местно применяется электрофорез 2,5% раствора глицерофосфата кальция, 10 сеансов через день в перерывах между общим лечением; проводится обучение чистке зубов и аппликации фторсодержащими зубными пастами типа «Жемчуг», «Чебурашка» и др. по 15 мин ежедневно в течение всего периода лечения. В фазе обострения лечение проводится 5-6 мес под контролем клиники и индекса реминерализации (2 курса приема препаратов с перерывом в 2-3 мес).</p>
<p>Задача №54</p> <p>Пациент Б. 55 лет обратился в клинику с жалобами на дефекты зубов в пришеечной области, эстетический недостаток, иногда возникающую болезненность от температурных, механических и</p>	<p>1. клиновидный дефект 2. клиновидного дефекта проводится с поверхностным, средним и глубоким кариесом (окрашивание, края нечеткие, шероховатое дно), эрозией (округлой формы), некрозом эмали, эрозивной формой флюороза</p>

<p>химических раздражителей.</p> <p>При осмотре: в пришеечной области резцов, клыков обеих челюстей определяются обширные дефекты твердых тканей, по форме напоминающие клин. Пораженные участки имеют гладкие и блестящие поверхности. При зондировании пораженные участки плотные и безболезненные. Отмечается снижение уровня прикрепления десны.</p>	<p>3.устранение причины,смена зубной щетки,аппликации 10%р-ром глюконата кальция,2%фторида натрия,пломбирование.</p>
<p>Задача№55</p> <p>Пациентка Н. 19 лет обратилась в клинику с жалобами на наличие белых и желтоватых пятен на зубах. Из анамнеза выяснено, что зубы имеют такой вид с момента прорезывания. Пациентка родилась и до 10 лет жила в местности с повышенным содержанием фтора в воде.</p> <p>При осмотре: Эмаль всех зубов матовая, желтоватого оттенка, имеются множественные пятна, эмаль в области пятна гладкая, блестящая.</p>	<p>1. флюороз.пятнистая форма 2. Флюороз на стадии пятна следует отличать от кариеса в стадии пятна и пятнистой гипоплазии эмали. При флюорозе поражения множественные, располагаются на вестибулярной и язычной поверхностях. Эмаль в зоне поражения матовая, твердая и не окрашивается красителями. Наибольшая интенсивность наблюдается в центре пятна, которая постепенно снижается к периферии. Флюороз проявляется сразу же после прорезывания зубов и не прогрессирует со временем; Для начального кариеса характерны меловидные пятна. Пятно при этом меловое или пигментированное, без чётких границ, поверхность матовая, гладкая, окрашивается красителями. Постепенно прогрессирует; При гипоплазии, пятна множественные и локализуются по всей поверхности зубов. Пятна белого цвета, с чёткими границами, имеют гладкую блестящую поверхность, не окрашиваются красителями. Не прогрессируют, проявляются сразу после прорезывания зубов. 3.пятнистая-отбеливание(изоляция зуба от слюны ватными тампонами,высушивание и 2-3 мин обрабатывают 20-30% р-ом фосфорной кислотой до просветления эмали, промывают ,высушивают, аппликации 10%р-ром кальция глюконата 15-20 мин Через 1-2 суток процедуру повторяют в месте изменения цвета эмали (всего 10-15 процедур) Внутрь кальция глюконат 0,5 г 3 раза в день в течении месяца Или капли с 10% перекись карюомида в виде геля на индивидуальную ложку на 30 мин всего 3-4 процедуры) Ремтерапия-ремодентом 2%</p>
<p>Задача№56</p> <p>Пациент 64 года обратился к стоматологу с жалобами на</p>	<p>1. хронический гиперпластический кандидоз 2. Бактериоскопическое исследование налета . 3. Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями: • лейкоплакией (веррукозной формой) ;</p>

<p>сухость и жжение во рту, белый налет на языке. Болен в течение 3 недель. В анамнезе, сахарный диабет. При осмотре на спинке языка, мягком небе, грубые беловато-серые пленки, плотно спаянные с подлежащей слизистой оболочкой, при снятии которых обнажается яркая эрозированная кровоточащая поверхность, при поскобливании налет частично снимается. Для лечения применял ротовые ванночки с отваром ромашки.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • плоским лишаем (гиперкератотической формой). <p>4. План лечения. Общее лечение :</p> <ul style="list-style-type: none"> • противогрибковые препараты (Дифлюкан , Медофлюкан , Низорал по схеме), 3%-ныйраствор калия йодида , поливитамины (В , С) . Курс лечения- 10 дней . <p>Местное лечение :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Кандид , Клотримазол (мазь , крем , раствор) , Микосептин. <p>Антисептическая обработка полости рта.Диета с ограничением быстроусваиваемых углеводов , коррекция гигиены полостирта . По окончании лечения необходимо проведение повторного бактериоскопическогоисследования .</p>
<p>Задача№57</p> <p>Пациент 48 лет обратился к стоматологу с жалобами на сухость и жжение во рту, белый налет на языке. Болен в течение 2 нед. В анамнезе длительное лечение бронхиальной астмы препаратами, содержащими глюкокортикостероиды.При осмотре на спинке языка, мягком небе, щеках обильный налет белого цвета, напоминающий творожистую массу, после его удаления обнажается гладкая гиперемированная поверхность слизистой оболочки, сосочки языка сглажены. Лечение не проводилось.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. острый псевдомембранозный кандидоз 2. Диф.диагностика: с лейкоплакией (плоской и веррукозной формы), красным плоским лишаем, аллергическим стоматитом и аллергическим хейлитом, актиническим хейлитом, простым герпесом, сифилитической папулой, хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом 3.Обработка СОПР 1 % р-ром йодиола, 0,05% хлоргексидина, нанесение на СОПР противогрибковых мазей (мазь «Леворин», «Декамин», , Клотримазол 1% крем или раствор, «Пимафуцин» и др.). Назначение противогрибковых перпаратов внутрь: -50000 ед на 1 кг веса нистатина -кетоконазол 15-30кг-100мг в сутки, более 30кг во взрослой дозе Через 2 недели после проведения курса повторить соскоб. Санирование полости рта. Дома: после каждого приема пищи промывать раствором 1-2% питьевой соды, йодной водой 5-10 капель на полстакана воды, низкоуглеводная диета
<p>Задача№58</p> <p>Больной 25 лет обратился с жалобами на резкую боль в полости рта, при приеме пищи, повышенное слюноотделение, высокую температуру (39,5°C). Отмечает общую слабость, головную боль. В анамнезе хронический гайморит. Кожные покровы бледные; на тыльной поверхности кистей синюшно-розовые высыпания с геморрагической коркой в центре. Красная кайма губ отечна, гиперемирована, покрыта плотно фиксированными кровянистыми корками. Подбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Многоморфная экссудативная эритема (инфекционно-аллергическая форма) 2.Для подтверждения диагноза проводят методы обследования : <ul style="list-style-type: none"> • инструментальный (исключение симптома Никольского) ; • общий клинический анализ крови ; • цитологически й; • иммунологический. 3. Дифференциальную диагностику многоформной экссудативной эритемы проводят: <ul style="list-style-type: none"> • с острым герпетическим стоматитом ; • с синдромом Стивенса-Джонсона ; • с медикаментозным с томахитом ; • с акантолитической пузырчаткой ;

<p>подвижны. На слизистой оболочке губ, щек эритематозные пятна, крупные сливающиеся эрозии, покрытые фибринозным налетом.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • с лекарственной аллергией. <p>4. План общего лечения :</p> <ul style="list-style-type: none"> • противовоспалительная терапия ; • десенсибилизирующая терапия ; • дезинтоксикационная терапия .
<p>Задача№59</p> <p>Больная 22 лет обратилась в клинику с жалобами на общую слабость, высокую температуру, жжение слизистой оболочки полости рта, усиливающееся при приеме пищи, разговоре. Начало заболевания острое, после переохлаждения. В анамнезе хронический тонзиллит. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, голеней эритематозные пятна с кровянистой коркой в центре. Красная кайма губ отечна, покрыта кровянистыми корками. Поднижнечелюстные, подбородочные лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны. На резко гиперемированной, отечной слизистой оболочке губ, щек, дна полости рта множественные резко болезненные эрозии с ровными краями, покрытые фибринозным налетом, с обрывками пузырей.</p>	<p>1. Многоморфная экссудативная эритема</p> <p>2. Для подтверждения диагноза проводят методы обследования :</p> <ul style="list-style-type: none"> • инструментальный (исключение симптома Никольского) ; • общий клинический анализ крови ; • цитологически й; • иммунологический. <p>3. Дифференциальную диагностику многоформной экссудативной эритемы проводят:</p> <ul style="list-style-type: none"> • с острым герпетическим стоматитом ; • с синдромом Стивенса-Джонсона ; • с медикаментозным стоматитом ; • с акантолитической пузырчаткой ; • с лекарственной аллергией. <p>4. План общего лечения :</p> <ul style="list-style-type: none"> • противовоспалительная терапия ; • десенсибилизирующая терапия ; <p>2. дезинтоксикационная терапия</p>
<p>Задача№60</p> <p>Пациент 37 лет обратился с жалобами на боль и жжение в слизистой оболочке полости рта, усиливающиеся при приеме пищи, появление болезненных язв, которые через 7—10 дней самостоятельно исчезают. Обострения бывают 2—3 раза в год (осенью и весной в течение 4 лет). Обращался к стоматологу, назначались полоскания антисептическими растворами, аппликации масляного раствора витамина А. В анамнезе хронический энтероколит. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены, болезненны при пальпации. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное. Острые края коронок зубов 1.6, 2.5,3.1,3.2. На кончике языка и слизистой оболочке нижней губы 2 афты овальной формы с венчиком гиперемии, покрытые</p>	<p>1. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (легкая степень тяжести)</p> <p>2. Диф.диагностика: с хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом, многоформной экссудативной эритемой, хроническими травматическими эрозиями и язвами, вторичным сифилисом, медикаментозным стоматитом, язвенно-некротическим гингиво-стоматитом Венсана</p> <p>3. в полости рта - санация полости рта.,Обезболтвание СОПР(холисал,гель Лидохлор),обработка СОПР физиологическими антисептиками(мирамистин,гель холисал в виде аппликаций),Кератопластические средства(масло Витаон,солкосерил-дентальная адгезивная паста) ,Десенсибилизирующая терапия(klaritin,телфаст по 1 табл 1 раз в день,супрастин по 1 табл 2 раза в день), Витаминотерапия(супрадин,алвитил),Иммуномодулирующая терапия(гистоглобулин по 2 мл 2 раза в неделю внутримышечно 5-10 инъекций,имудон по 6-8 табл в день для рассасывания на курс 10-</p>

<p>фибринозным налетом, болезненные при пальпации.</p>	<p>20дней), Средства нормализующие микрофлору кишечника(линекс, хилакфорте по 40-60 капель до еды 2- раза в день) Мотивация к гигиене полости рта, контроль гигиены полости рта, проведение профессиональной гигиены полости рта. Наблюдение у стоматолога через 2 месяца.</p>
<p>Задача №61</p> <p>Пациентка 34 лет обратилась с жалобами на появление болезненных язв на слизистой оболочке полости рта осенью и зимой, самостоятельно заживающих в течение 10—12 дней. В анамнезе аллергия на домашнюю пыль, заболевание желудочно-кишечного тракта (дизбактериоз). Региональные поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены, болезненны при пальпации. Десна отечна, цианотична, кровоточит при прикосновении. Острые края моляров нижней челюсти. На боковой поверхности языка справа и по переходной складке слева 2 афты округлой формы с венчиком гиперемии, покрытые беловато-серым налетом, болезненные при пальпации.</p>	<p>1. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (легкая степень) 3. Диф.диагностика: с хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом, многоформной экссудативной эритемой, хроническими травматическими эрозиями и язвами, вторичным сифилисом, медикаментозным стоматитом, язвенно-некротическим гингиво-стоматитом Венсана 3. в полости рта - санация полости рта., Обезболтвание СОПР(холисал,гель Лидохлор), обработка СОПР физиологическими антисептиками(мирамистин,гель холисал в виде аппликаций), Кератопластические средства(масло Витаон, солкосерил-дентальная адгезивная паста), Десенсибилизирующая терапия(кларитин, телфаст по 1 табл 1 раз в день, супрастин по 1 табл 2 раза в день), Витаминотерапия(супрадин, алвитил), Иммуномодулирующая терапия(гистоглобулин по 2 мл 2 раза в неделю внутримышечно 5-10 инъекций, имудон по 6-8 табл в день для рассасывания на курс 10-20 дней), Средства нормализующие микрофлору кишечника(линекс, хилакфорте по 40-60 капель до еды 2- раза в день) Мотивация к гигиене полости рта, контроль гигиены полости рта, проведение профессиональной гигиены полости рта. Наблюдение у стоматолога через 2 месяца.</p>
<p>Задача №62</p> <p>Пациентка 45 лет обратилась с жалобами на сухость губ, стянутость, иногда жжение, эстетический недостаток. Из анамнеза: данные проявления появились 2 года назад после перенесенного стресса. Обращалась к врачу-стоматологу, проводилось местное лечение, эффект был недолговременным. При осмотре: регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Красная кайма губ, особенно нижней, сухая, множественные трудно отделяемые чешуйки. Кожа, углы рта и слизистая оболочка нижней губы не поражены. Полость рта не санирована, гигиена ее неудовлетворительная.</p>	<p>1. Эксфолиативный хейлит (сухая форма) 2. Эксфолиативный хейлит необходимо дифференцировать с экссудативной формой эксфолиативного хейлита, атопическим и метеорологическим хейлитом и . 3. Консультация психоневролога. 4. План общего лечения: • коррекция психоэмоциональной сферы и избавление от вредных привычек. План местного лечения: • устранение сухости и восстановление эластичности красной каймы губ (апликация протеолитических ферментов, отмывание антисептиками чешуек, аппликация мазей, содержащих кератопластики и кортикостероиды), устранение</p>

<p>Задача №63</p> <p>Пациентка, 24 года, обратилась к врачу стоматологу с жалобами на наличие язвы на боковой поверхности языка, чувство дискомфорта во время разговора и еды. Образование на языке появилось около месяца назад. Регионарные лимфатические узлы увеличены, безболезненны, плотно – эластичной консистенции, не спаяны с окружающими тканями. При осмотре полости рта, на боковой поверхности языка имеется безболезненная язва 2,5 на 2 сантиметра, овальной формы с плотными краями и дном, хрящеподобная при пальпации.</p>	<p>нейродистрофии тканей губ (лидокаиновые блокады).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Первичный сифилис. ТВ. Шанкр 2. Дополнительные методы исследования : серологический, бактериоскопический . 3. Дифференциальную диагностику первичного сифилиса проводят с : шанкриформной пиодермией, афтозом Сеттона , травматической , раковой и туберкулезной язвами . 4. . 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 учете, после чего у них устанавливается излеченность
<p>Задача №64</p> <p>Пациентка 26 лет обратилась с жалобами на зуд, жжение и изменение цвета красной каймы губ, которые беспокоят в течение 3-х дней. Заболевание связывает со сменой косметического средства.</p> <p>При внешнем осмотре красная кайма верхней и нижней губы гиперемирована, отечна, имеет блестящий вид, сухая. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, увлажнена. Зубы санированы.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Контактный аллергический хейлит 2. Диф. диагностика: с сухой формой эксфолиативного хейлита, сухой формой актинического хейлита, атопическим хейлитом 3. десенсибилизирующая терапия (фенкарол и супастин) Поливитамины (пантотенат кальция 0,1 г 3 раза в день 2-3 недели) Препараты кальция 1 месяц Аппликации кортикостероидами (преднизолон и флуцинар 6-8 раз по 20 мин) Аппликации с солкосерил адгезивной пасты 3-4 раза в день 4. Лечение сопутствующих заболеваний, устранение вредных привычек (облизывание губ)
<p>Задача №65</p> <p>Пациентка 45 лет обратилась с жалобами на чувство жжения при приеме пищи в области десен на нижней челюсти справа, изменение цвета слизистой оболочки щек.</p> <p>Заболевание впервые появилось 5 лет назад после перенесенного стресса, периодически обостряется. Ухудшение почувствовала неделю назад. В анамнезе гипертоническая болезнь.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Красный плоский лишай. Типичная форма 2. С плоской лейкоплакией 3. Коррекция, санация, аппликации ретинола ацетат масляный раствор 3,4% 2-3 раза по 10-15 мин. Общее-сибазон 2мл, седативные-валерьянка 5-10 мл р/д в течении месяца, витамины-витрум 1 табл./д 2-3 мес., иммудон 6-8 табл/д 20 дней.

<p>При внешнем осмотре изменений не выявлено. Слизистая оболочка десен на нижней челюсти справа, щек, и ретромолярного пространства отечна, имеются гиперемированные пятна, а так же белесоватые папулы до 2 мм, образующие кружевной рисунок, при поскабливании отделяемое не получено.</p>	
<p>Задача №66</p> <p>Пациент 20 лет обратился с жалобами на боль при приеме пищи, смыкании зубов в заднем отделе нижней челюсти справа, которая появилась несколько дней назад. Заболевание связывает с прорезыванием зуба на верхней челюсти.</p> <p>При внешнем обследовании обнаружен подчелюстной лимфатический узел размером до 0,7 см, болезненный при пальпации. В полости рта : зуб 4.8 – прорезались медиальные бугры, дистальные находятся под слизистой оболочкой, которая гиперемирована, отечна, на ней имеется эрозия размером 0,2 x 0,3 см, при пальпации резко болезненна. Зуб 1.8 имеет наклон в щечную сторону и определяется острый небный дистальный бугор.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. периконорит, хроническая механическая травма 2. Симптом Никольского-отрицательный, в мазках-отпечатках отсутствуют акантолитические клетки Тцанка 3. Диф.диагностика: с раковой язвой, туберкулезной язвой, твердым шанкром, трофической язвой, пузырчаткой 4. Устранить действие раздражающего фактора. Обязательна санация полости рта и многократная профессиональная гигиена. При резкой болезненности проводится обезболивание любым теплым анестетиком: 0,5—1% р-ром лидокаина, 0,5—1% р-ром новокаина, 2—4% р-ром пиромекаина, в виде аппликаций, орошений, ванночек или полосканий. Эрозия обрабатываются антисептиками (0,02% р-ром фурацилина, 0,5% р-ром перекиси водорода, 0,5—1% р-ром этония, 0,5—1% р-ром димексида). Накладываются аппликации пенных аэрозолей, ме-тилурациловой лио солкосериловой мази, а с момента начала эпителизации — аппликации кератопластических средств по 15—20 минут 3—4 раза в день (масло облепихи, шиповника, винилин, крем Унна или КФ, витамин А или Е в масле).
<p>Задача №67</p> <p>Пациент 23 лет обратился с жалобами на болезненность при приеме пищи и появление язвочек в переднем отделе твердого неба. Считает себя больным в течение 2 дней, заболевание в полости рта связывает с перенесенным ОРЗ. Такие же поражения были год назад.</p> <p>При внешнем осмотре изменений не выявлено. При осмотре полости рта на слизистой оболочке переднего отдела твердого неба определяется группа мелких сливающихся эрозий с полициклическим контуром, эрозии покрыты налетом желтоватого цвета, легко снимающимся при поскабливании.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический рецидивирующий герпес (полициклический контур) 1. хронический рецидивирующий герпес (полициклический контур) 2. с хр. рецидив. афтозным стоматитом (одиночные афты округлой формы, покрыты фибриновым налетом, окружены гиперемированным венчиком, без нарушения общего состояния), МЭЭ (возникает остро, протекает тяжело, генерализованное поражение СОПР, тотальная гиперемия, отек, пузыри, эрозии, язвы крупные, массивные корки и трещины на губах), вульгарная пузырчатка (большие, численные эрозии мало болезненны, положительный симптом Никольского, в мазках-отпечатках кл. Тцанка), медикаментозный аллергический стоматит (тотальная гиперемия, отек слизистой, множественные, резко болезненные эрозии, из анамнеза прием лекарственных средств) 3. общее-противовирусные-ремантодим 0,05гр раза в день а течении 5-10 дней, десенсибилизирующие-тавегил, супрастин, общеукрепляющие- витамин-с, препараты кальция, жаропонижающие, противовоспалительные

	<p>Местно-антисептики 0,5-1%р-р тримекаина,протеолитические ферменты-трипсин 1 раз в день на 15мин.,противовирусные мази-ацикловир 3-4 раза в день по 0 мин.,кератопластики-2-3 раза в день по 20 мин.витамин А,Е в масле.</p>
<p>Задача№68 Пациент 43 лет обратился жалобами на появление участка покраснения на языке. При внешнем осмотре изменений не выявлено. В полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, увлажнена. По средней линии языка впереди желобоватых сосочков имеется участок ярко-красного цвета, ромбовидной формы, не возвышающийся над поверхностью, размером 0,5 x 1,0 см. Сосочки на данном участке отсутствуют. При пальпации участок плотный, безболезненный.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ромбовидный глоссит (плоская форма) 2. Дифференциальную диагностику проводят с проявлением специфических инфекционных заболеваний (вторичный сифилис и др.) , лейкоплакией. Исключают малигнизацию <p>3.План обследования: · бактериоскопическое исследование для исключения кандидоза; • анализ крови на RW.</p> <p>План лечения: · пре кращение курения; • коррекция гигиены полости рта; · седативная терапия; противогрибковое лечение при выявлении кандидоза.</p>
<p>Задача№69 Пациентка 32 лет обратилась с жалобами на отечность, жжение, умеренную болезненность нижней губы справа, появление пузырьков. Заболевание рецидивирует 3-4 раза в год, обычно после переохлаждения. При осмотре: на красной кайме нижней губы справа с переходом на кожу имеются мелкие сгруппированные пузырьки, заполненные мутным содержимым, на отечном основании. Слизистая оболочка и кожа вокруг очага гиперемирована.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический рецидивирующий герпетический стоматит 2. СОГС 3. противовирусные-гель холисал;местные анестетики-мирамистин,гексорал;кератопластики-масло шиповника,витаон
<p>Задача№70 Пациент 34 лет обратился с жалобами на жжение, болезненность при приеме пищи и появление «язвочек» на слизистой оболочке полости рта. Из анамнеза: жалобы со стороны полости рта появились после того, как пациент из-за простудного заболевания принимал сульфаниламиды. Подобные проявления наблюдались раньше при приеме тетрациклина. При внешнем обследовании определяются увеличенные</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозный стоматит 2. Цитологическое и иммунологическое исследование (в мазке преобладают эозинофилы), а также данные аллергологического обследования 3. Диф.диагностика: с экссудативной эритемой, герпесом, язвенно-некротическим гингивитом Венсана 4. Назначают десенсибилизирующие и симптоматические средства: 1) димедрол - по 0,05-0,1 г 3 раза в день; 2) пипольфен - по 1 таблетке 4-5 раз в день; 3) 10%) хлористый кальций - по 1 столовой ложке 3 раза в день; 4) 0,1% раствор адреналина подкожно по 0,025-0,5 г. Внутрь назначают комплекс витаминов. Местно производят антисептическую обработку 1-2% раствором хлорамина в виде

<p>лимфатические узлы, болезненные при пальпации. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна, имеются единичные эрозии размером до 8 мм, покрытые фибринозным налетом, снимающимся при поскабливании, болезненные при пальпации.</p>	<p>ванночек, санацию полости рта</p>
<p>Задача №71</p> <p>Пациентка 48 лет обратилась к стоматологу с жалобами на жжение в полости рта при приеме раздражающей пищи, чувство шероховатости, стянутости и необычный вид слизистой оболочки щек. Все изменения появились 2 года назад после перенесенного стресса. Сопутствующие заболевания: хронический энтероколит, хронический холецистит. При внешнем осмотре: кожные покровы бледно-розового цвета. При осмотре полости рта: на слизистой оболочке щек и в ретромолярной области папулы белесоватого цвета размером до 2 мм, образующие сетчатый рисунок. Имеются штампованные мостовидные протезы.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Красный плоский лишай (типичная форма) 2. С пуской лейкоплакией 3. Коррекция, санация, аппликации ретинола ацитат маслянный раствор 3,4% 2-3 раза по 10-15 мин. Общее-сибазон 2мл, седативные-валерьянка 5-10 мл р/д в течении месяца, витамины-витрум 1табл./д 2-3 мес., имудон 6-8табл/д 20 дней.
<p>Задача №72</p> <p>Пациентка 23 лет обратилась на прием к врачу-стоматологу с жалобами на постоянные боли ноющего характера и болезненность при накусывании зуба 1.7.</p> <p>Из анамнеза: 4 дня назад обратилась по поводу острой зубной боли к врачу, была оказана неотложная помощь – наложена мышьяковистая паста. Явиться в назначенное место не смогла из-за командировки. Острая боль прошла, а вчера появились боли, указанные в жалобах.</p> <p>При осмотре: внешних изменений нет, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, увлажнена. Зуб 1.7 - временная пломба сохранена, перкуссия положительная.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозный периодонтит (мышьяковистый) 2. Медикаментозный периодонтит следует дифференцировать от периодонтита, возникающего также в процессе лечения пульпита, но не от непосредственного воздействия лекарственного вещества на периодонтит, а в результате распространения воспаления из пульпы 3. 1посещение(удаление временной пломбы, удаление мышьяка, антисептическая обработка, накладываем турунду с препаратом йода) 2посещение(прохождение корневого канала, инструмент. И медикаментозная обработка, введение турунды с антисептиком в канал, наложение временной пломбы) 3Посещение(удаление временной пломбы, удаление лекарства с корневого канала, антисептическая и механическая обработка, пломбирование, изолирующая, пломба

Задача №73

Пациент 25 лет обратился с жалобами на постоянные пульсирующие боли в области верхней челюсти слева, боль при накусывании и прикосновении языком к зубу.

Из анамнеза: около недели назад появились приступообразные боли преимущественно в ночное и вечернее время, в дальнейшем боли стали постоянными, усиливающимися при накусывании. Со вчерашнего дня боль стала носить пульсирующий характер.

При осмотре: конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей щечной области слева. В области зуба 2.5 гиперемия, отечность переходной складки, пальпация болезненна. На жевательной поверхности зуба 2.5 глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование стенок и дна кариозной полости безболезненно, перкуссия резко болезненна. На внутривисочной рентгенограмме зуба 2.5: коронка зуба разрушена на 1/3. Корневые каналы прослеживаются на всем протяжении. В периапикальных тканях отмечается завуалированность костного рисунка.

1. Острый периодонтит в стадии экссудации
2. с фазой интоксикации(боль только при накусывании,перкуссия слабо болезненная,зуб заболел в первые,беспокоит более суток),с фазой экссудацией гнойной стадией(боль постоянная,ноющая,чувство выросшего зуба,иррадиация,подвижность,перкуссия резко болезненна,расширение периодонтальной щели в области верхушки)
3. 1 посещение(обезболивание,препарирование,создание эндодонтического доступа,расширение устьев,определение длины канала,удаление некротизированных масс,инструментальная и медикаментозная обработка,общее лечение-антибиотики,витамин С)
2 посещение(прохождение корневого канала,инструмент. И медикаментозная обработка,введение турунды с антисептиком в канал,наложение временной пломбы)
3.Посещение(удаление временной пломбы,удаление лекарства с корневого канала,антисептическая и механическая обработка,пломбирование,изолирующая,пломба

Задача №74

Пациентка 28 лет обратилась с жалобами на непрерывную ноющую боль в области нижней челюсти справа, усиливающуюся при накусывании и прикосновении языком, гнилостный запах изо рта.

Из анамнеза: со слов больной зуб был лечен по поводу кариеса, пломба выпала около полугода назад. Пациентка иногда отмечала появление боли при накусывании на зуб, затем боль приобрела постоянный характер.

1. Обострение хронического верхушечного периодонтита (или обострение хронического фиброзного периодонтита)
2. с острым гнойным периодонтитом(рентгенограмма)
3. 1 посещение(обезболивание,препарирование,эндодонтический доступ,расширение устьев,определение длины,механическая,антисептическая обработка,удаление некротизированных масс,медикаментозная обработка,временное пломбирование корневых каналов,временная пломба)
2 посещение(удаление временной пломбы,удаление пломбировочного материала из канала,механическая и медикаментозная обработка,пломбирование каналов,изолирующая прокладка,пломба

<p>При осмотре: на жевательной поверхности 4.5 зуба глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Вертикальная перкуссия болезненна. Зондирование кариозной полости и полости зуба безболезненно. Слизистая оболочка в области причинного зуба гиперемирована, отечна. На рентгенограмме определяется расширение периодонтальной щели в области верхушки корня.</p>	
<p>Задача №75</p> <p>Пациентка 50 лет обратилась с жалобами на постоянные боли в области зуба 1.5, усиливающиеся при накусывании, которые беспокоят 2 дня.</p> <p>Из анамнеза: кариозная полость появилась 2 года назад, год назад были приступообразные боли в ночное время и в дальнейшем длительные боли от температурных раздражителей. Последние полгода беспокоили боли при накусывании.</p> <p>При осмотре: на передней контактной и жевательной поверхности зуба 1.5 определяется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование безболезненно. Перкуссия положительная. В области проекции верхушки корня определяется свищевой ход, из свищевого хода отделяется серозно-гнойный экссудат. На рентгенограмме определяется очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня зуба 1.5 с нечеткими контурами.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. обострение хронического гранулирующего периодонтита 2. с фиброзным периодонтитом(при рентгенографии обнаруживается только расширение периодонтальной щели, возле верхушки обычно нет никаких изменений),с гранулематозным периодонтитом(рентгенологическая картина: деструкция костной ткани с ровным и четкими контурами (гранулема),с хроническим пульпитом (нет изменений вокруг верхушки корня на рентгенограмме),с радикулярной кистой и актиномикозным поражением челюстно-лицевой области(помогает микробиологическое исследование (выявляются друзды актиномицетов),с хроническим остеомиелитом,(рентгенограмме видны секвестры (очаги затемнения, отграниченные полосой просветления) 3. 1посещение(обезболивание,препарирование,создание эндодонтического доступа,расширение устьев,определение длинны канала,удаление некротизированных масс,инструментальная и медикаментозная обработка,общее лечение-антибиотики,витамин С) 2посещение(прохождение корневого канала,инструмент. И медикаментозная обработка,введение турунды с антисептиком в канал,наложение временной пломбы) 3.Посещение(удаление временной пломбы,удаление лекарства с корневого канала,антисептическая и механическая обработка,пломбирование,изолирующая,пломба
<p>Задача №76</p> <p>Пациентка 23 лет обратилась к стоматологу с жалобами на постоянные боли в зубе на нижней челюсти, усиливающиеся при накусывании, которые появились накануне.</p> <p>Из анамнеза: 2 года назад зуб был лечен с пломбированием каналов.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический гранулематозный периодонтит 2. с фиброзном периодонтотом(отмечается расширение периодонтальной щели),При гранулирующем периодонтите (отмечается деструкция кости с нечеткими неровными контурами),При хроническом пульпите и среднем кариесе не обнаруживается никаких изменений на рентгенограмме,При корневой кисте клиническими признаками являются: расхождение зубов, выбухание костной стенки в проекции нахождения кисты.Характерные рентгенологические данные: очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня зуба более

<p>Объективно: зуб 1.2 под пломбой. Перкуссия болезненна. На рентгенограмме: корневой канал зуба 1.2 запломбирован на 2/3 длины. В области верхушки корня очаг деструкции костной ткани округлой формы диаметром 0,5 см.</p>	<p>размерами 1 см. с ровными контурами. 3. препарирование, расширение устьев корневых каналов, определение длины канала, механическая и антисептическая обработка, высушивание, пломбирование, изолирующая прокладка, пломба.</p>
<p>Задача №77 Больная 19 лет предъявляет жалобы на кровоточивость десен при откусывании жесткой пищи и чистке зубов. Зубы чистит нерегулярно, 1 раз в день, преимущественно утром до еды, использует мягкую зубную щетку, дополнительными средствами и предметами гигиены полости рта не пользуется. Объективно: определяется большое количество мягкого зубного налета, покрывающего до 1/3 поверхности коронок зубов. Десневые сосочки и маргинальная десна слегка отечна, гиперемирована с цианотичным оттенком, при зондировании легко кровоточит. Целостность зубодесневого прикрепления сохранена.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический катаральный гингивит (2ст) 2. со всеми формами гингивита 3. местно-коррекция гигиены, удаление зубных отложений, контроль гигиены, противовоспалительная терапия-0,05%р-р хлоргексидина, ротовые ванночки 3-5мин. 2 раза в день после чистки неделю, 1%гидрокортизоновая мазь до устранения симптомов общее-витамин С 0,1г 3-4раза в день в течении мес, мексидол 2мл 5% в/м 10-15 инъекций, консультация и лечение у стоматолога-ортопеда
<p>Задача №78 Пациент 20 лет, обратился с жалобами на кровоточивость и болезненность десны при чистке зубов, изменение внешнего вида десны в области 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5 и 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2. Кровоточивость десен при чистке зубов периодически отмечает в течение последних 5-ти лет болезненность и кровоточивость десны при чистке зубов и откусывании жесткой пищи, а также изменение внешнего вида десны появилось около 3-х месяцев назад. При внешнем осмотре изменений не выявлено, регионарные лимфоузлы не пальпируются. При осмотре полости рта десневые сосочки в области 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5 и 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 гиперемированы, форма их изменена. Объем десневых сосочков увеличен за счет отека, в результате чего</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. гипертрофический гингивит отечная форма 2. с остальными формами гингивита (катаральный, язвенный, гипертрофический) 3. местно-коррекция гигиены, удаление зубных отложений, контроль гигиены, противовоспалительная терапия-0,05%р-р хлоргексидина, ротовые ванночки 3-5мин. 2 раза в день после чистки неделю, 1%гидрокортизоновая мазь до устранения симптомов общее-витамин С 0,1г 3-4раза в день в течении мес, мексидол 2мл, гингивэктомия, консультация ортопеда

<p>коронки зубов перекрыты на $\frac{1}{2}$ длины. При зондировании отмечается кровоточивость. Целостность зубодесневого прикрепления сохранена</p>	
<p>Задача №79</p> <p>Пациентка 25 лет, обратилась с жалобами на разрастание десны в области 2.2 и 2.3. Пациентка находится на 6-ом месяце беременности. Десна начала увеличиваться около 1 месяца назад, затем приобрела ярко-красную окраску и начала кровоточить при легком прикосновении. До беременности подобных симптомов не было. Гигиену полости рта соблюдает регулярно: чистит зубы 2 раза в день зубной щеткой средней жесткости, периодически пользуется флоссом. При объективном обследовании: кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Зубодесневые сосочки треугольной формы в переднем отделе и трапециевидной формы в боковом отделе, плотно прилегают к поверхности зубов. Вестибулярные поверхности 2.2 и 2.3 восстановлены винирами. Десневой сосочек между 2.2 и 2.3 ярко-красного цвета, гипертрофирован до $\frac{1}{2}$ длины коронковой части 2.2, неплотно прилегает к поверхности зубов. При зондировании десны в области 2.2 и 2.3 определяется резкая кровоточивость, а также «ложный» пародонтальный карман размером около 2,5 мм. На рентгенограмме изменений костной ткани нет.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический локализованный гипертрофический гингивит. отечная форма 2 ст 2. с остальными формами гингивита 3. местно-коррекция гигиены, удаление зубных отложений, контроль гигиены, противовоспалительная терапия - 0,05% р-р хлоргексидина, ротовые ванночки 3-5 мин. 2 раза в день после чистки неделю, 1% гидрокортизоновая мазь до устранения симптомов общее-витамин С 0,1 г 3-4 раза в день в течении мес, мексидол 2 мл, гингивэктомия, консультация ортопеда
<p>Задача №80</p> <p>Пациент 21 год, предъявляет жалобы на резкую болезненность десен, невозможность чистки зубов и откусывания пищи, а также неприятный запах изо рта. Периодическое воспаление десен отмечает с 15 лет. Около 10</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. острый язвенно-некротический гингивит (легкая) 2. Дифференциальную диагностику проводят с : заболеваниями крови (лейкозы), ВИЧ-инфекцией, сифилисом, интоксикацией солями тяжелых металлов. По результатам анализов : заболевания крови, ВИЧ-инфекции не выявлено . 3. План общего лечения:

<p>дней назад перенес фолликулярную ангину. А около 5 дней назад появились боль в деснах и изъязвления. При внешнем осмотре определяется бледность кожных покровов. Поднижнечелюстные лимфоузлы с обеих сторон увеличены, болезненны при пальпации, не спаяны между собой и с окружающими тканями, мягко-эластической консистенции. Отмечается гнилостный запах изо рта. Слизистая оболочка полости рта плохо увлажнена, язык обложен бело-серым налетом. На поверхности зубов верхней и нижней челюсти обильные зубные отложения. КПУ=8. ИГ=2,8. Десневой край верхней и нижней челюсти в переднем отделе покрыт грязно-серым налетом, зондирование десны сопровождается кровоточивостью, пальпация десны резко болезненная. Зубодесневое соединение в области всех зубов сохранено. На рентгенограмме изменений костной ткани нет.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • противовоспалительная терапия : • антибактериальная терапия (Трихопол внутрь) ; • антигистаминное лечение (Супрастин , Кларитин) ; • витаминотерапия (Аскорутин и др .) . <p>4. План местного лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обезболивание (проводниковая или инфильтрационная анестезия) ; • аппликация протеолитических ферментов ; • удаление некротизированных тканей ; • аппликация антибактериальных препаратов (Трихопол и др.); • устранение травматических факторов ; • санация полости рта в период выздоровления.
<p>Задача №81</p> <p>Пациент 19 лет, обратился с жалобами на сильную боль в деснах, неприятный запах изо рта, затрудненный прием пищи. Свое состояние связывает с обострением хронического тонзиллита, которым страдает около 10 лет. Три дня назад почувствовал общую слабость, повышение температуры тела до 39°C, затрудненное глотание. Затем появилась боль в деснах и их кровоточивость. При внешнем осмотре отмечается бледность кожных покровов. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации, подвижны. Отмечается гнилостный запах изо рта. Зубные ряды и десна покрыты большим количеством зубного налета. Язык обложен белым налетом. Слизистая оболочка полости рта бледная, слюна вязкая. Десна верхней и нижней челюсти отекают, гиперемирована, покрыта грязно-серым налетом, после снятия</p>	<p>1. Язвенно- некротический гингивит (тяжелая) Дифференциальную диагностику проводят с: заболеваниями крови (лейкозы), ВИЧ-инфекцией , сифилисом, интоксикацией солями тяжелых металлов. По результатам анализов : заболевания крови, ВИЧ-инфекции не выявлено.</p> <p>3. План общего лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • противовоспалительная терапия: • антибактериальная терапия (Трихопол внутрь); • антигистаминное лечение (Супрастин, Кларитин) ; • витаминотерапия (Аскорутин и др.) . <p>4. План местного лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обезболивание (проводниковая или инфильтрационная анестезия); • аппликация протеолитических ферментов; • удаление некротизированных тканей; • аппликация антибактериальных препаратов (Трихопол и др.); • устранение травматических факторов; <p>1. • санация полости рта в период выздоровления.</p>

<p>которого обнажается кровоточащая эрозивная поверхность в области всех зубов. Пальпация десны болезненна.</p>	
<p>Задача №82</p> <p>Пациентка 35 лет, предъявляет жалобы на неприятные ощущения в деснах, их кровоточивость при употреблении жесткой пищи. Десна кровоточит с 13 лет, к стоматологу по этому поводу никогда не обращалась. При обострении процесса предпринимались попытки самолечения: полость рта полоскала отваром ромашки, в десну втирала гель «Метрогил-дента». Объективно: при внешнем обследовании изменений не выявлено. В полости рта: обильное скопление мягкого зубного налета, покрывающего до $\frac{1}{3}$ поверхности коронок зубов, на оральной поверхности 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3 отложение зубного камня. ИГ=2,6. Десна отечна, гиперемирована с цианотичным оттенком. При зондировании десны отмечается кровоточивость, а также наличие патологических зубодесневых карманов различной глубины. Максимальный размер пародонтального кармана 3,2 мм. На ортопантограмме резорбция межальвеолярных перегородок до $\frac{1}{3}$ длины корня в области 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 4.4, 4.5, 4.6 в области остальных зубов вершины перегородок усечены.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Генерализованный пародонтит легкой степени 2. Диф.диагностика: с хроническими формами (катарального и гипертрофического) гингивита 3. Коррекция гигиены, удаление зубных отложений, противовоспалительная-0,05%р-ра хлоргексидина, ротовые ванны 3-5 мин. 2р/д неделю, санация зубов, конскльтация и лечение у стоматолога ортопеда Общее-мексидол 2л 5% в/м 10-15 инъекций
<p>Задача №83</p> <p>Пациент 25 лет, обратился с жалобами на неприятные ощущения в десне между 3.6 и 3.7. Из анамнеза: около 1,5 лет назад лечил 36 по поводу кариеса. Через некоторое время появилось чувство «распирания», а затем сильная боль, припухлость и кровоточивость десны в области 3.6, 3.7. К стоматологу по этому поводу не обращался, боль купировал приемом различных аналгезирующих препаратов. Периодически</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический локализованный пародонтит легкой степени 2. Диф.диагностика: с эозинофильной гранулемой в продромальном периоде 3. Коррекция гигиены, удаление зубных отложений, противовоспалительная-0,05%р-ра хлоргексидина, ротовые ванны 3-5 мин. 2р/д неделю, санация зубов, конскльтация и лечение у стоматолога ортопеда Общее-мексидол 2л 5% в/м 10-15 инъекций

подобные симптомы появлялись в течение 1,5 лет.

Объективно: в 36 пломба (II класс по Блеку). В области 3.6, 3.7 незначительное отложение над- и поддесневого зубного камня. Десна в области 3.6, 3.7 отечна, гиперемирована, кровоточит при легком дотрагивании. Десневой сосочек атрофирован. При зондировании зубодесневой борозды в области 3.6, 3.7 определяется нарушение зубодесневого соединения с контактной дистальной поверхности 36, патологический карман 2,5 мм. На рентгенограмме определяется расширение периодонтальной щели в пришеечной области, кортикальная пластинка отсутствует на вершине межальвеолярной перегородки.

Задача №84

Пациентка 45 лет, предъявляет жалобы на подвижность зубов, неприятный запах изо рта, появление промежутков между зубами в переднем отделе.

Из анамнеза выяснилось, что пациентка состоит на диспансерном учете у эндокринолога по поводу гипертиреоза II степени.

При объективном обследовании определяется веерообразное расхождение зубов верхней челюсти в переднем отделе. Зубные ряды покрыты зубным налетом на $\frac{1}{3}$ коронок зубов. Имеется над- и поддесневой зубной камень. Десна верхней и нижней челюсти отечна, гиперемирована с синюшным оттенком, кровоточит при зондировании. При исследовании десневой борозды отмечаются патологические зубодесневые карманы в области 1.6, 1.5, 1.4, 2.5, 2.6, 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6 – 5 мм, в области остальных зубов – 3,5 мм. Также отмечается подвижность зубов: 1.4, 1.3, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 3.1, 3.2, 3.5, 4.1, 4.3 – II степени; 1.6, 1.5, 1.1, 2.6, 3.3, 3.4, 4.2, 4.4, 4.5 – I степени. На рентгенограмме неравномерная резорбция

1. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени. Пародонтолиз.
2. Диф.диагностика: с гингивитом, пародонтозом, периоститом и остеомиелитом челюсти.
3. Коррекция гигиены, удаление зубных отложений, противовоспалительная-0,05%-ра хлоргексидина, ротовые ванны 3-5 мин. 2р/д неделю, санация зубов, кюретаж открытый, лоскутная операция, консультация и лечение у стоматолога ортопеда
Общее-мексидол 2л 5% в/м 10-15 инъекций

<p>межальвеолярных перегородок в области передних зубов верхней челюсти в виде лакун до 1/2 длины корней зубов, в области остальных зубов – от 1/3 до 1/2 длины корней зубов. Кортикальная пластинка на вершине и в боковых отделах межальвеолярных перегородок отсутствует частично или полностью. Также имеются очаги остеопороза.</p>	
<p>Задача №85</p> <p>Пациент Н. 35 лет обратился с жалобами на попадание пищи между зубами, боль в десне при жевании. К стоматологу обращается редко, периодически отмечает кровоточивость десны во время чистки зубов и при приеме твердой пищи. Курит с 14 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.</p> <p>При осмотре: конфигурация лица не изменена, десна отечна, гиперемирована, кровоточит при зондировании, имеется отложение мягкого зубного налета, зубной камень на зубах 1.6,2.6,3.5,3.4,3.3,3.2,3.1,4.1,4.2,4.3,4.4. Пародонтальные карманы до 3,5 мм. Кариозные полости на контактных поверхностях зубов 1.6,1.5,2.6,27; нависающие края пломб на зубах 1.7,1.1,2.1,2.4,2.5. На ортопантограмме резорбция межальвеолярных перегородок на 1/3 длины корня зуба.</p>	<p>1. Хронический генерализованный пародонтит средней степени 2. Диф. диагностика: с гингивитом, пародонтозом, периоститом и остеомиелитом челюсти. 4. Коррекция гигиены, удаление зубных отложений, противовоспалительная-0,05%р-ра хлоргексидина, ротовые ванны 3-5 мин. 2р/д неделю, санация зубов, кюретаж открытый, лоскутная операция, консультация и лечение у стоматолога ортопеда Общее-мексидол 2л 5% в/м 10-15 инъекций</p>
<p>Задача №86</p> <p>Пациент Ш. 38 лет обратился с жалобами на кровоточивость при чистке зубов, неприятный запах изо рта, подвижность зубов. Кровоточивость десны отмечает с юношеского возраста. К стоматологу обращается редко. Из сопутствующих заболеваний отмечает язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. При осмотре: конфигурация лица не изменена, отмечается скученность зубов 3.2,3.1,4.1,4.2, десна отечна, гиперемирована, кровоточит при зондировании. Подвижность зубов I степени. Имеется отложение мягкого</p>	<p>1. Хронический генерализованный пародонтит средней степени 2. Диф. диагностика: с гингивитом, пародонтозом, периоститом и остеомиелитом челюсти. 3. Коррекция гигиены, удаление зубных отложений, противовоспалительная-0,05%р-ра хлоргексидина, ротовые ванны 3-5 мин. 2р/д неделю, санация зубов, кюретаж открытый, лоскутная операция, консультация и лечение у стоматолога ортопеда Общее-мексидол 2л 5% в/м 10-15 инъекций</p>

<p>зубного налета и зубного камня. Пародонтальные карманы в области резцов нижней челюсти 4 мм. Кариозные полости на зубах 1.5,1.6,2.6; нависающие края пломб на зубах 3.2,3.1,4.1,4.2 по III классу. На ортопантомограмме резорбция межальвеолярных перегородок на 1/2 длины корня зуба.</p>	
<p>Задача №87</p> <p>Пациент Д. 48 лет обратился с жалобами на общее недомогание, повышение температуры тела, боль в десне, неприятный запах изо рта, подвижность зубов. Кровоточивость десны отмечает с юношеского возраста. К стоматологу обращается редко. Из сопутствующих заболеваний отмечает ишемическую болезнь сердца, хронический пиелонефрит, артериальную гипертензию. При осмотре: Десна отечна, гиперемирована, кровоточит при зондировании. Имеется обильное отложение мягкого зубного налета и зубного камня. Зубы 1.7,1.6,1.5,2.6,2.7,3.4,3.2 отсутствуют. Подвижность зубов III степени. Пародонтальные карманы в области моляров нижней челюсти 7 мм. На ортопантомограмме резорбция межальвеолярных перегородок на 2/3 длины корня зуба.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени 2. Диф. диагностика: с гингивитом, пародонтозом, периоститом и остеомиелитом челюсти. 3. Коррекция гигиены, удаление зубных отложений, противовоспалительная-0,05%р-ра хлоргексидина, ротовые ванны 3-5 мин. 2р/д неделю, санация зубов, кюретаж открытый, лоскутная операция, конскльтация и лечение у стоматолога ортопеда Общее-мексидол 2л 5% в/м 10-15 инъекций
<p>Задача №88</p> <p>Пациент 23 лет явился к врачу-стоматологу на профилактический осмотр.</p> <p>Из анамнеза выяснено, что в пищевом рационе преобладает пища, богатая углеводами. Из перенесенных и сопутствующих заболеваний - хронический тонзиллит, детские инфекции, грипп.</p> <p>При внешнем осмотре: конфигурация лица не изменена. Лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, хорошо увлажнена. На</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. кариес в стадии пятна 2) Трансиллюминация- пятно выявляется независимо от локализации, размеров и пигментированности; под влиянием ультрафиолетовых лучей в области кариозного пятна наблюдается гашение люминесценции, свойственное твердым тканям зуба; ЭОД 2-6 мкА 3) Диф. диагностика: с флюорозом, гипоплазией эмали 4) Аппликации (15-20 сеансов) 3%р-ром ремодента, 10%р-ром глюконата кальция, 2%р-ром фторида натрия 5) Профилактика кариозных пятен заключается в рациональном питании, систематической чистке зубов, регулярном посещении стоматолога, обработке зубного ряда при помощи профессиональных препаратов, снятии зубного камня и мягкого бактериального налета. Кроме этого, следует отказаться от чрезмерного потребления сладкого, так как углеводы

<p>вестибулярных поверхностях в пришеечной области зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 имеются белые пятна размером 3х3 мм, окрашивающиеся раствором метиленового синего.</p>	<p>являются питательной средой для кариесогенных микроорганизмов. Газированные напитки и курение также провоцируют развитие начальной формы кариозного поражения, поэтому от них следует отказаться</p>
<p>Задача №89</p> <p>Пациент 20 лет явился к врачу-стоматологу на профилактический осмотр.</p> <p>Из анамнеза выяснено, что в пищевом рационе преобладает пища, богатая углеводами. Из перенесенных и сопутствующих заболеваний- хронический тонзиллит, детские инфекции, грипп. Чистит зубы 1 раз в день, использует мягкую зубную щетку.</p> <p>При внешнем осмотре: конфигурация лица не изменена. Лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, хорошо увлажнена. На вестибулярной поверхности в пришеечной области зуба 1.3 имеется белое пятно, в центре которого дефект в пределах эмали, овальной формы размером 2х3 мм. Зубы 3.5, 3.6 отсутствуют.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эрозия 2) Йодная проба-диагностируется четкая локализация дефекта после высушивание поверхности коронки зуба 3) Диф.диагностика: с поверхностным и средним кариесом, клиновидным дефектом 4) Аппликации (15-20 сеансов) 3%р-ром ремодента, 10%р-ром глюконата кальция, 2%р-ром фторида натрия + восстановление дефекта с помощью композитов 5) Исключить избыточное потребление кислых соков, фруктов, газированных напитков. Использовать зубные пасты, содержащие минеральные в-ва, фтор. Внутрь – таблетки глицерофосфата кальция, витамины.
<p>Задача №90</p> <p>Пациентка 29 лет обратилась к врачу-стоматологу. При опросе было установлено, что пациентку беспокоит внешний вид верхнего левого клыка. С ее слов несколько месяцев назад она заметила, что на вышеуказанном зубе появилось пятно темного цвета, которое со временем стало увеличиваться в размере. Зуб реагирует на прием сладкой пищи появлением кратковременной боли, которая исчезает практически сразу же после устранения раздражителя.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Средний кариес 2) ЭОД 2-6 мкА; рентгендиагностика-кариозная полость средних размеров без сообщения с полостью зуба; термодиагностика-положительная, быстропроходящая после устранения раздражителя 3) Диф.диагностика: с клиновидным дефектом, хроническим верхушечным периодонтитом 4) Лечение <ul style="list-style-type: none"> • Обезболивание • Препарирование кариозной полости с соблюдением всех принципов и этапов • Медикаментозная обработка кариозной полости • Наложение изолирующей прокладки до дентино-эмалевой границы тонким слоем

<p>При осмотре на вестибулярной поверхности в пришеечной области зуба 2.3 имеется кариозная полость, заполненная размягченным, пигментированным дентином. Зондирование болезненно по эмалево-дентинному соединению</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Наложение постоянной пломбы • Шлифовка и полировка пломбы <p>5) Систематические посещения стоматолога, проведение профилактических мероприятий (реминерализующей терапии, профессиональной гигиены), своевременное устранение начальных форм кариеса, коррекция питания.</p>
<p>Задача №91</p> <p>Больная 25 лет обратилась к врачу-стоматологу. При опросе было установлено, что больная жалуется на наличие полости в верхнем центральном резце справа. Полость появилась около 1,5 месяцев назад. Около 2 недель назад пациентка стала обращать внимание на кратковременную боль от температурных раздражителей в пришеечной области.</p> <p>При осмотре: на вестибулярной поверхности 1.1 зуба имеется глубокая кариозная полость. На стенках и дне размягченный и пигментированный дентин. Зондирование дна полости болезненно, в одной точке реакция на холод быстропроходимая.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Глубокий кариес 2) Термодиагностика-положительная, быстропроходящая после устранения раздражителя; ЭОД 2-6 мкА; рентгенодиагностика-кариозная полость без сообщения с полостью зуба 3) Диф.диагностика: с острым очаговым пульпитом, хроническим фиброзным пульпитом 4) Осложнения: перфорация дна или стенки кариозной полости, отлом стенки кариозной полости, повреждение бором смежных зубов, повреждение десневого края 5) Филтек, харизма, эвикрол, компосайт, СИЦ (витример, фьюджи)
<p>Задача №92</p> <p>На прием к стоматологу обратилась девушка 25 лет. Чистит зубы нерегулярно. Из анамнеза выяснилось, что 4 месяца назад пациентке была поставлена пломба на зуб 1.7, которая выпала через месяц. Примерно 2 недели назад стали беспокоить кратковременные боли от температурного раздражителя.</p> <p>При осмотре: на жевательной и дистальной поверхности зуба 1.7 имеется глубокая кариозная полость. На дне и стенке размягченный, пигментированный дентин. Зондирование дна болезненно в одной точке, термометрия положительна на холодное, быстропроходящая.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Хронический фиброзный пульпит 2) ЭОД 40-60 мкА; рентгенодиагностика-глубокая кариозная полость сообщается с полостью зуба, могут быть очаги разрежения у верхушек корней зубов (в 30% случаев); термодиагностика-реакция на холод болезненная и не сразу проходит после устранения раздражителя 3) Диф.диагностика: с хроническим фиброзным пульпитом, хроническим верхушечным периодонтитом 4) Метод-витальной экстирпации <ul style="list-style-type: none"> ▪ Обезболивание ▪ препарирование и механическая обработка кариозной полости от размягченного дентина; ▪ медикаментозная обработка 2% хлоргексидином; ▪ раскрытие фиссурным бором доступа к устьям корневых каналов; ▪ ампутация коронковой пульпы; ▪ экстирпация корневой пульпы пульпоэкстрактором; ▪ раскрытие устьев каналов борами Gates Glidden; ▪ установление и фиксация рабочей длины каналов; ▪ прохождение и расширение каналов К-файлами от №15 до № 40 с

	<p>попеременной медикаментозной струйной обработкой каналов из эндодонтического шприца 3,25%-м гипохлоритом натрия;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ высушивание каналов бумажными штифтами; ▪ контроль длины каналов апекслокатором; ▪ пломбирование каналов на заданную длину методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи с Эндометазоном ▪ Временное пломбирование. Следующий прием через 3 дня ▪ Извлекаем временную повязку, коррекция стенок полости. <p>Постоянное пломбирование</p> <p>5) Профилактика хронического гангренозного пульпита заключается в прохождении регулярных стоматологических осмотров, проведении профилактики кариеса, своевременном лечении кариозного поражения зубов, острого пульпита.</p>
<p>Задача №93</p> <p>Больной 24 года обратился к врачу-стоматологу с жалобами на приступообразную боль в области верхнего правого клыка. При опросе пациент рассказал, что ранее зуб был лечен по поводу кариеса, пломба выпала 2 месяца назад. Зуб не беспокоил. Накануне ночью у пациента появилась острая, приступообразная боль.</p> <p>При осмотре на латеральной поверхности зуба 1.3 глубокая кариозная полость, заполненная размягченным, пигментированным дентином. Зондирование дна резко болезненно в одной точке, перкуссия зуба безболезненная, реакция на холод длительная.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый очаговый пульпит 2) ЭОД 15-25 мкА; рентгенодиагностика- кариозная полость, периапикальная область без изменений 3) Диф.диагностика: с глубоким кариесом, острым диффузным пульпитом, хроническим фиброзным пульпитом, папиллитом 4) Биологический метод лечения <ul style="list-style-type: none"> • Обезболивание • Механическая обработка кариозной полости с соблюдением всех принципов и этапов препарирования • Медикаментозная обработка теплыми нераздражающими антисептиками низких концентраций-0,2% р-р хлоргексидина • Обезжиривание и обезвоживание кариозной полости • Высушивание • На дно кариозной полости накладывается сначала лечебная кальцийсодержащая прокладка (на основе гидроксида кальция) – дайкал, калльцимол, лайф • Изолирующая прокладка • Временная (если в два посещения) или постоянная (если в одно посещение) 5) Профилактика острого диффузного пульпита заключается в своевременном выявлении и лечении кариозных очагов, соблюдение правил препарирования зубов.
<p>Задача №94</p> <p>Пациентка 28 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на приступообразную, самопроизвольную боль, которая распространяется в височную и околоушную область.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый диффузный пульпит 2) ЭОД 30-40 мкА; рентгенодиагностика- патологических изменений в периапикальной области не определяется, может быть нечеткость компактной пластинки кости 3) Диф.Диагностика: с острым очаговым пульпитом, обострением

Приступы боли преимущественно возникают в вечерние и ночное время, температурные раздражители усиливают боль.

Из анамнеза: зуб 2.7 был лечен без пломбирования каналов, пломба выпала полгода назад. После выпадения пломбы зуб реагировал на холодное, 5 дней назад впервые был приступ сильной боли вечером, в дальнейшем приступы учащались и боль стала распространяться в висок и ухо.

При объективном осмотре: внешних изменений нет, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Зуб 2.7 – на жевательной и дистальной поверхности кариозная полость заполненная размягченным дентином, зондирование резко болезненно по всему дну, перкуссия слабо положительна, реакция на холод резко положительная, длительная.

хронического пульпита, острым верхушечным периодонтитом, обострением хронического верхушечного периодонтита, невралгией тройничного нерва, гайморитом, альвеолитом, перикороноритом

4) Метод-витаальной экстирпации

- Обезболивание
 - препарирование и механическая обработка кариозной полости от размягченного дентина;
 - медикаментозная обработка 2% хлоргексидином;
 - раскрытие фиссурным бором доступа к устьям корневых каналов;
 - ампутация коронковой пульпы;
 - экстирпация корневой пульпы пульпоэкстрактором;
 - раскрытие устьев каналов борами Gates Glidden;
 - установление и фиксация рабочей длины каналов;
 - прохождение и расширение каналов К-файлами от №15 до № 40 с попеременной медикаментозной струйной обработкой каналов из эндодонтического шприца 3,25%-м гипохлоритом натрия;
 - высушивание каналов бумажными штифтами;
 - контроль длины каналов апекслокатором;
 - пломбирование каналов на заданную длину методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи с Эндометазоном
 - Временное пломбирование. Следующий прием через 3 дня
 - Извлекаем временную повязку, коррекция стенок полости.
- Постоянное пломбирование
Обоснование метода: меньшее количество возникающих осложнений, эргономичности, меньших финансовых затрат для пациента, а также экономичности для врача-стоматолога

5)

Rp: Sol.Chlorhexidini 0,2%

D.S. для медикаментозной обработки корневых каналов, полости зуба

Задача №95

Пациент 20 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на глубокую кариозную полость в зубе 3.7, приступообразную длительную боль при попадании пищи и от температурных раздражителей. Со слов пациента полость появилась около трех месяцев назад. До появления кариозной полости беспокоили кратковременные боли от температурных раздражителей. К врачу за помощью не обращался.

При осмотре – на окклюзионно-дистальной поверхности

1) Хронический фиброзный пульпит

2) ЭОД 40-90 мкА; рентгендиагностика-глубокая кариозная полость сообщается с полостью зуба, могут быть очаги разрежения у верхушек корней зубов (в 30% случаев); термодиагностика-реакция на холод болезненная и не сразу проходит после устранения раздражителя

3) Диф.диагностика: с хроническим фиброзным пульпитом, хроническим верхушечным периодонтитом

4) Метод-витаальной экстирпации

- Обезболивание
- препарирование и механическая обработка кариозной полости от размягченного дентина;
- медикаментозная обработка 2% хлоргексидином;

<p>зуба 3.7 глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. Пальпация безболезненна. Зондирование болезненно по всему дну, кариозная полость сообщается с полостью зуба. Перкуссия зуба безболезненна. Реакция на холодной раздражитель болезненна, долгопроходящая.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ раскрытие фиссурным бором доступа к устьям корневых каналов; ▪ ампутация коронковой пульпы; ▪ экстирпация корневой пульпы пульпоэкстрактором; ▪ раскрытие устьев каналов борами Gates Glidden; ▪ установление и фиксация рабочей длины каналов; ▪ прохождение и расширение каналов К-файлами от №15 до № 40 с попеременной медикаментозной струйной обработкой каналов из эндодонтического шприца 3,25%-м гипохлоритом натрия; ▪ высушивание каналов бумажными штифтами; ▪ контроль длины каналов апекслокатором; ▪ пломбирование каналов на заданную длину методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи с Эндометазоном ▪ Временное пломбирование. Следующий прием через 3 дня ▪ Извлекаем временную повязку, коррекция стенок полости. <p>Постоянное пломбирование</p> <p>5) Профилактика хронического гангренозного пульпита заключается в прохождении регулярных стоматологических осмотров, проведении <u>профилактики кариеса</u>, своевременном лечении кариозного поражения зубов, острого пульпита.</p>
<p>Задача №96</p> <p>Пациент 25 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие кариозной полости в зубе на нижней челюсти слева и длительные боли от температурных раздражителей. Со слов пациента полость появилась около четырех месяцев назад. Один раз зуб болел приступообразно вечером, в дальнейшем беспокоили длительные боли от температурных раздражителей. К врачу за помощью не обращался.</p> <p>При осмотре: на дистальной и жевательной поверхности зуба 4.5 имеется глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. При зондировании определяется болезненность в одной точке, сообщение кариозной полости с полостью зуба и кровоточивость пульпы.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обострение хронического фиброзного пульпита 2) ЭОД 35-45 мкА; рентгенодиагностика- может быть расширение периодонтальной щели в области верхушки корня, имеется сообщение кариозной полости с полостью зуба 3) Диф.диагностика: с острым очаговым пульпитом, острым диффузным пульпитом, обострением хронического гангренозного пульпита, острым верхушечным периодонтитом, обострением хронического периодонтита 4) Метод-витальной экстирпации <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Обезболивание <input type="checkbox"/> препарирование и механическая обработка кариозной полости от размягченного дентина; <input type="checkbox"/> медикаментозная обработка 2% хлоргексидином; <input type="checkbox"/> раскрытие фиссурным бором доступа к устьям корневых каналов; <input type="checkbox"/> ампутация коронковой пульпы; <input type="checkbox"/> экстирпация корневой пульпы пульпоэкстрактором; <input type="checkbox"/> раскрытие устьев каналов борами Gates Glidden; <input type="checkbox"/> установление и фиксация рабочей длины каналов; <input type="checkbox"/> прохождение и расширение каналов К-файлами от №15 до № 40 с попеременной медикаментозной струйной обработкой каналов из эндодонтического шприца 3,25%-м гипохлоритом натрия;

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> высушивание каналов бумажными штифтами; <input type="checkbox"/> контроль длины каналов апекслокатором; <input type="checkbox"/> пломбирование каналов на заданную длину методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи с Эндометазоном <input type="checkbox"/> Временное пломбирование. Следующий прием через 3 дня <input type="checkbox"/> Извлекаем временную повязку, коррекция стенок полости. Постоянное пломбирование <p>5) Своевременное лечение кариеса, а также не следует терпеть впервые возникшую зубную боль, свидетельствующую об остром воспалении пульпы. Не допустить развития хронического пульпита помогут регулярные посещения стоматолога, профилактические осмотры, профессиональная гигиена.</p>
<p>Задача №97</p> <p>Пациентка 50 лет обратилась за помощью к врачу-стоматологу с жалобами на самопроизвольную приступообразную боль в зубе на верхней челюсти справа. Приступ боли возникает при приеме горячей пищи.</p> <p>Из анамнеза выясняется, что зуб болит около месяца, ранее зуб был лечен без пломбирования каналов, пломба выпала около года назад.</p> <p>При осмотре: зуб 1.6 изменен в цвете. На жевательной поверхности глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование полости зуба безболезненно; при зондировании устьев корневых каналов выявляется болезненность. Перкуссия зуба болезненна.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гангренозный пульпит Гангренозный пульпит в стадии обострения 2) ЭОД 40-90мкА; рентгендиагностика- расширение периодонтальной щели или образование очага деструкции костной ткани в области верхушки корня; термодиагностика-боль возникает от горячего, долго не проходящая, медленное нарастание боли и постепенное ее угасание 3) Диф.диагностика: с хроническим фиброзным пульпитом, хроническим верхушечным периодонтитом 4) Метод-витаальной экстирпации <ul style="list-style-type: none"> ▪ Обезболивание ▪ препарирование и механическая обработка кариозной полости от размягченного дентина; ▪ медикаментозная обработка 2% хлоргексидином; ▪ раскрытие фиссурным бором доступа к устьям корневых каналов: ▪ ампутация коронковой пульпы; ▪ экстирпация корневой пульпы пульпоэкстрактором; ▪ раскрытие устьев каналов борами Gates Glidden; ▪ установление и фиксация рабочей длины каналов; ▪ прохождение и расширение каналов К-файлами от №15 до № 40 с попеременной медикаментозной струйной обработкой каналов из эндодонтического шприца 3,25%-м гипохлоритом натрия; ▪ высушивание каналов бумажными штифтами; ▪ контроль длины каналов апекслокатором; ▪ пломбирование каналов на заданную длину методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи с Эндометазоном ▪ Временное пломбирование. Следующий прием через 3 дня ▪ Извлекаем временную повязку, коррекция стенок полости. Постоянное пломбирование

	<p>5) Профилактика хронического гангренозного пульпита заключается в прохождении регулярных стоматологических осмотров, проведении профилактики кариеса, своевременном лечении кариозного поражения зубов, острого пульпита.</p>
<p>Задача №98</p> <p>Пациент 32 года обратился к врачу-стоматологу с жалобами на ноющую боль в зубе на нижней челюсти, возникающую при приеме горячей пищи. Впервые боль появилась около шести месяцев назад. За помощью к врачу-стоматологу не обращался. При осмотре: на медиальной поверхности зуба 3.7 глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, заполненная размягченным дентином. Зондирование в устьях корневых каналов болезненно. Реакция на холодовой раздражитель безболезненна.</p> <p>По данным рентгенограммы выявляется расширение периодонтальной щели в области верхушки зуба.</p>	<p>1 хронический гангренозный пульпит 2) ЭОД 40-90мкА 3) Диф.диагностика: с хроническим фиброзным пульпитом, хроническим верхушечным периодонтитом 4) Метод-витальной экстирпации</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Обезболивание ▪ препарирование и механическая обработка кариозной полости от размягченного дентина; ▪ медикаментозная обработка 2% хлоргексидином; ▪ раскрытие фиссурным бором доступа к устьям корневых каналов: ▪ ампутация коронковой пульпы; ▪ экстирпация корневой пульпы пульпоэкстрактором; ▪ раскрытие устьев каналов борами Gates Glidden; ▪ установление и фиксация рабочей длины каналов; ▪ прохождение и расширение каналов К-файлами от №15 до № 40 с попеременной медикаментозной струйной обработкой каналов из эндодонтического шприца 3,25%-м гипохлоритом натрия; ▪ высушивание каналов бумажными штифтами; ▪ контроль длины каналов апекслокатором; ▪ пломбирование каналов на заданную длину методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи с Эндометазоном ▪ Временное пломбирование. Следующий прием через 3 дня ▪ Извлекаем временную повязку, коррекция стенок полости. Постоянное пломбирование <p>5) Профилактика хронического гангренозного пульпита заключается в прохождении регулярных стоматологических осмотров, проведении профилактики кариеса, своевременном лечении кариозного поражения зубов, острого пульпита.</p>
<p>Задача №99</p> <p>Пациентка 40 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на приступообразную, самопроизвольную боль в зубах на нижней челюсти справа, преимущественно в ночное и вечернее время, усиливающуюся от температурных</p>	<p>1. Хронический фиброзный пульпит 2) ЭОД 40-60мкА; рентгендиагностика-глубокая кариозная полость сообщается с полостью зуба, могут быть очаги разрежения у верхушек корней зубов (в 30% случаев) 3) Диф.диагностика: с глубоким кариесом, острым очаговым пульпитом, хроническим гангренозным пульпитом 4) Метод-витальной экстирпации</p>

раздражителей. Впервые появилась острая боль около пяти месяцев назад, затем после приема обезболивающего боль прошла. В дальнейшем беспокоили длительные боли от температурных раздражителей. Два дня назад появились боли, указанные в жалобах.

При осмотре: обнаруживается глубокая кариозная полость на окклюзионной поверхности в зубе 4.7, полость вскрыта в одной точке. Зондирование резко болезненно. Перкуссия безболезненна. Реакция на холод длительная, после устранения раздражителя боль не проходит.

- Обезболивание
 - препарирование и механическая обработка кариозной полости от размягченного дентина;
 - медикаментозная обработка 2% хлоргексидином;
 - раскрытие фиссурным бором доступа к устьям корневых каналов;
 - ампутация коронковой пульпы;
 - экстирпация корневой пульпы пульпоэкстрактором;
 - раскрытие устьев каналов борами Gates Glidden;
 - установление и фиксация рабочей длины каналов;
 - прохождение и расширение каналов К-файлами от №15 до № 40 с попеременной медикаментозной струйной обработкой каналов из эндодонтического шприца 3,25%-м гипохлоритом натрия;
 - высушивание каналов бумажными штафтами;
 - контроль длины каналов апекслокатором;
 - пломбирование каналов на заданную длину методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи с Эндометазоном
 - Временное пломбирование. Следующий прием через 3 дня
 - Извлекаем временную повязку, коррекция стенок полости.
- Постоянное пломбирование
- 5) Профилактика фиброзного пульпита заключается в правильном самостоятельном уходе за полостью рта, проведении профессиональной гигиены и регулярных стоматологических осмотров, своевременном лечении кариеса и острого пульпита.

Задача №100

Пациент 37 лет обратился к врачу-стоматологу с целью профилактического осмотра. Жалобы отсутствуют.

При осмотре: обнаружена на дистальной поверхности зуба 4.5 глубокая кариозная полость, выполненная некротическим дентином. Зуб 4.5 изменен в цвете. Зондирование полости безболезненно. Пальпация по переходной складке безболезненна. Симптом вазопареза положительный. Сравнительная перкуссия слабоположительна.

По данным рентгенограммы обнаруживается очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня округлой формы размером до 0,5 см.

1. Хронический гранулематозный периодонтит
- 2) ЭОД > 100, термопроба-отрицательная
- 3) Диф.диагностика: между собой, со средним кариесом, хроническим гангренозным пульпитом, острым верхушечным периодонтитом в фазе купирования процесса
- 4)
 - Препарирование кариозной полости с соблюдением всех принципов и этапов
 - Раскрытие полости зуба
 - Расширение устьев корневого канала и создание хорошего доступа к нему
 - Удаление гнилостных масс и некротического дентина с помощью медикаментозной обработки и эндодонтического инструментария
 - Обезжиривание и обезвоживание стенок корневого канала (препараты содержащие ЭДТА)
 - Пломбирование корневого канала до физиологической верхушки с последующей рентгенографией, констатирующей

качество obturation

- Наложение постоянной пломбы, позволяющей восстановить зуб как полноценно функционирующий орган

5) Мероприятия по предупреждению хронического периодонтита должны включать повышение стоматологической культуры пациента в вопросах ухода за полостью рта: регулярное профилактическое посещение стоматолога, своевременное лечение одонтогенных очагов инфекции. Важным фактором является грамотное проведение стоматологических манипуляций и рациональное использование лекарственных препаратов местного действия.