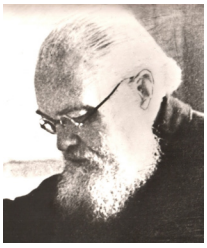
ГОУ ВПО
«Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»



Институт стоматологии
Кафедра стоматологии детского возраста

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

сборник ситуационных задач с эталонами ответов для студентов 5 курса, обучающихся по специальности 060105.65 – Стоматология

Красноярск
2011

УДК 616.31 – 002 – 053.2(076.1)
ББК 56.6
С 81

Стоматология детского возраста: сборник ситуационных задач с эталонами ответов для студентов 5 курса, обучающихся по специальности 060105.65 – стоматология / сост. Н.В. Тарасова, Е.А. Бриль, Е.В. Чернявцева и др.- Красноярск: тип. КрасГМУ, 2011. – 170 с.

Составители: к.м.н., доцент Тарасова Н.В., д.м.н., доцент Бриль Е.А., к.м.н. Чернявцева Е.В., к.м.н., доцент Бахтурина Г.И., к.м.н. Тумшевиц В.О., д.м.н. Галонский В.Г., к.м.н. Журавлева Т.Б., ассистент Федоров В.А., ассистент Сурдо Э.С.

Сборник ситуационных задач с эталонами ответов составлен в соответствии с государственным образовательным стандартом профессионального высшего образования (2000), учебным планом специальности – «стоматология», учебным планом для медицинских вузов, с учетом квалификационной характеристики и модели врача - стоматолога (2000); учебный материал адаптирован к образовательным технологиям с учетом специфики обучения на стоматологическом факультете.

Рецензенты: доцент кафедры стоматологии ИПО ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Р.Г. Буянкина.

доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, И.В. Орешкин.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 4 от 16 12 2010).

КрасГМУ
2011

Оглавление

Введение 4
Раздел 1. Организация стоматологической помощи 5
Раздел 2. Кариес зубов. Лечение кариеса временных и постоянных зубов у детей 6
Раздел 3. Некариозные поражения твердых тканей зуба 20
Раздел 4. Одонтогенные воспалительные заболевания в детском возрасте. Эндодонтия 26
Раздел 5. Заболевание и поражение слизистой оболочки полости рта у детей 43
Раздел 6. Ортодонтия. Зубочелюстные аномалии и деформации у детей, диагностика, клиника, лечение 51
Раздел 7. Хирургическая патология челюстно-лицевой области у детей 77
Эталоны ответов 91
Раздел 1. Организация стоматологической помощи 91
Раздел 2. Кариес зубов. Лечение кариеса временных и постоянных зубов у детей 95
Раздел 3. Некариозные поражения твердых тканей зуба 103
Раздел 4. Одонтогенные воспалительные заболевания в детском возрасте. Эндодонтия 110
Раздел 5. Заболевание и поражение слизистой оболочки полости рта у детей. 120
Раздел 6. Ортодонтия. Зубочелюстные аномалии и деформации у детей, диагностика, клиника, лечение 126
Раздел 7. Хирургическая патология челюстно-лицевой области у детей 148

ВВЕДЕНИЕ

Банк ситуационных задач по дисциплине – стоматология детского возраста составлен для студентов по специальности 060105.65-стоматология. К ситуационным задачам представленные эталоны ответов.

Ситуационные задачи отразили новейшие сведения по всем темам, изучаемым в рамках учебного плана по дисциплине - стоматология детского возраста и программы по специальности - стоматология. Решение и анализ ситуационных задач позволяет студентам-стоматологам укрепить базовые знания по дисциплине и сформировать осознанную мотивацию для более глубокого изучения специальности, что в свою очередь способствует формированию профессионального уровня будущих врачей-стоматологов.

Банк ситуационных задач составлен в соответствии с государственным образовательным стандартом профессионального высшего образования (2000), учебным планом специальности – «стоматология», учебным планом для медицинских вузов, с учетом квалификационной характеристики и модели врача - стоматолога (2000).

РАЗДЕЛ 1. ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.

Задача №1

Планируется размещение стоматологического кабинета площадью 20 кв. м. с рабочим местом медицинской сестры для стерилизации инструментов

1. Рассчитайте нормативы общей освещенности
2. Укажите нормативы освещенности на рабочем месте врача-стоматолога и медицинской сестры
3. Укажите нормативы освещенности операционного поля врача-стоматолога.
4. Назовите методику проведения фенолфталеиновой пробы.
5. Охарактеризуйте стерилизацию инструментов методом кипячения.

Задача № 2.

Площадь кабинета врача-стоматолога-детского (терапевтический прием) составляет 18 кв.м.

1. Определите режим стерилизации воздуха
2. Укажите оптимальный способ дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации металлического инструментария
3. Укажите оптимальный способ дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации эндодонтических инструментов
4. Выберите способ дезинфекции и стерилизации стоматологических зеркал
5. Выберите оптимальный способ дезинфекции и стерилизации наконечников

Задача № 3.

Организация учета амбулаторной работы врача-стоматолога требует ведения документации.

Вопросы:

1. Назовите учетную форму для ведения дневника лечения амбулаторного стоматологического больного
2. Назовите учетную форму журнала (дневника) работы врача-стоматолога
3. Назовите учетную форму лечения одного случая заболевания для ФОМС
4. Назовите форму для ежедневного учета работы врача-стоматолога
5. Назовите форму для ежемесячного учета работы врача-стоматолога

Задача № 4.

Детское население города N составляет 12143 человека.

1. Составьте штатное расписание для организации детской стоматологической службы.
2. Перечислите категории стоматологических поликлиник.
3. Перечислите вспомогательные помещения, необходимые для функционирования данной стоматологической поликлиники.
4. Перечислите, что включает стоматологическая помощь детям, оказываемая в детских стоматологических отделениях (кабинетах) медицинских организаций.
5. Назовите, какое количество детей должно обучаться в школе, для введения единицы школьного врача-стоматолога.

РАЗДЕЛ 2. КАРИЕС ЗУБОВ. ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Задача №1.

В поликлинику на прием обратилась мама с ребенком в возрасте 10 месяцев. Жалобы на отказ от пищи. Из анамнеза было выявлен токсикоз мамы в первую половину беременности. Ребенок находится на искусственном вскармливании. На ночь мама оставляет бутылочку со смесью малышу в кровати.

Объективно: на вестибулярной и небной поверхностях 52, 51, 61, 62 зубов в пришеечной области кариозные полости средней глубины. Дентин пигментированный, плотный. Эмаль по периферии полостей белая, хрупкая. При удалении дентина экскаватором отмечается болезненность в области эмалево-дентинной границы.

с	с	с	с
52	51	61	62
82	81	71	72

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Назначьте местное и общее лечение ребенку.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №2.

Больной 14 лет, обратился с жалобами боли в 16, возникающие во время приема жесткой и холодной пищи. Из анамнеза: 16 был лечен по поводу кариеса, 2 месяца назад пломба частично выпала, появились боли на температурные и механические раздражители.

Объективно: конфигурация лица без видимых изменений. Рот открывает в полном объеме. На жевательной поверхности 16 глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином и остатками пломбы из амальгамы, резкая боль при зондировании по дну кариозной полости, реакция на холодное кратковременная, перкуссия безболезненная, ЭОД 10 мкА. Прикус ортогнатический. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются.

с	с								п		п		
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	п									п			

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Проведите местное и общее лечение ребенку.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №3.

Больной К., 15 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие белого пятна в пришеечной области левого нижнего клыка. Из анамнеза: пятно появилось полгода назад, с течением времени увеличилось в размере. При осмотре 33 в пришеечной области определяется меловидное пятно с матовым оттенком. Эмаль тусклая, шероховатая. Пятно окрашивается 2% раствором метиленового синего. Реакция на температурные раздражители отрицательная.

	Р	с								п		п	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	п								с	п			

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назовите наиболее вероятный (предварительный) диагноз.
3. Перечислите данные условия задачи, подтверждающие диагноз.
4. Подтвердите предварительный диагноз, используя дополнительные методы
5. Назначьте лечение.

Задача №4.

В детскую стоматологическую поликлинику обратилась мама с ребенком 5 лет для профилактического осмотра.

Объективно: кожные покровы чистые, конфигурация лица не нарушена, рот открывает в полном объеме. Носогубные и подбородочные складки умерено выражены. Губы смыкаются без напряжения. Уздечки губ и языка прикреплены физиологично. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умерено увлажнена, без видимых патологических изменений. ИГ =

1,9, PHP = 0,8. На контактных поверхностях 84 и 85 зубов кариозные полости в пределах эмали и дентина, зондирование слабо болезненно по эмалево-дентинному соединению, перкуссия безболезненна, реакция на холод слабо болезненна, быстро проходящая.

п	п									
16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
	с	с								с

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Проведите местное и общее лечение.
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №5.

В детскую стоматологическую поликлинику обратился пациент 13 лет с жалобами на наличие кариозной полости в 26 зубе, боль от холодного, сладкого, быстро проходящая после устранения раздражающего фактора. Зуб беспокоит в течение трех недель.

Объективно в полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умерено увлажнена. ИГР-У = 2,0, CPITN = 2. На жевательной поверхности 26 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование слабо болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная. ЭОД = 3 мА.

	с	с			п						п	с	пс
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
пс	0					з/к	з/к					0	пс

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Проведите местное и общее лечение.
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №6.

В детскую стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта обратилась мама с ребенком 10 лет.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, рот открывается в полном объеме.

п	пс	с						с		с	с
16	55	14	53	12	11	21	22	63	24	65	26
46	85	44	83	42	41	31	32	73	74	75	36
п	с								с	с	с

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренной влажности. УИГ = 0,9, КПИ = 0,3. На дистальной поверхности 14 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование слабо болезненно по стенкам кариозной полости, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Проведите местное и общее лечение.
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №7.

Больная К., 15-ти лет, обратилась с целью санации после исправления прикуса с помощью брекет - системы.

При осмотре конфигурация лица без видимых изменений, фронтальные зубы видны в линии улыбки. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей отмечаются округлые дефекты эмали глубиной 0,5 мм, чувствительные к холодной и сладкой пище.

				с	с	с	с	с	с		п		
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	п			с	с	с	с	с	с			п	

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Проведите местное и общее лечение ребенку
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №8.

В детском саду у пациента М., 4 лет при проведении профилактического осмотра выявлено наличие белых пятен в пришеечной области 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64 зубов. Ранее лечение 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64 не проводилось. Жалоб на боль ребенок не предъявляет. Пятна окрашиваются 2% раствором метиленового синего.

		с	с	с	с	с	с	с	
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
									с

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Проведите местное и общее лечение.
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта

Задача №9.

Пациентка 12 лет. Во время профилактического осмотра в школе были выявлены пятна белого цвета в пришеечной области 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 32, 31, 41, 42, 43 зубов. Скопление мягкого зубного налета на вестибулярной поверхности зубов.

	с	с	с	с	с	с	с	с			
16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	65	26
46	85	44	43	42	41	31	32	73	74	75	36
			с	с	с	с	с				

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможную причину возникновение дефектов.
3. Проведите местное и общее лечение.
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта

Задача №10.

В детскую стоматологическую поликлинику с целью санации обратился пациент С. 13 лет с жалобами на наличие кариозной полости в 46 зубе, боль в этом зубе от холодного, сладкого, быстро проходящая после устранения раздражающего фактора. Зуб беспокоит в течение 7-10 дней.

Объективно в полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умерено увлажнена. На жевательной поверхности 46 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная. ЭОД = 5 мА.

	п										п	с	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
пс	с											с	

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможную причину возникновение дефектов.
3. Проведите местное и общее лечение.
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №11.

В детскую стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта обратилась мама с ребенком 8,5 лет.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, рот открывается в полном объеме. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренной влажности. На дистальной поверхности 54 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование слабо

болезненно по стенкам кариозной полости, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная.

п	пс	с								п	
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
п	п								п	п	

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Назовите возможную причину возникновение дефектов.
3. Проведите местное и общее лечение ребенку
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта

Задача №12.

Больная К., 17-ти лет, обратилась с целью санации после исправления прикуса с помощью брекет - системы.

При осмотре конфигурация лица без видимых изменений, фронтальные зубы видны в линии улыбки. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов нижней челюстей отмечаются белые тусклые пятна, чувствительные к холодной и сладкой пище.

	п												
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	п			с	с	с	с	с	с			п	

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Назовите возможную причину возникновение дефектов.
3. Проведите местное и общее лечение.
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №13.

В стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта обратился пациент 8 лет.

Объективно: лицо симметрично, пропорционально. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. На жевательной поверхности 16 глубокая кариозная полость. Зондирование дна полости болезненно. Перкуссия вертикальная безболезненна.

с									п		п
16	55	54	53	0	11	21	0	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
с											с

Реакция на холод болезненная, быстро проходящая. На жевательной поверхности 36 и 46 зубов глубокие пигментированные фиссуры.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Укажите дополнительные методы обследования, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Проведите местное и общее лечение.
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №14.

На прием обратилась Т. 9 лет с жалобами на наличие кариозных полостей в 36 и 46 зубах.

Объективно: На жевательной поверхности 36 глубокая кариозная полость, выполненная пигментированным дентином. Зондирование дна кариозной полости 36 зуба слабо болезненно. Реакция на холод болезненная, быстро проходящая. На жевательной поверхности 46 пломба, на щечной поверхности 46 кариозная полость средней глубины, зондирование эмалево-дентинной границы слабо болезненно, реакция на холод болезненная, быстро проходящая. Перкуссия 46, 36 зубов безболезненная.

16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
пс	п										с

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы обследования, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Проведите местное и общее лечение.
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №15.

На прием обратился К. 11 лет с жалобами на наличие в пришеечных областях 13, 11, 21, 23, 24, 25 тусклых, белых пятен.

Объективно: На вестибулярной поверхности 13, 11, 21, 23, 24, 25 белые пятна и обильное количество налета. После удаления зубного налета, пятна тусклые. При зондировании пятен отмечается шероховатость. ГИ=2,5.

			с	с	с	с	с	с			
16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	65	26
46	85	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36
											с

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование пациента.
3. Проведите дифференциальную диагностику кариеса в стадии пятна.
4. Назначьте лечение.
5. Составьте объем профилактических мероприятий.

Задача №16.

Во время санации полости рта у ребенка 10 лет на вестибулярной поверхности в пришеечной области 12, 11, 21, 22 обнаружены меловидные пятна. Анамнез: Ребенок родился в срок, на первом году жизни часто болел ОРЗ, перенес ветряную оспу. Пятна появились шесть месяцев назад и со временем увеличились. Поверхность эмали матовая, шероховатая. КПУ+кп=7, ГИ=2.

				с	с	с	с				
16	55	14	53	12	11	21	22	63	24	65	26
46	85	44	83	42	41	31	32	73	74	75	36
п	пс										с

1. Поставьте предполагаемый диагноз
2. Перечислите дополнительные методы исследования, подтверждающие диагноз.
3. Назовите этиологической фактор, который сыграл ведущую роль в возникновении заболевания.
4. Назовите фактор, являющийся ведущим в патогенезе данного заболевания.
5. Назначьте лечение.

Задача №17.

Ребенок 9 лет. Обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боли от сладкого в 26 зубе. На жевательной поверхности не глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином желто-серого цвета. Эмаль по периферии полости белая, хрупкая, при обработке полости дентин легко удаляется, влажный, зондирование стенок полости слабоболезненно. Болевая реакция на температурные раздражители не выражена. ГИ=2. Часто болеет ОРЗ (более 4 раз в год).

пс				п	п	п	п		пс	пс	
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
п	пс								пс	пс	с

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Назовите этиологический фактор, сыгравший важную роль в развитии заболевания.
3. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите кратность посещения пациентом врача-стоматолога в году.

Задача №18.

Больной К., 15 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие в пришеечной области 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33 пятен, которые появились полгода назад, с течением времени увеличивались.

При осмотре 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33 в пришеечной области определяется меловидное пятно с матовым оттенком. Реакция на температурные раздражители отрицательная. ЭОД=5 мкА.

п									с	п			
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
пс	с		с	с	с	с	с	с	с			с	

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назовите наиболее вероятный (предварительный) диагноз.
3. Перечислите данные условия задачи, подтверждающие предварительный диагноз.
4. Подтвердите предварительный диагноз, перечислив результаты исследований, которые необходимо провести дополнительно.
5. Определите интенсивность кариозного процесса у пациента, проведите ремтерапию

Задача №19.

Больной С., 12 лет, предъявляет жалобы на наличие полости в 45 зубе. Зуб ранее не был лечен.

Объективно: лицо симметрично. На жевательной поверхности 45 зуба средней глубины кариозная полость, выполненная остатками пищи. Слизистая десны в области 45, 44, 43 бледно-розового цвета. При зондировании кариозной полости 45 зуба определяется плотное дно. Реакция на холод боли не вызывает. Сравнительная перкуссия 45, 44, 43 зубов безболезненная, подвижность не отмечается. При препарировании 45 зуба по эмалево-дентиной границе возникает боль. КП = 7.

	п								п	с		п
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36
	пс	с										с

1. Перечислите заболевания с данной симптоматикой.
2. Назовите наиболее вероятный диагноз.
3. Укажите дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Назовите данные анамнеза и методов исследования, подтверждающие диагноз.
5. Назначьте лечение.

Задача №20.

Во время санации полости рта у ребенка 3,5 лет на вестибулярной поверхности в пришеечной области 54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 83, 82, 72, 73, 74 зубов обнаружены множественные меловидные пятна. Поверхность пятен матовая, пористая. КПУ=14, ГИ=2,4. Ребенок родился в 6 месяцев, перенес желтуху новорожденного, находился на искусственном вскармливании.

	с	с	с	с	с	с	с		
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
п		с	с			с	с	с	пс

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите данные, подтверждающие Ваш диагноз.
3. Укажите этиологический фактор, сыгравший основную роль в возникновении заболевания.
4. Назначьте лечение.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №21.

Пациенту Т., 8 лет. Жалуется на боли при попадании твердой пищи в кариозную полость 36 зуба.

Объективно: на жевательной поверхности 36 зуба глубокая кариозная полость, полость зуба не вскрыта, зондирование болезненно по дну кариозной полости, реакция на холод кратковременная, КПУ+кп=4, ГИ=2.

пс										п	
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
п											с

1. Перечислите заболевания с данной симптоматикой.
2. Назовите наиболее вероятный диагноз.
3. Назовите дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Перечислите данные анамнеза и методов исследования, подтверждающие диагноз.
5. Проведите лечение.

Задача №22.

Больному Т. 4 года, жалобы на застревание пищи между 54 и 55 зубами. 54 и 55 ранее не были лечены.

Объективно: лицо симметрично. В 54 и 55 зубах на апроксимальных поверхностях средней глубины кариозные полости, выполненные остатками пищи. Слизистая десны в области нижних 54 и 55 зубов бледно-розового цвета. При зондировании кариозных полостей 54 и 55 зубов определяется плотное дентин. Реакция на холод боли не вызывает. Сравнительная перкуссия нижних 54 и 55 зубов безболезненная. Подвижность этих зубов не

отмечается. При препарировании 54 и 55 по эмалево-дентиной границе возникает боль. КП=7.

п	с	с						п	п
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
п								п	

1. Назовите заболевания с данной симптоматикой.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Назовите дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Перечислите данные анамнеза и методов исследования, подтверждающие диагноз.
5. Проведите лечение.

Задача №23.

Во время санации полости рта у ребенка 10 лет на вестибулярной поверхности в пришеечной области 11, 21, 33, 43 зубов обнаружены пигментированные пятна. При зондировании 11, 21, 33, 43 зубов определяется шероховатость эмали, болезненной реакции на температурные раздражители нет. ГИ=2. Из анамнеза: ребенок родился в срок, рос и развивался в соответствии с возрастом. На первом году жизни часто болел ОРЗ, перенес ветряную оспу.

					с	с					
16	15	14	53	12	11	21	22	63	14	15	26
46	85	44	83	42	41	31	32	73	34	75	36
п	пс		с					с	пс	пс	

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите, какие дополнительные данные подтверждают диагноз.
3. Назовите, какой фактор является в патогенезе данного заболевания ведущим.
4. Определите уровень интенсивности кариеса у пациента.
5. Проведите лечение.

Задача №24.

Ребенок 7,5 лет, обратился к стоматологу с жалобами на боли от приема холодной и твердой пищи в 46 зубе.

Объективно: на жевательной поверхности 46 зуба глубокая кариозная полость. Эмаль по периферии белая, хрупкая. При препарировании кариозной полости 46 зуба дентин легко удаляется, влажный, зондирование болезненно по дну кариозной полости, реакция на холод кратковременная. ГИ=2.

п	пс	п							пс	п	п
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
с	п	п							пс	п	п

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы исследования, которые помогут установить диагноз.
3. Определите уровень интенсивности кариеса у пациента.
4. Укажите, во сколько посещений будет проведено лечение.
5. Проведите лечение.

Задача №25.

Мама с ребенком 2,5 лет обратилась с жалобами на «скол» эмали между 51 и 61 зубами. Со слов матери процесс очень быстро прогрессировал из пятна в дефект. Из анамнеза: ребенок находился на искусственном вскармливании с рождения, до сих пор сосет соску.

Объективно: Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. На апроксимальных поверхностях 51 и 61 зубов кариозные полости средней глубины. Реакция на холод отрицательная, при препарировании кариозных полостей 51 и 61 зубов отмечается болезненность по эмалево-дентинной границе.

				с	с				
	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

1. Назовите предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные данные, подтверждающие диагноз.
3. Укажите фактор, являющийся в патогенезе данного заболевания ведущим.
4. Определите уровень интенсивности кариеса у пациента.
5. Проведите лечение.

Задача №26.

В клинику обратилась мама с ребенком 1,5 лет с жалобами на отказ фруктов и соков. Из анамнеза: ребенок родился в 6 месяцев, находился на искусственном вскармливании с рождения, часто (более 4 раз в году) болеет ОРЗ, сосет соску и как отмечает мама «очень любит Чупа-Чупс».

		с	с	с	с		
54		52	51	61	62		64
84		82	81	71	72		

Объективно: на 52, 51, 61, 62 зубах кариозные полости средней глубины, располагающиеся циркулярно вокруг зубов, захватывая½ поверхностей.

Реакция на холод кратковременная, зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите данные, подтверждающие диагноз.
3. Назовите фактор, являющийся в патогенезе данного заболевания ведущим.
4. Определите уровень интенсивности кариеса у пациента.
5. Проведите лечение.

Задача №27.

На профилактическом осмотре ребенка 3,5 года обнаружена кариозная полость 75 зуба на жевательной поверхности средней глубины. Эмаль белая, края полости истончены, подрыты, дентин соломенного цвета, влажный, легко удаляется экскаватором. Реакция на холод непродолжительная, зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе. Из анамнеза: токсикоз в первом триместре беременности мамы, постоянные стрессовые ситуации, преждевременные роды (7 месяцев), искусственное вскармливание со 2 месяца. ИГ=2.

пс	с						п	пс	п
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
п	пс							п	с

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите, какие данные подтверждают диагноз.
3. Определите фактор, являющийся в патогенезе данного заболевания ведущим.
4. Определите уровень интенсивности кариеса у пациента.
5. Проведите лечение.

Задача №28.

На прием к врачу-стоматологу обратилась мама с ребенком в возрасте 2 лет. Анамнез: ребенок растет и развивается в соответствии с возрастом. Много употребляет соков и конфет. Чистить зубы не дает, развит рвотный рефлекс. Три месяца назад появились белые пятна на 52, 51, 61, 62 зубах, которые со временем увеличились. Ребенок постоянно жалуется на боли при употреблении сладкого.

Объективно: на вестибулярной поверхности в пришеечной области 52, 51, 61, 62 зубах белые пятна, эмаль тусклая, при зондировании шероховатая. Реакция на температурные раздражители отрицательная. Пятна окрашиваются 2% раствором метиленового синего. ГИ=2.

		с	с	с	с		
54		52	51	61	62		64
84		82	81	71	72		74

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите, какие данные подтверждают диагноз.
3. Определите фактор, являющийся в патогенезе данного заболевания ведущим.
4. Определите уровень интенсивности кариеса у пациента.
5. Проведите лечение.

Задача №29.

При профилактическом осмотре ребенка 7 лет были обнаружены глубокие пигментированные фиссуры 16, 26, 36, 46 зубов. Анамнез: 16, 26, 36, 46 зубы прорезались в шесть лет, реминерализующих процедур не проводилось. Пользуется профилактической пастой постоянно, не меняя в течение года. Чистит зубы один раз в день на ночь.

Объективно: на жевательной поверхности 16, 26, 36, 46 зубов при зондировании определяются глубокие пигментированные фиссуры. Зондирование безболезненно, температурная проба отрицательная. После профилактического раскрытия фиссур происходит окрашивание деминерализованного дентина кариес-маркером.

с											с
16	55	54	53	12	0	0	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
с	п	п									с

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите, какие данные анамнеза и объективного обследования подтверждают диагноз.
3. Определите фактор, являющийся в патогенезе данного заболевания ведущим.
4. Определите уровень интенсивности кариеса у пациента.
5. Проведите лечение

Задача №30.

На прием к врачу-стоматологу обратилась мама с ребенком 4 лет с жалобами на выпадение пломбы 55 зуба. Анамнез: 55 год назад лечен по поводу кариеса, неделю назад выпала пломба.

Объективно: на апроксимальной поверхности 55 зуба кариозная полость средней глубины, заполненная остатками пломбы и пищи. Дентин плотный, пигментированный, тяжело удаляется экскаватором. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод кратковременная.

с	п								п
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
									п

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите, какие данные подтверждают диагноз.
3. Укажите, какое течение кариозного процесса у пациента.
4. Определите уровень интенсивности кариеса у пациента.
5. Проведите лечение.

РАЗДЕЛ 3. НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

Задача №1.

При осмотре полости рта ребёнка 7 лет, врач-стоматолог выявил пятна на жевательных буграх 16, 26, 36, 46 зубов. Эмаль зубов в области пятен гладкая, блестящая, цвет молочно – белый. Ребёнок жалоб не предъявляет.

1. Поставьте диагноз. Какие данные анамнеза подтвердят диагноз?
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назовите период беременности, в котором были нарушены процессы минерализации зубов.
4. Проведите дифференциальную диагностику патологии
5. Назначьте необходимое лечение.

Задача №2.

В амбулаторной карте ребёнка 9 лет, врач-стоматолог отметил данные объективного осмотра: жевательные бугры 16, 15, 25, 26, 36, 46 зубов имеют шиповидную форму, травмируют слизистую оболочку языка и щёк. Эмаль на указанных зубах истончена, имеются сколы. По режущему краю всех зубов имеются борозды, идущие горизонтально, параллельно режущему краю. Дно и стенки борозд гладкие, плотные, на дне глубоких борозд виден мягкий зубной налёт.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите жалобы, предъявляемые ребёнком.
3. Скажите, будут ли изменения в периодонте поражённых зубов и почему?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Перечислит изменения, которые можно увидеть на рентгенограмме.

Задача №3.

Ребёнку 5-и лет врач-стоматолог поставил диагноз: Полная аплазия эмали. Из анамнеза: во время беременности мать неоднократно перенесла

вирусную инфекцию, болела длительно, тяжело. При осмотре полости рта – на всех зубах выявляется полное отсутствие эмали на коронке; в местах глубоких дефектов на молярах выявляются очаги кариозного поражения.

1. Укажите, что можно увидеть на рентгенограмме в местах отсутствия эмали.
2. Назовите группу риска, к которой относятся дети с данной патологией.
3. Назовите вид стоматологической помощи, показанной данному ребёнку.
4. Перечислите жалобы, предъявляемые ребёнком.
5. Укажите, следствием чего может быть полная аплазия эмали.

Задача №4.

Родители ребёнка 7 лет обратились к стоматологу с жалобами на необычную форму и величину прорезавшегося верхнего центрального зуба. Из анамнеза: ребёнок с 4-х лет занимается в секции хоккея. При осмотре полости рта: верхний правый центральный резец шилообразной формы, на коронке частично отсутствует эмаль, при зондировании в пришеечной области выявляется мягкий зубной налёт.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите возможные причины данной патологии.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Проведите лечение.

Задача №5.

На сайте стоматологической клиники был задан вопрос анонимным пациентом: «Уважаемый доктор! У моего восьмилетнего сына верхние центральные зубы имеют бочкообразную форму. По режущему краю имеется выемка полулунной формы. У десны зубы кажутся большими, чем у края. Почему у ребёнка такие зубы и что нам делать?»

1. Поставьте диагноз.
2. Уточните диагноз данными анамнеза.
3. Назовите дополнительные клинические признаки, характерные при данном основном заболевании?
4. Проведите стоматологическое лечение.
5. Укажите, в каких случаях показано ортопедическое лечение.

Задача №6.

Мама ребёнка 2-х лет обратилась с жалобами на изменённую окраску центральных и жевательных зубов. При осмотре полости рта врач-стоматолог обнаружил светло-жёлтую окраску эмали верхних центральных резцов на 1/3 и эмали жевательной поверхности моляров.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите данные анамнеза, которые помогут в постановке диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.

4. Подтвердите диагноз дополнительными методами обследования.
5. Проведите лечение.

Задача №7.

Ребёнок 12 лет обратился с жалобами на необычные размеры 43, 42, 41 зубов, желтоватую окраску этих зубов, чувствительность при воздействии температурных раздражителей. В прошлом отмечает травму челюстей во фронтальном отделе. При осмотре врач отметил патологическую стираемость эмали 43, 42, 41 зубов, шероховатость эмали 43, 42, 41 зубов, тремы между зубами, меньший размер коронок указанных зубов по сравнению с одноимёнными зубами слева.

1. Поставьте диагноз.
2. Подтвердите диагноз данными анамнеза.
3. Назначьте дополнительные методы.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Проведите лечение

Задача №8.

При осмотре ребёнка 7 лет врач-стоматолог отметил конусообразный вид первых постоянных моляров – размер коронок больше у шейки зуба, чем у жевательной поверхности. Бугры моляров недоразвиты.

1. Расспросите мать ребёнка для уточнения диагноза. Поставьте диагноз.
2. Перечислите жалобы, предъявляемые ребёнком при данной патологии.
3. Проведите лечение.
4. Назовите случаи, когда требуется ортопедическое лечение.
5. Назовите меры, предупреждающие развитие данного заболевания.

Задача №9.

В одном из посёлков Красноярского края при профилактическом осмотре группы школьников 7-8 лет молодой врач – интерн обнаружил поражения постоянных зубов, в одних случаях проявляющиеся в виде слабозаметных полосок на фронтальных зубах с потерей блеска эмали, в других случаях – депигментацией поверхности коронок с меловидно-крапчатым оттенком, с углублениями в виде крапинок диаметром 1,5 мм различной локализации. Дно и стенки углублений при зондировании шероховаты. Наблюдаются мелкие сколы эмали. Часть детей жалуется на косметический дефект.

1. Помогите врачу поставить диагноз.
2. Назовите посёлок Красноярского края, где проживают эти дети. Что и в какой концентрации содержит питьевая вода в этом населённом пункте?
3. Укажите факторы, от которых зависит тяжесть проявления данной патологии.
4. Проведите лечение. Укажите от чего зависит выбор метода лечения.

5. Назовите профилактические мероприятия, которые следует запланировать врачу.

Задача №10.

Ребёнку 10 лет врач-стоматолог поставил диагноз: флюороз, деструктивная форма. При осмотре полости рта отмечается повышенная хрупкость эмали постоянных и временных зубов, на поверхности коронок поражённых зубов множество различных по величине и форме углублений, зондирование которых болезненно.

1. Назовите жалобы, которые будет предъявлять ребёнок.
2. Укажите, какая ренгенологическая картина наблюдается при данной патологии.
3. Назовите концентрацию фтора в питьевой воде, которая может вызвать эту форму заболевания.
4. Проводите дифференциальную диагностику.
5. Проведите лечение.

Задача №11.

При осмотре полости рта ребёнка 9 лет врач-стоматолог отметил мелкие и средние по глубине ямки и бороздки на временных и постоянных зубах, количество дефектов различно; локализуются чаще на вестибулярной и щёчной поверхностях коронок. Ямки расположены хаотично или выстроены в виде продольных столбиков. Протяжённость ямок и бороздок, выстроенных в столбики, неодинакова. Слой эмали истончён в местах дефектов и изменён в цвете за счёт пищевого пигмента. Пигмент легко снимается механическим путём. Эмаль твёрдая, тремы отсутствуют. В местах отсутствия дефектов эмаль гладкая, блестящая, с ровной поверхностью.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите жалобы, которые может предъявлять ребёнок
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Укажите лечение, показанное данному больному.
5. Назовите причины, лежащие в основе данного заболевания.

Задача №12.

При профилактическом осмотре ребёнка 5 лет врач отмечает на 53, 52, 51, 63,64, 73, 72, 71, 81, 82, 84 зубах с вестибулярной и щёчной поверхностей единичные, лишённые блеска, матово-белые пятна с ровными или фестончатыми краями, чёткими границами (вид «снежной шапки»). Поверхность коронок гладкая, эмаль твёрдая, тремы и гиперестезия отсутствуют. Величина пятен и форма различные, симметричность в расположении отсутствует, раствором метиленовым синим не окрашиваются.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.
4. Скажите, возможно ли поражение постоянных зубов у этого ребёнка?

5. Назовите причины, лежащие в основе данного заболевания.

Задача №13.

На ортопантомограмме ребёнка 13 лет корни резцов и клыков укорочены, тонкие или широкие. Первые и вторые моляры, премоляры имеют один мощный короткий корень, у верхушки которого несколько заострённых выступов. Полость зуба и каналы резко сужены. У 25, 34, 35, 44, 45 зубов у верхушек корней отмечается деструкция костной ткани с чёткими или нечёткими контурами. Слой дентина тонкий, полости 16, 26, 36, 46 зубов достаточно плотно выполнены дентиклами.

1. Поставьте диагноз.
2. Скажите, имеются ли изменения формы и величины коронок зубов, эмали зубов?
3. Перечислите жалобы, которые может предъявлять ребёнок.
4. Проведите лечение.
5. Укажите прогноз заболевания в случае неэффективного лечения.

Задача №14.

Ребёнок 6 лет жалуется на боли в зубах от горячего, холодного; кровоточивость дёсен. В анамнезе: со слов родителей зубы прорезались в срок, нормальной величины и формы, но с изменённым цветом эмали. Вскоре после прорезывания эмаль начала скалываться. При осмотре: эмаль всех зубов водянисто-серого цвета, имеет сколы; обнажённый дентин с перламутровым блеском, со сколами, через него на отдельных зубах просвечивают контуры полости зуба.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование.
3. Укажите причины, лежащие в основе данного порока развития.
4. Проведите лечение.
5. Скажите, зависит ли процесс стираемости эмали и дентина от возраста ребёнка; будет ли изменена окклюзия?

Задача №15.

В карте развития ребёнка 10 лет мужского пола несколькими врачами-специалистами в различное время сделаны записи, из которых следует, что у ребёнка окостенение родничков было к 1,5 годам, наблюдалась задержка роста; страдает глухотой; окраска склер – голубая, выпуклый лоб; был перелом ключицы.

1. Поставьте диагноз.
2. Скажите, что запишет врач-стоматолог в амбулаторной карте после осмотра этого ребёнка?
3. Назовите изменения, которые можно видеть на рентгенограмме зубов и челюстей.

4. Назовите изменения, происходящие с возрастом с полостью зуба и корневыми каналами.
5. Назовите лечебную помощь, которую можно оказать.

Задача №16.

Ребёнку 11 лет врач поставил диагноз: флюороз, эрозивная форма. Из анамнеза: ребёнок родился и вырос в местности с повышенным содержанием фтора в питьевой воде. При осмотре полости рта выявлена пигментация эмали на всех группах зубов, на фоне которой видны участки отсутствия эмали – эрозии. Эмаль по краям эрозий пигментирована, имеет меловидную окраску, лишена блеска, хрупкая, легко скалывается, образуя дополнительные полости разной формы, величины и глубины, края и дно которых шероховаты.

1. Укажите клиническую картину при данной патологии.
2. Перечислите жалобы ребёнка.
3. Проведите дифференциальную диагностику данной форму флюороза.
4. Назовите причины развития тяжёлой формы заболевания.
5. Проведите лечение.

Задача №17.

В амбулаторной стоматологической карте ребёнка 8 лет записано: центральные резцы верхней челюсти имеют отвёрткообразную форму.

1. Назовите диагноз, который поставил стоматолог.
2. Перечислите жалобы ребёнка
3. Назовите другие признаки, характерны для этого заболевания.
4. Назовите специфическую инфекцию, которая могла послужить причиной данной патологии
5. Назначьте лечение.

Задача №18.

При профилактическом осмотре ребёнка 9 лет врач обнаружил на постоянных молярах нижней челюсти у шейки зубов образования округлой формы диаметром 2-3 мм, не сливающиеся с эмалью зуба, цвет образований не отличается от здоровой эмали. Зондирование безболезненно. Жалоб ребёнок не предъявляет.

1. Поставьте диагноз.
2. Ответьте, имеются ли функциональные нарушения при данной патологии?
3. Перечислите другую локализацию данных образований
4. Назовите причины, лежащие в основе данной патологии.
5. Назначьте лечение. В каких случаях оно показано?

Задача №19.

Больная 13 лет обратилась с жалобами на наличие множественных пятен светло-жёлтого цвета на коронках всех зубов, которые появились сразу после прорезывания зубов. Боли от раздражителей нет. Родилась и проживала до11 лет в местности с содержанием фтора в питьевой воде 2,0 мг/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику этой патологии.
4. Назначьте лечение.
5. Дайте рекомендации этой пациентке.

Задача №20.

Ребёнок 8 лет обратился с жалобами на дефекты на всех центральных зубах, чувствительность от сладкого, кислого, горячего. Из анамнеза: со слов родителей в возрасте от 5 месяцев до 3 лет мальчик неоднократно и длительно болел острыми респираторными заболеваниями, ангинами, перенёс тяжёлую инфекцию желудочно-кишечного тракта. Зубы были изменены с момента прорезывания. При осмотре: на жевательной поверхности первых постоянных моляров, на вестибулярной поверхности всех резцов имеются дефекты в виде борозд и чашеобразных углублений; в местах глубоких дефектов, окрашенных в светло-коричневатый цвет, при зондировании определяется шероховатость эмали, потеря блеска.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите, что можно увидеть на рентгенограмме поражённых зубов.
4. Проведите лечение ребёнку.
5. Дайте рекомендации по профилактике данной патологии.

РАЗДЕЛ 4. ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. ЭНДОДОНТИЯ

Пульпиты временных и постоянных зубов у детей

Задача №1.

В стоматологическую поликлинику обратились родители с ребенком, в возрасте 4 лет. Жалобы на самопроизвольные боли в нижнем левом втором временном моляре, ночные боли с короткими светлыми промежутками, боли усиливаются от холодного.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы увеличенные, слизистая оболочка в области 75 зуба гиперемирована. В 75 зубе глубокая кариозная полость, выполненная большим количеством размягченного дентина. После удаления дентина экскаватором зондирование дна полости болезненно, реакция на

холод длительная, перкуссия слабоболезненная, Имеется 3 степень активности кариеса (кп = 9).

п	п	с						п	п
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
п	п							п	с

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести.
3. Опишите первый этап лечения данного заболевания.
4. Ваша дальнейшая тактика.
5. Назовите основные профилактические меры для предупреждения развития данного заболевания.

Задача №2.

При проведении санации у ребенка 12 лет, врач отметил наличие большого количества налета на зубах в области верхних моляров слева. Пациент объяснил, что он щадит при жевании эту сторону, так как после еды появляются ноющие боли в 26 зубе.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка в области 26 бледно-розового цвета. На мезиально-жевательной поверхности 26 зуба глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином, полость зуба вскрыта, зондирование болезненно, реакция на холод длительная, перкуссия безболезненная, ЭОД = 20 мА.

	с											с	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	п												

1. Предполагаемый диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какова роль ЭОД в постановке данного диагноза.
5. Составьте план лечения.

Задача №3.

Ребенок 8 лет. Жалобы на небольшую болезненность и кровоточивость из нижнего правого постоянного моляра при приеме пищи.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка в области 46 бледно-розового цвета. На жевательно-дистальной поверхности 46 зуба глубокая кариозная полость, заполненная грануляционной тканью, зондирование слабоболезненное, отмечается кровоточивость, ЭОД = 40-50 мА.

	п								с	п	
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
с	п								п	п	

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
4. К какому возрасту заканчивается окончательное формирование корней постоянных первых моляров.
5. Составьте план лечения.

Задача №4.

Ребенок 7 лет. Жалобы на сильные самопроизвольные боли в области верхнего левого временного клыка. Появились боли 2 дня назад. Родители отмечают плохой сон и аппетит ребенка.

Объективно: Конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей левой щечной области, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка в области 63 зуба отечна и гиперемирована. Открывание рта в неполном объеме. Слюна вязкая. На дистальной поверхности 63 зуба глубокая кариозная полость, с полостью зуба не сообщается. Зондирование полости и перкуссия зуба болезненны.

	с	с						с	с	с	
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
	с								с	с	

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите необходимые методы исследования для его уточнения.
3. Какое лечение необходимо провести в первое посещение.
4. Какой метод лечения показан для данного заболевания.
5. Назовите основные профилактические меры для предупреждения развития данного заболевания.

Задача №5.

Ребенок 5 лет. Жалоб не предъявляет. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=1,9. На жевательной поверхности 55 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином. После эвакуации дентина экскаватором полость зуба вскрыта, зондирование резко болезненное, появляется кровоточивость из рога пульпы. Реакция на холод положительная, длительная.

с									
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
п									

1.Поставьте предварительный диагноз
2. Какому методу лечения Вы отдадите предпочтение.
3. В какой стадии формирования находятся корни зуба.
4. Составьте план лечения.
5. Развитие каких осложнений возможно в данной ситуации.

Задача №6.

Ребенок 5 лет. Жалоб не предъявляет.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=1,9. На жевательно-дистальной поверхности 75 зуба обнаружена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование болезненное в устьях корневых каналов. Реакция на холод отрицательная, реакция на тепло положительная, длительная. Перкуссия зуба безболезненная.

с									
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
с									с

1. Выскажите предположения о диагнозе.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
4. Какой метод лечения показан при данном заболевании.
5. Каким пломбировочным материалам отдадите предпочтение.

Задача №7.

Ребенок 8 лет. Жалобы на периодические боли в верхнем жевательном зубе справа, чаще возникающие во время приема пищи, которые после тщательного полоскания рта проходили.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=1,8. На мезиально-жевательной поверхности 16 зуба глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта в точке, зондирование резко болезненное, реакция на холод болезненная, длительная. ЭОД = 20мА.

с	п									с	
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
										п	

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие объективные данные подтверждают диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Обоснуйте Ваш выбор относительно метода лечения.
5. Назовите пломбировочные материалы, применяемые при данном методе лечения.

Задача №8.

Ребенок 9 лет. Жалоб не предъявляет. Анамнез: в прошлом беспокоили ноющие боли в области 36 зуба, за медицинской помощью не обращались.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=2,0. На жевательной поверхности 36 зуба обнаружена неглубокая кариозная полость, при зондировании отмечается сообщение с полостью зуба, зондирование болезненно в устьях корневых каналов. Реакция на холод отрицательная, реакция на тепло положительная, длительная. Перкуссия безболезненная. ЭОД = 50 мА.

с										с	с
16	55	14	53	12	11	21	22	63	24	65	26
46	85	44	83	42	41	31	32	73	34	75	36
с	с									с	с

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
4. Какой метод лечения показан при данном заболевании.
5. Развитие, каких осложнений возможно в данной ситуации.

Задача №9.

Ребенку 12 лет. Жалобы: на незначительные боли в области 16 зуба во время приема пищи. Анамнез: 16 ранее не лечен, боли появились месяц назад.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=1,8. на жевательной поверхности 16 зуба глубокая кариозная полость, заполненная грануляционной тканью. Зондирование слабоболезненное, отмечается кровоточивость, реакция на температурный раздражитель отрицательная, перкуссия безболезненная, ЭОД = 95мкА.

	с											с	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	с											с	

1. Предполагаемый диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.

4. Составьте план лечения.
5. Обоснуйте Ваш выбор относительно метода лечения.

Задача №10.

Ребенку 11 лет. Жалобы: на наличие кариозной полости в 46 зубе. Анамнез: В 46 ранее наблюдались ноющие боли от различных раздражителей (в основном боли от горячего).

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=1,9. При обследовании 46 обнаружена глубокая кариозная полость со вскрытой полостью зуба, пульпа грязно-серого цвета, зондирование болезненно в устьях каналов, определяется кровоточивость. Реакция на холод отрицательная, реакция на тепло положительная, длительная, перкуссия безболезненная. Цвет зуба изменен, ЭОД = 60 мА. Неприятный запах изо рта.

п											п
16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36
с											п

1. Поставьте диагноз.
2. Какие объективные данные подтверждают диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Дайте определение термину апексогенез.

Задача №11.

Ребенок 3 года. Жалоб не предъявляет. Анамнез: ребенок часто болеет простудными заболеваниями, в 2 года перенес пневмонию.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=2,2. На мезиально-жевательной поверхности 54 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином. После удаления дентина экскаватором полость зуба легко вскрывается, дает болезненную реакцию, появляется кровоточивость. При проверке холодной реакцией появляется боль, которая держится некоторое время после прекращения действия раздражителя.

с	с		с	с	с	с		с	с
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
п	с		с	с	с	с		с	с

1. Поставьте диагноз.
2. Какому методу лечения Вы отдадите предпочтение.
3. Дайте характеристику каждому этапу лечения.
4. В какой стадии формирования находятся корни зуба.

5. Какому пломбировочному материалу отдадите предпочтение в качестве временной повязки, обоснуйте ваш выбор.

Задача №12.

Ребенок 2,5 года. Со слов мамы периодически ребенок жалуется на боли в переднем верхнем зубе, которые самостоятельно проходят. Анамнез: кариозную полость заметили давно, зуб беспокоит в течение месяца.

Объективно: Ребенок контактный, позволяет выполнять стоматологические манипуляции. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=2,0. На мезиально-вестибулярной поверхности 61 зуба глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. После удаления дентина экскаватором полость зуба вскрыта, зондирование болезненно, реакция на холод длительная, перкуссия безболезненная.

с			с	с	с	с	с		
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
	с							с	

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
3. Какой метод лечения показан при данном заболевании.
4. Ваш выбор анестетика, обоснуйте.
5. Какому пломбировочному материалу отдадите предпочтение в качестве постоянной пломбы, обоснуйте ваш выбор.

Задача №13.

Ребенок 2,5 года. Со слов мамы периодически ребенок жалуется на боли в переднем верхнем зубе, которые самостоятельно проходят. Анамнез: Кариозную полость в 62 зубе заметили давно, зуб беспокоит в течение двух недель.

Объективно: Ребенок контактный, позволяет выполнять стоматологические манипуляции. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=2,2. На медиально-вестибулярной поверхности 62 зуба глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. После удаления дентина экскаватором полость зуба вскрыта, зондирование болезненно, реакция на холод длительная, перкуссия безболезненная.

	с		с	с	с	с		с	
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
	с							с	

1. Поставьте диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
3. В какой стадии формирования находятся корни зуба.
4. Какой метод лечения показан при данном заболевании.
5. Дайте характеристику каждому этапу лечения.

Задача №14.

Ребенок 2 года. Со слов мамы периодически ребенок жалуется на боли в левом нижнем зубе, которые самостоятельно проходят. Анамнез: кариозную полость заметили недавно, зуб беспокоит в течение двух недель. Ребенок плаксивый, на контакт идет неохотно.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=2,1.На мезиально-жевательной поверхности 74 зуба глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. После удаления дентина экскаватором полость зуба легко вскрывается, дает болезненную реакцию, появляется кровоточивость. При проверке холодной реакцией появляется боль, которая держится некоторое время после прекращения действия раздражителя.

	с							с	
	54	53	52	51	61	62	63	64	
	84	83	82	81	71	72	73	74	
	с							с	

1. Поставьте диагноз.
2. Какому методу лечения Вы отдадите предпочтение.
3. Дайте характеристику каждому этапу лечения.
4. В какой стадии формирования находятся корни зуба.
5. Укажите возможные причины развития данного заболевания.

Задача №15.

В стоматологическую поликлинику обратился подросток 13 лет с жалобами на острую, приступообразную боль в 26 зубе, которая возникла впервые 3 часа назад. Боль продолжалась 30 минут, затем прекратилась. Со слов подростка: болеет крайне редко, на диспансерном учете у узких специалистов не состоит.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка в области 26 бледно-розового цвета, ГИ=1,7. На жевательной поверхности 26 зуба глубокая кариозная полость, дно полости плотное, пигментированное, зондирование резко болезненное в проекции рога пульпы. ЭОД = 10 мкА.

												с	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	с											п	

1. Поставьте диагноз.

2. Какие объективные данные подтверждают диагноз.
3. Метод лечения.
4. Дайте характеристику каждому этапу лечения.
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Задача №16.

Ребёнку 4 года. Со слов мамы беспокоят длительные, самопроизвольные, приступообразные боли, усиливающиеся ночью, в зубах на нижней челюсти справа. Боли иррадиируют в ухо и затылок. Боли появились сутки назад, приступы длятся часами. У ребёнка выражена общая интоксикация: температура тела повышена до 38С. Ребёнок беспокоен, тянет руки в рот, раздражителен, плаксив, отказывается от еды.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей правой щечной области, кожные покровы чистые, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненные при пальпации, слизистая оболочка в области 85 зуба отечна и гиперемирована. На жевательной поверхности 85 зуба глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта. Зондирование резко болезненно. Вертикальная перкуссия болезненная.

п	с							с	с
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
с								с	с

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какой метод лечения показан при данном заболевании.
5. Каков объем лечебных мероприятий показан в первое посещение.

Задача №17.

Ребенку 14 лет. Жалобы на острую боль в 22, 23 зубе. Во время спортивных занятий от сильного удара произошел скол зубов. За помощью обратился спустя час.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=1,8. Коронки 22, 23 зубов отсутствуют, линия перелома коронок зубов проходит в области шеек зубов, во вскрытой пульповой камере определяется розовая пульпа, зондирование резко болезненно, реакция на холод длительная. Перкуссия слабоболезненная.

	п											п	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	п											п	

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
3. Составьте план лечения.
4. Развитие, каких осложнений возможно в данной ситуации.
5. Каким пломбировочным материалам отдадите предпочтение.

Периодонтиты временных и постоянных зубов у детей.

Задача №1.

Ребенок 11 лет. Жалобы: на выпадение пломбы в 24 зубе, изменение его в цвете. Анамнез: 24 ранее лечен по неосложненному кариесу, пломба выпала неделю назад.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка в области 24 бледно-розового цвета, без изменений. На жевательной поверхности 24 зуба глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Пульпа зуба некротизирована, зондирование вскрытой полости зуба, перкуссия и реакция на температурные раздражители безболезненны. ЭОД=100мкА. Подвижности 24 зуба нет.

Рентгенологически: расширение периодонтальной щели в области верхушки корня зуба, деформация ее с сохранением четких контуров компактной пластинки альвеолы.

п									с		п
16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36
с											п

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Определите метод лечения.
4. Дайте определение термину апексификация.
5. Назовите основные профилактические меры для предупреждения развития данного заболевания.

Задача №2.

В поликлинику обратилась мама с ребенком в возрасте 3 лет после проведения профилактического осмотра в детском саду. Из анамнеза: ранее беспокоили ноющие боли в 75 зубе, за помощью не обращались.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка в области 75 бледно-розового цвета, без изменений. На жевательной

поверхности 75 зуба обнаружена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование, реакция на температурные раздражители, перкуссия безболезненны.

с	с							с	с
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
с								с	с

1. Выскажите предположения о диагнозе.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
4. Какой метод лечения показан при данном заболевании.
5. Дайте характеристику каждому этапу лечения.

Задача №3.

Ребенок 6,5 лет. На приеме у стоматолога с целью санации. В анамнезе мама отмечает появление около года назад незначительной, непродолжительной боли на нижней челюсти слева при приеме пищи, со временем исчезнувшей. К врачу-стоматологу за помощью не обращались.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая в области 74, 75 зубов гиперемирована, отечна. На жевательной поверхности 74, 75 зубов кариозные полости средних размеров с плотным пигментированным дентином на дне и стенках. Зондирование безболезненное, реакции на температурные раздражители нет. Перкуторно отмечается притупление звука в 74, 75 зубах, при сравнении с 84,85 интактными зубами. Подвижность 74, 75 зубов I степени.

	п								с	п	
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
									с	с	

1. О каких заболеваниях можно думать при данной симптоматике.
2. Какие из них вероятнее.
3. Какие дополнительные методы исследования нужны.
4. Какие изменения на рентгенограмме возможны при предполагаемом диагнозе.
5. Назовите основные профилактические меры для предупреждения развития данного заболевания.

Задача №4.

Мальчик 14 лет обратился с жалобами на косметический дефект левого верхнего центрального резца.

Анамнез: в возрасте 7 лет при катании на коньках упал и ударился о конек рядом ехавшего товарища. Вследствие травмы был незначительный отлом коронки зуба. Обратился к врачу на следующий день. Врач,

подшлифовав поверхность зуба, посоветовал прийти для наблюдения. Повторно к врачу не явился. Через год зуб незначительно изменился в цвете, боли не беспокоили.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка в области 21 зуба бледно-розового цвета. 21 зуб изменен в цвете. Коронка зуба по режущему краю на 0,5 мм короче, чем на 11 зубе. Реакция на температурные раздражители безболезненная, перкуссия болезненная.

	п											п	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	с											п	

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какой дополнительный метод подтвердит диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
4. Составьте план лечения.
5. Обоснуйте выбор пломбировочного материала для постоянной обтурации корневого канала.

Задача №5.

Ребенку 4 года. Жалобы на периодические боли и появление свища в области нижнего правого жевательного зуба. Боли не сильные, сопровождающиеся незначительной отечностью десны, проходят самостоятельно через некоторое время. Анамнез: 85 зуб лечили по поводу кариеса в одно посещение 2 года назад. Больше к врачу не обращался.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются. При пальпации десны в области 85 зуба определяется резорбция наружной костной пластинки нижней челюсти. На жевательной поверхности 85 зуба металлическая пломба, I класс по Блэку. Нарушение краевого прилегания и усадки пломбы нет. Перкуссия болезненная. Зуб незначительно изменен в цвете. Подвижность 85 зуба I степени. Десна в области проекции корней зуба с синюшным оттенком, свищ с "пышными" грануляциями и гнойным отделяемым.

с									с
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
п									п

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какой дополнительный метод исследования скорее всего подтвердит Ваш диагноз.
3. Опишите данные рентгенограммы.
4. Какой симптом подтвердит диагноз.
5. Каков объем лечебных мероприятий в первое посещение.

Задача №6.

Больной Б., 6 лет, обратился с жалобами на припухлость правой щеки, повышение температуры тела до 37,5. Анамнез: ранее зуб не лечен.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей правой щечной области, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы увеличенные, болезненные при пальпации, слизистая оболочка в области 84, 85 зуба гиперемирована, отечная, отмечается сглаженность переходной складки. На жевательно-мезиальной поверхности 85 зуба кариозная полость средней глубины, заполненная размягченным пигментированным дентином, зондирование безболезненно, сравнительная перкуссия 85 зуба болезненная, подвижность 85 зуба - I степени.

	п	с								с	
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
	с	с								с	

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Этиология данного заболевания.
5. В каком лечебном учреждении необходимо оказывать медицинскую помощь.

Задача №7.

Ребенок 5 лет, предъявляет жалобы на боль при накусывании и приеме пищи в верхнем жевательном зубе слева. Анамнез: 5 дней назад были у стоматолога, 65 поставлен был диагноз хронический фиброзный пульпит; на вскрытую точку была поставлена мышьяковистая паста под повязку из водного дентина на 36 ч. В назначенное время повторно на прием не явились.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, безболезненные, слизистая в области 65 зуба гиперемирована, отечна. 65 зуб находится под повязкой из водного дентина, перкуссия резко болезненная.

с	с							с	п
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
п	с							с	с

1. Предположительный диагноз.
2. Какую помощь нужно оказать?
3. Дальнейшая тактика в лечении данного заболевания.
4. Какие причины не смогут дать положительный исход данного заболевания
5. Охарактеризуйте патологическую резорбцию корней зубов.

Задача №8.

В поликлинику на прием обратился ребенок 12 лет с жалобами на резкую, постоянную боль в области второго верхнего резца слева, иррадиирующую в область левого глаза. Применение холода несколько снижало интенсивность боли. Отмечается чувство "выросшего" зуба, при накусывании на зуб или прикосновение к нему вызывало резкое усиление боли.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы увеличенные, болезненные при пальпации, слизистая оболочка в области 21 зуба гиперемирована, отечна. На небной поверхности коронки 21 зуба глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование безболезненно, перкуссия резко болезненна, подвижность 21 зуба I степени. На внутриротовой рентгенограмме определяется деструкция костной ткани в области проекции верхушки корня 21 зуба, округлой формы, диаметром до 0,5 см, с четкими границами.

	с					с	с					п	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	п											с	

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие данные подтвердят диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
4. Составьте план лечения.
5. Прогноз данного заболевания.

Задача №9.

Мальчик 13 лет обратился с жалобами на наличие свища в поднижнечелюстной области справа. Анамнез: в прошлом беспокоили ноющие боли в 46 зубе, за помощью не обращался.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации, слизистая оболочка в области 46 зуба бледно-розового цвета. На жевательно-дистальной поверхности 46 зуба глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование и реакция на температурные раздражители безболезненная, перкуссия безболезненная. ЭОД 150 мА. В поднижнечелюстной области отступя от края нижней челюсти 2 см. определяется свищевой ход.

	п					с	с					п	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
с	с											п	с

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
4. Какие данные подтвердят диагноз.
5. Составьте план лечения.

Задача №10.

Мальчик 15 лет. На приеме у стоматолога с целью санации. Жалоб не предъявляет.

Объективно: Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, безболезненные, слизистая оболочка в области 22 зуба бледно-розового цвета. На медиально-оральной поверхности 22 зуба глубокая кариозная полость, заполненная некротическим дентином. Реакции на температурные раздражители нет. Зондирование полости зуба, перкуссия безболезненны. На внутриротовой рентгенограмме: очаг деструкции костной ткани округлой формы с четкими границами у верхушки корня 22 зуба диаметром 3 мм.

	с				с	с	с	с				с	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	п											п	с

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие данные подтвердят диагноз
3. Какой дополнительный метод обследование подтвердит диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
5. Прогноз данного заболевания.

Задача №11.

Девочка, 11 лет, обратилась с жалобами на припухлость левой щеки, постоянную, ноющую боль в области нижнего левого жевательного зуба. Анамнез: ранее зуб был лечен по поводу осложненного кариеса ампутационным методом с применением резорцин-формалиновой пасты.

Объективно: Конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей левой щечной области, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы увеличенные, болезненные при пальпации, слизистая оболочка в области 36 зуба гиперемирована, отечная, отмечается сглаженность переходной складки. Коронка 36 серо-розового цвета, дистальная стенка разрушена, на окклюзионной поверхности большая пломба из композита химического отверждения, перкуссия болезненная, подвижность 1 степени.

п										с	п
16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36
п											п

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
3. Какая ошибка в тактике предшествующего лечения привела к развитию данного заболевания.
4. Какую методику следовало применить для лечения.
5. План лечения.

Задача №12.

Ребенок 13 лет. На приеме у стоматолога с целью санации. Из анамнеза: в прошлом беспокоили ноющие боли в области 16 зуба, самостоятельно проходящие, за помощью не обращался.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, безболезненные, слизистая оболочка в области 16 зуба бледно-розового цвета, на жевательной поверхности 16 зуба обнаружена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование, реакция на температурные раздражители, перкуссия безболезненны.

с	с					с	с					п	с
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
с	п											п	с

1. Выскажите предположения о диагнозе.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
4. Опишите данные рентгенологического исследования.
5. Дайте характеристику каждому этапу лечения.

Задача №13.

Ребенок 14 лет с жалобами на резкую, постоянную боль в области нижнего жевательного зуба слева. Накусывание на зуб резко болезненное. Ухудшение самочувствия.

Объективно: Конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей левой щечной области, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличенные, болезненные при пальпации.

	с					с	с					п	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

	п											с	

Слизистая оболочка в области 36 зуба гиперемирована, отечна. На жевательной поверхности 36 зуба глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование кариозной полости безболезненно, перкуссия резко болезненна, подвижность 36 зуба I степени. Температура тела 37,7 градусов. На внутриротовой рентгенограмме определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими границами в виде «языков пламени» в области верхушек корней 36 зуба.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие данные подтвердят диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
4. Дайте характеристику каждому этапу лечения.
5. Назовите критерии постоянной обтурации каналов.

Задача №14.

Подросток 17 лет с жалобами на резкую, постоянную боль в области нижнего зуба слева. Накусывание на зуб резко болезненное. Ухудшение самочувствия и повышение температуры тела до 38,5 градусов. Из анамнеза: недавно переболел пневмонией.

Объективно: Конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей левой щечной области, кожные покровы чистые, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличенные, болезненные при пальпации.

п	п	с	с			п	п				с	п	п
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
с	п										с	п	с

Слизистая оболочка в области 35 зуба гиперемирована, отечна, переходная складка сглажена. Температура тела 38,5 градусов. На жевательной поверхности 35 зуба глубокая кариозная полость, зондирование кариозной полости безболезненно, реакции на температурные раздражители нет, перкуссия резко болезненна, из каналов гнойное отделяемое, подвижность 35 зуба I степени.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие данные подтвердят диагноз.
3. Каков объем лечебных мероприятий показан в первое посещение.
4. Опишите данные рентгенологического исследования
5. Назовите цели временной обтурации корневого канала.

Задача №15.

В поликлинику обратилась мама ребенком 5 лет. Жалобы на боль в области правой верхней челюсти. Болел в течение 4 суток. Лечился

"домашними" средствами: анальгин, аспирин, сухое тепло. Общее состояние средней степени тяжести: температура тела 39 градусов, пульс 112 ударов в минуту. Анализ крови: содержание лейкоцитов - 12400, эозинофилов - 1%, палочкоядерных нейтрофилов - 8%, сегментоядерных нейтрофилов - 71%, лимфоцитов - 16%, миелоцитов - 4%, СОЭ - 20 мм/час.

Объективно: Конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей правой щечной и подглазничной области, кожные покровы гиперемированные. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненные при пальпации. слизистая оболочка от 53 до 55 зуба гиперемирована, отечна, определяется флюктуация. Коронка 54 зуба разрушена, зондирование безболезненное, реакции на температурные раздражители нет, перкуссия болезненная, зуб подвижен.

с	с		с	с	с	с		с	п
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
п	с							с	с

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите вид обезболивания.
5. В каком лечебном учреждении необходимо оказывать медицинскую помощь.

РАЗДЕЛ 5. ЗАБОЛЕВАНИЕ И ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Задача №1.

Ребенок 2,5 лет. Жалобы на отказ от приема пищи, повышение температуры тела до 37,5С. Анамнез: 3 дня назад во время падения повредил нижним клыком слизистую оболочку нижней губы. Медицинская сестра детского сада трижды смазывала спиртовым раствором бриллиантовой зелени слизистую оболочку нижней губы. Температура тела и болезненность в поднижнечелюстной области появились на 3-й день заболевания.

Объективно: Конфигурация лица не изменена. В полости рта: на слизистой оболочке правой щеки эрозия размером 0,7х1,0 мм., покрытая серым налетом. Слизистая оболочка в области эрозии набухшая, имеет белесоватую неровную поверхность в виде разлитого пятна, нечетко ограниченного. Межзубные сосочки отечны, гиперемированы, при пальпации болезненны, кровоточат. Температура тела 37,2 С. В поднижнечелюстной области справа пальпируется плотный болезненный, не спаянный с окружающими тканями одиночный лимфоузел, размером с фасоль.

п	п	с						п	п

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
п	п							п	с

кп = 0

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.
5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №2.

Ребенок 11 лет. Жалоб нет, обратился на профилактический осмотр. Анамнез: Состоит на учете у невропатолога по поводу перинатальной травмы, лабильная психика. Страдает бруксизмом.

Объективно: Конфигурация лица не изменена. В полости рта: на слизистой щек, преимущественно по линии смыкания зубов, обнаружены белесоватые участки слизистой, поверхность их неровная, шероховатая на ощупь. При поскабливании «налет» частично снимается. Слизистая оболочка в остальных отделах полости рта без патологических изменений, при пальпации безболезненна.

16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	65	26
46	45	44	43	42	41	31	32	73	34	75	36

КПУ+ кп = 0

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.
5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №3.

В поликлинику обратилась мама с ребенком в возрасте 2-х недель с жалобами на беспокойное поведение ребенка во время кормления. Анамнез: день тому назад мать обнаружила у ребенка на слизистой языка, губ и щек крошковидный налет белого цвета. Ребенок родился посредством кесарева сечения.

Объективно: В полости рта на нижней челюсти слева имеется центральный резец, на верхней челюсти слева в области проекции резца на слизистой десны выявлена эрозия овальной формы с неровными краями. На слизистой языка, губ и щек имеется крошковидный налет белого цвета. При поскабливании налет легко снимается. Регионарные лимфоузлы не увеличены, температура тела 36,7 С.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные исследования.
3. Составьте план лечения заболевания СОПР.
4. Тактика врача в отношении центрального резца на нижней челюсти.
5. Какие гигиенические профилактические мероприятия должна проводить мама ребенка?

Задача №4.

В поликлинику на приём обратилась мама с ребёнком в возрасте 11 мес. Жалобы на отказ ребёнка от пищи, обильное слюнотечение, высыпания мелких пузырьков на нижней губе. Анамнез: сутки тому назад мама отметила плаксивость ребёнка, отказ от еды, высыпания пузырьков на нижней губе.

Объективно: на слизистой нижней губы три эрозии, покрытые фибринозным налётом, окружены венчиком гиперемии, округлой формы около 3 мм в диаметре. Слизистая оболочка полости рта и преддверия без изменений, десны отёчны, гиперемированы. Между верхними резцами диастема, отмечается низкое прикрепление уздечки верхней губы. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, мягкой консистенции. Температура тела 37,3 С. кп = 0.

52	51	61	62	63
82	81	71	72	73

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.
5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №5.

В поликлинику на прием к врачу обратилась мама с ребенком в возрасте 3 лет с жалобами на плохой аппетит ребенка, его беспокойство, боли в полости рта. Анамнез: сутки тому назад ухудшилось общее состояние ребенка, появились симптомы ОРЗ, высыпания мелких пузырьков на красной кайме губ.

Объективно: конфигурация лица нарушена - в профиль виден уплощенный средний отдел лица, подбородок выступает вперед, нижние передние зубы перекрывают центральные верхние зубы. Зубная формула соответствует возрасту.

					c	R	c		
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Коронка 61 зуба разрушена полностью. На красной кайме губ имеются сгруппированные пузырьки, заполненные прозрачным содержимым, на

слизистой языка слившиеся между собой эрозии, окруженные венчиком гиперемии, покрытые белым фибринозным налетом. Маргинальная десна отечна, гиперемирована, при пальпации болезненна, кровоточат. Затылочные и подчелюстные лимфоузлы увеличены, подвижны, мягкой консистенции, болезненны при пальпации, температура тела 37,7 С. кп = 3.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.
5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №6.

Больной А., 3,6 лет, жалуется на боль во рту, общую слабость. Мать подчеркивает вялость ребенка, сонливость, повышение температуры тела до 39-40 град, отказ от еды. Анамнез: со слов матери перенес ОРЗ, получал 5 дней олеандомицин, глюконат кальция, витамин С, мальчик "почти выздоровел", но через день снова повысилась температура до 39 град., появились на губах и во рту язвы, не смог принимать пищу. Рос и развивался соответственно возрасту, болел экссудативным диатезом, ОРЗ, пищевая аллергия в виде крапивницы на шоколад.

Объективно: общее состояние ребенка тяжелое, вял, апатичен, температура 39,6С. Губы отечны, покрыты массивными кровянистыми корочками. Множество обширных эрозий на слизистой оболочке щек, языка, на вестибулярной поверхности губ, покрытых беловатым налетом, резко болезненных при прикосновении. Кровянистые корочки в носовых ходах, на веках, кровоизлияния в склеру левого глаза. На левой ладони два пузыря, диметром 5 мм. кп = 8.

с	с							с	с
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
с	с							с	с

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.
5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №7.

Ребенку 6 лет. Со слов матери у ребенка появились «язвочки» в полости рта ребенка. Анамнез: «язвочки» появились 2 дня назад, перед этим было чувство жжения и болезненности при приеме пищи. Ранее такие язвочки появлялись 6 месяцев тому назад, лечение не проводилось. У ребенка

отмечается нарушение аппетита, склонность к запорам, иногда беспричинные боли в области пупка.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, преддверие полости рта без особенностей, зубная формула соответствует возрасту, но удалены 74, 75, 84, 85 зубы.

с	с							с	с
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
о	о							о	о

На слизистой верхней губы справа и переходной складке в области 82 зуба имеются эрозии округлой формы с выраженным венчиком гиперемии размером около 3 мм в диаметре, покрытые фибринозным налетом. Язык обложен белым налетом. кп = 8.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.
5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №8.

К врачу-стоматологу обратилась мама с ребенком 10 лет с жалобами на появление участков белого цвета в области миндалин, десен, языка. Анамнез: нарушение лейкопоэза, хронический лейкоз.

Объективно: Клиническая картина катарального генерализованного гингивита. На внешне неизмененной слизистой оболочке миндалин, десен, языка обнаружены некротизированные участки серо-белого цвета, находящиеся на уровне окружающей слизистой. Реакция окружающих тканей слабая. Общее состояние удовлетворительное.

16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	65	26
46	45	44	43	42	41	31	32	73	34	75	36
с											с

КПУ+ кп = 2

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.
5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №9.

На прием к врачу-стоматологу обратилась мама с 5-летней девочкой с жалобами на появление пятен на языке ярко-розового цвета, которые периодически исчезают в одном месте и появляются в другом. Анамнез:

состоит на диспансерном учете у врача – гастроэнтеролога по поводу дискинезии желчевыводящих протоков.

Объективно: на спинке языка и его боковой поверхности определяются участки слущенного эпителия ярко-розового цвета. По краям участка десквамации видна полоска набухшего перед слущиванием эпителия. Очаги десквамации имеют вид овала. Общее состояние удовлетворительное, болевых ощущений нет. кп = 3.

					с	с	с		
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.
5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №10.

Дима, 10 лет предъявляет жалобы на появление «инородного» тела на спинке языка темного цвета. Анамнез: 2 мес. назад перенес пневмонию. В стационаре проведен интенсивный курс антибиотикотерапии.

16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
46	45	44	43	42	41	31	32	73	34	75	36
с											с

Объективно: на спинке языка обнаружен участок гиперплазированных нитевидных сосочков, которые покрыты толстым роговым слоем. Участок буро-коричневого цвета. Общее состояние удовлетворительное, понижен аппетит.

КПУ+ кп = 2

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.
5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №11.

На прием к врачу-стоматологу обратилась мама с ребенком 5 лет с жалобами на боль в деснах при приеме пищи. Анамнез: 2 дня назад ребенку проводилось лечение кариозных пятен в области центральных нижних резцов, на следующий день мать заметила темно-бурый цвет края десны в области этих зубов.

Объективно: папиллярно-маргинальная десна в области нижних фронтальных зубов темно-бурого цвета, отечна, ее пальпация слегка болезненна.

		с							с	с	
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36
			с	с	с	с	с	с			

КПУ+ кп = 9

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.
5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №12.

В поликлинику на прием обратилась мама с ребенком в возрасте 1 месяца. Жалобы на прищелкивание языком во время кормления грудью, беспокойное поведение ребенка, наличие высыпаний на слизистой полости рта. Анамнез: ухудшение состояния ребенка мать заметила 4 дня тому назад, когда впервые в полости рта обнаружила белый крошковидный налет на языке.

Объективно: конфигурация лица не изменена, слизистая щек и языка гиперемирована, имеется обильный творожистый налет на слизистой щек и языка, при поскабливании снимается с трудом. Короткая уздечка языка. Температура тела 36,7 С.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.
5. Какие гигиенические профилактические мероприятия проводит мама ребенка?

Задача №13.

На прием в детскую стоматологическую поликлинику обратилась мама с 3-летней Машей с жалобами на отечность губ и кожи околоротовой области. Анамнез: страдает пищевой аллергией, отечность периодически появляется и проходит. Болеет с полутора лет.

Объективно: Кожа лица бледная, сухая. Красная кайма и кожа губ испещрена поперечными складками и трещинами, покрыта сухими чешуйками. Общее состояние удовлетворительное. кп = 0.

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.
5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №14.

При плановой санации полости рта врач-стоматолог обнаружил у 6-летнего Кости эрозии в области углов рта, покрытые корочкой желтого цвета, на красной кайме губ - поперечные и центральная трещины. В основании трещин имеется выраженный инфильтрат. Губы сухие, шелушатся. Дыхание ротовое. Анамнез: Болеет простудными заболеваниями часто, губы воспаляются, чаще всего, в осенне-зимний период. КПУ+кп = 3

	55	54	53	52	11	21	62	63	64	65	
46	85	84	83	82	41	31	72	73	74	75	36
	с	с								с	

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.
5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №15.

Мама у 8-летнего Жени заметила на языке участок ярко-розового цвета. Жалоб на болезненность языка нет. Анамнез: в раннем детстве несколько раз лежал в стационаре по поводу воспалительных заболеваний.
Объективно: по средней линии спинки языка в заднем отделе имеется участок ромбовидной формы, лишенный нитевидных сосочков, ярко-розового цвета. Пальпация языка безболезненная. Общее состояние удовлетворительное. КПУ+кп = 6

	с		с						с	с	
16	55	54	53	52	11	21	62	63	64	65	26
46	85	84	83	82	41	31	72	73	74	75	36
	с								с		

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.
5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

РАЗДЕЛ 6. ОРТОДОНТИЯ. ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ И ДЕФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ, ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Задача №1.

Пациент А., 10 лет. По результатам профилактического осмотра направлен к врачу стоматологу-ортодонту. Из анамнеза: привычка спать на левом боку подложив кулак под щеку.

Объективно: правая и левая половины лица не симметричны, верхняя, средняя и нижняя трети лица пропорциональны, носогубные, подносовая, подбородочная складки умеренно выражены, профиль прямой. Отмечается скученность верхних фронтальных зубов. Форма нижнего зубного ряда парабола, верхний зубной ряд асимметричен.

п					с	с					п
16	55	14	53	12	11	21	22	63	24	-	26
46	45	44	-	42	41	31	32	33	34	35	36
п											п

Смыкание жевательных зубов по трансверзали: слева - щечные бугорки нижних жевательных зубов перекрывают щечные бугорки верхних, справа – щечные бугорки нижних жевательных зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена на 2 мм вправо. Глубина резцового перекрытия 1/3. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Функции дыхания, глотания, речи не нарушены.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №2.

Пациент Г., 8 лет. Родители обратились с жалобами на появившуюся у ребенка асимметрию лица.

Объективно: лицо асимметрично, подбородок смещен вправо, верхняя, средняя и нижняя трети лица пропорциональны, носогубные, подносовая, подбородочная складки умеренно выражены, профиль прямой. Тремы между временными зубами обеих челюстей, бугорки временных клыков не стерты. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: слева щечные бугорки нижних зубов контактируют с небными бугорками верхних зубов,

справа щечные бугорки нижних зубов перекрывают щечные бугорки верхних зубов.

16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	-	75	36
											с

По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена вправо на 4 мм. Глубина резцового перекрытия 1/3. При закрывании рта нижняя челюсть смещается вправо, при открывании возвращается в правильное положение. Величина открывания рта 39 мм, при открыании и закрывании рта определяется дефлекция. Функции дыхания, глотания, речи не нарушены.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №3.

Пациент Е., 15 лет. Обратилась к ортодонту с жалобами на неправильное смыкание зубов и некрасивый профиль. Из анамнеза жизни: у отца и деда массивная нижняя челюсть.

Объективно: правая и левая половины лица симметричны, верхняя, средняя и нижняя трети пропорциональны, подбородочная складка сглажена, профиль вогнутый, подбородок выступает вперед.

с	п											п	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	п											п	

Между зубами нижней челюсти диастема и тремы. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева щечные бугорки нижних зубов перекрывают щечные бугорки верхних зубов. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего моляра располагается между 6 и 7 нижними зубами. Срединная линия между центральными зубами верхнего и нижнего зубного ряда совпадает. Нижние фронтальные зубы перекрывают верхние на 1/3, обратная сагиттальная щель 3 мм. Величина открывания рта 39 мм, движения в суставе не изменены. Функции дыхания, глотания, речи не нарушены.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №4.

Пациент Ж., 8 лет. Родители обратились к ЛОР-врачу с жалобами на ротовое дыхание ребенка, направлены к стоматологу-ортодонту. Из анамнеза: привычка держать рот приоткрытым, хронической ЛОР – патологии не диагностировано.

Объективно: правая и левая половины лица симметричны, высота нижней трети лица увеличена, носогубные и подбородочные складки сглажены, профиль вогнутый, подбородок выступающий.

16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
6	85	84	83	42	41	31	32	73	-	75	36
											с

Отмечаются тремы между временными зубами на верхней челюсти, диастема и тремы между всеми зубами на нижней челюсти. Верхние фронтальные зубы накронены вестибулярно. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, фронтальный отдел удлинен, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные и оральные бугорки вержних и нижних зубов контактируют друг с другом. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается на дистальном бугорке первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между центральными зубами совпадает. Вертикальная щель между резцами 2 мм. Крупный язык, в полости рта помещается с трудом, при смыкании зубов кончик языка прокладывает между резцами. Величина открывания рта 39 мм, движения в суставе не изменены. Функции дыхания, глотания, речи не нарушены.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №5.

Пациент О., 13 лет. Обратился к ортодонту с жалобами на «кривые» передние зубы. Из анамнеза: искусственное вскармливание с 2 мес., сосание пустышки до 3 лет.

Объективно: правая и левая половины лица симметричны, высота нижней трети лица снижена, носогубные и подносовая складки сглажены, подбородочная складка выражена, тип профиля выпуклый, подбородок скошенный. Верхние фронтальные зубы наклонены вестибулярно,

отмечается скученность нижних фронтальных зубов, оральный наклон. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, фронтальный отдел удлинен, форма нижнего зубного ряда трапеция, фронтальный отдел укорочен. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних.

	п												
-	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	п											п	

По сагиттали: бугорковое смыкание первых постоянных моляров справа и слева. Срединная линия между центральными зубами совпадает. Глубина резцового перекрытия 2/3. Сагиттальная щель 6 мм. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Функции дыхания, речи не нарушены, при глотании язык прокладывает между зубами.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №6.

Пациент К., 9 лет. По результатам профилактического осмотра направлен к ЛОР-врачу и стоматологу-ортодонту. Из анамнеза: хронический синусит.

Объективно: правая и левая половины лица симметричны, лицо узкое, вытянутое, складки сглажены, подбородок скошен, губы смыкаются с напряжением.

16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	44	-	42	41	31	32	33	34	75	36
											С

Между временными зубами плотные контакты. Скученность верхних фронтальных зубов, центральные резцы верхней челюсти в протрузии, узкое сводчатое небо, верхнечелюстной зубной ряд V-образной формы, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: слева и справа медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается между V и 6 нижними зубами. Срединная линия между центральными зубами совпадает. Глубина резцового перекрытия 1/3, сагиттальная щель 7 мм. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Глотание физиологическое. Отмечается нарушение артикуляционных движений. Привычное ротовое дыхание.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.

2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №7.

Пациент Л., 12 лет. Обратился к логопеду для коррекции дикции, и был направлен на консультацию к врачу-ортодонту.

Объективно: правая и левая половины лица симметричны, верхняя, средняя и нижняя трети лица пропорциональны, носогубные, подносовая, подбородочная складки умеренно выражены, профиль прямой.

	п											п	
-	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	-
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	-
	п				с	с	с	с				п	

Отмечается скученность нижних фронтальных зубов. Форма нижнего зубного ряда трапециевидная, форма верхнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена влево на 2 мм. Глубина резцового перекрытия 1/3, сагиттальная щель 3 мм. Движения языка ограничены: не может облизать верхнюю губу, «поцокать» языком. Нарушение произношения звука «л». Уздечка языка массивная, прикрепляется в области кончика языка. Слизистая оболочка с оральной стороны в области нижних фронтальных зубов гиперемирована, отечна. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Глотание и дыхание физиологическое. Отмечается нарушение артикуляционных движений и дикции.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №8.

Пациент Г, 12 лет. Переехал из другого города, обратился для постановки на диспансерный учет к ортодонту. Из анамнеза: левосторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и твердого неба, в возрасте 4 мес. проведена операция хейлопластика, в возрасте 6 лет операция уранопластика.

Объективно: Лицо симметричное, пропорциональное. В области верхней губы слева косметический шов. Вторичная деформация носа на стороне расщелины выражена не значительно. Складки умерено выражены. Тип профиля вогнутый.

	с										с	р	
-	16	15	14	13	12	11	21	-	23	24	25	26	-
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	с												

Скученность верхних фронтальных зубов, в зубном ряду и на контрольной рентгенограмме 22 зуб отсутствует. Рубцовые изменения слизистой оболочки альвеолярного отростка. Фронтальный отдел верхнечелюстного зубного ряда укорочен, форма трапециевидная. Форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена влево на 2 мм. Обратное резцовое перекрытие, глубина перекрытия 1/3. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Глотание и дыхание физиологическое. Отмечается нарушение артикуляционных движений.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №9.

Пациент В., 7 лет. Мама, обратилась к стоматологу-ортопеду с жалобами на прорезавшиеся «огромные» передние зубы у ребенка, направлены к ортодонту.

Объективно: Лицо симметричное, пропорциональное, складки умеренно выражены. Тип профиля прямой.

	П	П							П	П	
16	55	54	53	52	11	21	62	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
С	П	П							П	П	

Тремы между временными зубами, за исключением II и III верхних справа и слева, постоянные верхние центральные резцы очень крупные. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого

нижнего постоянного моляра. Глубина резцового пекрекрытия 1/3, центральная линия между резцами совпадает. Величина открывания рта 39 мм, движения в суставе не нарушены. Глотание, дыхание, речь не нарушены.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №10.

Пациент Б., 13 лет. Обратился к ортодонту с жалобами на не смыкание передних зубов.

Объективно: лицо симметричное, высота нижней трети лица увеличена, подбородочная и носогубные складки сглажены. Небное положение 14, 15, 24, 25 зубов. Форма верхнего зубного ряда седловидная, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: в области моляров справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних, в области премоляров вестибулярные бугорки нижних зубов расположены вестибулярно относительно одноименных бугорков верхних зубов.

	п		с							с		п	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
с	с											п	с

По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Во фронтальном отделе: вертикальная щель 4 мм. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Дыхание носовое. Во время глотания язык прокладывает между зубами.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №11.

Пациент А., 15 лет. Обратился к ортодонту с жалобами на наличие щели между верхними центральными зубами.

Объективно: Отмечается асимметрия половин лица, профиль прямой, высота нижней трети лица снижена, носогубные складки сглажены, подбородочная складка выражена. Красная кайма губ и слизистая оболочка

полости рта без особенностей. Уздечка верхней губы укорочена, слизистые тяжи вплетаются в небный шов.

	п											п	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	п											п	

Между 11 и 21 зубами промежуток 3 мм. Отмечается скученность нижних фронтальных зубов. Форма верхнего зубного ряда парабола, нижний зубной ряд асимметричен, сужен справа. При смыкании зубов во фронтальном отделе срединная линия смещена влево на 4 мм. Верхние центральные резцы перекрывают нижние более чем на ½ высоты коронок. В области 13,12,11 зубов сагиттальная щель до 3 мм уменьшающаяся по направлению к центральным резцам. Смыкание зубов в боковых отделах: по сагиттали - медиальный щечный бугор 16 зуба располагается в межбугорковой фиссуре 46 зуба, отмечается бугорковое смыкание 26/36, 25/35, 24/34 зубов; по трансверзали – небный бугорок 15 зуба смыкается с вестибулярными буграми 46 и 45 зубов, 44 зуб располагаясь орально, с антагонистами не смыкается. Величина открывания рта 41 мм, движения в суставе не симметричные, при открывании рта отмечается девиация. Функции глотания, дыхания и речи не нарушены.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №12.

Пациент И., 7 лет. После планового осмотра у стоматолога направлена на консультацию к ортодонту.

Объективно: Лицо симметрично, пропорционально, носогубные и подбородочная складки умерено выражены. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей.

с	с	п	о						п	о	с
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
с	о	о	о						о	с	с

Физиологические тремы отсутствуют, верхние фронтальные зубы имеют оральный наклон, отмечается скученность. Зубо-альвеолярное удлинение в области 55, 54 зубов. Форма верхнего зубного ряда трапеция, форма нижнего зубного ряда парабола. По трансверзали имеющиеся жевательные зубы имеют правильное фиссурно-бугорковое смыкание, по сагиттали отмечается бугорковое смыкание 26 и 36 зубов, медиальный щечный бугор 16 зуба смыкается с дистальным бугорком 46 зуба. Глубина резцового перекрытия 1/3, срединная линия между центральными резцами

совпадает. Величина открывания рта 42 мм, движения в суставе не симметричные, при открывании рта отмечается девиация. Функции глотания, дыхания и речи не нарушены.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №13.

Пациент А., 7 лет. Родители обратились к ортодонту с жалобами на криво стоящие зубы.

Объективно: Лицо симметрично, пропорционально, носогубные и подбородочная складки умерено выражены. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей.

	п	п		-			с		с	с	
16	55	54	53	12	11	21	62	63	64	65	26
46	85	84	43	42	41	31	32	73	74	75	36
с	п	п							п	п	

Физиологические тремы отсутствуют, 12 зуб не прорезался, место для него отсутствует, выраженная скученность нижних фронтальных зубов: вестибулярный наклон 43 зуба, язычное прорезывание 42 зуба, тортоположение 32 зуба. Форма зубных рядов полукруг. Смыкание зубов в боковых отделах: по сагиттали - медиальные щечные бугорки первых верхних постоянных моляров располагаются в межбугорковой фиссуре первых нихних постоянных моляров, по трансверзали справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. Глубина резцового перекрытия 1\3 коронки, срединная линия смещена вправо за счет перемещения 11,21 в сторону отсутствующего 12 зуба. Величина открывания рта 39 мм, движения в суставе не изменены. Функции дыхания, речи не нарушены, при глотании язык прокладывает между зубами.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №14.

Пациент Е, 14 лет. Обратилась к ортодонту с жалобами на неправильное смыкание зубов.

Объективно: Лицо симметрично, пропорционально, носогубные и подбородочная складки умерено выражены. Профиль вогнутый. Красная

кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей. Я зык крупный, в полости рта помещается с трудом, на боковых поверхностях языка сохраняются отпечатки зубов.

п	п											п	п
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
п	о											о	сп

37 и 47 зубы с мезиальным наклоном. Между 44 и 45, 34 и 35 зубами тремы. Форма верхней зубной дуги полуэллипс, нижней – парабола. Верхние и нижние фронтальные зубы в состоянии ретрузии, нижние боковые зубы с оральным наклоном. При смыкании во фронтальном отделе обратное резцовое перекрытие, срединная линия совпадает. Смыкание жевательных зубов по сагиттали – справа и слева медиальные щечные бугорки верхних первых постоянных моляров располагаются между шестыми и седьмыми нижними зубами, по трансверзали вестибулярные бугры верхних жевательных зубов смыкаются с оральными буграми нижних. Функции глотания и дыхания не нарушены, отмечается нечеткость речи (шепилявость). Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе не симметричные, отмечается девиация.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №15.

Пациент К., 15 лет Обратился к ортодонту с жалобами на криво стоящие зубы. Из анамнеза: 15 и 25 зубы удалены в возрасте 11 лет по ортодонтическим показаниям, в этот период проводилось ортодонтическое лечение при помощи съемного пластиночного аппарата с вестибулярной дугой от 13 до 23 зуба, не закончено.

Объективно: Лицо симметрично, высота нижней трети лица уменьшена, подбородочная складка выражена. Отмечается значительная скученность нижних фронтальных зубов, поворот по оси 22 зуба.

	п	о									о	п	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	п												

Верхний зубной ряд равномерно сужен в области премоляров и моляров, нижний зубной ряд сужен, асимметричен, сужение наиболее выражено в области премоляров справа. По сагиттали - 13 зуб смыкается с 44, 23 с 34, в области 14/45, 16/46, 24/35, 26/36 правильное фиссурно-бугорковое смыкание. По трансверзали отмечается правильное фиссурно-бугорковое смыкание за исключением области 13/44 зубов – обратное перекрытие, 14/45

– 45 зуб смещен орально. Глубина резцового перекрытия 2/3 коронки, центральная линия не совпадает. Функции глотания и дыхания, речи не нарушены. Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе не симметричные, отмечается девиация.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №16.

В связи с уходом участковой врача-ортодонта в декретный отпуск, пациенты переданы ортодонту заместителю. Пациент О., 15лет. В течение 2 лет находилась на ортодонтическом лечении при помощи несъемной ортодонтической техники (брекет-система), период активного лечения прерван по требованию пациента, брекеты сняты.

Объективно: Лицо пропорциональное, симметричное. Носогубные и подбородочные складки умеренно выражены, тип профиля прямой.

			о							о		п	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	п												

Аномалий отдельных зубов нет, форма верхнего зубного ряда полуэллипс, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании зубных рядов глубина резцового перекрытия 1/3 высоты коронки, срединная линия совпадает, по трансверзали правильный фиссурно-бугорковый контакт, по сагиттали отмечается бугорковое смыкание в области моляров и премоляров.

Функции глотания и дыхания, речи не нарушены. Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе не симметричные, отмечается девиация. На оральной поверхности верхних и нижних фронтальных зубов зафиксирован несъемный стекловолоконный ретейнер.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №17.

Пациент 14 лет. Обратилась к врачу-ортодонту с жалобами на криво стоящие зубы.

Объективно: Долихоцефалическая форма головы. Лицо симметричное пропорциональное, тип профиля прямой, носогубные и подбородочные складки выражены умеренно.

п	п										п	п	п
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
п	п											п	п

Отмечается скученность верхних и нижних фронтальных зубов, 12 и 22 зубы имеют шиповидную форму. Верхний зубной ряд равномерно сужен в области премоляров и моляров, форма нижнего зубного ряда парабола. Глубина резцового перекрытии 1/3 коронки, срединная линия не совпадает, при смыкании зубов по сагиттали выявляется правильный фиссурно-бугорковый контакт, по трансверзали вестибулярные бугры нижних жевательных зубов располагаются кнаружи от соответствующих бугров верхних зубов. Функции глотания и дыхания, речи не нарушены. Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе не симметричные, отмечается девиация.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №18.

Пациент З., 5 лет. В рамках проведения эпидемиологического ортодонтического обследования, осмотрены дети детских садов г. Красноярска.

Объективно: Лицо симметричное, пропорционально, тип профиля прямой, носогубные и подбородочные складки выражены умеренно. Между нижними фронтальными зубами отмечаются промежутки 1-2 мм, верхние центральные резцы имеют небольшой поворот по оси. Коронки временных зубов стерты на 1/3-1/2 высоты коронок. Форма зубных рядов полукруг.

										pt
16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
п										

При смыкании зубных рядов по трансверзали вестибулярные бугры нижних жевательных зубов располагаются в продольной фиссуре верхних, по сагиттали дистальные поверхности последних моляров образуют мезиальную ступеньку. Функции глотания и дыхания, речи не нарушены. Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе симметричны.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №19.

Пациент Е., 16 лет. В связи с уходом участковой врача-ортодонта в декретный отпуск, пациенты переданы ортодонту заместителю. Из анамнеза: ортодонтическое лечение при помощи брекет-системы начато менее месяца назад.

Объективно: Лицо симметричное, высота нижней трети лица увеличена, губы смыкаются с напряжением, тип профиля прямой, носогубные и подбородочные складки сглажены.

												п	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	п												

Отмечается скученное положение нижних и верхних фронтальных зубов, верхние резцы имеют наклон в вестибулярную сторону. Зубные ряды сужены, асимметричны. При смыкании зубных рядов вертикальная щель от премоляра до премоляра, достигает 5 мм в высоту. По сагиттали отмечается бугорковое смыкание вторых премоляров и моляров. По трансверзали правильное фиссурно-бугорковое смыкание. Дыхание привычное ротовое, при глотании язык прокладывается между зубами, артикуляция нарушена, речь не четкая. Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе не симметричные, отмечается девиация.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №20.

Пациент Г., 7 лет. В рамках проведения эпидемиологического ортодонтического обследования, осмотрены начальных классов г. Красноярска.

Объективно: Лицо симметрично, высота нижней трети лица уменьшена, тип профиля вогрутый, носогубные и подбородочные складки выражены.

с		о		о	о				о		с
16	55	14	53	12	11	21	62	63	24	65	26
46	85	44	83	42	41	31	32	73	74	75	36
с	с	о		о			о			п	

Стирание коронок временных зубов на½ высоты, незначительное стирание бугров временных клыков, форма зубных рядов полукруг, прикус плавающий, привычка выдвигать нижнюю челюсть вперед при смыкании зубов. Открывание рта 38 мм, при открывании рта движения в суставе не

симметричные, отмечается девиация. Дыхание носовое, при глотании язык прокладывается между зубами, артикуляция нарушена, речь не четкая.

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №21.

Больной К., 12 лет. Родители обратились к ортодонту с целью исправления «неправильно расположенных зубов». Из анамнеза. В возрасте 9 лет больному была проведена уранопластика. В течение двух лет ребенок находился на аппаратурном лечении, имеется небная пластинка с секторальным распилом в области 12, 11, 21, 22 зубов и ортодонтическим винтом, кламмерами Адамса на 16 и 26 зубах. Результаты проводимого лечения пациента и родителей не удовлетворили.

Объективно. Лицо симметричное, средняя треть лица уменьшена, западает. Тип профиля – вогнутый. Верхняя губа образует с нижней мезиальную ступеньку, на верхней губе слева послеоперационный рубец, имеется вторичная деформация крыла носа слева. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. Имеется послеоперационный рубец в области твердого неба и альвеолярного отростка слева.

	с							-				п	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	п		п										

Прикрепление и длина уздечек губ и языка в норме. 22 зуб отсутствует, промежуток закрыт за счет смещения рядом стоящих зубов. Верхний зубной ряд уплощен, укорочен во фронтальном отделе, форма нижнего зубного ряда полуэллипс. Нижние фронтальные зубы перекрывают верхние на 1/3 высоты коронок, обратная сагиттальная щель 5 мм слева в области 23,33,32 зубов, 3 мм справа в области 12,43,42 зубов. Отмечается правильное фиссурно бугорковое смыкание жевательных зубов по сагиттали и трансверзали. Открывание рта 40 мм, движения в суставах симметричные. Дыхание носовое, глотание физиологичное, речь нечеткая, артикуляция нарушена.

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №22.

Больной М. 4,5 года. По результатам профилактического осмотра в детском саду направлен на консультацию к врачу-ортодонту. Из анамнеза: Ребенок находился на искусственном вскармливании с 1 месяца жизни, родители иглой расширяли отверстие соски, что бы ребенку было легче сосать.

Объективно. Лицо симметричное, высота нижней трети лица уменьшена. Тип профиля выпуклый, подбородочная складка ярко выражена.

Pt	c			c	c			Pt	Pt
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
Pt	Pt							Pt	Pt

Коронки временных жевательных зубов разрушены более чем на 2/3. Форма зубных рядов полукруг. По трансверзали – временные клыки верхней челюсти находятся кнаружи от клыков нижней челюсти, по сагиттали – нижние клыки контактируют с 54, 64 зубами, во фронтальном отделе сагиттальная щель – 7 мм. Глубина резцового перекрытия на всю высоту коронок. Дыхание носовое, глотание инфантильное, речь нечеткая, артикуляция нарушена. Открывание рта 37 мм, отмечается девиация.

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №23.

Пациент К., 11 лет. Обратился с жалобами на неправильное положение зубов.

Объективно. Лицо симметрично, пропорционально, профиль прямой, носогубные и подбородочная складки выражены уменренно.

	c								Pt	c	
16	55	14	53	12	11	21	22	63	24/64	65	26
46	85	44	43/83	42	41	31	32	33	34/74	35/75	36
п									Pt	Pt	

Отмечается скученность зубов верхней и нижней челюсти, вестибулярное прорезывание 43 зуба, небное прорезывание 74 зуба. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, форма нижнего зубного ряда парабола. Смыкание зубных рядов по сагиттали и трансверзали физиологичное, глубина резцового перекрытия 1/3 высоты коронки, срединная линия между резцами совпадает. Открывание рта 44 мм, движения в суставах равномерные. Дыхание, глотание, речь без патологии.

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №24.

Пациент Д., 11 лет. Родители обратились к ортодонту по поводу криво растущих зубов.

Объективно: Лицо симметрично, пропорционально, профиль прямой, носогубные и подбородочная складки выражены умеренно. Вестибулярное положение верхних и нижних клыков, скученность верхних и нижних резцов. Форма верхнего и нижнего зубных рядов трапеция. Смыкание зубных рядов по сагиттали и трансверзали физиологичное, глубина резцового перекрытия 1/3 высоты коронки, срединная линия между резцами совпадает. Открывание рта 40 мм, движения в суставах равномерные. Дыхание, глотание, речь без патологии.

с											с
16	15	14/54	13	12	11	21	22	23	24	25	26
46	85	44/84	43	42	41	31	32	33	34	75	36
с											с

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №25.

На прием к врачу-ортодонту обратился ребенок в возрасте 10 лет с жалобами на косметический дефект – между верхними центральными резцами имеется промежуток.

Объективно. Лицо симметрично, пропорционально. Тип профиля – прямой. Носогубная, подбородочная, подносовая складки выражены умеренно. Низкое прикрепление уздечки верхней губы. Между 11 и 21 зубами – диастема шириной 3 мм. Форма верхней зубной дуги – полуэллипс, нижней – парабола. Смыкание зубных рядов по сагиттали и трансверзали физиологичное. Верхние резцы перекрывают нижние на 2/3 высоты коронок. срединная линия между резцами совпадает. Открывание рта 42 мм, движения в суставах равномерные. Дыхание, глотание, речь без патологии.

с											с

16	55	14	13	12	11	21	22	23	24	65	26
46	85	44	43	42	41	31	32	33	34	75	36
с	с									п	

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №26.

Пациент К., 10 лет, Родители обратились к врачу-ортодонту с жалобами на неправильное смыкание зубов.

Объективно: Лицо симметричное пропорциональное, тип профиля вогнутый. Носогубная и подбородочная складки умеренно выражены. Постоянные клыки отсутствуют, в зубном ряду места для них нет. Форма верхнего зубного ряда полукруг, форма нижнего зубного ряда полуэллипс. Смыкание жевательных зубов по трансверзали имеет обратный характер, по сагиттали первые постоянные моляры имеют правильное смыкание, премоляры и временные первые моляры смыкаются по 3 классу Энгля, во фронтальном отделе обратное резцовое перекрытие, глубина перекрытия 1/3, срединная линия между центальными резцами не совпадает. Открывание рта 42 мм, движения в суставах равномерные. Дыхание, глотание, речь без патологии.

		с	-					-			с
16	55	54	13	12	11	21	22	23	24	65	26
46	85	44	43	42	41	31	32	33	74	75	36
п	Pt								с	с	

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №27.

Пациент В., 8 лет, по результатам планового осмотра стоматологом в школе, направлена на консультацию к ортодонту. Из анамнеза: до 2 лет сосание пустышки, привычка сосания нижней губы.

Объективно: Лицо симметрично, высота нижней трети лица умельшена, профильвыпуклый, подбородочная складка ярко выражена, губы смыкаются с напряжением.

	с										п
16	55	14	53	12	11	21	22	63	24	25	26
46	85	44	83	42	41	31	32	33	34	75	36
п											

Тортоположение и протрузия верхних резцов, скученность нижних фронтальных зубов. Форма верхнего зубного ряда V – образная, нижнего парабола. Смыкание жевательных зубов по трансверзали – правильный фиссурно-бугорковый контакт, по сагиттали – премоляры, временные и постоянные моляры имеют по одному одноименному антагонисту. Во фронтальном отделе сагиттальная щель 6 мм, глубина резцового перекрытия 2/3 высоты коронки, срединная линия между резцами не совпадает. Открывание рта 39 мм, отмечается девиация. Дыхание смешанное, глотание соматическое, артикуляция нарушена.

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №28.

Пациент Ж., 6 лет. По результатам профилактического осмотра в детском саду направлен на консультацию к ортодонту.

Объективно: лицо пропорциональное, отмечается смещение подбородка влево, профиль пряной, складки умерено выражены

	-	-							Pt	Pt
16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
с	-	с							с	с

Диастемы и трем нет, коронки временных зубов значительно стерты за исключением клыков, в области удаленного 85 зуба промежуток отсутствует за счет смещения 46 зуба. Форма зубных рядов полукруг. При смыкании зубных рядов отмечается привычное выдвижение нижней челюсти вперед и всторону. В центральной окклюзии соотношение зубных рядов по трансверзали физиологичное, по сагиттали дистальные поверхности вторых временных моляров слева в одной плоскости, справа медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Открывание рта 39 мм, отмечается девиация. Дыхание и глотание соматическое, артикуляция и дикция не нарушены

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №29.

Пациент П., 10 лет, родители обратились к ортодонту с жалобами на некрасиво растущие зубы. Из анамнеза: после поступления в школу появилась привычка держать во рту ручку.

Объективно: лицо симметрично, пропорционально. Профиль выпуклый, носогубная складка сглажена, подбородочная умеренно выражена. Губы смыкаются с напряжением.

с			-					-			п
16	55	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
46	85	84	43	42	41	31	32	33	74	75	36
			-						п		

Верхние центральные резцы очень крупные, наклонены вестибулярно, верхние латеральные резцы так же в протрузии, места для постоянных верхних клыков недостаточно. Смыкание жевательных зубов по трансверзали и сагиттали соответствует норме, во фронтальном отделе сагиттальная щель 4 мм. Открывание рта 39 мм, движения в суставе симметричные. Дыхание и глотание соматическое, артикуляция и дикция не нарушены.

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №30.

Пациент, Л, 5 лет. По результатам профилактического осмотра в детском саду направлен к стоматологу-терапевту и ортодонту. Из анамнеза: У матери гестозы во время беременности. Зубы ребенка начали разрушаться в первый год после прорезывания.

Объективно: Лицо симметричное, высота нижней трети лица снижена, профиль прямой, носогубная и подбородочная складки ярко выражены.

с	с		Pt	Pt	Pt	Pt		с	с
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
с	с							с	с

Коронки 52,51,61,62 разрушены полностью, выраженная стираемость коронок временных зубов. Диастемы и трем нет, место для прорезывания первых постоянных моляров отсутствует, дистальные поверхности вторых временных моляров расположены в одной плоскости. Смыкание

жевательных зубов по сагиттали и трансверзали без патологии. Дыхание носовое, при глотании язык отталкивается от губ, речь нечеткая. Открывание рта 37 мм, движения в суставе симметричные.

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №31.

Пациент К., 13 лет. По результатам профилактического осмотра направлен к ЛОР-врачу и стоматологу-ортодонту. Из анамнеза: хронический синусит.

Объективно: правая и левая половины лица симметричны, лицо узкое, вытянутое, складки сглажены, подбородок скошен, губы смыкаются с напряжением. Скученность верхних фронтальных зубов, центральные резцы верхней челюсти в протрузии, узкое сводчатое небо, верхнечелюстной зубной ряд V-образной формы, форма нижнего зубного ряда парабола.

	п				с	с	с	с				п	
-	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	-
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	-
	п											п	

При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: слева и справа медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается между 5 и 6 нижними зубами. Срединная линия между центральными зубами совпадает. Глубина резцового перекрытия 1/3, сагиттальная щель 7 мм. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Глотание физиологическое. Отмечается нарушение артикуляционных движений. Привычное ротовое дыхание.

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №32.

Пациент Л., 9 лет. Обратился к логопеду для коррекции дикции, направлен к ортодонту.

Объективно: правая и левая половины лица симметричны, верхняя, средняя и нижняя трети лица пропорциональны, носогубные, подносовая, подбородочная складки умеренно выражены, профиль прямой. Отмечается скученность нижних фронтальных зубов. Форма нижнего зубного ряда трапециевидная, форма верхнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра.

Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена влево на 2 мм. Глубина резцового перекрытия 1/3, сагиттальная щель 3 мм. Движения языка ограничены: не может облизать верхнюю губу, «поцокать» языком. Нарушение произношения звука «л». Уздечка языка массивная, прикрепляется в области кончика языка. Слизистая оболочка с оральной стороны в области нижних фронтальных зубов гиперемирована, отечна. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Глотание и дыхание физиологическое. Отмечается нарушение артикуляционных движений и дикции.

16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	44	-	42	41	31	32	33	34	75	36
											С

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №33.

Пациент И., 7 лет. После планового осмотра у стоматолога направлена на консультацию к ортодонту.

Объективно: Лицо симметрично, пропорционально, носогубные и подбородочная складки умерено выражены. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей.

с	с	п							п	о	с
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
с	с	с							о	с	с

Физиологические тремы отсутствуют, верхние и рижние фронтальные зубы имеют оральный наклон, отмечается скученность. Форма зубных рядов трапеция. По трансверзали имеющиеся жевательные зубы имеют правильное фиссурно-бугорковое смыкание, по сагиттали отмечается бугорковое смыкание первых постоянных моляров. Глубина резцового перекрытия 2/3, срединная линия между центральными резцами не совпадает. Величина открывания рта 42 мм, движения в суставе не симметричные, при открывании рта отмечается девиация. Функции глотания, дыхания и речи не нарушены.

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №34.

Пациент К., 10 лет, Родители обратились к врачу-ортодонту с жалобами на неправильное смыкание зубов.

Объективно: Лицо симметричное пропорциональное, тип профиля вогнутый. Носогубная и подбородочная складки умеренно выражены.

		с									с
16	55	54	13	12	11	21	22	23	24	65	26
46	45	44/44	43	42	41	31	32	33	74	75	36
п									с	с	

Постоянные клыки отсутствуют, в зубном ряду места для них нет, на нижней челюсти справа три премоляра, отмечается скученность нижних фронтальных зубов. Форма верхнего зубного ряда полукруг, форма нижнего зубного ряда парабола. Смыкание жевательных зубов по трансверзали имеет обратный характер, по сагиттали первые постоянные моляры смыкаются по 3 классу Энгля, во фронтальном отделе обратное резцовое перекрытие, глубина перекрытия 1/3, срединная линия между центальными резцами не совпадает. Открывание рта 42 мм, движения в суставах равномерные. Дыхание, глотание, речь без патологии.

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №35.

Пациент В., 8 лет, по результатам планового осмотра стоматологом в школе, направлена на консультацию к ортодонту. Из анамнеза: до 2 лет сосание пустышки, привычка сосания нижней губы.

Объективно: Лицо симметрично, высота нижней трети лица умельшена, профильвыпуклый, подбородочная складка ярко выражена, губы смыкаются с напряжением.

	с										п
16	55	14	53	12	11	21	22	63	24	25	26
46	85	44	83	42	41	31	32	33	34	75	36
п											

Тортоположение и протрузия верхних резцов, скученность нижних фронтальных зубов. Форма верхнего зубного ряда V – образная, нижнего парабола. Смыкание жевательных зубов по трансверзали – правильный фиссурно-бугорковый контакт, по сагиттали – премоляры, временные и постоянные моляры имеют по одному одноименному антагонисту. Во фронтальном отделе сагиттальная щель 6 мм, глубина резцового перекрытия 2/3 высоты коронки, срединная линия между резцами не совпадает. Открывание рта 39 мм, отмечается девиация. Дыхание смешанное, глотание соматическое, артикуляция нарушена.

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №36.

Пациент А., 10 лет. По результатам профилактического осмотра направлен к врачу стоматологу-ортодонту. Из анамнеза: привычка спать на левом боку подложив кулак под щеку.

Объективно: правая и левая половины лица не симметричны, верхняя, средняя и нижняя трети лица пропорциональны, носогубные, подносовая, подбородочная складки умеренно выражены, профиль прямой.

п					с	с					п
16	-	14	53	12	11	21	22	63	24	-	26
46	45	44	-	42	41	31	32	33	34	35	36
Pt											P

Отмечается скученность верхних фронтальных зубов, 15, 25 не прорезались, места в зубном ряду для них нет. Форма нижнего зубного ряда парабола, верхний зубной ряд асимметричен. Смыкание жевательных зубов по трансверзали: слева - щечные бугорки нижних жевательных зубов перекрывают щечные бугорки верхних, справа – щечные бугорки нижних

жевательных зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: первые постоянные моляры смыкаются по 2 классу Энгля, впереди стоящие зубы по 1 классу.

Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена на 2 мм вправо. Глубина резцового перекрытия 1/3. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Функции дыхания, глотания, речи не нарушены.

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №37.

Пациент Г., 6 лет. Родители обратились с жалобами на появившуюся у ребенка асимметрию лица.

Объективно: лицо асимметрично, подбородок смещен вправо, верхняя, средняя и нижняя трети лица пропорциональны, носогубные, подносовая, подбородочная складки умеренно выражены, профиль прямой.

16	55	54	53	52	11	21	26	63	64	65	26
46	85	84	83	82	41	31	72	73	-	75	36
											с

Тремы между временными зубами обеих челюстей, значительная стертость коронок временных зубов, за исключением клыков, постоянные моляры и резцы прорезались на ½Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, форма нижнего зубного ряда парабола. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: слева щечные бугорки нижних зубов контактируют с небными бугорками верхних зубов, справа щечные бугорки нижних зубов перекрывают щечные бугорки верхних зубов. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Срединная линия между нижними и верхними центральными резцами смещена вправо на 4 мм. Глубина резцового перекрытия 2/3. При закрывании рта нижняя челюсть смещается вправо, при открывании возвращается в правильное положение. Величина открывания рта 39 мм, при открывании и закрывании рта определяется дефлекция. Функции дыхания, глотания, речи не нарушены.

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.

5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №38.

Пациент А., 9 лет. Родители обратились к ортодонту с жалобами на наличие щели между верхними центральными зубами.

Объективно: Лицо симметричное, пропорциональное, профиль прямой, складки умеренно выражены. Уздечка верхней губы укорочена, слизистые тяжи вплетаются в небный шов. Уздечка языка укорочена, ограничивает подвижность языка. Мелкое преддверие полости рта.

п											п
16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36
п											п

Между 11 и 21 зубами промежуток 3 мм. Отмечается скученность нижних фронтальных зубов. Форма верхнего зубного ряда парабола, нижний зубной ряд - трапеция. Во фронтальном отделе сагиттальная щель 3 мм. Смыкание зубов в боковых отделах по сагиттали и трансверзали соответствует норме. Величина открывания рта 41 мм, движения в суставе симметричные. Функции глотания, дыхания не нарушены, отмечается нарушение дикции и артикуляции.

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №39.

Пациент И., 7 лет. После планового осмотра у стоматолога направлена на консультацию к ортодонту.

Объективно: Лицо симметрично, пропорционально, носогубные и подбородочная складки умерено выражены. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей.

	с	с							с	с	
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
	с	с							с	с	

Физиологические тремы отсутствуют, верхние фронтальные зубы имеют оральный наклон, отмечается скученность. Форма верхнего зубного ряда трапеция, форма нижнего зубного ряда парабола. По трансверзали имеющиеся жевательные зубы имеют правильное фиссурно-бугорковое смыкание, по сагиттали отмечается бугорковое смыкание первых постоянных

моляров. Глубина резцового перекрытия 1/3, срединная линия между центральными резцами совпадает. Величина открывания рта 42 мм, движения в суставе не симметричные, при открывании рта отмечается девиация. Функции глотания, дыхания и речи не нарушены.

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Задача №40.

Пациент К., 9 лет. По результатам профилактического осмотра направлен к ЛОР-врачу и стоматологу-ортодонту. Из анамнеза: хронический синусит.

Объективно: правая и левая половины лица симметричны, лицо узкое, вытянутое, складки сглажены, подбородок скошен, губы смыкаются с напряжением.

	-	-							-	-	
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
	с	с							с	с	

Скученность нижних фронтальных зубов, верхние временные моляры отсутствуют, места для прорезывания премоляров недостаточно, узкое сводчатое небо, зубные ряды равномерно сужены, При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: слева и справа медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего моляра. Срединная линия между центральными зубами не совпадает. Глубина резцового перекрытия 1/3. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Глотание физиологическое. Отмечается нарушение артикуляционных движений. Привычное ротовое дыхание.

1. Назовите вероятную причину формирования зубо-челюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

РАЗДЕЛ 7. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Задача №1.

Родители ребенка 7 лет обратились с жалобами на постоянные ноющие боли в зубах нижней челюсти справа.

Анамнез: 84 зуб ранее лечен по неосложненному кариесу, пломба выпала около года назад, последующего лечения не проводилось. Зуб неоднократно болел, за помощью не обращались, применяя полоскания содой и ромашкой. Неделю назад ребенок простудился, 84 зуб начал беспокоить на следующий день. Боли изначально были умеренной интенсивности, постепенно усиливались, зубная формула соответствует возрасту. Полоскание облегчения не приносило. Вчера появился отек мягких тканей правой щечной области, и поднялась температура тела, обратились в поликлинику по месту жительства, откуда и были направлены в хирургический стационар.

Объективно: Температура тела 37,5^{o}С. Конфигурация лица нарушена за счет отека мягких тканей щечной области справа. Пальпируются несколько гладких безболезненных поднижнечелюстных узлов справа не спаянных с тканями, размерами 0,4-0,6 см. В полости рта: слизистая оболочка в области 84 зуба гиперемирована, имеется отек слизистой оболочки альвеолярного отростка с вестибулярной стороны, болезненный при пальпации. 84 зуб имеет глубокую кариозную полость, полость зуба вскрыта. Перкуссия зуба резко болезненна, зондирование в устье корневых каналов безболезненно.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Подтвердите поставленный диагноз дополнительными методами обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания и возникшие в процессе лечения.
5. Напишите зубную формулу данного пациента по ВОЗ.

Задача №2.

Ребенок 10 лет. Обратились с жалобами постоянные боли в зубах верхней челюсти слева. Анамнез: 65 зуб ранее лечен по осложненному кариесу, разрушался постепенно. Зуб ранее не беспокоил, 4 дня назад, после посещения бассейна, появилась боль в 65 зубе. Боли изначально были умеренной интенсивности, постепенно усиливались. Отек появился два дня назад, постепенно увеличивался в размерах, вчера поднялась температура тела, обратились в поликлинику по месту жительства, откуда и были направлены в хирургический стационар. В анамнезе у ребенка заболевание сердца - аритмия.

Объективно: температура тела 38,0^{o}С. Конфигурация лица нарушена за счет отека мягких тканей щечной области слева, пальпируются несколько гладких безболезненных поднижнечелюстных узлов слева не спаянных с тканями, размерами 0,5-0,7 см. В полости рта: коронка 65 зуба разрушена ниже зубо-альвеолярного соединения. Перкуссия зуба резко болезненна, зондирование в устье корневых каналов безболезненно. Слизистая оболочка в области 65 гиперемирована, имеется отек слизистой оболочки альвеолярного отростка с вестибулярной стороны, болезненный при пальпации, зубная формула соответствует возрасту.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Подтвердите поставленный диагноз дополнительными методами обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания и возникшие в процессе лечения.
5. Напишите зубную формулу данного пациента по ВОЗ.

Задача №3.

В стационар обратились родители ребенка 10 лет с жалобами на припухлость и резкую болезненность в области боковой поверхности нижней челюсти справа, температуру тела 38,0^{o}С, общую слабость и недомогание.

Из анамнеза: болен в течение одного года, на фоне ОРВИ появилась боль в области боковой поверхности шеи справа и уплотнение в виде подвижного «шарика», который увеличивался в размерах. Лечились самостоятельно: сухое тепло на область поражения. Лечение сняло болевые ощущения, уплотнение уменьшилось в размерах, но совсем не прошло. В последующем, при простудных заболеваниях уплотнение увеличивалось в размерах. Неделю назад ребенок заболел, температура тела поднялась до 38,3^{o}С, обратились в поликлинику, где был поставлен диагноз ОРВИ, проводилось лечение, температура тела нормализовалась. Через день, температура тела снова поднялась, уплотнение на боковой поверхности шеи стало болезненно и резко увеличилось в размерах.

Объективно: пальпация уплотнения резко болезненна, ткани в складку не собираются, плотные, флюктуации не определяется. Ребенок апатичен, лабилен.

1. Поставьте диагноз.
2. Подтвердите поставленный диагноз дополнительными методами исследования.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания и возникшие в процессе лечения.
5. Опишите этиологию и патогенез данного заболевания.

Задача №4.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 12 лет с жалобами на припухлость, пульсирующую боль и покраснение верхней губы слева, головную боль, повышение температуры тела до 37,2°С.

Из анамнеза: три дня назад в данном участке, появился гнойник, который самостоятельно выдавили. На следующий деть появился отек мягких тканей верхней губы слева, который постепенно увеличивался. В последующем появилась болезненность и поднялась температура, утром в центре очага появилось плотное белое образование. Обратились в поликлинику по месту жительства, откуда были направлены в хирургический стационар.

Объективно: местно наблюдается ограниченный болезненный плотный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована с цианотичным оттенком, в складку не собирается, в центре инфильтрата наблюдается гнойно-некротический стержень.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Назовите возможные осложнения данного заболевания и возникшие в процессе лечения.
4. Опишите этиологию и патогенез данного заболевания.
5. Лечение первой стадии данного заболевания.

Задача №5.

В хирургический стационар каретой скорой помощи доставлен ребенок 12 лет. Состояние средней степени тяжести. Ребенок лабилен, апатичен, слабый. Температура тела 38,1^{o}С. На вопросы отвечает не охотно. Ребенок жалуется на интенсивные боли в поднижнечелюстной области. Открывание рта свободно – в полном объеме, безболезненно.

Из анамнеза: две недели назад жаловался на боли в зубе нижней челюсти слева, усиливающиеся во время приема пищи. В дальнейшем боли стихли, появился незначительный болезненный отек мягких тканей в области тела нижней челюсти слева. За помощью не обращались, лечились самостоятельно, используя сухое тепло на область поражения. Отек увеличивался в размерах, интенсивность болей возросла. Ночью ребенок не мог уснуть, жаловался на сильные боли. Родители вызвали скорую помощь.

Объективно: отмечается асимметрия лица, за счет значительного инфильтративного отека мягких тканей поднижнечелюстной области слева. Кожа над инфильтратом гиперемирована, лоснится. В складку не собирается. Пальпаторно определяется плотный резко болезненный инфильтрат. В полости рта: слизистая оболочка в области причинного зуба без видимых патологических изменений, 46 зуб имеет глубокую кариозную полость, зондирование, перкуссия безболезненны.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования.

3. Назначьте лечение.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания и возникшие в процессе лечения.
5. Опишите этиологию и патогенез данного заболевания.

Задача №6.

В челюстно-лицевой стационар доставлен машиной скорой помощи ребенок 9 лет.

Из анамнеза: две недели назад ребенок простыл, температура тела поднялась до 38,8^{o}С, вызвали врача. Педиатр осмотрел ребенка, поставил диагноз тонзиллит, назначил лечение. Родители выполняли инструкции врача, через неделю состояние ребенка улучшилась, температура тела нормализовалась. После чего ребенок заболел повторно, врача не вызывали, продолжили лечение. Три дня назад состояние ребенка стало прогрессивно ухудшаться. Ребенок стал отказываться от еды, его начало часто тошнить, температура тела стала колебаться от 37,4^{o}С в утренние часы, до 39,0^{o}С вечером. Кожные покровы подподбородочной и поднижнечелюстной областей, со слов родителей, изначально приобрели выраженную бледность, к сегодняшнему утру покрылись пятнами.

Объективно: состояние ребенка тяжелое. Температура тела 38,8^{o}С, неоднократная непродуктивная рвота. Кожные покровы лица бледные с землистым оттенком. Выраженная инфильтрация подподбородочной, поднижнечелюстной областей с переходом на переднюю поверхность шеи. Цвет кожных покровов бледный, с выраженными сине-багровыми и бронзовыми пятнами.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
5. Опишите этиологию и патогенез данного заболевания.

Задача №7.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 13 лет, по направлению от ЛОР врача. Жалобы: односторонняя хроническая заложенность носа справа, иногда с гнойным отделяемым со специфическим запахом из правой ноздри, снижение обоняния, ощущение напряжения в участке верхней челюсти справа, головная боль, быстрая утомляемость. Анамнез: больным считает себя в течение года.

Объективно: асимметрии лица не наблюдается. Кожа без видимых патологических изменений. В полости рта: 16 зуб сильно разрушен, перкуссия, зондирование безболезненны. Слизистая оболочка в области зуба слабо-цианотична.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.

4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
5. Проведите дифференциальную диагностику патологии.

Задача №8.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 9 лет, по направлению из стоматологической поликлиники. Жалобы: на температуру тела 37,9^{0}С, головную боль, вялость ребенка. Припухлость слизистой оболочки полости рта на верхней челюсти справа.

Анамнез: ребенок заболел неделю назад, сначала начал беспокоить зуб, на верхней челюсти справа, лечились в домашних условиях – анальгин, сухое тепло на место болей. В дальнейшем интенсивность болей снизилась, появился отек слизистой оболочки, поднялась температура. Обратились в поликлинику по месту жительства, откуда и были направлены в хирургический стационар.

Объективно: лицо ребенка асимметрично за счет отека мягких тканей правой щечной и подглазичной областей. Кожа бледная, плохо собирается в складку. В полости рта: муфтообразный отек слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти справа в области 16 зуба. Слизистая оболочка цианотична. Переходная складка в области 16, 15, 54 зубов сглажена, при пальпации из зубо-десневых карманов 16, 15, 54 зубов выделяется гной, зубы подвижны. 16 зуб сильно разрушен.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
5. Проведите дифференциальную диагностику патологии.

Задача №9.

Машиной скорой помощи в хирургический стационар доставлен ребенок 2 лет. Из анамнеза: заболел сутки назад, поднялась температура тела до 38,6^{0}С, ребенок стал плаксивым, отказывался от еды.

Объективно: у ребенка ЧСС – 140, дыхание учащенное, поверхностное. Незначительный отек и инфильтрация левой подглазничной области, незначительный отек слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти слева с обеих сторон и слабая гиперемия, глаз прикрыт.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальная диагностика.
4. Назначьте лечение.
5. Перечислите возможные осложнения.

Задача №10.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 8 лет, по направлению из стоматологической поликлиники. Из анамнеза: неделю назад заболел 63 зуб, ранее леченный по осложненному кариесу. В поликлинику не

обращались, лечились самостоятельно: анальгин, сухое тепло на место болей. Через 2 дня появился отек слизистой оболочки в области причинного зуба. Боли усилились, несколько дней назад отек увеличился и распространился на мягкие ткани щеки. Температура тела поднялась до 38,0^0С.

Объективно: отек подглазничной и медиального отдела левой щечной области, верхней губы, переходящий на нижнее веко. Носогубная складка сглажена, крыло носа приподнято. Кожа обычного цвета, пальпация участка, особенно бимануальная, вызывает боль. Открывание рта свободное, переходная складка верхнего преддверия сглажена, слизистая оболочка щеки и переходной складки гиперемирована и отечна, 63 зуб запломбирован, перкуссия его болезненная.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику патологии.
4. Назначьте лечение.
5. Перечислите возможные осложнения.

Задача №11.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 12 лет, по направлению из стоматологической поликлиники. Жалобы: на наличие деформации мягких тканей правой поднижнечелюстной области, в центре которой открылся гнойник. Считает себя больным в течение 6 месяцев.

Из анамнеза: полгода назад в правой поднижнечелюстной области появился болезненный отек, температура тела была субфебрильной, отек уплотнился, увеличивался, на 3-ий день на вершине отека появился гнойник, который вскрылся с истечением значительного количества гноя. Отек спал, болезненность уменьшилась. Через неделю отек и боли прошли, гнойник зарубцевался. В течение полугода картина повторялась три раза. Неделю назад обратились к стоматологу по поводу разрушенного зуба на нижней челюсти справа, врач осмотрел ребенка и направил в стационар.

Объективно: лицо ребенка асимметрично за счет отека правой поднижнечелюстной области, на вершине отека свищевой ход, из которого подсачивается гнойное отделяемое. В полости рта: 46 зуб разрушен ниже зубо-альвеолярного соединения, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите этиологию заболевания.
5. Перечислите методы профилактики.

Задача №12.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 8 лет, по направлению врача-терапевта. Жалобы: на наличие отека и болезненности тканей околоушной области справа, болезненность при открывании рта, снижение аппетита, нарушение сна, повышенную температуру тела.

Объективно: асимметрия лица за счет припухлости тканей правой околоушно-жевательной области. Цвет кожи над этой областью не изменен, при пальпации определяется отек тканей, в центре которого участки плотного болезненного инфильтрата. Слюна из околоушного протока отделяется в нормальном объеме, прозрачная, без примесей. Температура тела $37,6^0$С.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Задача №13.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 10 лет, по направлению из поликлиники. Жалобы: на повышение температуры тела до $38,2^0$С, ухудшение самочувствия, вялость, головную боль, нарушение аппетита, сна, рвота, болезненное увеличение околоушных слюнных желез, сухость слизистой оболочки полости рта, боль в слюнных железах при глотании и жевании. Анамнез: заболел три дня назад, когда, после дня неудовлетворительного самочувствия, поднялась температура, появилась рвота, отек околоушных слюнных желез, болезненность при их пальпации. С момента заболевания стул отсутствовал. Жалуется на запор.

Объективно: болезненные отеки правой и левой околоушно-жевательной областей. Кожа в области отека блестящая, бледная по сравнению с окружающей кожей. По периферии отек менее плотный, чем в центре, ткани тестообразной консистенции. При надавливании на нее ямки не остается. Впереди козелка уха при пальпации возникает болезненность. Симптом Хетчока положительный.

1. Проставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этиологию и патогенез заболевания.

Задача №14.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 12 лет. Жалобы: на повышение температуры тела до $38,4^0$С, головную боль, слабость, боль в области околоушной слюнной железы слева, привкус гноя во рту, отек тканей левой щечной области. Считает себя больным в течение двух дней.

Объективно: Отек мягких тканей левой щечной области, кожа гиперемирована, лоснится. Устье протока левой околоушной слюнной железы также гиперемировано, возвышается над окружающей слизистой оболочкой. Из протока выделяется мутная вязкая слюна. Пальпация железы болезненна. Слева пальпируются поднижнечелюстные лимфатические узлы, округлые, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования.
3. Проведите лечение.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этиологию и патогенез заболевания.

Задача №15.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 14 лет, по направлению от педиатра. Жалобы: на болезненное увеличение поднижнечелюстной слюнной железы справа во время приема пищи (особенно, если пища кислая или соленая), а после — медленное уменьшение ее размеров. Считает себя больным в течение полугода.

Объективно: открывание рта свободное. Слизистая оболочка вокруг устья протока гиперемирована, устье расширенно. Слюна прозрачная. Проток имеет вид тяжа, ткани вокруг него инфильтрированы.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этиологию и патогенез заболевания.

Задача №16.

Ребенок 10 лет, привезен в хирургический стационар машиной скорой помощи. Жалобы: на боли и кровоточащую рану в лобной области справа. Анамнез: во время игры в школе час назад получил травму мягких тканей области лба. Тошноты, рвоты, потери сознания не было.

Объективно: рана находится под давящей асептической повязкой. Асимметрии лица нет. При снятии повязки появилось незначительное кровотечение. Рана линейной формы с ровными краями длинной 5 см. на всю глубину кожи, с повреждением мышечного слоя. Пальпация в области раны болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите наличие или отсутствие черепно-мозговой травмы.
3. Составьте план лечения в зависимости от наличия или отсутствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ) (хирургическое и терапевтическое лечение).
4. Назовите возможные осложнения во время операции и в послеоперационном периоде и методы их устранения.
5. Укажите зубную формулу ребенка 10 лет.

Задача №17.

Пациентка Н., 9 лет, обратилась в хирургический стационар с жалобами на оголение никилид-титановой пластинки в области тела нижней челюсти слева установленной 4 года назад по поводу перелома нижней челюсти.

Объективно: в области альвеолярного отростка тела нижней челюсти слева, над слизистой оболочкой выступает никилид-титановая конструкция.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте комплексное лечение.
3. Назовите возможные осложнения во время операции.
4. Назовите и опишите другие возможные варианты лечения перелома нижней челюсти, которые можно было применить у данной пациентки.
5. Укажите зубную формулу ребенка 9 лет.

Задача №18.

В стационар обратились родители ребенка 6 месяцев, с жалобами на косметический дефект в виде ярко-красного пятна у ребенка на лбу справа. Анамнез: пятно у ребенка было с рождения. В течение последнего полугода отмечается незначительный рост образования.

Объективно: Пятно ярко-красного цвета, размером 1,5 см. на 2,0 см. При надавливание на пятно, оно бледнеет и меняет свою форму. На ощупь, пятно горячее окружающих его тканей, над кожей возвышается незначительно.

1. Поставьте диагноз.
2. Расскажите классификацию данного новообразования.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите другие возможные принципы лечения данных новообразований.
5. Перечислите возможные осложнения.

Задача №19.

Пациент 15 лет. Обратился в стационар по поводу онемения левой щечной области. Анамнез: 3 дня назад упал с велосипеда и ударился головой.

Объективно: на левой скуловой области отмечается неглубокая ссадина, ее края обработаны зеленкой, симптомов присоединения вторичной инфекции нет. Умеренный отек правой скуловой области слабо болезненный при пальпации. Открывание рта затруднено.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите методы дополнительного обследования необходимые для постановки диагноза.
3. Назовите принцип лечения возникшего состояния.
4. Опишите процесс регенерации костной ткани.
5. Назовите методы иммобилизации кости.

Задача №20.

В челюстно-лицевой стационар по скорой помощи поступил ребенок 15 лет, с травмой лица в области лба. Пациент жалуется на боли и отек в области лба. При себе имеет рентгенограмму во фронтальной проекции, на которой отмечается повреждение лобной кости и сопроводительные

документы от нейрохирурга, исключающие наличие черепно-мозговой травмы. Анамнез: травму получил при игре на стройплощадке три часа назад.

Объективно: рана 5×10 мм. Края неровные, кровоточит, при пальпации ощущается подвижность участка лобной кости на 0,5 см. выше переносицы.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования.
3. Проведите соответствующее хирургическое и медикаментозное лечение.
4. Расскажите возрастную анатомию поврежденного участка.
5. Опишите возможные осложнения.

Задача №21.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 13 лет, по поводу случайно обнаруженных на ОПГ одонтогенных кист нижней челюсти.

Объективно: лицо ребенка с выступающими лобными буграми, широкой переносицей и широко расставленными глазами. Сходящееся косоглазие. На коже шеи и груди обнаруживаются элементы сыпи - полупрозрачные папулы гиперпигментированные диаметром от 1 до 3 см. На боковых поверхностях ладоней отмечаются множественные точечные углубления до 1мм. в диаметре и 1мм. глубиной. На ОПГ – в области моляров и фронтальной группы зубов отмечаются симметрично расположенные участки радиолюценции.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите этиологию и патогенез заболевания.
5. Укажите прогноз данного заболевания.

Задача №22.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 15 лет по направлению от врача-стоматолога. При лечении 46 зуба стоматологом была проведена рентгенография, после чего врач и направил родителей с ребенком на лечение в хирургический стационар. Снимок прилагается.

Объективно: лицо ребенка без особенностей, жалоб нет. 46 зуб имеет глубокую кариозную полость, перкуссия безболезненна. На рентгеновском снимке, в области верхушки медиального корня 46 зуба располагается участок радиолюценции с четкими краями, округлой формы 1,5×2,0 см., корень 45 зуба проецируется на изображение участка радиолюценции.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите этиологию, патогенез данного заболевания.
5. Перечислите возможные осложнения.

Задача №23.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 12 лет. Жалобы: на ограниченное (3-5 мм) болезненное открывание рта. Асимметрию лица за счет отека правой щечной и околоушной областей. Чувство неловкости в левом ВНЧС и щелкающие звуки при открывании рта. Анамнез: неделю назад подрался в школе, получил удар слева, после драки появились неприятные ощущения при открывании рта и щелкающие звуки. За помощью не обращались, лечились самостоятельно. В течение недели отек в месте ушиба постепенно увеличивался, вчера открывание рта стало резко ограниченно.

Объективно: при попытке открывать рот появляются боли, подбородок при этом смещается влево. Отмечается отек мягких тканей кпереди от козелка уха, при пальпации этой области возникают боли, кожные покровы гиперемированны.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите дальнейшее развитие заболевания.
5. Расскажите строение ВНЧС.

Задача №24.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 8 лет. Жалобы: на ноющие боли в правом височно-нижнечелюстном суставе, тугоподвижность, хруст, скованность по утрам и после продолжительного состояния покоя, на возникающие самопроизвольные боли, постоянного характера, усиливающиеся при движении нижней челюсти. Анамнез: считает себя больным в течение года. Симптомы заболевания в течение года прогрессировали, временами практически исчезали.

Объективно: при попытке открывать рот появляются боли, подбородок при этом смещается вправо. Отмечается отек мягких тканей кпереди от козелка уха, при пальпации этой области возникают боли, кожные покровы гиперемированны. Рот открывается на 2-2,5 см. Открывание рта сопровождается умеренным хрустом, при этом подбородок смещается вправо. Окраска прилежащих к нему кожных покровов не изменена, пальпация сустава вызывает усиление болей. Общее состояние удовлетворительное, температура тела нормальная.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите дальнейшее развитие заболевания.
5. Расскажите строение ВНЧС.

Задача №25.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 11 лет. Жалобы: на ноющие боли в правом височно-нижнечелюстном суставе, тугоподвижность, хруст, скованностью по утрам и после продолжительного состояния покоя. Возникают самопроизвольные боли, постоянные, усиливающиеся при движении нижней челюсти. Отек мягких тканей правой щечной области. Анамнез: считает себя больным в течение недели.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, температура тела $38{,}4^0$С. Наблюдается снижение остроты слуха правого уха. Головокружение. В области правого ВНЧС плотный болезненный инфильтрат, кожа напряжена, блестящая, в складку не собирается. Отмечается гиперестезией кожи в области поражения. Открывание рта ограниченно, сопровождается громким хрустом, при этом подбородок смещается вправо. Окраска прилежащих к нему кожных покровов гиперемирована, пальпация сустава вызывает усиление болей.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите дальнейшее развитие заболевания.
5. Расскажите строение ВНЧС.

Задача №26.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 8 лет. Жалобы: на тупую умеренную боль при движениях нижней челюсти в правом ВНЧС появляющуюся в основном по утрам. Ограничение объема движений нижней челюсти вниз и вправо. Хруст в суставе отмечается во всех фазах движения нижней челюсти. Анамнез: хруст впервые возник полгода назад.

Объективно: лицо ребенка нормальное, симметричное, отмечается патологическая окклюзия зубов (перекрестный прикус).

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите дальнейшее развитие заболевания.
5. Расскажите строение ВНЧС.

Задача №27.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 7 лет. Жалобы: на асимметрию лица, невозможность открывания рта, деформацию нижнего отдела лица. Анамнез: нарушения движений в суставе возникали постепенно с 5 лет, после перенесенного ребенком воспалительного заболевания костей нижней челюсти.

Объективно: правая половина нижней челюсти значительно короче противоположной стороны. Движения в правом ВНЧС не осуществляются.

При этом срединная линия нижней челюсти: подбородок, кончик носа, уздечка нижней губы – смещены вправо, ушная раковина на пораженной стороне располагается ниже, чем на здоровой.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите этиологию и патогенез заболевания.
5. Расскажите строение ВНЧС.

Задача №28.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 7 лет. Жалобы: на асимметрию лица, значительную ограниченность открывания рта, деформацию нижнего отдела лица. Анамнез: нарушения движений в суставе возникала постепенно с 5 лет, после перенесенной ребенком травмы костей нижней челюсти.

Объективно: правая половина нижней челюсти короче противоположной стороны. Движения в правом ВНЧС осуществляются не в полном объеме. Сустав тугоподвижен. При этом срединная линия нижней челюсти: подбородок, кончик носа, уздечка нижней губы – смещены вправо, ушная раковина на пораженной стороне располагается ниже, чем на здоровой.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите профилактику данного заболевания.

Задача №29.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 9 лет, по направлению из стоматологической поликлиники. Жалобы: на безболезненное образование на слизистой оболочке правой щеки. Анамнез: образование возникло после травмы год назад, медленно увеличивается в размерах.

Объективно: на слизистой оболочке правой щеки, по линии смыкания зубов округлое опухолевидное образование на тонкой ножке, безболезненное при пальпации, мягко-эластичное на ощупь. Слизистая оболочка образования в цвете не изменена, шероховатая.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Проведите дополнительные методы исследования.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите этиологию, патогенез данного заболевания.

Задача №30.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 9 лет. Жалобы: на безболезненную деформацию альвеолярного отростка нижней челюсти справа. Анамнез: деформация возникла год назад, постепенно увеличивалась в размерах.

Объективно: лицо ребенка симметрично, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта: 46 зуб, со слов родителей, не прорезался, на вестибулярной стороне альвеолярного отростка дистально от 85 зуба незначительная, плотная, безболезненная деформация кости. На ОПГ в области деформации гомогенная тень высокой интенсивности, с четкими бугристыми контурами. По периферии новообразования видны полоса разрежения костной ткани и ободок склероза, который отграничивает образование от здоровой ткани челюсти. Зачатка 46 зуба нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительное исследование.
3. Назначьте лечение.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Напишите зубная формула данного пациента по ВОЗ.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

РАЗДЕЛ 1. ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.

Эталон ответа к задаче №1

1. Стоматологический кабинет должен иметь естественное освещение: световой коэффициент (СК), коэффициент естественной освещенности (КЕО) и угол падения световых лучей на рабочее место. Нормативные значения этих показателей следующие: перепад освещенности рабочего места к общей - не более 10 %, СК - КЕО - не менее 1,5 %, угол падения - не менее 28°.
2. Кабинет должен иметь общее искусственное освещение (люминесцентные лампы холодного естественного цвета с закрытыми рассеивателями с уровнем освещенности 500 лк на рабочем месте врача-стоматолога и рабочем месте медицинской сестры.
3. Создаваемая местным источником освещенность операционного поля не должна превышать уровень общего освещения более чем в 10 раз и должна быть в пределах 2000 — 5000 лк.
4. Фенолфталеиновая проба: Рабочий раствор – 1% спиртовый раствор фенолфталеина. Появление при постановке пробы розового окрашивания реактива свидетельствует о наличии на изделии остаточных количеств щелочных компонентов моющего средства.
5. При положительной на кровь или моющее средство всю партию контролируемых изделий, из которой проводилась выборка для контроля, подвергают повторной обработке до получения отрицательных результатов. Методом кипячения в обычной или щелочной воде стерилизуют шприцы, иглы, боры, инструменты для пломбирования зубов. Стерилизацию проводят 30-40 минут. К воде добавляется бикарбонат натрия 10-20 г на литр воды (для профилактики окисления).

Эталон ответа к задаче №2

1. Режим стерилизации воздуха терапевтического стоматологического кабинета допускает следующие варианты:

1.1.Установка двух облучателей настенных с двумя лампами каждый, направленных на пол и потолок, установленных под углом 90 градусов друг к другу. Режим кварцевания 2 часа после генеральной уборки, 30 минут после утренней, дневной (между сменами) и вечерней уборки.

1.2. Рециркулятор воздуха с кварцеванием, работает в непрерывном режиме в присутствии людей.

1.3. Непрерывная централизованная подача стерильного воздуха с вытяжкой отработанного (как правило, в условиях стационаров).

2. Для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации металлического инструментария используют замачивание в растворах детергентов, разрешающих совмещать дезинфекцию и предстерилизационную обработку (Аламинол, Жавелион, Лизофармин, Самаровка и др.) на 30 – 60 мин в зависимости от концентрации, промывание проточной водой, ультразвуковую и/или механическую очистку, промывание под проточной водой 3 минуты, ополаскивание дистиллированной водой, стерилизацию в сухожаровом шкафу 45 мин при температуре 180 градусов по Цельсию.
3. Оптимальным способ дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации эндодонтических инструментов является замачивание на 60 мин для дезинфекции в дезраствор, ультразвуковая очистка в дезрастворе, промывание под проточной водой 3 минуты, ополаскивание дистиллированной водой, стерилизация в автоклаве при 126 градусах и 1,5 атмосферах 20 мин, при 134 градусах и 2 атмосферах – 15 минут.
4. Стоматологические зеркала дезинфицируются и стерилизуются химическим способом, возможно автоклавирование. Недопустима ультразвуковая обработка
5. Дезинфекции и стерилизации наконечников проводится двукратным обтиранием салфеткой с дезинфицирующим средством с разрывом во времени 3 минуты, продуванием с одновременным смазыванием, автоклавированием при 126 градусах и 1,5 атмосферах в течение 20 мин.

Эталон ответа к задаче №3

1. Учетная форма №043-У «Медицинская карта стоматологического больного» (Приказ Минздрава СССР от 04.10.80 №1030).
2. Учетная форма №037/У «Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета»
3. Учетная форма №025-12/у - карта «Законченного случая поликлинического обращения» (карта ЗСПО, приказ Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. № 255)
4. Учетная форма №037/У «Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета»
5. Учетная форма №039/У «Сводная ведомость учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета».

Эталон ответа к задаче №4

1. Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала детской стоматологической поликлиники

1. Врачебный персонал	
Врач-стоматолог детский	0,8 должности на 1000 <**> детей в городах 0,5 должности на 1000 <*> детей в сельских населенных пунктах
Врач-ортодонт	0,15 должности на 1000 детей
Врач-стоматолог хирург	1 должность на 6 должностей врачей-стоматологов детских
Врач-физиотерапевт	0,1 должности на 15 тыс. детей
Врач-рентгенолог	1 должность на 15 тыс. рентгеновских снимков год
Врач анестезиолог-реаниматолог	1 должность на 20 должностей врачей-стоматологов
Заведующий детским стоматологическим отделением	1 должность на 12 должностей врачей-стоматологов
Заместитель главного врача по медицинской части	1 должность на 40 должностей врачей-стоматологов
Заведующий организационно-методическим кабинетом - врач-методист стоматолог	0,5 должности на 100 тыс. детей
2. Средний медицинский персонал	
Медицинская сестра (врачебного кабинета)	1 должность на каждую должность врача-стоматолога детского, стоматолога-хирурга, ортодонта
Медицинская сестра (физиотерапевтического кабинета)	1 должность на 15 тыс. условных процедурных единиц в год
Медицинская сестра-анестезист	1,5 должности на 1 должность врача анестезиолога-реаниматолога
Рентгенолаборант	1 должность в смену
Гигиенист-стоматологический	1 должность на 6 должностей врачей-стоматологов всех наименований; 1 должность в стоматологическом кабинете образовательного учреждения; 1 должность в Центре здоровья.
Медицинский статистик	1 должность на 20 должностей врачей-стоматологов
Медицинский регистратор	1 должность на 6 должностей врачей-стоматологов
Зубной техник	должность устанавливается в зависимости от объема работы

Старший зубной техник	1 должность на каждые 10 должностей зубных техников, но не менее 1 должности
Заведующий зуботехнической лабораторией	1 должность в поликлинике при штатных нормативах не менее 15 должностей зубных техников. При меньшем количестве должностей зубных техников эта должность вводится вместо 1 должности старшего зубного техника.
Старшая медицинская сестра	1 должность на 1 должность заведующего отделением
Главная медицинская сестра	1 должность
3. Младший медицинский персонал	
Сестра хозяйка	1 должность
Санитарка	на 1 должность врача-стоматолога хирурга; на 3 должности врача-стоматолога детского; на 3 должности врача-ортодонта; на 2 должности медицинских сестер отделения физиотерапии; 1 должность в регистратуру; 1 должность в зуботехническую лабораторию.

<*> Должность врача-стоматолога детского в штатном расписании может быть при необходимости заменена на должность зубного врача, выполняющего свои должностные обязанности в соответствии с действующим законодательством.

<**> Включая детей в образовательных учреждениях.

2. В приказе МЗ СССР «О штатных нормативах медицинского персонала стоматологических и зубопротезных отделений больничных поликлиник» от 04.02.1950 г. № 87 даны критерии стоматологических поликлиник и число врачебных должностей в них. Согласно этому приказу, стоматологические поликлиники делятся на шесть категорий: 1 категория - при 40 врачебных должностях, 2 категория - при 30, 3 категория - при 25, 4 категория - при 20, 5 категория – при 15 и 6-я категория - при 10.
3. Для обеспечения функций детской стоматологической поликлиники в ее структуре рекомендуется предусматривать: отделение терапевтической стоматологии с кабинетами пародонтологии и лечения заболеваний слизистой оболочки рта; отделение (кабинет) хирургической стоматологии; ортодонтическое отделение (кабинет); лечебно-профилактическое отделение оказания стоматологической помощи детям в образовательных учреждениях; рентгенологический кабинет; физиотерапевтический кабинет; комната гигиены; регистратура; кабинет логопеда; кабинет психолога детского; централизованная стерилизационная; ортодонтическая

зуботехническая лаборатория; технические службы; кабинет медицинской статистики; административно-хозяйственная часть.

4. Стоматологическая помощь детям, оказываемая в детских стоматологических отделениях (кабинетах) медицинских организаций, включает: организацию лечебно-диагностического процесса детям, страдающим стоматологическими заболеваниями; организацию и проведение в плановом порядке профилактических осмотров и санации полости рта детей, в т.ч. в учреждениях дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего, начального и среднего профессионального образования; диспансерное наблюдение за детьми с патологией зубочелюстной системы и анализ его эффективности с оценкой уровня стоматологического здоровья детей; выявление детей с зубочелюстно-лицевыми аномалиями, деформациями и предпосылками их развития, дефектов коронок зубов и зубных рядов с последующим их направлением к врачу-ортодонту в детскую стоматологическую поликлинику; направление детей на стационарное лечение в специализированные стоматологические отделения и федеральные учреждения, оказывающие стоматологическую помощь детям; внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний челюстно-лицевой области у детей; проведение санитарно-гигиенического обучения населения, в том числе с привлечением среднего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений, педагогического персонала школ и дошкольных учреждений, родителей с использованием средств массовой информации.
5. Штатное расписание: 0,8 должности на 1000 детей в городах и 0,5 должности на 1000 детей в сельских пунктах.

РАЗДЕЛ 2. КАРИЕС ЗУБОВ. ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Эталон ответа к задаче №1.

1. Средний кариес (циркулярный, «бутылочный») 52, 51, 61, 62 зубов, V класс по Блеку.
2. Зондирование, термодиагностика.
3. Устранить вредную привычку (не оставлять бутылочку на ночь). Техника ART с последующим пломбированием СИЦ. Препараты кальция, таблетки фторида натрия в течение 9 месяцев с перерывом на

лето, либо раствор «Витафтор». Диета богатая белком, кальций и фосфорсодержащая.
4. Хронический фиброзный пульпит.
5. Зубная паста для детей Rocs от 0 до 3 лет.

Эталон ответа к задаче №2.

1. Глубокий кариес 16.
2. Термодиагностика, ЭОД.
3. Под инфильтрационной анестезией препарирование кариозной полости зуба, медикаментозная обработка, пломбирование фотокомпозитом.
4. Средний кариес, хронический пульпит.
5. Детские лечебно - профилактические зубные пасты от 7 лет и старше, флоссы, ополаскиватели полости рта.

Эталон ответа к задаче №3.

1. а) начальный кариес, б) гипоплазия эмали, в) флюороз.
2. Начальный кариес 33 зуба.
3. а) типичная локализация б) увеличение пятна в размере.
4. а) витальное окрашивание 2% раствором метиленового синего б) электрометрия.
5. Местно: проведение курса рем. терапии. Общее: препараты кальция, диета безуглеводистая с высоким содержанием кальция и фосфора.

Эталон ответа к задаче №4.

1. Средний кариес 84, 85 зубов, II класс по Блэку.
2. Температурная проба, зондирование.
3. Под проводниковой анестезией (мандибулярная) провести препарирование кариозных полостей, медикаментозная обработка, высушивание ватным тампоном, восстановление анатомической формы зубов стеклоиономерным цементом.
4. КПУ+кп=5, субкомпенсированная форма.
5. Обучение рациональной гигиене полости рта, зубные пасты по возрасту, посещение врача-стоматолога 2 раза в год, аппликации зубов Profluorid Gille 2-3 мин.- 10 процедур через день.

Эталон ответа к задаче №5.

1. Средний кариес 26 зуба, I класс по Блэку.
2. Зондирование, термодиагностика, ЭОД.
3. Под инфильтрационной анестезией провести препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка, высушивание ватным тампоном, прокладка из стеклоиономерного цемента, восстановление анатомической формы зуба композиционным материалом, шлифование, полирование пломбы, покрытие поверхности пломбы. Обучение рациональной гигиене полости рта.

4. КПУз =10
5. Профессиональная чистка полости рта, обучение рациональной гигиене, индивидуальный подбор зубной щетки и пасты.

Эталон ответа к задаче №6.

1. Средний кариес 14 зуба, II класс по Блэку.
2. Зондирование, температурная проба, ЭОД.
3. Под инфильтрационной анестезией провести препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка, высушивание ватным тампоном, восстановление анатомической формы зубов стеклоиономерным цементом. Обучение рациональной гигиене полости рта. Рекомендовано после исполнения пациенту 12 лет заменить пломбу из стеклоиономерного цемента на композиционный пломбировочный материал.
4. КПУ+кп=11, декомпенсированная форма.
5. Профессиональная чистка полости рта, обучение рациональной гигиене, индивидуальный подбор зубной щетки и пасты.

Эталон ответа к задаче №7.

1. Множественный поверхностный кариес фронтальных зубов.
2. Плохая гигиена полости рта, нерациональный подбор предметов и средств гигиены при наличии в полости рта брекет - системы.
3. Препарирование дефектов, медикаментозная обработка, высушивание ватным тампоном, восстановление анатомической формы зуба композиционным материалом, шлифование, полирование пломбы, покрытие.
4. КПУз=15
5. Обучение рациональной гигиене полости рта. Рекомендовать использование лечебно-профилактической зубной пасты, содержащей соединения кальция и фосфаты. Ремтерапия препаратами фтора и кальция.

Эталон ответа к задаче №8.

1. Кариес в стадии пятна 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64 зубов, V класс по Блеку.
2. Плохая гигиена полости рта, углеводистая диета.
3. Очистить зубы от налета (при поверхностном кариесе сошлифовать шероховатости), высушить, покрыть пораженные кариесом участки зубов 1-3 мин., высушить. Количество манипуляций – 3, с интервалом 1-3 дня. Реминерализирующая терапия.
4. кп = 7.
5. Безуглеводистая диета, пища, богатая белками и витаминами, зубная паста с кальцием и фтором. Обучение стандартной чистке зубов.

Эталон ответа к задаче №9.

1. Множественный кариес в стадии пятна.
2. Неудовлетворительная гигиена полости рта.
3. Лечение: контроль гигиены полости рта, обучение правильной чистке зубов, профессиональная гигиена полости рта, реминерализирующая терапия.
4. КПУз= 13
5. Безуглеводистая диета, пища, богатая белками и витаминами, зубная паста с кальцием и фтором. Обучение стандартной методики чистке зубов.

Эталон ответа к задаче №10.

1. Средний кариес 46 зуба, I класс по Блэку.
2. Плохая гигиена полости рта, посещение врача-стоматолога раз в несколько лет.
3. Под инфильтрационной анестезией провести препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка, высушивание ватным тампоном, прокладка из стеклоиономерного цемента, восстановление анатомической формы зуба композиционным материалом, шлифование, полирование пломбы, покрытие поверхности пломбы.
4. КПУз =6.
5. Безуглеводистая диета, пища, богатая белками и витаминами, зубная паста с кальцием и фтором. Обучение чистке зубов. Посещение врача-стоматолога 2 раза в год. Ремтерапия.

Эталон ответа к задаче №11.

1. Средний кариес 54 зуба, II класс по Блэку.
2. Неудовлетворительная гигиена полости рта, не использование флоссов и ополаскивателей.
3. Под инфильтрационной анестезией провести препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка, высушивание ватным тампоном, восстановление анатомической формы зубов стеклоиономерным цементом. Рекомендовано после исполнения пациенту 12 лет заменить пломбу из стеклоиономерного цемента на композиционный пломбировочный материал.
4. КПУ+кпз=8
5. Обучение рациональной гигиене полости рта, использование лечебно-профилактических, противокариозных зубных паст, и ополаскивателей для полости рта преимущественно противокариозного действия.

Эталон ответа к задаче №12.

1. Множественный поверхностный кариес фронтальных зубов нижней челюсти.

2. Недостаточная гигиена полости рта, бурный рост в пубертатный период, снижение иммунитета.
3. Препарирование дефекта, восстановление фторсодержащим эстетичным пломбировочным материалом (Ketak N100).
4. КПУз=9
5. Обучение рациональной гигиене полости рта, использование лечебно-профилактических, противокариозных зубных паст, и ополаскивателей для полости рта преимущественно противокариозного действия. Ремтерпия.

Эталон ответа к задаче №13.

1. Средний кариес 36, 46 зубов, глубокий кариес 16 зуба, I класс по Блеку.
2. ЭОД 36, 46, 16.
3. Под инфильтрационной анестезией проведено препарирование кариозных полостей 36,46,16 зубов, медикаментозная обработка, высушивание ватным тампоном, на дно кариозной полости 16 кальций содержащая лечебная прокладка, восстановление анатомической формы 36,46,16 зубов стеклоиономерным цементом.
4. КПУз=5.
5. Обучение рациональной гигиене полости рта, использование лечебно-профилактических, противокариозных зубных паст, и ополаскивателей для полости рта преимущественно противокариозного действия. Ремтерпия.

Эталон ответа к задаче №14.

1. Средний кариес 46, глубокий кариес 36, I класс по Блеку.
2. Рентгенологическое обследование, ЭОД 36, 46.
3. Лечение глубоко кариеса 36 зуба методом отсроченного пломбирования, в два посещения. Лечение среднего кариеса 46 зуба пломбированием стеклоиономерным цементом.
4. КПУз=3, компенсированная форма.
5. Обучение гигиене полости рта. Рациональный подбор предметов и средств гигиены полости рта.

Эталон ответа к задаче №15.

1. Кариес в стадии пятна 13, 11, 21, 23, 24, 25 зубов, V класс по Блеку, субкомпенсированная форма.
2. Дополнительные обследования: витальное окрашивание эмали зубов, ортопантомография.
3. Флюороз, гипоплазия эмали зубов.
4. Ремтерапия.
5. Обучение рациональной гигиене полости рта, реминерализующая терапия.

Эталон ответа к задаче №16.

1. Кариес в стадии пятна 12,11,21,22 зубов, V класс по Блеку, субкомпенсированная форма
2. Данные анамнеза, метод прижизненной окраски 2% раствором метиленового синего, эритрозина.
3. Избыточное употребление углеводов, неудовлетворительная гигиена полости рта.
4. Деминерализация эмали.
5. Обучение рациональной гигиене полости рта, реминерализующая терапия.

Эталон ответа к задаче №17.

1. Средний кариес 26 зуба, I класс по Блеку, острое течение.
2. Частые ОРЗ – более 4 раз в году, плохая гигиена полости рта.
3. КПУ+кп=12
4. Перед лечением основного заболевания необходимо провести профессиональную чистку полости рта, обучение правильной чистке, подбор индивидуальных средств гигиены. Коррекция диеты. Назначить ремтерапию местно. Внутрь препараты Са и Р. Лечение среднего кариеса 46 зуба путем пломбирования стеклоиономерным цементом.
5. Наблюдение у врача-стоматолога 2-3 раза в год.

Эталон ответа к задаче №18.

1. Гипоплазия эмали, флюороз.
2. Кариес в стадии пятна 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, V класс по Блеку
3. Меловидное пятно с матовым оттенком появилось полгода назад, со временем увеличилось. Реакция на температурные раздражители отрицательная.
4. Прижизненная окраска 2% раствором митиленового синего.
5. КПУ=13, декомпенсированная форма. Ремтерапия препаратами Са и Р - Fluoridin №5, Profluorid Gelee.

Эталон ответа к задаче №19.

1. Глубокий кариес, хронический фиброзный периодонтит 45
2. Средний кариес 45 зуба, 1 класс по Блеку, субкомпенсированная форма
3. ЭОД, рентгенологическое исследование.
4. Препарирование болезненно по эмалево-дентинной границе.
5. Под инфильтрационной анестезией проведено препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка, высушивание ватным тампоном, восстановление анатомической формы зубов стеклоиономерным цементом.

Эталон ответа к задаче №20.

1. Кариес в стадии пятна 54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 83, 82, 72, 73, 74 зубов, V класс по Блеку.
2. Метод прижизненной окраски 2% раствором метиленового синего.
3. Искусственное вскармливание
4. Реминерализирующая терапия препаратами Са и Р - Fluoridin №5, Profluorid Gelee.
5. Коррекция питания, внутрь препараты Са и Р, тщательная гигиена полости рта с использованием лечебно-профилактических паст.

Эталон ответа к задаче №21.

1. Средний кариес, хронический фиброзный пульпит.
2. Глубокий кариес 36 зуба, I класс по Блеку, компенсированная форма
3. ЭОД, зондирование, термодиагностика
4. Глубокая кариозная полость, кратковременная боль на холод, болезненное зондирование по дну кариозной полости.
5. Под проводниковой анестезией препарирование кариозной полости 36 зуба, медикаментозная обработка 0,05% раствором хлоргексидина, высушивание ватным тампоном, лечебная прокладка на основе гидроокиси кальция, пломба из стеклоиономерного цемента. Рекомендовано замены пломбы из стеклоиономерного цемента на пломбу из композиционного материала химического либо светового отверждения, после 12 лет.

Эталон ответа к задаче №22.

1. Хронический фиброзный пульпит, средний кариес
2. Средний кариес 54, 55 зубов, II класс по Блеку, субкомпенсированная форма.
3. Дополнительные методы исследования не нужны.
4. Безболезненное течение кариеса, болезненность эмалево-дентинного соединения при препарировании, полость средней глубины.
5. Препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка 0,05% раствором хлоргексидина, пломба из стеклоиономерого цемента.

Эталон ответа к задаче №23.

1. Начальный кариес 11,21,33,43 зубов, V класс по Блеку, декомпенсированная форма.
2. Метод прижизненной окраски эмали 2% раствором метиленового синего.
3. Деминерализация эмали.
4. КПУ+кп=8, декомпесированная форма кариеса.
5. Реминерализующая терапия препаратами Fluoridin №5, Profluorid Gelee.

Эталон ответа к задаче №24.

1. Глубокий кариес 46 зуба, I класс по Блеку, декомпенсированная форма.
2. Термодиагностика, ЭОД.
3. КПУ+кп=12, декомпенсированная форма.
4. В два посещения.
5. В первое посещение под проводниковой анестезией препарирование кариозной полости 46 зуба, медикаментозная обработка 0,05% раствором хлоргексидина, высушивание ватным тампоном, лечебная прокладка на основе гидроокиси кальция, пломба из водного дентина. Во второе посещение при отсутствии жалоб снятие повязки, постановка постоянной пломбы из стеклоиономерного цемента. Рекомендовано замены пломбы из стеклоиономерного цемента на пломбу из композиционного материала химического либо светового отверждения, после 12 лет.

Эталон ответа к задаче №25.

1. Средний кариес 51, 61 зубов, III класс по Блеку, компенсированная форма.
2. Не требуется.
3. Деминерализация эмали.
4. кп=2, компенсированная форма.
5. Препарирование, либо техника ART с последующим пломбированием Ketac N100.

Эталон ответа к задаче №26.

1. Средний кариес (циркулярный) 52, 51, 61, 62 зубов, III класс по Блеку, компенсированная форма.
2. Кариозные полости средней глубины, кратковременная реакция на холод, болезненная реакция на зондирование по эмалево-дентинной границе.
3. Углеводистая диета, длительное использование соски.
4. кп=4
5. Техника ART, с последующим пломбированием СИЦ.

Эталон ответа к задаче №27.

1. Средний кариес 75 зуба, декомпенсированная форма, I класс по Блеку.
2. Термодиагностика, зондирование.
3. Токсикоз, недоношенная беременность, искусственное вскармливание.
4. кп=9, декомпенсированная форма.
5. Под инфильтрационной анестезией препарирование кариозной полости 75 зуба, мед. обработка 0,05% раствором хлоргексидина, кальций содержащая паста на дно полости под водный дентин на 7 дней. Во

второе посещение при отсутствии жалоб – постоянное пломбирование пломбой из стеклоиономерного цемента.

Эталон ответа к задаче №28.

1. Поверхностный кариес 52,51,61,62 зубов, компенсированная форма, V класс по Блеку.
2. Окрашивание пятен 2% раствором метиленового синего.
3. Погрешности в диете (большое количество углеводов).
4. кп=4, компенсированная форма.
5. Метод серебрения 30% раствором нитрата серебра, либо Сафорайд трехкратно через день.

Эталон ответа к задаче №29.

1. Начальный кариес 16,26,36,46 зубов, субкомпенсированная форма, I класс по Блеку.
2. Окрашивание кариес-маркером деминерализованного дентина.
3. Неудовлетворительная гигиена полости рта.
4. КПУ+кп=6.
5. Профилактическое расширение фиссурным бором, герметизация фиссур Fissurit F.

Эталон ответа к задаче №30.

1. Вторичный кариес 55 зуба по типу среднего, компенсированная форма, II класс по Блеку.
2. Зондирование болезненно по эмалево-дентинному соединению, положительная термическая проба.
3. Хроническое течение.
4. кп=4
5. Под инфильтрационной анестезией препарирование 55 зуба, мед. обработка 0,05% раствором хлоргексидина, высушивание, пломба Ketak N 100.

РАЗДЕЛ 3. НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

Эталон ответа к задаче №1.

1. Системная гипоплазия эмали, пятнистая форма. Расспрос матери о течении беременности (токсикозы, заболевания).
2. Окрашивание поражённых участков метиленовым синим. Пятна не окрашиваются.
3. Во второй половине беременности (токсикоз или заболевание беременной женщины). Также данная патология встречается у детей,

родившихся в асфиксии; в связи с перенесённой ребёнком в первые дни и недели после рождения гемолитической желтухой новорожденных, диспепсией и др.
4. Проводят дифференциальную диагностику с кариесом в стадии пятна (локализация пятен, окрашивание органическими красителями), с пятнистой формой флюороза (собрать анамнез, оценить состояние твёрдых тканей всех групп зубов), с аутосомнодоминантным несовершенным амелогенезом «снежная шапка», очаговой одонтодисплазией, местной гипоплазией эмали в виде пятна.
5. Реминерализирующую терапию препаратами фтора и кальция.

Эталон ответа к задаче №2.

1. Системная гипоплазия эмали, бороздчатая форма.
2. Ребёнок жалуется на косметический дефект, стираемость эмали, сколы зубов.
3. Да, при сколе части режущего края, шиповидной форме бугров изменяется форма и размер зубов. Это ведёт к изменениям в пародонте.
4. Дифференциальный диагноз проводят с циркулярным кариесом, аутосомно-доминантным ямочно-бороздчатым гипопластическим наследственным несовершенным амелогенезом.
5. На рентгенограмме в местах борозд видны единичные тёмные полосы, имеющие горизонтальное расположение, на фоне которых иногда видны более тёмные пятнышки, указывающие на более тяжёлый период в перенесённом заболевании.

Эталон ответа к задаче №3.

1. На рентгенограмме в местах отсутствия эмали видны обширные тёмные пятна.
2. Дети с данной патологией относятся к группе риска по кариесу.
3. Ортопедическое лечение.
4. Ребёнок жалуется на гиперестезию от химических и температурных раздражителей, косметический дефект, отлом бугров и режущего края коронок, патологическую стираемость.
5. Аплазия эмали является или самостоятельным заболеванием или следствием бороздчатой или чашеобразной формы системной гипоплазии эмали.

Эталон ответа к задаче №4.

1. Разновидность местной гипоплазии эмали, зуб Турнера.
2. Причиной данной патологии могла быть спортивная травма (вколоченный вывих молочного зуба в момент, когда корни его сформированы), приведшая к механической травме фолликула. Корень молочного зуба нарушает целостность кортикальной пластинки, отделяющей зачаток постоянного зуба от временного.

3. Рентгенография – оценить состояние ростковой зоны, костной ткани в области поражённого зуба.
4. Заболевание дифференцируют с аутосомно-доминантным гипопластическим ямочно-бороздчатым наследственным несовершенным амелогенезом, ямочной или бороздчатой формой системной гипоплазии эмали, аутосомно-доминантным гипопластическим гранулообразным наследственным несовершенным амелогенезом, с циркулярным кариесом, аплазией эмали.
5. Восстановление размера и формы зуба с использованием композиционных материалов. Назначить рентгеноконтроль состояния периодонта в динамике (исключить гибель ростковой зоны).

Эталон ответа к задаче №5.

1. Зубы Гетчинсона, разновидность системной гипоплазии эмали - следствие врождённого сифилиса.
2. Необходимо расспросить мать - не было ли заражения матери ребёнка сифилитической инфекцией до или во время беременности? Лечилась ли она и насколько эффективно было лечение?
3. Лабиринтит (врождённая глухота), паренхиматозный кератит.
4. Реставрация композиционными материалами химического и светового отверждения.
5. При появлении значительных сколов эмали на коронках и повышенной стираемости зубов.

Эталон ответа к задаче №6.

1. Тетрациклиновые зубы.
2. Расспросить мать - принимала ли во время беременности препараты тетрациклинового ряда и на каком сроке беременности.
3. Дифференциальную диагностику проводят с гемолитической болезнью новорожденных, с наследственным опалесцирующим дентином, наследственным несовершенным амелогенезом, несовершенным остеогенезом.
4. Под влиянием ультрафиолетовых лучей зубы, окрашенные в жёлтый цвет, флюоресцируют. Этим свойством обладают и коронки, и корни зубов.
5. В этом возрасте достаточно покрыть окрашенные зубы препаратом «Сафорайд» (2-3 сеанса) с профилактической целью.

Эталон ответа к задаче №7.

1. Очаговая гипоплазия (одонтодисплазия, фантомные зубы, незавершённый одонтогенез).
2. Челюстно-лицевая травма в прошлом. Спросить родителей о возможной задержке прорезывания поражённых зубов.
3. Рентгенография. Корни зубов укорочены, каналы широкие, полость зуба большая, слой твёрдых тканей очень тонкий. Плотность тканей

зуба в различных участках коронок неодинакова, что свидетельствует о нарушении минерализации.
4. С местной гипоплазией эмали, системной гипоплазией эмали, тетрациклиновыми зубами, наследственным несовершенным амелогенезом, опалесцирующим дентином
5. По эстетическим показаниям дефекты эмали пломбируют композиционными материалами химического и светового отверждения, компомерами.

Эталон ответа к задаче №8.

1. Мать ребёнка следует расспросить о заражении сифилитической инфекцией до или во время беременности, об эффективности проводившегося лечения. Разновидность системной гипоплазии эмали – зубы Пфлюгера.
2. Ребёнок жалуется на косметический дефект, сколы, стираемость эмали.
3. Пломбирование стеклоиономерными цементами, композитами химического и светового отверждения.
4. Ортопедическое лечение показано при значительных сколах эмали, повышенной стираемости эмали.
5. Своевременное выявление и эффективное лечение сифилитической инфекции у матери поможет предотвратить тяжёлые последствия врождённого сифилиса у ребёнка.

Эталон ответа к задаче №9.

1. Флюороз, штриховая и меловидно-крапчатая форма.
2. Посёлок Балахта, содержание фтора в питьевой воде 2- 3 мг/л (не во всех водоисточниках).
3. Тяжесть проявления флюороза обусловлена степенью чувствительности организма к фтористой интоксикации и его способностью противостоять этому воздействию; концентрацией фтора в питьевой воде и количеством потребляемой воды; общим состоянием ребёнка и его возрастом; длительностью поступления фтора в организм; потреблением продуктов, содержащих фтор; искусственным вскармливанием и ранним прикормом.
4. Выбор метода лечения зависит от формы флюороза. В данном случае показано отбеливание зубов с последующей реминерализирущей терапией, а также реставрация зубов, имеющих сколы и стираемость эмали.
5. Провести осмотр всех возрастных групп школьников с целью выявления случаев флюороза. Всем школьникам, у кого диагностирован флюороз, рекомендовать использовать для чистки зубов кальцийсодержащие пасты; употреблять кипячёную воду и готовить на ней пищу; наладить сбалансированное питание; замораживать воду, пить соки; уменьшить потребление фторсодержащих продуктов (морская рыба, зелёный чай и др.); на все

каникулы, по возможности, уезжать в районы с нормальным содержанием фтора в питьевой воде; использовать, по возможности, привозную воду. По возможности, заменить водоисточник, проводить фильтрование воды.

Эталон ответа к задаче №10.

1. Ребёнок жалуется на косметический дефект, сколы эмали, чувствительность от температурных раздражителей, стираемость зубов.
2. На рентгенограмме глубокие дефекты проецируются в виде обширных тёмных пятен.
3. Эта форма флюороза встречается в регионах с содержанием фтора в питьевой воде 10 мг/л и более.
4. Дифференцируют с кариесом, наследственным несовершенным амелогенезом, гипоплазией, эрозией, некрозом эмали.
5. Пломбирование дефектов с применением гласиономеров, композитов химического и светового отверждения; возможно ортопедическое лечение.

Эталон ответа к задаче №11.

1. Аутосомно-доминантный гипопластический наследственный несовершенный амелогенез, ямочно-бороздчатая форма.
2. Ребёнок жалуется на косметический дефект, сколы эмали, чувствительность эмали различной интенсивности.
3. Дифференцируют с бороздчатой формой системной гипоплазии эмали, с несовершенным одонтогенезом, с сочетанной формой флюороза.
4. Реминерализирующая терапия с использованием кальций и фторсодержащих препаратов для профилактики кариеса. Реставрация дефектов с использованием стеклоиономерных цементов, композитов химического и светового отверждения.
5. В основе данного заболевания лежит недоразвитие эктодермальной зародышевой ткани (нарушено формирование матрицы эмали).

Эталон ответа к задаче №12.

1. Аутосомно-доминантный гипоматурационный наследственный несовершенный амелогенез «снежная шапка».
2. С системной гипоплазией эмали, флюорозом, кариесом, другими наследственными нарушения строения эмали и дентина.
3. Реминерализирующая терапия кальций и фторсодержащими препаратами для профилактики кариеса.
4. Да, возможно. Число поражённых зубов будет варьировать.
5. Этот вид патологии развития твёрдых тканей связан с нарушением созревания матрицы эмали.

Эталон ответа к задаче №13.

1. Несовершенный дентиногенез.
2. Коронки зубов имеют нормальную величину и форму, эмаль зубов остаётся неизменённой, поэтому клинически эта патология не проявляется.
3. Ребёнок жалуется иногда на боль при воздействии температурных раздражителей, кровоточивость дёсен, подвижность зубов.
4. Прохождение и пломбирование облитерированных каналов, что в последующие годы не даёт обострения.
5. При неэффективном лечении зуб подлежит удалению. При потере отдельных зубов рекомендуется съёмное протезирование.

Эталон ответа к задаче №14.

1. Наследственный опалесцирующий дентин (синдром Стентона-Капдепона).
2. Рентгенография. На рентгенограмме обнаруживается облитерация полости зуба и корневых каналов. Корни зубов короткие, тонкие или толстые. У верхушек корней отмечаются явления гиперцементоза и очаги разрежения костной ткани.
3. В основе данного порока развития лежит нарушение функции мезодермальной и эктодермальной зародышевых тканей, в результате чего нарушается развитие эмали и дентина.
4. Ребёнок ставится на диспансерный учёт. Применяются все виды протезирования в зависимости от возраста (защитные каппы, коронки, мостовидные и съёмные протезы).
5. Да, чем старше ребёнок, тем более выражен процесс стираемости эмали и дентина. Это приводит к нарушению окклюзии и изменению в височно-нижнечелюстном суставе.

Эталон ответа к задаче №15.

1. Наследственный несовершенный остеогенез.
2. При осмотре полости рта - молочные и постоянные зубы обычной формы и величины. Окраска эмали - от серой до сине-серой или желтовато-коричневой, отмечается патологическая стираемость эмали, более выраженная на временных зубах.
3. На рентгенограмме отмечается истончение кортикального слоя челюстей. В области верхушек корней наблюдается разрежение костной ткани.
4. С возрастом происходит облитерация полости зуба и корневых каналов.
5. Прохождение корневых каналов, пломбирование их. При неэффективном лечении – удаление зубов с последующим протезированием.

Эталон ответа к задаче №16.

1. На фоне выраженной пигментации эмали всех групп зубов видны участки, где эмаль отсутствует (эрозии). Эмаль по краям эрозий пигментирована, меловидного цвета, лишена блеска, хрупкая, легко скалывается, образуя дополнительные полости разной формы, величины и глубины, края и дно которых шероховаты. Дно и стенки этих дефектов жёлтого или коричневого цвета. Выражена стираемость эмали и дентина.
2. Ребёнок жалуется на боль при воздействии температурных раздражителей, косметический дефект, скалывание эмали, стираемость зубов.
3. Дифференциальную диагностику проводят с наследственным несовершенным амелогенезом, гипоплазией, эрозией.
4. Рождение и проживание ребёнка в местности с повышенным содержанием фтора в питьевой воде, высокая чувствительность организма к фтористой интоксикации, общее состояние ребёнка, возможное искусственное вскармливание и ранний прикорм, несбалансированное питание.
5. Реставрация зубов с использованием стеклоиономерных цементов, композитов, компомеров.

Эталон ответа к задаче №17.

1. Разновидность системной гипоплазии эмали – зубы Фурнье.
2. Жалобы на косметический дефект, сколы, стираемость эмали зубов
3. Врождённая глухота, паренхиматозный кератит.
4. Причиной данной патологии могла быть сифилитическая инфекция матери до или во время беременности, пролеченная неэффективно
5. Реставрация с использованием современных материалов, в тяжёлых случаях – ортопедическое лечение.

Эталон ответа к задаче №18.

1. Гиперплазия эмали («эмалевые капли», «жемчужины») – избыточное образование ткани зуба – эмали или дентина.
2. Функциональных нарушений нет при данной патологии.
3. Иногда эмалевые капли обнаруживают в зоне бифуркации или трифуркации корней, что затрудняет их выявление (возможно при рентгенологическом обследовании); в некоторых случаях - при препарировании кариозной полости, когда бором определяют более жёсткий участок дентина (внутридентинные капли). .
4. Происхождение эмалевых капель – нарушение процесса дифференциации клеток гертвиговского влагалища в энамелобластах.
5. Лечение показано при косметических нарушениях: пришеечные капли сошлифовывают алмазным бором, затем шлифуют и полируют поверхность; рекомендуют в домашних условиях ежедневно

проводить аппликации фосфатсодержащей зубной пастой в течение 7-10 дней.

Эталон ответа к задаче №19.

1. Флюороз, пятнистая форма.
2. Пятна не окрашиваются метиленовым синим, рентгенологически эта форма не выявляется.
3. Дифференцируют с кариесом, наследственным несовершенным амелогенезом, гипоплазией.
4. Отбеливание зубов с последующей реминерализирующей терапией.
5. Пользоваться для чистки зубов кальцийсодержащими пастами, сбалансировать питание, при необходимости повторно провести отбеливание.

Эталон ответа к задаче №20.

1. Сочетанная форма системной гипоплазии эмали (бороздчато-чашеобразная форма).
2. Дифференциальную диагностику проводят с сочетанной формой флюороза, с наследственным гипопластическим несовершенным амелогенезом полосчато-бороздчатым.
3. На рентгенограмме в местах имеющихся углублений видны горизонтально расположенные менее или более тёмные пятнышки, пятна или полосы, что зависит от глубины и размера дефекта.
4. С косметической целью проводят реставрацию поражённых зубов с применением компомеров, гласиономеров, композиционных материалов светового и химического отверждения. Такие дети относятся к группе риска по кариесу.
5. Профилактика поздних токсикозов беременности, предупреждение заболеваний ребёнка в раннем детском возрасте, снижение тяжести процесса (в период формирования и минерализации постоянных зубов).

РАЗДЕЛ 4. ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. ЭНДОДОНТИЯ

Пульпиты временных и постоянных зубов у детей

Эталон ответа к задаче №1.

1. Острый диффузный пульпит 75 зуба.
2. Дополнительных исследований не требуется.
3. Обезболивание, наложение мышьяковистой пасты и поверх неё тампон с обезболивающей жидкостью – лидокаином 2% под временную

пломбу из искусственного дентина на 48 часов (до стихания периодонтальных явлений).

1. Если не наблюдается положительной динамики в течение суток, то возможно развитие осложнений и тогда показано хирургическое лечение.
4. Лечить 75 зуб экстирпационым методом.
5. Своевременная санация полости рта, диспансеризация ребенка у стоматолога.

Эталон ответа к задаче №2.

1. Обострение хронического пульпита 26 зуба.
2. Инструментальное исследование (зондирование, перкуссия, реакция на холод), электроодонтометрия, рентгенологическое исследование.
3. Дифференцировать между средним и глубоким кариесом, разными формами пульпита и периодонтита, периоститом.
4. Значение электровозбудимости пульпы различно в зависимости от глубины поражения тканей зуба, поэтому ЭОД позволяет правильно диагностировать заболевание при не выраженной клинической картине и помогает выбрать правильную методику лечения.
5. Лечение методом витальной экстирпации.

Эталон ответа к задаче №3.

1. Хронический гипертрофический пульпит 46 зуба.
2. Рентгенологическое исследование.
3. Папиллит (разрастание и врастание зубодесневого сосочка в кариозную полость), разрастание грануляций из бифуркации.
4. К 10-ти годам.
5. Метод глубокой ампутации.

Эталон ответа к задаче №4.

1. Острый диффузный пульпит 63 зуба, осложненный периодонтитом.
2. Термометрия.
3. Наложить обезболивающую повязку.
4. Экстирпационные методы (витальный или девитальный).
5. Своевременная санация полости рта, диспансеризация ребенка у стоматолога.

Эталон ответа к задаче №5.

1. Хронический фиброзный пульпит 55 зуба.
2. Биологическому методу.
3. Стадия физиологического покоя.
4. В два посещения.

5. Вовлечение в воспалительный процесс корневой пульпы, гибель пульпы, в дальнейшем развитие воспалительного процесса в периодонтальном пространстве.

Эталон ответа к задаче №6.

1. Хронический гангренозный пульпит 75 зуба.
2. Хронический периодонтит.
3. ЭОД, рентгенологическое исследование.
4. Экстирпационные методы.
5. Для пломбирования каналов необходимо применять нетвердеющие пасты, в качестве постоянной пломбы – СИЦ, компомеры.

Эталон ответа к задаче №7.

1. Хронический фиброзный пульпит 16 зуба.
2. Реакция на холодное (длительный болевой приступ).
3. Метод витальной ампутации.
4. Завершение формирование корня.
5. Материалы на основе гидроксида кальция: «Кальцин», «Кальмецин», «Ренеган», «Витапульп», «Лайф», «Рикал».

Эталон ответа к задаче №8.

1. Хронический гангренозный пульпит 36 зуба.
2. Хронический фиброзный пульпит, хронический периодонтит.
3. ЭОД, рентгенологическое исследование.
4. Экстирпационные методы.
5. Развитие хронического воспалительного процесса в периодонте, нарушение процессов апексогенеза и апексификации.

Эталон ответа к задаче №9.

1. Хронический гипертрофический пульпит 16.
2. Папиллит (разрастание и врастание зубодесневого сосочка в кариозную полость), разрастание грануляций из бифуркации.
3. Рентгенологический метод.
4. Витальная экстирпация.
5. Этот метод позволяет провести эндодонтическую обработку каналов, так как верхушки корней зубов сформированы.

Эталон ответа к задаче №10.

1. Хронический гангренозный пульпит 46
2. В анамнезе жалобы на боли от горячего, в объективных - данных пульпа грязно-серого цвета, зондирование болезненно в устьях каналов, ЭОД = 60 мА.

3. Диагностика: с хроническим фиброзным пульпитом и верхушечным периодонтитом.
4. Витальная экстирпация с последующим пломбированием каналов кальций-содержащими материалами (Сеалапекс, Апексит и др.).
5. Апексогенез – рост корня зуба в длину в случае сохранения функциональной активности зоны роста.

Эталон ответа к задаче №11.

1. Хронический фиброзный пульпит 54 зуба.
2. Девитальная ампутация.
3. Первое посещение: наложение девитализирующей пасты (мышьяковистой или параформальдегидной) под временную повязку. Второе посещение: окончательное препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба, ампутация коронковой пульпы, наложение резорцин-формалиновой смеси на устья каналов на ватном тампоне под временную повязку. Третье посещение: удаление повязки, наложение резорцин-формалиновой пасты на устья корневых каналов под постоянную пломбу.
4. Завершение формирование корня.
5. Искусственный дентин, так как только он обеспечивает полную герметизацию кариозной полости.

Эталон ответа к задаче №12.

1. Обострение хронического пульпита 61 зуба.
1. Рентгенологическое исследование.
2. Витальная экстирпация.
3. Анестетики, не содержащие адреналин (скандонест, ультракаин Д).
4. СИЦ, компомеры.

Эталон ответа к задаче №13.

1. Обострение хронического пульпита 62 зуба.
2. Рентгенологическое исследование, ЭОД (по возможности).
3. Стадия физиологического покоя.
4. Витальная экстирпация.
5. Под аппликационной (лидоксор-гель), инфильтрационной анестезией (скандонест, ультракаин Д) препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба, экстирпация пульпы, медикаментозная обработка канала, эндодонтическая обработка, пломбирование канала нетвердеющими пастами, постоянная пломба.

Эталон ответа к задаче №14.

1. Хронический фиброзный пульпит 74 зуба.
2. Девитальная ампутация.

3. Первое посещение: наложение девитализирующей пасты (мышьяковистой или параформальдегидной) под временную повязку. Второе посещение: окончательное препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба, ампутация коронковой пульпы, наложение резорцин-формалиновой смеси на устья каналов на ватном тампоне под временную повязку. Третье посещение: удаление повязки, наложение резорцин-формалиновой пасты на устья корневых каналов под постоянную пломбу.
4. Стадия формирования корней.
5. Необходимо тщательно собрать анамнез. Возможен гестоз первой половины беременности, заболевания ребенка на первом году жизни, плохая гигиена полости рта, нерациональное питание (частое употребление углеводов).

Эталон ответа к задаче №15.

1. Острый очаговый пульпит 26 зуба
2. Острая, приступообразная, самопроизвольная боль, впервые возникшая 3 часа назад.
3. Биологический метод.
4. Первое посещение: обезболивание, частичное препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка раствором хлоргексидина биглюконатом 0.05%, наложение тампона с ГКС на 1 сутки, временная повязка водным дентином. Второе посещение (через 1-3 дня): при отсутствии жалоб – удаление временной повязки, мед. обработка, окончательное препарирование кариозной полости, наложение одонтотропной пасты на дно полости, изолирующая прокладка, пломбирование.
5. Дифференциальная диагностика: острый диффузный пульпит, обострение хронического пульпита, острый периодонтит, обострение хронического периодонтита.

Эталон ответа к задаче №16.

1. Острый диффузный пульпит 85 зуба.
2. Рентгенологическое исследование.
3. Дифференцировать необходимо с обострением хронического периодонтита, с хроническим гангренозным пульпитом в стадии обострения, с периоститом челюсти. Основной диагностический признак – состояние пульпы после ее обнажения.
4. Девитальная экстирпация.
5. Обезболивание, наложение мышьяковистой пасты и поверх неё тампон с обезболивающей жидкостью – дикаином 3% под временную пломбу из искусственного дентина на 48 часов (до стихания периодонтальных явлений). Если не наблюдается положительной динамики в течение суток, то возможно развитие осложнений и тогда показано хирургическое лечение.

Эталон ответа к задаче №17.

1. Острый травматический пульпит 22,23 зубов.
2. Рентгенологический метод.
3. Витальная экстирпация с последующим восстановлением коронковой части.
4. Развитие хронического воспалительного процесса в периапикальных тканях.
5. Пломбирование каналов нетвердеющими пастами, горячей гуттаперчей.

Периодонтиты временных и постоянных зубов у детей

Эталон ответа к задаче №1.

1. Хронический фиброзный периодонтит 24 зуба.
2. Дифференцировать необходимо с хроническим фиброзным пульпитом, с другими формами периодонтитов.
3. Лечение в два посещения. Первое посещение: обезболивание, препарирование и формирование полости, определение рабочей длины канала, инструментальная обработка, ирригация и антисептическая обработка корневого канала, высушивание, временное пломбирование кальцийсодержащим материалом – «Calasept», «Metapaste», «Metapex». Второе посещение - пломбирование кальцийсодержащим материалом - «SealApex», «Apexit».
4. Апексификация – образование плотного барьера верхушки корня при успешном исходе лечения воспаления периодонта постоянного зуба с незавершенным формированием верхушки.
5. Своевременная санация полости рта, диспансеризация ребенка у стоматолога.

Эталон ответа к задаче №2.

1. Хронический фиброзный периодонтит 75 зуба.
2. Дифференцировать необходимо с гангренозным пульпитом, с другими формами периодонтита.
3. Необходимо тщательно собрать анамнез заболевания, выявить, как часто болеет ребенок простудными заболеваниями, определить степень активности кариеса, провести рентгенологическое исследование.
4. Если ребенок I, IIгр уппы здоровья, то показано консервативное лечение в несколько посещений.
5. Первое посещение: препарирование кариозной полости, удаление некротических масс из каналов, инструментальная обработка каналов под ванночкой антисептика (R-контроль). При отсутствии выделений из каналов осуществляют временную обтурацию каналов лечебными пастами, например «Пульпосептин», «Calasept» и др. Второе

посещение: при отсутствии жалоб осуществляем постоянную обтурацию корневых каналов нетвердеющими пастами.

Эталон ответа к задаче №3.

1. Хронический фиброзный периодонтит 74, 75 зубов, хронический гангренозный пульпит.
2. Хронический периодонтит
3. Рентгенологический метод.
4. Начало физиологической резорбции корней, возможна патологическая резорбция, очаг разрежения костной ткани в периапикальных тканях и в области бифуркации.
5. Своевременная санация полости рта, диспансеризация ребенка у стоматолога.

Эталон ответа к задаче №4.

1. Хронический фиброзный периодонтит 21 зуба.
2. Рентгенологический метод.
3. Хронический гранулирующий периодонтит, хронический гранулематозный периодонтит.
4. Лечение в одно посещение при условии отсутствия экссудата и запаха из канала: обезболивание, препарирование и формирование полости, определение рабочей длины канала, инструментальная обработка, ирригация и антисептическая обработка корневого канала, высушивание. Пломбирование кальцийсодержащим материалом – «SealApex», «Apexit».
5. Кальцийсодержащие материалы обладают меньшей растворимостью в тканевых жидкостях и оказывают остеогенный эффект на периапикальную кость и цемент зуба, ускоряя образование «цементной пробки».

Эталон ответа к задаче №5.

1. Хронический гранулирующий периодонтит 85 зуба.
2. Рентгенологическое исследование.
3. На рентгенограмме: разрежение костной ткани в области верхушек корней без четких границ в виде «языков пламени» и в области бифуркации.
4. Симптом вазопореза: при давлении на слизистую оболочку десны пуговчатым штопфером определяется побледнение слизистой оболочки и возникает углубление, которое очень медленно исчезает. Сменяясь стойкой гиперемией.
5. Инструментальная обработка с последующей обтурацией корневого канала нетвердеющими пастами.

Эталон ответа к задаче №6.

1. Острый инфекционный периодонтит 85 зуба.
2. Термометрия; рентгенография; уточнение анамнеза заболевания.
3. Острый диффузный пульпит, обострение хронического фиброзного пульпита, обострение хронического периодонтита.
4. Инфекционный периодонтит возникает при попадании в периодонт микроорганизмов (золотистый или белый стафилококк, гемолитический и негемолитический стрептококк, фузобактерии, спирохеты, грибы), их токсинов, продуктов распада пульпы и дентина (микробные эндотоксины) в периодонт из корневого канала или пародонтального кармана.
5. Детский хирургический стационар, стоматологическое отделение.

Эталон ответа к задаче №7.

1. Токсический мышьяковистый периодонтит 65 зуба.
2. Обезболивание, удаление повязки, инструментальная обработка канала, обработка антидотами мышьяка (унитиол).
3. При дальнейшей положительной симптоматике пломбирование каналов нетвердеющими пастами.
4. Неконтактный ребенок, т.е. невозможность проведения стоматологических манипуляций в полном объеме. Общее здоровье ребенка, наличие в анамнезе частых респираторных заболеваний, хронические заболевания почек и др.
5. Признаки патологической резорбции: определяется очаг деструкции костной ткани вокруг коронки постоянного зуба или в области бифуркации корней временного зуба; фолликул постоянного зуба находится на значительном расстоянии от временного; периодонтальная щель у корня временного зуба выше резорбционной зоны не прослеживается; при воспалительном процессе у корня временного зуба процесс резорбции начинается преждевременно, даже если корень временного зуба находится в стадии формирования и преждевременно разрушается стенка фолликула постоянного зуба.

Эталон ответа к задаче №8.

1. Обострение хронического гранулематозного периодонтита 21 зуба.
2. Данные рентгенологического исследования.
3. Острый периостит левой верхней челюсти от 21 зуба, острый одонтогенный остеомиелит левой верхней челюсти от 21 зуба.
4. Раскрыть полость зуба, удалить распад пульпы, после ликвидации острых явлений запломбировать корневой канал до верхушки.
5. При отсутствии положительной динамики (восстановление структуры костной ткани в области верхушки корня зуба) показана резекция верхушки корня зуба. Необходимое наблюдение – 1 раз в 6 месяцев контрольное рентгенологическое исследование.

Эталон ответа к задаче №9.

1. Хронический гранулирующий периодонтит 46 зуба.
2. Рентгенологический метод исследования.
3. Глубокий кариес, хронический гангренозный пульпит, хронический остеомиелит.
4. Тщательно собранный анамнез заболевания, данные рентгенологического исследования.
5. Раскрытие полости зуба, удаление некротических масс из корневых каналов, инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов, временное пломбирование каналов «Calasept» или другими кальцийсодержащими пастами с последующей постоянной обтурацией корневых каналов.

Эталон ответа к задаче №10.

1. Хронический гранулематозный периодонтит 22 зуба.
2. Данные рентгенологического исследования.
3. ЭОД = 100-200 мА. Данный метод диагностики в таком возрасте информативен, позволяет уточнить диагноз.
4. Хронический гангренозный пульпит, другие формы периодонтита, кистогранулема, киста, неполный вывих зуба.
5. Благоприятный, при условии соблюдения всех правил эндодонтической обработки корневого канала и качественной постоянной обтурации корневого канала.

Эталон ответа к задаче №11.

1. Обострение хронического периодонтита 36 зуба.
2. Рентгенологический метод.
3. Применение резорцин-формалинового метода. Мумифицирующая методика при лечении пульпитов несформированных постоянных зубов не оправдана.
4. Применение кальцийсодержащих материалов с целью стимуляции апексогенеза и последующей апексификации.
5. Обезболивание, трепанация пломбы, инструментальная и медикаментозная обработка каналов, зуб открыт; противовоспалительная терапия, ротовые ванночки. После стихания воспалительных явлений пломбирование корневых каналов под контролем рентгенограммы.

Эталон ответа к задаче №12.

1. Хронический фиброзный периодонтит 16 зуба.
2. Дифференцировать необходимо с гангренозным пульпитом, с другими формами периодонтита.
3. ЭОД, рентгенологическое исследование.

4. На внутриротовой рентгенограмме: расширение периодонтальной щели в области верхушек корней зубов, ее деформация с сохранением четких контуров компактной пластинки альвеолы.
5. Первое посещение: раскрытие полости зуба, удаление некротических масс из корневых каналов, определение рабочей длины каналов, инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов, временное пломбирование каналов «Calasept» или другими кальцийсодержащими препаратами. Второе посещение: постоянная обтурация корневых каналов на выбор – твердеющими пастами, СИЦ, материалами на основе полимерных смол, с применением гуттаперчи.

Эталон ответа к задаче №13.

1. Обострение хронического гранулирующего периодонтита 36 зуба.
2. Данные рентгенологического исследования.
3. Острый периостит нижней челюсти слева от 36 зуба, острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева от 36 зуба.
4. Первое посещение: под анестезией раскрыть полость зуба, удалить распад пульпы, провести эндодонтическую обработку каналов под ванночкой антисептика, назначить полоскания гипертоническим раствором 3-6 раз в день, на время еды зуб закрывать ваткой. Необходимо назначить внутрь антимикробные препараты: н-р.: флемоксин, амоксиклав и др.; гипосенсебилизирующие – тавегил, супрастин, кларитин; нестероидные противовоспалительные средства – парацетамол. Витамины, иммунокорректоры. Второе посещение: после ликвидации острых явлений временное пломбирование каналов «Calasept» или другими кальцийсодержащими пастами. Третье посещение: постоянная обтурация корневых каналов на выбор - твердеющими пастами, СИЦ, материалами на основе полимерных смол, с применением гуттаперчи.
5. Критерии постоянной обтурации корневых каналов:

- Отсутствие боли, отечности десны в области зуба;
- Безболезненность перкуссии;
- Безболезненность при пальпации переходной складки;
- Отсутствие экссудата в канале;
- Отсутствие запаха в канале;
- Светлые дентинные опилки со стенок канала;
- Полное формирование корня или закрытие его верхушки плотной тканью.

Эталон ответа к задаче №14.

1. Обострение хронического фиброзного периодонтита 35 зуба.
2. Данные рентгенологического исследования.
3. На внутриротовой рентгенограмме: расширение периодонтальной щели в области верхушки корня зубов, ее деформация с сохранением четких контуров компактной пластинки альвеолы.
4. Под проводниковой и инфильтрационной анестезией раскрыть полость зуба, удалить распад пульпы, провести эндодонтическую обработку каналов под ванночкой антисептика, назначить полоскания гипертоническим раствором 3-6 раз в день. Периостотомия с дренированием раны. Ежедневный осмотр с перевязкой. Назначение внутрь антимикробные препараты, гипосенсебилизирующие, нестероидные противовоспалительные средства.
5. Цели временной обтурации корневого канала:

- Антисептическое и очищающее действие на систему корневых каналов и дентинных трубочек;
- Антисептическое и противовоспалительное действие на очаг воспаления в периодонте;
- Стимуляция регенераторной активности тканей периодонта и окружающей кости альвеолярного отростка;
- Изоляция канала при невозможности его обработки в одно посещение.

Эталон ответа к задаче №15.

1. Острый гнойный периостит верхней челюсти справа от 54 зуба.
2. Обострение хронического периодонтита 54 зуба, острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа от 54 зуб.
3. Обезболивание, экстракция причинного зуба, возможная периостотомия, дренаж. Противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия.
4. Туберальная и инфильтрационная анестезия.
5. Детский хирургический стационар, стоматологическое отделение.

РАЗДЕЛ 5. ЗАБОЛЕВАНИЕ И ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ.

Эталон ответа к задаче №1.

1. Острая механическая травма щеки, осложненная химическим ожогом. Острый генерализованный катаральный гингивит. Острый серозный лимфаденит поднижнечелюстных лимфатических узлов справа.
2. Учитывая анамнез, специальных лабораторных исследований не требуется.

3. Лечение: местное - аппликационное обезболивание, орошение полости рта противовоспалительными отварами лекарственных трав, интерферон по 5 капель 5 раз в день под язык, Солкосерил дента на эрозированную поверхность. Общее - антибиотики и антигистаминные в возрастной дозировке. Физиотерапия (УВЧ), компрессы (полуспиртовой) на область подчелюстных лимфоузлов.
4. Дифференцировать с ОГС.
5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки и детской профилактической пасты.

Эталон ответа к задаче №2.

1. Травматический гиперкератоз слизистой оболочки щек.
2. Цитологическое исследование соскобов со слизистой оболочки в месте поражения.
3. Лечение у невролога, местно – аппликации на очаг кератопластических лекарственных средств.
4. Дифференцировать с лейкоплакией, красным плоским лишаем (гиперкератотическая форма).
5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением зубной щетки средней жесткости и лечебно-профилактической пасты. Дополнительные средства гигиены – ополаскиватели, зубные нити.

Эталон ответа к задаче №3.

1. Острый псевдомембранозный кандидоз СОПР (молочница), легкая степень тяжести. Хроническая механическая травма слизистой оболочки десны.
2. Соскоб со слизистой оболочки на подтверждение специфической инфекции.
3. Ощелачивающая терапия, обработка слизистой оболочки йодистыми препаратами.
4. После выздоровления - удаление временного центрального резца.
5. Перед и после кормления - туалет грудного соска с применением детского мыла и смягчающих средств. Кипячение пустышки и хранение ее в стерильных условиях.

Эталон ответа к задаче №4.

1. Острый герпетический стоматит легкой степени тяжести. Острый серозный поднижнечелюстной лимфаденит. Низкое прикрепление уздечки верхней губы.
2. Исследование мазка-отпечатка.
3. Аппликационная анестезия, антисептическая обработка СОПР, противовирусные мази, в период эпителизации – кератопластики. На область лимфоузлов - полуспиртовой компресс 2 раза в день по 1 часу. Наблюдение у врача-ортодонта - 1 раз в год. После прорезывания 11, 21

зубов провести рентгенологическое обследование, при необходимости – пластика уздечки верхней губы.
4. Дифференцировать с острой травмой СОПР, медикаментозной аллергией.
5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки без зубной пасты.

Эталон ответа к задаче №5.

1. Острый герпетический стоматит средней степени тяжести. Острый генерализованный катаральный гингивит. Острый серозный затылочный, поднижнечелюстной лимфаденит. Хронический периодонтит 61 зуба. Мезиальная окклюзия.
2. Исследование мазка-отпечатка. Развернутый анализ крови, мочи. Сбор дополнительного анамнеза у родителей с целью исключения влияния наследственных факторов в развитии ЗЧА.
3. Местное - аппликационная анестезия, антисептическая обработка СОПР, противовирусные мази, интерферон по 5 капель 5 раз в день под язык; в период эпителизации – кератопластики. На область лимфоузлов - полуспиртовой компресс 2 раза в день по 1 часу. Общее – противовирусные, антигистаминные препараты, витамины, обильное питье. После выздоровления основного заболевания: хирургическое лечение 61 зуба, терапевтическое лечение 51 и 62 зубов. Ортодонтическое лечение после выздоровления основного заболевания: в период начального сменного прикуса (после прорезывания первых моляров) провести расчет контрольно-диагностических моделей. Во второй половине сменного прикуса - ТРГ головы в боковой проекции, ОПГ, изготовление подбородочной пращи с косой резиновой тягой к головной шапочке, для сдерживания роста нижней челюсти, массаж, миогимнастика и диспансерное наблюдение.
4. Дифференцировать с острой травмой СОПР, медикаментозной аллергией.
5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки и детской лечебно-профилактической зубной пасты.

Эталон ответа к задаче №6.

1. Синдром Стивенса-Джонсона.
2. Анализ крови, цитологический метод-исследование мазков-отпечатков или соскобов со дна эрозий, кожно-аллергические пробы, гистаминовая проба.
3. Лечение стационарное. Местное: Обезболивание слизистой полости рта. Обработка СОПР ферментами, ротовые ванночки с антисептиками, аппликации на пораженную СОПР лекарственного препарата Солкосерил-дента. Для устранения воспаления, уменьшения экссудации назначают кортикостероидные мази. В период выздоровления аппликации кератопластиков. Физиолечение. Для

ускорения эпителизации эрозий, регенерации тканей назначают лучи гелий-неонового лазера, КУФ-облучение, гипербарическую оксигенацию. Общее: Десенсибилизирующая, симптоматическая, общеукрепляющая терапия. После выздоровления – санация полости рта.

4. ОГС, рецидивирующие афты, акантолитическая пузырчатка, медикаментозный стоматит, вторичный сифилис.
5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки и детской лечебно-профилактической зубной пасты.

Эталон ответа к задаче №7.

1. Рецидивирующие афты полости рта, средняя степень тяжести.
2. Дополнительные исследования: составление копрограммы, консультации педиатра и гастроэнтеролога.
3. Лечение основного заболевания у педиатра и гастроэнтеролога. Местное: аппликационная анестезия, антисептическая обработка СОПР, Солкосерил-дента, кератопластические средства. Ортопедическое лечение, диспансерное наблюдение у врача-ортодонта.
4. Афты Сеттона, синдром Бехчета, рецидивирующий герпетический стоматит, вторичный папулезный сифилис, травматическая эрозия.
5. Гигиена полости рта: до 7 лет желательно назначение гигиенических зубных паст и мягких зубных щеток.

Эталон ответа к задаче №8.

1. Хронический лейкоз, хронический генерализованный катаральный гингивит.
2. Развернутый анализ крови.
3. Лечение совместно с педиатром-гематологом. Местное: аппликационная анестезия, антисептическая обработка СОПР, ежедневная обработка пораженной слизистой оболочки ферментами, аппликации кератопластиков. Санация полости рта.
4. Сахарный диабет, язвенно-некротический стоматит Венсана, травматические эрозии, декубитальные язвы, ОГС.
5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением зубной щетки средней жесткости и лечебно-профилактической пасты. Дополнительные средства гигиены – ополаскиватели, зубные нити.

Эталон ответа к задаче №9.

1. Десквамативный глоссит («географический» язык).
2. Исследование мазка-отпечатка.
3. При болях и жжении – аппликационная анестезия, антисептические полоскания, аппликации кератопластических средств. Пантотенат кальция по 0,03-0,1 г 3 раза в день, повторить 2-3 раза в году, консультация педиатра-гастроэнтеролога. Санация полости рта.

4. Нарушения витаминного баланса (В2, В6, В12); заболевания желудочно-кишечного тракта, эндокринной и нервной системы; медикаментозная аллергия.
5. Гигиена полости рта: до 7 лет желательно назначение гигиенических зубных паст и мягких зубных щеток.

Эталон ответа к задаче №10.

1. Черный «волосатый» (ворсинчатый) язык.
2. Соскоб со слизистой оболочки, гистологическое исследование.
3. Кератолитические средства: протирание языка 1-2% р-ром резорцина, 1-2% р-ром салициловой к-ты в 70 град. спирте. Инъекции: 0,5—1 мл 0,25% кальция хлорида с 0,5 мл 1—2% новокаина вводят под очаг поражения два раза в неделю (на курс 3—5 инъекций). Эффективна криодеструкция - орошение разросшихся сосочков жидким азотом в течение 15-30 с., что приводит к их отторжению, чиститка языка зубной щеткой 2 раза в день, санация полости рта.
4. Дифференцировать следует от сходных состояний, возникающих от применения лекарственных веществ - полосканий растворами перманганата калия, перекиси водорода и хлорамина, применения per os антибиотиков; от окраски пищевыми продуктами (ложный ворсинчатый язык). Дифференциальную диагностику облегчает выяснение анамнеза.
5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением зубной щетки средней жесткости и лечебно-профилактической пасты. Дополнительные средства гигиены – ополаскиватели, зубные нити.

Эталон ответа к задаче №11.

1. Острая химическая травма слизистой оболочки десны в области центральных нижних резцов.
2. Учитывая анамнез, специальных лабораторных исследований не требуется.
3. Лечение: местное - аппликационное обезболивание, орошение полости рта противовоспалительными отварами лекарственных трав, препараты-биогенные стимуляторы на эрозированную поверхность.
4. Язвенный гингивит.
5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки и детской лечебно-профилактической зубной пасты.

Эталон ответа к задаче №12.

1. Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница), средняя степень тяжести, укороченная уздечка языка.
2. Бактериологическое исследование налета.
3. Местное: обработка слизистой оболочки полости рта ощелачивающими растворами, йодистыми растворами, аппликации на пораженную

СОПР мазей-антимикотиков. После выздоровления - пластика уздечки языка.

4. Лейкоплакия, красный плоский лишай.
5. Перед и после кормления - туалет грудного соска с применением детского мыла и смягчающих средств. Кипячение пустышки и хранение ее в стерильных условиях.

Эталон ответа к задаче №13.

1. Экзематозный (атопический) хейлит.
2. Требуется провести аллергологические пробы на выявление аллергена.
3. Местное: аппликации на тампонах на кожу и красную кайму губ теплых растворов противовоспалительных трав, после этого нанесение гормональных мазей. Кератопластики - после снятия отека. Общее: диета, исключение аллергической пищи, десенсибилизирующая терапия, витамины. Консультация врача-аллерголога
4. Медикаментозная аллергия, метеорологический хейлит, эксфолиативный хейлит (сухая форма).
5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки и детской лечебно-профилактической зубной пасты.

Эталон ответа к задаче №14.

1. Метеорологический хейлит, осложненный банальной инфекцией.
2. В данном случае дополнительным методом обследования является дифференцирование признаков нарушения смыкания губ.
3. Местное: аппликации на тампонах на кожу и красную кайму губ теплых растворов противовоспалительных трав, после этого нанесение жировой аппликации. Смазывание углов рта 0,5-1% антибиотиковыми мазями. Регуляция носового дыхания. Миогимнастика для губ. Санация полости рта.
4. Экзематозный хейлит, эксфолиативный хейлит, медикаментозная аллергия.
5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки и детской лечебно-профилактической зубной пасты.

Эталон ответа к задаче №15.

1. Ромбовидный глоссит.
2. Исследование мазка-отпечатка.
3. Проводят санацию полости рта. При лабораторном обнаружении мицелия гриба – противогрибковая терапия. При значительных папилломатозных разрастаниях иссекают очаг поражения с последующим гистологическим исследованием или проводят криодеструкцию. При отсутствии жалоб, кроме санации полости рта и разъяснения прогноза заболевания, другого лечения не требуется. Необходимо наблюдение.

4. Плоскую форму отличают от десквамаций другой этиологии (десквамативный глоссит, авитаминозы и др.), папилломатозную форму – от опухолей, специфических воспалительных процессов.
5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки и детской лечебно-профилактической зубной пасты.

РАЗДЕЛ 6. ОРТОДОНТИЯ. ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ И ДЕФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ, ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Эталон ответа к задаче №1.

1. Вредная привычка: сон на одном боку с подложенным под щеку кулаком.
2. Скученность верхних фронтальных зубов. Асимметрия верхнечелюстного зубного ряда (сужение верхнего зубного ряда слева – не уточненное). Перекрестная окклюзия (левосторонняя палатинооккклюзия - неуточненная).
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Устранение вредной привычки, регулярный пальцевой массаж альвеолярного отростка верхней челюсти слева, аппаратурное лечение: 1-й аппарат - небная пластинка с кламмерами Адамса в области 16 и 26 зубов, вестибулярной дугой, винтом и секторальным распилом слева; 2-й аппарат – ортодонтический трейнер для ношения в ночное время до момента завершения формирования постоянного прикуса.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №2.

1. Вынужденная окклюзия из-за недостаточной стертости бугорков временных клыков.
2. Перекрестная окклюзия (привычное смещение нижней челюсти вправо).
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Процедура избирательного пришлифовывания бугорков временных клыков для обеспечения возможности смыкания зубных рядов в нормоокклюзии. Регулярные миогимнастические упражнения: смещение нижней челюсти до положения правильного смыкания, фиксация смыкания в правильном положении в течение 10-15 секунд, не менее 10 повторов до появления чувства легкой усталости. Аппаратурное лечение: ношение преортодонтического трейнера для ускорения функциональной перестройки мышц, сдвигающих нижнюю челюсть.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №3.

1. Отягощенная наследственность – «семейный профиль».
2. Нижнечелюстная макрогнатия - неуточненная. Мезиальная окклюзия (гнатическая форма - неуточненная). Сагиттальная резцовая дизокклюзия, обратное резцовое перекрытие. Перекрестная окклюзия (вестибулоокклюзия, гнатическая форма - неуточненная).
3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Установка брекет-системы для закрытия диастемы и трем на нижней челюсти, хирургическое перемещение нижней челюсти. Диспансерное

наблюдение за пациентом со стороны стоматолога-хирурга и ортодонта.

5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой шетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.

Эталон ответа к задаче №4.

1. Макроглоссия
2. Макроглоссия. Протрузия верхних фронтальных зубов. Мезиальная окклюзия (нижнечелюстная макрогнатия - неуточненная) Перекрестная окклюзия (вестибулоокклюзия - неуточненная) Вертикальная резцовая дизокклюзия.
3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Хирургическое лечение макроглоссии. Сдерживание роста нижней челюсти при помощи подбородочной пращи. Ношение преортодонтического а затем ортодонтического трейнеров до момента завершения формирования постоянного прикуса для устранения протрузии и вертикальной дизокклюзии во фронтальном отделе, устранения привычки прокладывания языка между зкбами и привычного ротового дыхания. Миогимнастические упражнения для тренировки носового дыхания.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №5.

1. Неправильное искусственное вскармливание, длительное сосание пустышки, инфантильное глотание.
2. Протрузия верхних фронтальных зубов, ретрузия, скученность нижних фронтальных зубов. Трапециевидный нижний зубной ряд. Дистальная окклюзия (2 класс 1 подкласс по Энглю). Сагиттальная резцовая дизокклюзия. Глубокое резцовое перекрытие 2 степени. Инфантильное глотание.
3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Аппаратурное лечение при помощи брекет-системы, при выявлении выраженного недостатка места показано удаление первых премоляров. Сочетание брекет-системы с применением ортодонтического трейнера для брекетов для устранения глубокого резцового перекрытия и выработки физиологичного навыка глотания. Регулярные миогимнастические упражнения для мышц языка для устранения инфантильного глотания.
5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой шетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.

Эталон ответа к задаче №6.

1. Хроническое нарушение носового дыхания.
2. Скученность, протрузия верхних фронтальных зубов. Сужение (V-образное) верхнечелюстного зубного ряда. Дистальная окклюзия (2 класс 1 подкласс по Энглю). Сагиттальная резцовая дизокклюзия.
3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Для обеспечения эффективности ортодонтического лечения необходимо устранение ЛОР-патологии и восстановление адекватного носового дыхания. Регулярный пальцевой массаж, употребление

жестких овощей и фруктов для стимуляции роста альвеолярных отростков челюстных костей, миогимнастические упражнения для устранения дистальной окклюзии, миогимнастические упражнения для тренировки носового дыхания. Аппаратурное лечение: 1-й аппарат – небная пластинка с кламмерами Адамса в области 6-х зубов, вестибулярной дугой, расширяющим винтом и распилом по сагиттали. После достаточного расширения верхнего зубного ряда применение ортодонтического трейнера для 12-ти часового ношения до момента завершения формирования постоянного прикуса.

5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфицирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №7.

1. Короткая уздечка языка
2. Скученность нижних фронтальных зубов, трапециевидный нижний зубной ряд. Сагиттальная резцовая дизокклюзия.
3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Пластика уздечки языка. Нижнечелюстной пластиночный аппарат с удерживающими кламмерами в области 6-х зубов, вестибулярной дугой и секторальным распилом во фронтальном отделе, 2-мя ортодонтическими винтами. Миогимнастические упражнения для тренировки мышц языка, пальцевой массаж фронтального отдела нижнего зубного ряда.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №8.

1. Врожденная расщелина верхней губы и неба.
2. Первичная адентия 22 зуба. Скученность верхних фронтальных зубов, трапециевидный верхний зубной ряд. Обратное резцовое перекрытие.
3. Проведение пробы Эшлера-Биттнера. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, Снагиной, симметроскопия, расчет телерентгенограммы в прямой и боковой проекции для уточнения ортодонтического диагноза. ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Рентгенография кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Аппаратурное лечение при помощи брекет-системы. Косметическое контурирование 23 зуба для придания ему формы отсутствующего 22, между 25 и 26 оставляем промежуток, для установки мостовидного протеза с опорой на 25 и 26 зубы. (Альтернативный вариант: установка на место отсутствующего 22 имплантата и металлокерамической коронки – результат менее эстетичен).
5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой шетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.

Эталон ответа к задаче №9.

1. Врожденная аномалия
2. Макродентия 11, 21 зубов
3. ОПГ для определения количества и размеров зачатков постоянных зубов, состояния корневой системы и костной ткани челюстей.
4. Диспансерное наблюдение до момента завершения формирования постоянного прикуса, профилактическое использование преортодонтического трейнера, при необходимости сепарация аппроксимальных поверхностей 11,21 для создания места в зубном ряду, допускается процедура последовательной экстракции временных зубов по Хотцу сочетающаяся с ношением профилактического аппарата. При недостатке места, после прорезывания первых премоляров возможно их удаление по ортодонтическим показаниям.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в

дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №10.

1. Инфантильное глотание, «Лень жевания».
2. Зубоальвеолярное укорочение фронтального отдела верхнего и нижнего зубных рядов. Седловидно – суженный верхний зубной ряд. Вертикальная резцовая дизокклюзия.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Аппаратурное лечение с применением брекет-системы, в сочетании с ношением ортодонтического трейнера для брекетов, для нормализации функции глотания, миогимнастические упражнения для мышц языка и тренировки физиологичного глотания.
5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой шетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.

Эталон ответа к задаче №11.

1. Короткая уздечка верхней губы. Сон на правом боку с подкладыванием руки, задержка роста альвеолярного отростка нижней челюсти справа. Раннее удаление 84 зуба.
2. Диастема верхнего зубного ряда 3 мм, дистопия – язычное прорезывание 44 зуба. Правостороннее сужение нижнего зубного ряда. Глубокая окклюзия 1 степени, правосторонняя лингваокклюзия, дистальная окклюзия. Смыкание жевательных зубов справа за счет мезиального смещения 46,45 зубов (деформация после раннего удаления 84 зуба). Дисфункция ВНЧС.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Аппаратурное лечение с применением брекет-системы, в сочетании с ношением ортодонтического трейнера для брекетов для нормализации

соотношения челюстей и устранения дисфункции нижнечелюстного сустава.

5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой шетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.

Эталон ответа к задаче №12.

1. Задержка роста альвеолярных отростков, нарушение тонуса мышц челюстно-лицевой области. Раннее удаление временных жевательных зубов.
2. Протрузия верхних фронтальных зубов, скученность нижних фронтальных зубов, сужение зубных рядов, дистальная окклюзия с протрузией (2 класс 1 подкласс по Энглю). Деформация зубных рядов: зубо-альвеолярное удлинение в области 55,54 зубов, мезиальное смещение 46 зуба.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Поастиночный съемный аппарат для дистализации 46 зуба. Затем лечение с помощью съемных аппаратов капового типа (ортодонтический трейнер, ЛМ-активатор, индивидуальный позиционер). Миогимнастические упражнения для тренировки мышц ЧЛО.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №13.

1. Задержка роста альвеолярных отростков челюстей, недостаток твердой пищи и мышечной активности.
2. Скученность нижних фронтальных зубов. Сужение зубных рядов. Инфантильное глотание.

3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Лечение с помощью съемных аппаартов капового типа (ортодонтический трейнер, ЛМ-активатор, индивидуальный позиционер). Миогимнастические упражнения для нормализации акта глотания и тренировки мышц ЧЛО.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №14.

1. Макроглоссия. Раннее удаление 36,46 зубов.
2. Протрузия верхних фронтальных зубов, ретрузия нижних фронтальных зубов, вестибулярный наклон 37,47 зубов, мезиальная окклюзия, двусторонняя вестибулоокклюзия за счет нижнего зубного ряда. Деформация: дистализация 35,45 зубов.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Хирургическая пластика языка, Лечение при помощи брекет-системы, миогимнастические упражнения для тренировки языка после оперативного вмешательства и нормализации дикции.
5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой шетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.

Эталон ответа к задаче №15.

1. Задержка роста альвеолярных отростков, прерванное ортдонтическое лечение, раннее удаление 84,85 зубов.
2. Скученность нижних фронтальных зубов, торто-положение 22, вестибулярное положение 44, оральное положение 45. Сужение зубных рядов. Глубокая окклюзия 2 степени.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Удаление 44 или 45, и 34 зубов, лечение при помощи брекет-системы.
5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой шетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.

Эталон ответа к задаче №16.

1. Не правильная тактика ортодонтического лечения, удаление только 14,24 зубов. Мезиальное смещение верхних премоляров и моляров.
2. Смыкание жевательных зубов по 2 классу Энгля.
3. Нет необходимости в дополнительной диагностике.
4. Удаление 34, 44 зубов, повторная установка брекет-системы. Либо применение аппаратов капового типа для коррекции суставных нарушений.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №17.

1. Задержка роста альвеолярных отростков из-за недостатка жевательной нагрузки и слабости мышц ЧЛО.

2. Скученность верхних и нижних фронтальных зубов, аномальная форма 12,22 зубов, сужение верхнего зубного ряда, двусторонняя палатинооккклюзия.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Экспансивный винт для раскрытия небного шва, брекет-система.
5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой шетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.

Эталон ответа к задаче №18.

1. Сосание соски после прорезывания 51,61 зубов.
2. Торто- положение 51,61 зубов, физиологические диастемы и тремы.
3. Нет необходимости в дополнительной диагностике.
4. Комплекс миогимнастических упражнений для поддержания гармоничного развития зубо-челюстной системы.
5. При проведении индивидуальной чистки зубов, проведение массажа десен, щек, языка, упражнения для мышц корня языка и щек выполняющиеся с водой.

Эталон ответа к задаче №19.

1. Инфантильное глотание, привычное ротовое дыхание после устранения хронической ЛОР патологии.
2. Скученность фронтальных зубов, сужение зубных рядов. Дистальная окклюзия с протрузией, вертикальная дизокклюзия 1 степени. Инфантильное глотание.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Брекет-система совместно с трейнером для брекетов или аппаратом ФНТА.
5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с

мягкой шетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.

Эталон ответа к задаче №20.

1. Недостаточная стертость бугорков временных клыков, отсутствие значительного числа антагонистов в связи со сменой зубов.
2. Привычное смешение нижней челюсти вперед - мезиальная окклюзия. Инфантильное глотание.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Применение аппаратов капового типа, и комплекс миогимнастических упражнений для тренировки мышц ЧЛО.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Задача №21.

1. Расщелина твердого неба, альвеолярного отростка и губы. Послеоперационные рубцы.
2. Первичная адентия 22 зуба, трапецевидный верхний зубной ряд, обратное резцовое перекрытие, нарушение дикции и артикуляции.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Брекет-система для верхнего зубного ряда брекеты с повышенным положительным торком, для нижнего зубного ряда с повышенным отрицательным торком. Косметическое контурирование 23 зуба с мезиализацией 23,24,25,26,27 зубов или создание промежутка для отсутствующего 22 с последующим протезированием мостовидным протезом или на имплантате.
5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для

очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой шетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.

Эталон ответа к задаче №22.

1. Неправильное искусственное вскармливание, разрушение корнок временных зубов.
2. Дистальная окклюзия, глубокая окклюзия 3 степени, инфантилоное глотание, нарушение дикции и артикуляции.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Удаление разрушенных временных зубов с проследующим профилактическим протезированием съемным пластиночным аппаратом. Комплекс миогимнастических упражнений, с 5 лет ношение преортолонтического трейнера с ограничителями дефекта зубного ряда для предотвращения смещения 6-х зубов.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №23.

1. Задержка выпадения временных зубов.
2. Скученность зубов верхней и нижней челюсти, вестибулярное прорезывание 43 зуба, небное прорезывание 24 зуба.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Удаление 64, 75,74,83 зубов, ношение ортодонтического трейнера, пальцевой массаж для нормализации положения зубов.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми

свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №24.

1. Задержка роста альвеолярных отростков челюстей во фронтальном отделе.
2. Вестибулярное положение верхних и нижних клыков, скученность верхних и нижних резцов. Форма верхнего и нижнего зубных рядов трапеция.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Ортодонтический трейнер или 2 пластирошных аппарата с секторальными распилами к фронтальным зубам и вестибулярными дугами от премоляра до премоляра.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №25.

1. Низкое прикрепление уздечки верхней губы. Низкие клинические коронки жевательных зубов.
2. Диастема верхнего зубного ряда, глубокая окклюзия 1 степени.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Пластика уздечки верхней губы, Пластиночный аппарат с закрывающей петлей, ортодонтичемкий трейнер для чечения глубоког перекрытия.

5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №26.

1. Задержка роста альвеолярного отростка верхней челюсти
2. Ретенция или первичная адентия 13,23 зубов. Мезиальная окклюзия с обратным резцовым перекрытием.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Съемный аппарат капового типа
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №27.

1. Длительное сосание пустышки, сосание верхней губы, нарушение носового дыхания – не диагностированная ЛОР-патология, Слабость мышц ЧЛО.
2. Тортоположение и протрузия верхних резцов, скученность нижних фронтальных зубов. V – образный верхний зубной ряд, сужение нижнего зубного ряда. Дистальная окклюзия с протрузией, глубокая окклюзия 2 степени.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Пластиночный аппарат для верхней челюсти с вестибулярной дугой от клыка до клыка. После нормализации носового дыхания съемный

аппарат капового типа. Комплекс миогимнастических упражнений для лечения дистальной окклюзии и тренировки мышц челюстно-лицевой области, пальцевой массаж альвеолярных отростков.

5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №28.

1. Недостаточная стираемость бугорков временных клыков, задержка роста альвеолярных отростков – лень жевания и недостаток твердой пищи. Раннее удаление 85 зуба.
2. Перекрестная окклюзия вызванная привычным смещением нижней челюсти в сторну. Отсутствие физиологических трем и мезиальной ступеньки. Деформация: мезиальное смещение 46 зуба.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Пришлифовывание бугорков временных клыков, пластиночный аппарат для дистализации 46 зуба, затем аппарат капового типа.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №29.

1. Вредная привычка сосания посторонних предметов,.
2. Макродентия 11,21 зубов, протрузия верхних фронтальных зубов.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.

4. Косметическое контурирование 11,21 зубов, съемный пластиночный аппарат для верхнего зубного ряда с вестибулярной дугой от клыка до клыка, затем съемный аппарат капового типа.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №30.

1. Системная гипоплазия временных зубов, задержка роста альвеолярных отростков челюстей из-за недостатка жевательной нагрузки.
2. Задержка роста альвеолярных оростков.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Удаление разрушенных зубов, аппарат капового типа в ограничителями в области дефекта для предотвращения смещения рядом стоящих зубов, профилактичекий пластиночный аппарат с искусственными 52,51,61,62 зубами.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №31.

1. Хроническая заложенность носа.
2. Скученность верхних и нижних фронтальных зубов, v-образный верхний зубной ряд, сужение нижнего зубного ряда, дистальная окклюзия с протрузией.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния

коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.

4. Удаление первых премоляров в случае необходимости. Брекет-система совместно с ФНТА или трейнером для брекетов.
5. Определение уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами, для очищения вестибулярной поверхности зубов ортодонтическая щетка с V-образной подстрижкой щеточного поля, профилактическая щетка с мягкой шетиной для очищения других поверхностей зубов, зубной ершик и супер-флоссы для очищения промежутков под ортодонтической дугой. Профессиональная гигиена полости рта и применение реминерализующих средств каждые 3 месяца.

Эталон ответа к задаче №32.

1. Укороченная уздечка языка
2. Скученность нижних фронтальных зубов, трапециевидный нижний зубной ряд.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Пластика уздечки языка, ношение трейнера или ЛМ-активатора.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №33.

1. Задержка роста альвеолярных отростков челюстей, недостаток жевательной нагрузки.
2. Трапециевидные, суженные зубные ряды, дистальная окклюзия с ретрузией.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Аппарат капового типа, комплекс миогимнастических упражнений для устранения дистальной окклюзии и нормализафии функций мышц

челюстно-лицевой области, пальцевой массаж альвеолярных отростков.

5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №34.

1. Задержка роста альвеолярного отростка верхнего зубного ряда.
2. Сверхкомплектный 44 зуб, укорочение и сужение верхнего зубного ряда. Мезиальная окклюзия с обратным резцовым перекрытием, двусторонняя палатинооккюзия.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Пластиночный аппарата для верхней челюсти с сагиттальным распилом и расширяющим винтом, Вестибулярной дугой от клыка до клыка. Затем ортодонтический трейнер.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №35.

1. Сосание пустышки, привычка сосания нижней губы.
2. Тортоположение и протрузия верхних резцов, скученность нижних фронтальных зубов. Форма верхнего зубного ряда V – образная, нижний зубной рядсужен, дистальная окклюзия с протрузией, глубокая окклюзия 2 степени.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния

коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.

4. Пластиночный аппарата для верхней челюсти с сагиттальным распилом и расширяющим винтом, Вестибулярной дугой от клыка до клыка. Затем ортодонтический трейнер.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №36.

1. Привычка спать на левом боку подложив кулак под щеку.
2. Скученность верхних фронтальных зубов, левостороннее сужение верхнего зубного ряда, левосторонняя палатинооккклюзия. Деформация: мезиальное смещение 16,26 зубов из-за раннего удаления 55,65 зубов.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Пластиночный аппарат для верхней челюсти с секторальным распилом слева, вестибулярной дуррой от клыка до клыка и дистализирующими пружинами для 16,26 зубов.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №37.

1. Недостаточная стертость коронок временных клыков, низкие клинические коронки жевательных зубов.
2. Перекрестная окклюзия вызванная привычным смещением нижней челюсти в сторону. Глубокая окклюзия 2 степени
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения

ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.

4. Пришлифовывание бугорков временных клыков, аппарат капового типа.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №38.

1. Короткая уздечка языка и верхней губы
2. Диастема, скученность нижних фронтальных зубов, трапериевидный нижний зубной ряд.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Пластика уздечки языка и верхней губы, пластиночный аппарат для верхней челюсти с закрывающей петлей, затем ортодонтический трейнер
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №39.

1. Задержка роста альвеолярных отростков, нарушение тонуса жевательной мускулатуры.
2. Скученность верхних и нижних фронтальных зубов, сужение зубных рядов, дистальная окклюзия с ретрузией.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния

коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.

4. Ортодонтический трейнер, миогимнастические упражнений и пальцевой массаж.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

Эталон ответа к задаче №40.

1. Задержка роста альвеолярных отростков челюстей, недиагностированная ЛОР-патология.
2. Скученность фронтальных зубов, сужение зубных рядов, дистальная окклюзия. Деформация: мезиальное смещение 36,46 зубов из-за раннего удаление временных моляров.
3. Изготовление и расчет контрольно-диагностических моделей по методам Пона и Коргхауса, симметроскопия для уточнения ортодонтического диагноза. Изготовление ОПГ для оценки состояния коревой системы и костной ткани челюстей. Изготовление рентгенограмм кистей рук для оценки костного возраста пациента.
4. Съемные пластиночные аппараты, с сагиттальным распилом и ортодонтическим винтом, вестибулярной дугой от клыка до клыка, для верхнего и нижнего зубных рядов, нижнечелюстной аппарат с дистализирующими пружинами для 36,46 зубов. Затем ортодонтический трейнер.
5. Оценка уровня гигиены по индексу Федорова-Володкиной. Рекомендовано применение зубной пасты с антиплаковыми свойствами. Зубная щетка маленького размера с мягкой щетиной для чистки зубов после каждого приема пищи. Очищение аппарата специализированной щеткой для зубных протезов и ортодонтических аппаратов, 1 раз в месяц очищение аппарата в дезинфецирующем растворе или ультразвуковой ванне. Проведение профессиональной чистки, применение реминерализующих средств 1 раз в полгода.

РАЗДЕЛ 7. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Эталон ответа к задаче №1.

1. Острый гнойный периостит нижней челюсти от 84 зуба.
2. Для подтверждения данного заболевания необходимо провести ЭОД – значение которого должно быть значительно выше чем у соответствующего зуба расположенного на противоположной стороне нижней челюсти и должно превышать, либо находится близко к значению 100мкА. На рентгеновском снимке можем наблюдать патологическую радиолюценцию в переапикальных тканях кости, а так же глубокую кариозную полость, проникающую в пульпарную полость зуба.
3. Хирургическое лечение под масочным наркозом, премедикаци атропин, димедрол. Мягкая рыхлая тампонада ротоглотки, удаление причинного зуба, послабляющий горизонтальный разрез слизистой альвеолярного отростка до кости, по выбухающей части + 0,5 зуба в каждую сторону. Установка перчатночного дренажа. Режим больничный, стол 15, анальгин, димедрол, линкомицин, физиолечение. Ежедневные перевязки. Консультация у врача-ортодонта.
4. Остеомиелит; перелом тела нижней челюсти; повреждение зачатка постоянного зуба; аспирация дыхательных путей; остановка дыхания, кровообращения; кровотечение из лунки удаленного зуба.
5. Сроки, парность, последовательность прорезывания постоянных зубов (Колесов А.А.).

Порядок	Сроки прорезывания (в годах)
16, 26, 36, 46	5-6
11, 21, 31, 41	6-8
12, 22, 32, 42	8-9
14, 24, 34, 44	9-10
13, 23, 33, 43	10-11
15, 25, 35, 45	11-12
17, 27, 37, 47	12-13

Эталон ответа к задаче №2.

1. Острый гнойный периостит нижней челюсти от 65 зуба.
2. Для подтверждения данного заболевания необходимо провести ЭОД – значение которого должно быть значительно выше чем у соответствующего зуба расположенного на противоположной стороне нижней челюсти и должно превышать, либо находится близко к значению 100мкА. На рентгеновском снимке можем наблюдать патологическую радиолюценцию в переапикальных тканях кости, а так

же глубокую кариозную полость, проникающую в пульпарную полость зуба.

3. Хирургическое лечение под местным обезболиванием – анестетиком без вазоконстрикторов. Удаление причинного зуба, послабляющий горизонтальный разрез слизистой альвеолярного отростка до кости, по выбухающей части + 0,5 зуба в каждую сторону. Установка перчаточного дренажа. Режим больничный, стол 15, анальгин, димедрол, линкомицин, физиолечение. Ежедневные перевязки.
4. Остеомиелит; перелом альвеолярного отростка; повреждение зачатка постоянного зуба; асфиксия дыхательных путей; коллапс; обморок; аллергическая реакция; анафилактический шок; кровотечение из лунки удаленного зуба.
5. Сроки, парность, последовательность прорезывания постоянных зубов (Колесов А.А.).

Эталон ответа к задаче №3.

1. Обострение хронического гнойного лимфаденита боковой поверхности шеи.
2. Развернутый анализ крови – будем наблюдать увеличенное СОЭ, увеличение числа лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. По данным УЗИ при гнойном воспалении структура узлов равномерно гипоэхогенной (плотность зон от 0 до 10 условных единиц), что свидетельствует о наличии жидкости (гноя) в них. Данные термографии при лимфадените показывают, что разница температур симметричных участков 1,4 °С свидетельствует в пользу серозного процесса. Разница температур от 1,6 до 2,6 °С и наличие "горячей зоны" указывают на гнойный процесс в лимфатическом узле. При пункции лимфатического узла получаем гной.
3. Премедикация – атропин, димедрол. Масочный наркоз. Вскрытие гнойного очага, обработка антисептическими растворами, установка дренажа. Режим больничный, стол 15, анальгин, димедрол, ампицилин, физиолечение. Ежедневные перевязки.
4. Аденофлегмона; флегмона; абсцесс; сепсис; бактериеимия; медиастенит; ДВС синдром; септический шок; повреждение сосудов и нервов при оперативном вмешательстве – кровотечение, невриты, невралгии, парестезии; келоидные рубцы; рецидив.
5. Ведущая роль в этиологии лимфаденитов в 94 % случаев принадлежит стафилококку. Лимфоузлы выполняют важные и многокомпонентные функции в организме: барьерно-фильтрационную, иммунопоэтическую, резервуарную. Вся лимфатическая система состоит из центральных (тимус, сумка Фабрициуса) и периферических (вторичных) лимфатических органов (лимфоузлы, селезенка, скопление лимфоидной ткани в глотке, брыжейка и т.п.). При попадании микроорганизмов в лимфатический узел они уничтожаются лимфоцитами, но в ряде случаев лимфатический узел может стать

«оазисом» для них. В таком случае происходит размножение бактерий и постепенной увеличение лимфатического узла, особо ярко выраженное при простудных заболеваниях. В дальнейшем происходит разрыв капсулы лимфатического узла и гнойное содержимое разливается по окружающим его тканям.

Эталон ответа к задаче №4.

1. Абсцедирующий фурункул верхней губы слева.
2. Местная анестезия. Вскрытие очага линейным разрезом с учетом линий релаксации натяжения кожи (ЛРНК), разведение мягких тканей тупым методом, до получения гнойного содержимого, антесептическая обработка, установка дренажа, асептическая повязка с мазью Левомиколь. Стол 15, режим больничный, анальгин, димедрол, ампицилин, физиолечение, ежедневные перевязки.
3. Абсцесс; флегмона; тромбоз угловой вены; тромбоз венозного синуса; кровотечение; образование грубого рубца.
4. Выделяют инфильтративную и абсцедирующую формы фурункула. При инфильтративной форме симптомы интоксикации невыраженные. Местно наблюдается ограниченный болезненной плотный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, с цианотичным оттенком, в складку не берется. Если на этой стадии воспаления не принять меры по его ликвидации, то на протяжении 2-3 суток в центре инфильтрата формируется стержень. Последний представляет собой гнойно-некротический расплавленные ткани, окружающие волосяной фолликул и через тонкую кожу в этом участке просвечивающиеся желтовато-беловатым цветом. После самостоятельного вскрытия фурункула выделяется небольшое количество гноя с примесью крови и стержень. Далее на этом месте возникает кратерообразное углубление, заполняющееся грануляционной тканью, инфильтрация тканей постепенно уменьшается. При переходе инфильтративной формы в абсцедирующую инфильтрат увеличивается в размерах, становится значительно болезненным.
5. Лечение инфильтративной формы фурункула заключается в инъекции антибиотиков местно, в область воспаления.

Эталон ответа к задаче №5.

1. Одонтогенная флегмона левой поднижнечелюстной области.
2. Развернутый анализ крови – будем наблюдать увеличенное СОЭ, увеличение числа лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. При ренгенографии 46 будем наблюдать патологическую радиолюценцию в области корней. При пункции получим гной.
3. Премедикация атропин, димедрол. Эндотрахеальный наркоз. Вскрытие очага разрезом параллельным телу нижней челюсти, отступив на 2см. от кости. Прохождение к гнойному инфильтрату тупым путем. Промывание раны антисептическими растворами, дренирование

трубочным дренажом, наложение асептической повязки. Режим больничный, стол 15, анальгин, димедрол, гентамицин, дезинтаксикационная терапия, физиолечение, ежедневные перевязки.

4. Распространение гнойного инфильтрата в подбородочное, подподъязычное, крылочелюстное пространства, в подъязычный валик; сепсис; бактериоимия; медиастинит; ДВС синдром; септический шок; повреждение сосудов и нервов при оперативном вмешательстве – кровотечение, невриты, невралгии, парестезии; келоидные рубцы; рецидив.
5. Флегмона — это разлитое гнойное воспаление мягких тканей. Возбудителем абсцессов и флегмон является смешанная микрофлора с преобладанием стрептококков и стафилококков в комплексе с кишечной и другими видами палочек. В последние годы доказана значительная роль анаэробов, бактероидов и клостридий в развитии абсцессов и флегмон, а также ассоциации аэробной и анаэробной инфекции. У детей в 80-90% случаев абсцессы и флегмоны имеют одонтогенное происхождение и возникают в результате распространения инфекции из апикальных очагов при обострении хронических периодонтитов временных и постоянных зубов, нагноении радикулярных кист; они сопровождают острый и хронический остеомиелит, развиваются как осложнения острого периостита челюстей.

Эталон ответа к задаче №6.

1. Анаэробная флегмона Жансуля – Людвига
2. При исследовании крови - лейкопения, лимфопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. При пункции выделяется мутная, кровянистая, зловонная жидкость, иногда с пузырьками газа.
3. Гнилостно-некротическую флегмону дна полости рта вскрывают воротникообразным разрезом. Все клетчаточные пространства (поднижнечелюстные, подподбородочное, подъязычные), вовлеченные в воспалительный процесс, широко раскрывают и дренируют. Следует провести также ревизию окологлоточного, крылочелюстного пространств и промежутка между глубокими мышцами корня языка. Одновременно иссекают некротизированные ткани. При локализации гнилостно-некротической флегмоны в височной, околоушно-жевательной и других клетчаточных пространствах их широко вскрывают и дренируют со стороны кожных покровов по общепринятым правилам. Патогенетическое лечение: местная оксигенация, достигаемая периодической инсуффляцией кислорода через катетер в рану. Проводится регионарная инфузия антибиотиков. Широко применяются протеолитические ферменты для ускорения очищения раны от некротизированных тканей. ФТЛ - УФ облучение раны. При гнилостно-некротических флегмонах лица и шеи, протекающих по типу анаэробного воспаления, под кожу

или внутримышечно вводят противогангренозную поливалентную сыворотку, содержащую антитоксины против трех возбудителей газовой гангрены (Cl. perfringens, Cl. oedomatiens, Cl. septicum). По мере выяснения возбудителя заболевания, вводят только одноименную (моновалентную) сыворотку. Кроме того назначают: антибактериальную, антитоксическую, гипосенсибилизирующую, общеукрепляющую, иммунокорригирующую терапию. К патогенетической терапии относится ГБО тканей.

4. При гнилостно-некротической флегмоне воспалительные явления склонны к прогрессированию. Чаще развиваются медиастиниты, но может быть восходящее распространение инфекции. Воспалительное заболевание может осложняться септическим шоком, острой дыхательной недостаточностью, а также сепсисом.
5. Ангина Жансуля -Людвига возникает в результате распространения инфекции из периапикальных тканей нижних больших коренных зубов, а также воспаленных миндалин, изъязвлений слизистой оболочки полости рта, вызванных стоматитом и др. По данным Maurl, приведенным П.П.Львовым, лишь в 60% случаев гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта вызывается инфекцией, распространяющейся из одонтогенных очагов, а в 40% случаев ее возникновение связано с острым тонзиллитом, язвенным стоматитом и другими причинами. Считают, что важное значение в возникновении этой флегмоны имеют анаэробные стрептококки в симбиозе с кишечной палочкой и стафилококками, были обнаружены и анаэробы, возбудители газовой гангрены: Cl. perfringens, Cl. oedomatiens, Cl. septicum.

Эталон ответа к задаче №7.

1. Хронический одонтогенный гайморит.
2. При пальпации передней стенки правой верхнечелюстной пазухи возможно появление болевых ощущений. На рентгенограмме определяется диффузное, чаще гомогенное и интенсивное затемнение верхнечелюстной пазухи, обусловленное гипертрофией ее слизистой оболочки. ЭОД 16 зуба высокое.
3. Задачами комплексного лечения хронического одонтогенного гайморита являются: устранение причины, то есть удаление зуба (если он есть); удаление патологически измененных тканей из пазухи путем проведения гайморотомии; если есть ороантральное соединение — ликвидация его одновременно с гайморотомией; обеспечение постоянного хорошего оттока из верхнечелюстной пазухи в послеоперационный период через сообщение в нижнем носовом ходу; медикаментозное лечение.
4. Обострение процесса или развитие остеомиелита.

5. С вросшими в верхнечелюстную пазуху кистами, фиброзной остеодистрофией, опухолями верхнечелюстной пазухи, риногенным гайморитом.

Эталон ответа к задаче №8.

1. Острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа.
2. Для установления диагноза в острый период остеомиелита рентгенологические данные неинформативны. Лабораторные исследования крови свидетельствуют об увеличении количества лейкоцитов до 15-30 тыс., повышении СОЭ до 30-50 мм в 1 ч, сдвиге лейкоцитарной формулы влево, наличии С-реактивного белка. В моче выявляются белок, эритроциты, лейкоциты (как следствие общей интоксикации).
3. Медикаментозное лечение предусматривает введение дезинтоксикационных средств внутривенно (неогемодез, неокомпенсан, глюкоза, изотонический раствор), одновременно вводят антибиотики, тропные к костной ткани, — линкомицин, нетромицин, клиндамицин, цефалексин, цефазолин, тиенам. Назначают антигистаминные средства, препараты кальция, витаминные комплексы, содержащие витамины группы А, D, Е, В, С, неспецифические иммуномодуляторы. Кроме того, пища ребенка должна быть преимущественно молочно-растительной, а питье витаминизированным и в большом количестве. Хирургическое лечение начинают с удаления "причинного" зуба, вскрытия поднадкостничных абсцессов с обеих сторон альвеолярного отростка. При тяжелых формах острого остеомиелита у детей старшего возраста в некоторых случаях можно с целью декомпрессии проводить перфорацию кортикальной пластинки в участке очага воспаления. Это вмешательство нужно делать вместе со вскрытием очагов воспаления в близлежащих мягких тканях (абсцессов, флегмон). Раны дренируют резиновыми полосками, со 2-х суток промывают антисептиками, протеолитическими ферментами, с 3-4-х назначают физпроцедуры при эффективном дренировании раны — электрофорез антибиотика, который ребенок получает внутримышечно, протеолитические ферменты, УФО, УВЧ, лазеротерапию, магнитотерапию. Снаружи на близлежащие к очагу воспаления мягкие ткани накладывают повязки с 5-10% ДМСО. Назначают частые полоскания рта антисептиками. Обязательно соблюдение правил гигиены полости рта.
4. Осложнениями острого одонтогенного остеомиелита челюстей у детей может быть переход процесса в хронический, развитие гайморита, артрита височно-нижнечелюстного сустава, паротита, септического состояния и т.п. Последствиями остеомиелитического процесса могут быть: деформация челюсти в результате гибели зон роста челюстей, частичная адентия постоянных зубов, анкилоз височно-нижнечелюстного сустава.

5. Дифференциальная диагностика проводится с одонтогенными и неодонтогенными абсцессами или флегмонами подглазничной, скуловой, подчелюстной области, абсцессом твердого нёба, сиалоаденитом, специфическими процессами, периоститом, саркомой Юинга, нагноившейся кистой челюсти.

Эталон ответа к задаче №9.

1. Гематогенный остеомиелит верхней челюсти слева.
2. В крови — картина гипохромной анемии, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ, гипопротеинемия. Симптомы поражения челюсти выявляются лишь на 4-6-е сутки после начала заболевания. Рентгенологическое обследование челюсти в ранний период (до 10 сут) не выявляет признаков остеомиелита.
3. Дифференциальную диагностику острого гематогенного остеомиелита следует проводить с одонтогенным остеомиелитом, саркомой Юинга, абсцессами мягких тканей, острым паротитом, воспалительными заболеваниями среднего уха, острыми воспалительными заболеваниями глаз и орбиты.
4. Вся медикаментозная терапия в первые дни проводится исключительно внутривенно. Из антибиотиков назначают препараты широкого спектра, при необходимости вводят два совместимых антибиотика. Дезинтаксикационная терапия. Назначают витамины группы В и С. Иммунотерапия. Хирургическое лечение включает адекватное вскрытие абсцессов и инфильтратов мягких тканей, поднадкостничпых абсцессов с дальнейшим дренированием ран и ведением их по принципам гнойной челюстно-лицевой хирургии.
5. Осложнениями гематогенного остеомиелита может быть переход его в хроническую стадию, сепсис, менингит, медиастинит, артрит, паротит, образование абсцессов и флегмон, распространение воспаления в глазницу, гибель зон роста челюсти и зачатков постоянных зубов. Последствия гематогенного остеомиелита: возможны вторичные деформации челюстей, костей и мягких тканей челюстно-лицевой области, рубцовый выворот век, адентия, облитерация верхнечелюстной пазухи, одно- или двусторонний анкилоз височно-нижнечелюстного сустава.

Эталон ответа к задаче №10.

1. Абсцесс левой клыковой ямки.
2. Развернутый анализ крови – будем наблюдать увеличенное СОЭ, увеличение числа лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. При пункции получим гной.
3. Диагностировать необходимо с острым гнойным периоститом левой верхней челюсти от 63, одонтогенным остеомиелитом левой верхней челюсти от 63, флегмоной подглазничной области.
4. Хирургическое лечение абсцесса клыковой ямки состоит в разрезе тканей, проведенному выше переходной складки верхнего преддверия и параллельно ей. Далее, придерживаясь кости, проникают в клыковую ямку, где локализуется очаг воспаления, и дренируют его резиновым выпускником. Режим больничный, стол 15, анальгин, димедрол, гентамицин, дезинтаксикационная терапия, физиолечение, ежедневные перевязки.
5. Распространение гнойного инфильтрата в подглазничное, щечное пространства; сепсис; бактериоимия; ДВС синдром; септический шок; повреждение сосудов и нервов при оперативном вмешательстве – кровотечение, невриты, невралгии, парестезии; келоидные рубцы; рецидив.

Эталон ответа к задаче №11.

1. Мигрирующая гранулема правой поднижнечелюстной области от 46. (Хронический гиперпластический лимфаденит правой поднижнечелюстной области одонтогенного происхождения от 46).
2. УЗИ, рентгенологическое исследование с заполнением свища рентгеноконтрастом.
3. Под общим обезболиванием хирургическое иссечение свищевого хода. Удаление причинного зуба. Анальгин, димедрол, ампицилин, перевязки, физиолечение.
4. У детей причиной мигрирующей гранулёмы лица обычно являются первые постоянные моляры, которые раньше, чем другие зубы, поражаются кариесом и его осложнениями. Периодонтит осложняется обычно хроническим гиперпластическим лимфаденитом, где и развивается грануляционная ткань в виде отдельных скоплений — гранулём. Одонтогенная подкожная гранулёма имеет "причинную" связь (в виде тяжа) с пораженным зубом, проявляющуюся образованием "дорожки", соединяющей пораженный зуб с лимфатическим узлом.
5. Профилактика заболевания состоит в своевременном лечении осложнений кариеса.

Эталон ответа к задаче №12.

1. Псевдопаротит Герценберга правой околоушной слюнной железы.
2. По данным УЗИ при гнойном воспалении структура узлов равномерно гипоэхогенной (плотность зон от 0 до 10 условных единиц), что свидетельствует о наличии жидкости (гноя) в них. Развернутый анализ крови - будем наблюдать увеличенное СОЭ, увеличение числа лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. При пункции в зависимости от стадии можем получить получим гной или серозную мутную жидкость.
3. Лечение при выявлении гнойного воспаления в лимфатическом узле состоит во вскрытии абсцесса с последующим продолжительным дренированием раны и уходе за ней по правилам ведения гнойной раны. Анальгин, димедрол, ампицилин, физиолечение.
4. Острый гнойный лимфаденит, абсцесс околоушной слюнной железы, сиалолитиаз, мукоцеле околоушной слюнной железы, абсцесс, флегмона околоушно-жевательной области, сепсис, бактериоимия, слюнные свищи.
5. Необходимо дифференцировать с эпидемическим и неэпедимическим паротитом околоушной слюнной железы. Абсцессом околоушно-жевательной области.

Эталон ответа к задаче №13.

1. Острый вирусный эпидемический паротит околоушных слюнных желез осложненный панкриатитом.
2. Дополнительными методами исследования являются: выделение вируса из слюны и спинномозговой жидкости методом заражения куриных эмбрионов; серологические исследования, основывающиеся на выявлении типоспецифических антител — комплементсвязывающих, вируснейтрализующих, антигенагглютинирующих, различные серологические тесты.
3. Применяют симптоматическую терапию, предусматривающую профилактику присоединения банальной инфекции, постельный режим в течение 7-10 суток, жидкую высококалорийную и богатую витаминами пищу. Иногда по совету врача-инфекциониста больным с выраженными местными проявлениями назначают компрессы с 5 % раствором ДМСО и полуспиртовые, повязки с мазью белладонны, камфорным спиртом; полоскания рта антисептиками, физпроцедуры (УВЧ, СВЧ, УФА) на область слюнных желез. При поражении поджелудочной железы, половых желез, нервной системы лечение проводится с участием педиатра, невропатолога, эндокринолога и других специалистов.
4. Эпидемический паротит следует дифференцировать с острыми неэпидемическими вирусными паротитами, обострением хронических паротитов, паротитом Герценберга, острым бактериальным паротитом,

абсцессом околоушной области. Данные дифференциальной диагностики эпидпаротита с другими воспалительными заболеваниями слюнных желез.

5. Возбудителем эпидемического паротита является фильтрирующийся вирус из группы РНК-геномных вирусов, род *Paramyxovims*. Эпидемическим паротитом болеют чаще дети от 3 до 15 лет (от одного до трех лет — единичные случаи). Инкубационный период при этом заболевании чаще составляет 18 сут. Вирус эпидемического паротита поражает только железы, имеющие экзоэпителиальное происхождение, различные по функции (экзокринные — слюнные, слезная, молочная железы и с двойной функцией — поджелудочная железа), но объединенные одинаковым анатомическим и гистологическим строением. Тяжесть заболевания обусловлена изменениями преимущественно в строме слюнных желез, клетки ацинусов поражаются редко. Чаще фильтрующийся вирус поселяется в строме околоушной слюнной железы, крайне редко — в подчелюстных. Механизм передачи — капельный, он имеет особенности, отличающие его от передачи вируса гриппа, кори и т.п. Они состоят в том, что при паротите ухудшается каплеобразование слюны, поскольку уменьшается ее количество и повышается вязкость. Это затрудняет передачу инфекции от больного к здоровому человеку, поэтому для заражения нужен длительный контакт с источником инфекции. Инфекцию можно передать только через слюну — она является и местом существования вируса как биологического вида.

Эталон ответа к задаче №14.

1. Острый бактериальный сиалоаденит левой околоушной слюнной железы.
2. Развернутый анализ крови - будем наблюдать увеличенное СОЭ, увеличение числа лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Сиалография в гнойной стадии заболевания не показана.
3. Лечение направлено на уменьшение явлений интоксикации и непосредственное воздействие на микроорганизмы, вызвавшие сиалоаденит. Доказано, что наиболее эффективными являются макролидные антибиотики. Назначают антигистаминные, симптоматические и иммуностимулирующие препараты. Слюногонная, калорийная и витаминизированная диеты способствует более быстрому выздоровлению. В отдаленный период лечения для очищения железы от продуктов распада и гноя назначают слюногонные препараты и массаж железы. При гнойных выделениях из протока в железу вводят протеолитические ферменты. Дети с острым бактериальным паротитом требуют лечения в стационаре. На ночь на область железы делают компрессы с 5 % раствором ДМСО с добавлением обезболивающих и антигистаминных препаратов. Если

образовался абсцесс (что у детей возникает крайне редко), его вскрывают под общим обезболиванием.

4. Дифференциальную диагностику бактериального сиалоаденита проводят с эпидемическим и вирусным паротитом, абсцессами, флегмонами околоушной области, обострением хронического паротита, паротитом Герценберга, острым лимфаденитом.
5. Острый бактериальный сиалоаденит отмечается у детей разных возрастных групп, но чаще в возрасте 7-12 лет (у грудных детей может развиваться бактериальный паротит вследствие проникновения инородного тела в паренхиму слюнной железы через проток). Чаще поражаются околоушная и поднижнечелюстная железы, подъязычная практически никогда. Развитие острого сиалоаденита у детей связано с местными (анатомо-физиологическим строением слюнных желез, возможностью воспаления лимфатических узлов в толще слюнных желез, количеством и качеством слюны, травмой слюнной железы, заболеваниями слизистой оболочки ротовой полости и ЛОР-органов) и общими (снижением общего и местного иммунитета, хронической интоксикацией организма, нарушением обменных процессов) факторами. Различают серозный и гнойный острый бактериальный сиалоаденит.

Эталон ответа к задаче №15.

1. Калькулезный сиалоаденит правой поднижнечелюстной слюнной железы (слюнокаменная болезнь).
2. Для уточнения диагноза проводят рентгенологическое исследование подчелюстной железы при локализации камня в задних отделах или в паренхиме слюнной железы по В.С. Коваленко. У детей старшего возраста при локализации конкремента в задних отделах протока можно сделать контрастную сиалографию.
3. Основным методом лечения калькулезного субмаксиллита является хирургический. Методика вмешательства зависит от локализации, размеров камня и изменений, происходящих в железе и протоке. В послеоперационный период проводится антигистаминная и обезболивающая терапия, назначается слюногонная диета.
4. Дифференциальная диагностика слюнно-каменной болезни проводится с воспалительными процессами слюнных желез без наличия камней, опухолями и опухолевидными заболеваниями слюнных желез, ретенционными кистами типа песочных часов, а также опухолями мягких тканей дна ротовой полости, эпидермоидными и дермоидными кистами.
5. Слюнно-каменная болезнь — заболевание, при котором в протоках слюнных желез или в паренхиме их возникают конкременты, являющиеся препятствием для оттока слюны. В патогенезе слюнно-каменной болезни важная роль принадлежит нарушению минерального обмена (повышение количества кальция и фосфора в крови и слюне),

авитаминозу А и т.п. Химический состав слюнных камней довольно постоянный: органическая основа камней составляет до 30 %, другая часть представлена неорганическими солями — фосфорнокислым и углекислым кальцием, магнием, железом. Слюнные камни частично растворимы в воде. Величина и форма их разнообразны, зависят от локализации камней и их количества. Слюнно-каменная болезнь наблюдается в основном в подчелюстных слюнных железах, что связано с их анатомо-физиологическими особенностями (проток S-образный, длинный; неравномерный по ширине; проходит ниже, чем открывается его устье). Околоушная слюнная железа поражается редко, потому что проток её широкий, направлен сверху вниз. Подъязычные слюнные железы имеют очень короткие и широкие, вертикально расположенные протоки, поэтому камни в них не формируются.

Эталон ответа к задаче №16.

1. Рвано-ушибленная рана лобной области.
2. Подробный сбор посттравматического анамнеза: наличие тошноты, рвоты, потери сознания. Поставить ребенка в позу Ромберга (глаза закрыты, руки вытянуты перед собой, пятки сведены вместе), в таком положении ребенок должен быть устойчив, если раскачивается или падает – подозрение на ЧМТ. При проведении данной пробы, ребенка обязательно надо страховать, находясь сзади. Проверить наличие патологического нистагма (непроизвольное, многократное подергивание глазного яблока при его отведении в сторону). Различают горизонтальный и вертикальный нистагм. Проведение пальце-носовой пробы: с закрытыми глазами необходимо дотронутся поочередно указательными пальцами правой и левой руки до кончика носа. Проверить реакцию зрачков на свет: при повышении освещенности зрачок должен сужаться, причем скорость сужения и расширения зрачков на обоих глазах должна быть одинакова.
3. Двукратная обработка раны 70% спиртом и фурацилином. Проведение инфильтрационной анестезии мягких тканей в месте ранения. Наложение послойно швов: мышцы и клетчатка сшиваются саморассасывающимся материалом – кетгут, кожа – капроак. Использовать можно как обычные одинарные узловые швы (продемонстрировать), так и косметический внутридермальный шов (продемонстрировать). При подозрении на наличие ЧМТ у ребенка, машина скорой помощи не отпускается, проводится ПХО раны, и скорая помощь доставляет ребенка в нейрохирургическое отделение. Местная терапия будет заключаться в ежедневной антисептической обработке раны (перманганат калия) и наложении повязки. Противомикробные препараты, пробиотики, антигистаминные, витаминотерапия, физиопроцедуры.
4. Аллергические реакции на введение анестетика (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок). Кровотечение. Присоединение

вторичной инфекции. Расхождение швов. Формирование грубого рубца. При появлении аллергической реакции необходимо:

- Прекратить введение препарата вызвавшего шок.
- Уложить и согреть (грелки к рукам и ногам) больного, зафиксировать язык для предупреждения асфиксии.
- Расстегнуть стесняющую одежду.
- Обеспечить приток воздуха к пациенту.
- Провести симптоматическую терапию.
- Сделать непрямой массаж сердца, искусственное дыхание при ухудшение состояния пациента.
- Произвести аспирацию мокроты из дыхательных путей.
- Срочно госпитализировать больного при респираторном варианте.
- Схема лекарственной терапии:
- Введение вазатонических и аналептических средств.
- Антигистаминные средства.
- Гормональные препараты гипофиза.
- Глюкокортикостероиды.
- Кардиотонические средства.
- Введение противошоковых жидкостей.
- При кровотечение – предпринять меры по его остановке (временные, постоянные).
- Для предотвращения присоединения вторичной инфекции проводится тщательная очистка раны и назначается антибиотикотерапия.

5. Сроки, парность, последовательность прорезывания постоянных зубов (Колесов А.А.).

Эталон ответа к задаче №17.

1. Отдаленное осложнение перелома тела нижней челюсти слева. Оголение никилид-титановой пластинки. Рецессия слизистой оболочки десны вестибулярной части альвеолярного отростка нижней челюсти слева.
2. Извлечение никилид-титановой пластинки, ушивание раны, назначение противовоспалительной терапии, ненаркотических анальгетиков, местной антисептической обработки послеоперационной раны, физиотерапии.
3. В связи с остеоинегрирующей способностью титана и его сплавов, происходит врастание никилид-титановой пластинки в костную ткань нижней челюсти, в связи с чем, ее извлечение может оказаться не легкой задачей. Возможен перелом нижней челюсти. Повреждение нижнечелюстного нерва у ментального отверстия. Повреждения зачатка 33, 35 зубов.

4. Фиксация отломков нижней челюсти при помощи зубо-десневой, либо назубной шинами. Фиксация отломков тела нижней челюсти при помощи титановой проволоки. Фиксация отломков при помощи материалов с памятью формы. Фиксация отломков при помощи спиц (внутрикостный и чрезкостный остеосинтез). Подвесной остеосинтез.
5. Сроки, парность, последовательность прорезывания постоянных зубов (Колесов А.А.).

Эталон ответа к задаче №18.

1. Смешанная гемангиома лобной области.
2. По происхождению: врожденные и приобретенные. По глубине происхождения: поверхностные и глубокие. По месту расположения: в мягких тканях и костях. По строению: капиллярные, кавернозные, смешанные. По сосудам из которых происходят гемангиомы: артериальные, венозные, артериовенозные.
3. Оперативное удаление опухоли. Двукратная обработка операционного поля 70% спиртом. Иссечение образования двумя полукруглыми разрезами с учетом анатамо-топографической особенности участка лица. Гемостаз по ходу операции. Обработка фурацилином. Послойное ушивание раны. Асептическая повязка. Общее лечение: ненаркотические анальгетики, антигистаминные средства. Обработка раны антисептиками.
4. Диатермокоагуляция – поверхностные капиллярные гемангиомы. Склерозирование – 70% спиртом, трихлоруксусной кислотой с 2% раствором лидокаина. Криодиструкция. Эмболиз сосудов.
5. Кровотечение, изъязвление, вторичное инфицирование. А крупные капиллярные гемангиомы и, в большей степени, смешанные гемангиомы могут приводить к депонированию тромбоцитов и тромбоцитопении с развитием синдрома Казабаха-Мерритт.

Эталон ответа к задаче №19.

1. Перелом левой скуловой кости, парестезия подглазничного нерва, ссадина левой скуловой области.
2. Рентгенография головы в прямой и боковой проекциях. На снимках можно увидеть линию перелома и положение смещенных отломков.
3. Переломы в отсутствии смещения подлежат консервативному: медикаментозному а также физиотерапевтическому исцелению. Все хирургические способы лечения переломов скуловой кости делят на внеротовые а также внутриротовые. Наиболее часто встречаемым а также знаменитым из внеротовых способов считается способ А.А.Лимберга (1935). Вправление отломков создают с поддержкою крючка системы создателя. Существует, так называемый височный, метод вправления отломков скуловой кости и дуги, предложенный H.D.Gillies,T.P. Kilner, D.Stoun (1927). При застарелых переломах скуловой кости применяют методы, основанные на использовании

различных конструкций щипцов, снабженных острыми зубцами, зажимами, браншами (Duchange,1938; Ш.К. Чхолария, 1963; П.В. Ходорович, В.И. Баринова, 1972.)

4. Физиологическая регенерация костных тканей происходит медленно за счет остеогенных клеток надкостницы, эндоста и остеогенных клеток в каналах остеонов. Посттравматическая регенерация костной ткани протекает лучше в тех случаях, когда концы сломанной кости не смещены относительно друг друга, и сохранена надкостница. Процессу остеогенеза предшествует формирование соединительнотканной мозоли, в толще которой могут образовываться хрящевые островки. Оссификация в этом случае идет по типу вторичного (непрямого) остеогенеза. В условиях оптимальной репозиции и фиксации концов сломанной кости регенерация происходит без образования мозоли. Но прежде чем начнут строить кость остеобласты, остеокласты образуют небольшую щель между репонированными концами кости. На этой биологической закономерности основано применение травматологами аппаратов постепенного растягивания сращиваемых костей в течение всего периода регенерации.
5. Применение никилид-титановой проволоки, никилид-титановых пластин, винтовое соединение, внутрикостный остеосинтез спицами.

Эталон ответа к задаче №20.

1. Перелом наружной стенки лобной пазухи.
2. Диагностика: Для проверки на повреждение задней стенки пазухи и наличия в крови спиномозговой жидкости служит «тест ореола». Либо кровь можно послать на биохимический анализ на определение наличия в ней P_2-трансфирина. Наличие P_2-трансфирина очень характерно для спинномозговой жидкости. Кроме этого, P_2-трансфирин обнаруживается только в жидкости стекловидного тела глаза и перелимфе внутреннего уха. Осевая и венечная компьютерная томография с шагом 1,5мм. являются золотым стандартом для диагностики переломов лобной пазухи.
3. Лечение: под общим обезболиванием, производится операция: облитерация лобной пазухи, с использованием мышечного, либо жирового трансплантата. Из медикаментозной терапии назначаем: противомикробные средства, пробиотики, антигистаминные препараты, витамины, ненаркотические анальгетики. Так же местная обработка раны антисептиками.
4. Возрастная анатомия: При рождении лобная пазуха отсутствует. К двухлетнему возрасту передние решетчатые пазухи внедряются в лобную кость с образованием рудиментарной полости. К 6-летнему возрасту лобную пазуху можно обнаружить рентгенографически. В 15 лет лобная пазуха имеет взрослый размер. Лобная пазуха имеет пирамидальную форму, с расположением основания внизу, а верхушки

— вверху. Десять процентов людей имеют пазуху только с одной стороны, 5% имеют рудиментарную пазуху, а 4% не имеют ее вовсе.

5. Лобная пазуха выстлана псевдомногослойным, реснитчатым призматическим эпителием. При повреждении слизистая лобной пазухи имеет уникальную склонность к образованию мукоцеле. Мукоцеле увеличиваются, разъедают кость и могут прогрессировать в остеомиелит, менингит или абсцесс мозга.

Эталон ответа к задаче №21.

1. Синдром Горлина—Гольца: базальноклеточный рак.
2. Достаточно клинической картины (углубления на ладонях и подошвах, характерные черты лица). Диагноз подтверждают с помощью биопсии и дальнейшего гистологического исследования полученного материала.
3. Опухоли, расположенные в центральной части лица, на ушных раковинах и в их окружности, подлежат иссечению по методу Моса — с интраоперационной микроскопией замороженных горизонтальных срезов для определения объема операции. Для мелких опухолей на туловище и конечностях используют электрокоагуляцию или комбинированное местное лечение третиноином и фторурацилом (5% крем) в течение 25—30 сут.
4. Предполагается, что Синдром Горлина—Гольца обусловлен мутацией в опухоль-супрессорном гене, локализованном на участке q31 хромосомы 9. Тип наследования — аутосомно-доминантный, с различной пенетрантностью.
5. Множественные злокачественные опухоли кожи требуют и от больного, и от врача постоянной настороженности. Многократные операции могут привести к образованию грубых рубцов. Новые опухоли появляются в течение всей жизни, поэтому за больным устанавливают диспансерное наблюдение. Своевременное выявление и оперативное лечение базальноклеточного рака помогает избежать образования рубцов, уродующих больного.

Эталон ответа к задаче №22.

1. Радикулярная киста нижней челюсти справа от 46.
2. Рентгенологическое исследование. Пункция.
3. Цистэктомия, анальгин, димедрол, перевязки, физиолечение.
4. Корневые кисты могут образоваться в периапикальной области любых зубов, в любом возрасте, но редко появляются в молочном прикусе. Эта киста классифицируется как воспалительная, потому что в большинстве случаев является последствием некроза пульпы при кариесе, и связанным с этим периапикальным ответом воспалительного характера. Другими причинами могут быть: любые причины, способствующие некрозу пульпы типа трещины зуба и некачественные реставрации. Первая линия защиты при некрозе пульпы- в периапикальной области - формируется гранулема. Гранулема - высоко

васкуляризированная ткань, содержащая богатый инфильтрат иммунологических клеток, таких как лимфоциты, макрофаги, плазматические клетки, и т.д. Эпителиальные клетки Malassez - остатки влагалища Hertwiga, которых очень много в периапикальной области всех зубов. Эти эпителиальные клетки являются производными эктодермы, из которой развивается зачаток зуба, и они сохраняют свой эмбриональный метапластический потенциал. Поэтому, они могут дифференцироваться в любой тип эпителия, при наличии надлежащего стимула. Эти клетки играют главную роль в формировании корневых кист. Посреди богатой сосудами области, обеспеченной периапикальной гранулемой, клетки Malassez пролиферируют и в конечном счете формируются большую трехмерную клеточную массу. Из-за непрерывного роста, внутренние клетки лишены должного питания, и они подвергаются колликвационному некрозу. Это способствует формированию полости, которая расположена в центре гранулемы, вызывая корневую кисту. Радиологическое изображение корневой кисты бывает пери- или параапикальным: образование круглой или овальной формы, рентгенопрозрачное разного размера, с хорошо очерченными и рентгеноконтрастными краями.

5. Корневые кисты вообще бессимптомные, если они вторично не инфицируются, в этом случае они будут сопровождаться болью, припухлостью и другими воспалительно-инфекционными признаками. Корневые кисты могут изменяться в размере от 0.5 до 2 сантиметров и более в диаметре. Когда киста достигает крупных размеров, это может привести к внутриротовой или лицевой асимметрии и иногда даже парестезии из-за сдавления нервов. Иногда большая киста может разрушать кортикальную пластинку кости, а также способна внедряться в верхнечелюстную пазуху или полость носа. Около 60 % всех корневых кист развиваются в верхней челюсти и редко распространяются на твердое небо. Пациенты с чрезвычайно большими корневыми кистами подвержены риску спонтанных переломов кости.

Эталон ответа к задаче №23.

1. Острый травматический артрит левого височно-нижнечелюстного сустава.
2. УЗИ сустава, рентгенологическое исследование – для дифференциальной диагностики.
3. Лечение острого артрита начинают с обеспечения покоя суставу. Этого достигают с помощью индивидуально изготавливаемой пращевидной повязки и межзубной разобщающей прикус пластинки или прокладки, которую накладывают на стороне поражения сроком на 2-3 дня. Пища должна быть жидкой. Лечение при травматическом артрите проводят с целью снять боли, достичь рассасывания излившейся в сустав крови в возможно ранние сроки и добиться полного восстановления функции нижней челюсти. Назначают анальгетики (анальгин по 0,25 г 3 раза в

день) и местную гипотермию в течение 2-3 дней, в последующем-УВЧ-терапию по 10-15 мин ежедневно в течение 6 дней, электрофорез калия йодида и новокаина (поочередно). Одновременно могут быть рекомендованы компрессы с ронидазой, парафино- или озокеритотерапия, грязелечение. При продолжающихся болях назначают диадинамические токи Бернара (2-3 сеанса).

4. Гнойный острый артрит, артроз, анкилоз.
5. Височно-нижнечелюстной сустав, articulatio temporomandibularis, парный, образуется головкой нижней челюсти, caput mandibulae, нижнечелюстной ямкой, fossa mandibularis, и суставным бугорком, tuberculum articulare, чешуйчатой части височной кости. Головки нижней челюсти имеют валикообразную форму; длинные конвергирующие оси их своим продолжением сходятся под тупым углом у переднего края большого затылочного отверстия.

Эталон ответа к задаче № 24.

1. Хронический артрит правого височно-нижнечелюстного сустава.
2. УЗИ сустава, рентгенологическое исследование – для дифференциальной диагностики.
3. Лечение начинают с обеспечения покоя суставу. Этого достигают с помощью индивидуально изготавливаемой пращевидной повязки и межзубной разобщающей прикус пластинки или прокладки, которую накладывают на стороне поражения сроком на 2-3 дня. Пища должна быть жидкой. Назначают анальгетики (анальгин по 0,25 г 3 раза в день) и местную гипотермию в течение 2-3 дней, в последующем-УВЧ-терапию по 10-15 мин ежедневно в течение 6 дней, электрофорез калия йодида и новокаина (поочередно). Одновременно могут быть рекомендованы компрессы с ронидазой, парафино- или озокеритотерапия, грязелечение. При продолжающихся болях назначают диадинамические токи Бернара (2-3 сеанса). Назначают ультразвуковую терапию, парафино- и озокерито- терапию, массаж жевательных мышц, электрофорез пчелиного яда, медицинской желчи, препаратов йода. Хороший результат дает миогимнастика: производят дозированное открывание рта без выдвижения нижней челюсти.
4. Гнойный острый артрит, артроз, анкилоз.
5. Височно-нижнечелюстной сустав, articulatio temporomandibularis, парный, образуется головкой нижней челюсти, caput mandibulae, нижнечелюстной ямкой, fossa mandibularis, и суставным бугорком, tuberculum articulare, чешуйчатой части височной кости. Головки нижней челюсти имеют валикообразную форму; длинные конвергирующие оси их своим продолжением сходятся под тупым углом у переднего края большого затылочного отверстия.

Эталон ответа к задаче № 25.

1. Гнойный артрит правого височно-нижнечелюстного сустава.

2. УЗИ сустава, рентгенологическое исследование, Развернутый анализ крови - будем наблюдать увеличенное СОЭ, увеличение числа лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
3. При гнойных артритах показано оперативное лечение: вскрытие и дренирование очага воспаления, которые производят в стационаре. На этапе долечивания назначают физиотерапевтическое лечение: сухое тепло, УВЧ-терапию, электрофорез, диатермию, компрессы.
4. При несвоевременном и недостаточно полном лечении острый гнойный артрит может осложняться анкилозом, особенно у детей. Развитие абсцессов и флегмон околоушно-жевательной области.
5. Височно-нижнечелюстной сустав, articulatio temporomandibularis, парный, образуется головкой нижней челюсти, caput mandibulae, нижнечелюстной ямкой, fossa mandibularis, и суставным бугорком, tuberculum articulare, чешуйчатой части височной кости. Головки нижней челюсти имеют валикообразную форму; длинные конвергирующие оси их своим продолжением сходятся под тупым углом у переднего края большого затылочного отверстия.

Эталон ответа к задаче №26.

1. Артроз правого височно-нижнечелюстного сустава.
2. УЗИ, рентгенологическое исследование.
3. Лечение артроза. Комплексное, включает все виды окклюзионной коррекции, медикаментозное и хирургическое лечение, ортопедическое лечение дефектов зубных рядов с восстановлением функциональной окклюзии. Показано проведение физиотерапии 1 раз в год.
4. Обострение – воспалительные явления, развитие анкилоза.
5. Височно-нижнечелюстной сустав, articulatio temporomandibularis, парный, образуется головкой нижней челюсти, caput mandibulae, нижнечелюстной ямкой, fossa mandibularis, и суставным бугорком, tuberculum articulare, чешуйчатой части височной кости. Головки нижней челюсти имеют валикообразную форму; длинные конвергирующие оси их своим продолжением сходятся под тупым углом у переднего края большого затылочного отверстия.

Эталон ответа к задаче №27.

1. Односторонний костный анкилоз правого височно-нижнечелюстного сустава.
2. Подвижность суставной головки определяют через переднюю стенку наружного слухового прохода. УЗИ, рентгенологическое исследование, КТ, МРТ.
3. Лечение хирургическое. Основной задачей являются восстановление подвижности нижней челюсти и исправление формы лица. У подростков и взрослых хирургическое лечение анкилоза и микрогении необходимо производить возможно раньше после распознавания заболевания. Восстановление подвижности нижней челюсти при

костном анкилозе сводится к образованию ложного сустава. Большое значение в послеоперационном периоде имеет правильно налаженное калорийное и витаминизированное питание. Протертую, полужидкую и жидкую пищу вводят больному в полость рта с помощью поильника. С целью профилактики остеомиелита ветви нижней челюсти в области произведенной остеотомии внутримышечно следует применять антибиотики, выбор которых зависит от чувствительности к ним микрофлоры. Через 2—3 нед. после операции изготавливают шину Ванкевич и производят санацию полости рта, так как у всех больных при анкилозе височно-нижнечелюстного сустава многие зубы поражены кариесом, а слизистая оболочка десен разрыхлена. В случае необходимости следует осуществить ортодонтическое лечение и протезирование зубов.

4. Инфекция, проникшая в сустав, вызывает в нем острый или хронический воспалительный процесс. Под влиянием воспаления суставные поверхности и мениск подвергаются некрозу, сочленяющиеся поверхности замещаются грануляционной, а затем фиброзной и костной рубцовой тканью. Одновременно как ответная реакция на воспалительный процесс происходит продуцирование новых костных балок в виде костных выступов, сращение которых между собой, и с вновь образованной рубцовой тканью ведет к образованию анкилоза. Нередко острое воспаление из сустава распространяется на прилежащие костные и мягкие ткани, что приводит к бурному пролиферативному процессу в окружающих тканях с развитием грубых Рубцовых и костных сращений между височной костью, ее скуловым отростком и всем верхним отделом ветви нижней челюсти. При анкилозе, развивающемся в детском и молодом возрасте, наступает чаще всего костное, а в более зрелом возрасте — фиброзное сращение суставных поверхностей.
5. Височно-нижнечелюстной сустав, articulatio temporomandibularis, парный, образуется головкой нижней челюсти, caput mandibulae, нижнечелюстной ямкой, fossa mandibularis, и суставным бугорком, tuberculum articulare, чешуйчатой части височной кости. Головки нижней челюсти имеют валикообразную форму; длинные конвергирующие оси их своим продолжением сходятся под тупым углом у переднего края большого затылочного отверстия.

Эталон ответа к задаче №28.

1. Односторонний фиброзный анкилоз правого височно-нижнечелюстного сустава.
2. Подвижность суставной головки определяют через переднюю стенку наружного слухового прохода. УЗИ, рентгенологическое исследование, КТ, МРТ.
3. Лечение хирургическое. Основной задачей являются восстановление подвижности нижней челюсти и исправление формы лица. У

подростков и взрослых хирургическое лечение анкилоза и микрогении необходимо производить возможно раньше после распознавания заболевания. Восстановление подвижности нижней челюсти при костном анкилозе сводится к образованию ложного сустава. Большое значение в послеоперационном периоде имеет правильно налаженное калорийное и витаминизированное питание. Протертую, полужидкую и жидкую пищу вводят больному в полость рта с помощью поильника. С целью профилактики остеомиелита ветви нижней челюсти в области произведенной остеотомии внутримышечно следует применять антибиотики, выбор которых зависит от чувствительности к ним микрофлоры. Через 2—3 нед. после операции изготавливают шину Ванкевич и производят санацию полости рта, так как у всех больных при анкилозе височно-нижнечелюстного сустава многие зубы поражены кариесом, а слизистая оболочка десен разрыхлена. В случае необходимости следует осуществить ортодонтическое лечение и протезирование зубов. При одностороннем фиброзном анкилозе некоторые авторы полагают, что разрыв спаек можно осуществить под общим обезболиванием бескровным вмешательством путем насильственного разведения челюстей роторасширителями.

4. Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава следует дифференцировать с воспалительной контрактурой жевательных мышц при которой открывание рта и нередко глотание сопровождаются болевыми ощущениями, а также имеют место воспалительная реакция тканей, увеличенные и болезненные регионарные лимфатические узлы. Стойкое ограничение подвижности нижней челюсти может быть вызвано внесуставными фиброзными или костными разрастаниями между бугром верхней челюсти или скуловой дугой и венечным отростком, рубцами в области кожных покровов лица и подкожной клетчатки, а также слизистой оболочки и подслизистого слоя полости рта, особенно в ее задних отделах. При этом отсутствуют такие грубые костные деформации, как укорочение на стороне поражения высоты мыщелкового отростка, увеличение в объеме шейки, изменение размеров и формы вы резки нижней челюсти. Механические препятствия при открывании рта могут быть обусловлены новообразованиями, особенно костными, в области скуловой дуги, ветви и бугра челюстей.
5. С целью профилактики анкилоза в период острого воспаления височно-нижнечелюстного сочленения следует ввести и за крепить между молярами верхней и нижней челюстей резиновую распорку толщиной до 1 см, одновременно подтянуть вверх передний отдел нижней челюсти и фиксировать его с помощью подбородочной повязки или пращи и эластического вытяжения к шапочке. При наличии же гнойного экссудата в области височно-нижнечелюстного сустава наряду с общеукрепляющим и антибактериальным лечением производят наружные разрезы с последующим дренированием ран,

назначением УВЧ-терапии и облучения кварцевой лампой. После стихания острого воспали тельного процесса, в период рубцевания раны, хороший терапевтический эффект дает применение на область сочленения ультразвука. В то же время показана активная лечебная гимнастика. Профилактические методы лечения эффективны только тогда, когда применяются до возникновения тугоподвижности в суставе.

Эталон ответа к задаче № 29.

1. Папиллома слизистой оболочки правой щеки.
2. Дифференцируют папиллому с фибромой, нейрофибромой, ретенционной кистой малых слюнных желез, при локализации на альвеолярном отростке — с гингивальной кистой ("железы Серра").
3. Биопсия, гистологическое исследование.
4. Лечение состоит в удалении новообразования вместе с ножкой под инфильтрационной анестезией — у старших детей и под наркозом у детей младшего возраста. Ежедневные перевязки, физиолечение.
5. Папиллома — доброкачественное опухолевидное образование, развивается из многослойного эпителия. Чаще наблюдается у девочек 7-12 лет. Причиной появления данного новообразования может являться хроническая травма.

Эталон ответа к задаче № 30.

1. Простая твердая одонтома нижней челюсти справа.
2. Рентгенологическое исследование, КТ, гистологическое исследование образования.
3. Лечение хирургическое. Высокодифференцированная опухоль подлежит экскохлеации, низкодифференцированная удаляется методом резекции челюсти в пределах здоровой ткани (для предотвращения рецидивов). После удаления опухоли костную полость заполняют различными остеотропными веществами.
4. Дифференциальная диагностика твердой одонтомы проводится с: остеомой — встречается редко, для нее характерны всегда гомогенная тень на рентгенограмме и плотность ткани, ниже плотности зуба (такая, как кости); ретенированными и дистопированными зубами (при рентгенографическом исследовании в нескольких проекциях они обычно имеют правильную анатомическую форму).
5. Сроки, парность, последовательность прорезывания постоянных зубов (Колесов А.А.).

Порядок	Сроки прорезывания (в годах)
16, 26, 36, 46	5-6
11, 21, 31, 41	6-8
12, 22, 32, 42	8-9
14, 24, 34, 44	9-10
13, 23, 33, 43	10-11
15, 25, 35, 45	11-12
17, 27, 37, 47	12-13

Типография КрасГМУ
Подписано в печать 12.04.11. Заказ № 1592
Тираж 95 экз.
660022, г.Красноярск, ул.П.Железняка, 1