

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ФАКУЛЬТЕТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ

Кафедра стоматологии № 3

Оценочные материалы
Заболевания пародонта

Специальность 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия

Ростов-на-Дону

2023г.

Код и наименование	Индикатор(ы) достижения
--------------------	-------------------------

общепрофессиональной компетенции	общепрофессиональной компетенции
ОПК-5: Способен назначить лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.	ОПК-5. ИД-1. Знает и умеет назначать лечение основных заболеваний пародонта. ОПК-1. ИД-2. Может оценить результаты лечения, контролировать его эффективность и безопасность. Может формировать на основании результатов лечения план дальнейшего лечения. Способен осуществлять взаимодействие с другими службами здравоохранения с целью направления больного на последующие лечение и реабилитацию.
ПК-1: Способен к ведению и лечению пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, в том числе нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи.	ПК-1. ИД-1. Знает методы ранней диагностики и профилактики основных заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта. ПК-1. ИД-2. Оценивает результаты клинко-лабораторных, инструментальных и рентгенологических методов диагностики заболеваний челюстно-лицевой области. Формирует на основании полученных результатов план дальнейшего обследования, диспансеризации, лечения и реабилитации. Способен осуществлять взаимодействие с другими службами здравоохранения с целью направления больного на последующие лечение и реабилитацию.

ОПК-5

Тесты

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Пародонтит – заболевание:

1. воспалительное
2. воспалительно-дистрофическое
3. дистрофическое

Эталон ответа: 1. воспалительное

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основным этиологическим фактором пародонтита является:

1. микробный зубной налет (микробная бляшка)
2. зубной налет курильщика
3. поддесневой зубной камень

Эталон ответа: 1. микробный зубной налет (микробная бляшка)

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Воспаление межзубной и маргинальной десны характерно для:

1. пародонтита легкой степени
2. пародонтита средней степени

3. пародонтоза средней степени

Эталон ответа: 1. пародонтита легкой степени

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Воспаление межзубной, маргинальной и части альвеолярной десны характерно для:

1. пародонтита легкой степени
2. пародонтита средней степени
3. пародонтоза тяжелой степени

Эталон ответа: 2. пародонтита средней степени

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Глубина пародонтального кармана более 5 мм характерна для:

1. пародонтита легкой степени
2. пародонтита средней степени
3. пародонтита тяжелой степени

Эталон ответа: 3. пародонтита тяжелой степени

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Подвижность зубов при пародонтите легкой степени:

1. I—II степени
2. II—III степени
3. III степени

Эталон ответа: 1. I—II степени

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/2 соответствует:

1. пародонтиту легкой степени
2. пародонтиту средней степени
3. пародонтиту тяжелой степени

Эталон ответа: 2. пародонтиту средней степени

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки более 1/2 соответствует:

1. пародонтиту легкой степени
2. пародонтиту средней степени
3. пародонтиту тяжелой степени

Эталон ответа: 3. пародонтиту тяжелой степени

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Первый этап плана лечения пародонтита:

1. медикаментозное противовоспалительное лечение
2. хирургическое лечение
3. профессиональная гигиена полости рта

Эталон ответа: 3. пародонтиту тяжелой степени

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:

1. жалобы пациента
2. длительность заболевания
3. глубина пародонтального кармана

Эталон ответа: 3. глубина пародонтального кармана

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 4 мм:

1. кюретаж карманов или операция «открытый кюретаж»
2. лоскутная операция
3. гингивотомия

Эталон ответа: 1. кюретаж карманов или операция «открытый кюретаж»

Задание 12.

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 5 мм:

1. кюретаж карманов
2. операция «открытый кюретаж»
3. лоскутная операция

Эталон ответа: 3. лоскутная операция

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Вид хирургического вмешательства при вскрытии пародонтального абсцесса:

1. гингивотомия
2. гингивэктомия
3. лоскутная операция

Эталон ответа: 1. гингивотомия

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Пародонтоз - заболевание:

1. воспалительное
2. воспалительно-дистрофическое
3. дистрофическое

Эталон ответа: 3. дистрофическое

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Тип снижения высоты межальвеолярных перегородок при пародонтозе:

1. вертикальный
2. горизонтальный неравномерный
3. горизонтальный равномерный

Эталон ответа: 3. горизонтальный равномерный

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Рецессия десны характерна для:

1. катарального гингивита
2. пародонтита
3. пародонтоза

Эталон ответа: 3. пародонтоза

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Пародонтоз дифференцируют с пародонтитом в стадии ремиссии по данным:

1. анамнеза
2. рентгенологического обследования
3. клинического определения состояния пародонта

Эталон ответа: 1. анамнеза

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Пародонтальные карманы при пародонтозе:

1. менее 3 мм
2. до 5 мм
3. отсутствуют

Эталон ответа: 3. отсутствуют

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Зуд в десне - характерная жалоба пациента при:

1. гипертрофическом гингивите
2. пародонтите
3. пародонтозе

Эталон ответа: 3. пародонтозе

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Обнажение шеек и корней зубов - характерная жалоба пациента при:

1. пародонтите
2. пародонтозе
3. катаральном гингивите

Эталон ответа: 2. пародонтозе

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Короткие уздечки губ и мелкое предверие полости рта рецессию десны:

1. уменьшают
2. увеличивают
3. не изменяют

Эталон ответа: 2. увеличивают

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ортодонтическое или ортопедическое лечение при пародонтозе проводят:

1. до операций по пластике уздечек и предверия полости рта
2. после операций по пластике уздечек и предверия полости рта
3. после рентгенологического исследования

Эталон ответа: 2. после операций по пластике уздечек и предверия полости рта

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Индекс ПМА при пародонтозе:

1. менее 30%
2. до 50%
3. не изменяется

Эталон ответа: 3. не изменяется

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для лечения гиперестезии твердых тканей зубов при пародонтозе проводят:

1. реопародонтографию
2. УВЧ-терапию
3. реминерализующую терапию

Эталон ответа: 3. реминерализующую терапию

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок до 1/2 - рентгенологический признак:

1. пародонтоза средней степени
2. пародонтита средней степени
3. пародонтоза легкой степени

Эталон ответа: 1. пародонтоза средней степени

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Обнажение поверхности корня зуба (рецессия десны) проявляется на поверхностях зубов:

1. только на вестибулярной
2. только на оральной
3. как на вестибулярной, так и на оральной

Эталон ответа: 3. как на вестибулярной, так и на оральной

Ситуационные задачи

Задание 1.

Пациент 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на кровоточивость дёсен во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щёк бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 13 12 11 21 22 23 карманы 3,5 мм. Десну окрасили раствором Шиллера-Писарева.

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которой может относиться данная патология.
2. Назовите причину патологических изменений десны у этого пациента.

Эталон ответа:

1. К группе воспалительных заболеваний пародонта.
2. Причиной патологических изменений десны у этого пациента является микробная бляшка, которая не полностью удаляется с поверхности зубов при их ежедневной чистке.

Задание 2.

Пациентка 43 лет обратилась к стоматологу с жалобами на подвижность резцов верхней челюсти, появление щели между зубами, крови во время чистки зубов и припухлость десны, которая в течение последнего года возникала трижды. Стоматолога посещает регулярно 2 раза в год: проводится лечение зубов, удаление зубного камня. Внешний осмотр: кожные покровы без видимой патологии. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отёчны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Пародонтальные карманы в области 13 12 11 21 22 23 равны 4-5 мм. Патологическая подвижность 12 11 21 22 соответствует I степени.

1. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Определите план лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический локальный пародонтит средней степени в области 13 12 11 21 22 23.
2. Учитывая клинические и рентгенологические данные, дифференциальную диагностику следует проводить между гингивитом, пародонтитом лёгкой и тяжёлой степени, пародонтозом, пародонтолизом.

Задание 3.

Пациент 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 11 21 31, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах из полости рта, частые случаи припухлости десны, которые сопровождаются болью и повышением температуры тела до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм патологическая подвижность зубов I-III степени.

1. Назовите группы заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.
2. Назовите данные анамнеза, которые необходимо выяснить для уточнения диагноза.

Эталон ответа:

1. Данная патология может быть отнесена к группам воспалительных и идеопатических заболеваний пародонта.
2. Для уточнения диагноза необходимо выяснить длительность течения диабета и применения инсулинотерапии. Предварительный диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжёлой степени, осложнённый частичной вторичной адентией, протекающей на фоне сахарного диабета I типа.

Задание 4.

Пациент Л., 18 лет, обратилась с жалобами на кровоточивость и разрастание десны в области передних зубов нижней челюсти, неудовлетворительный внешний вид при улыбке и разговоре. Впервые заметила кровоточивость десны 5 лет назад, последние 3 года изменилась форма десны, появилось ощущение дискомфорта. В поликлинике по месту жительства врач порекомендовал пользоваться мягкой зубной щеткой, полоскать полость рта настоями трав. Состояние ухудшилось: кровоточивость десны усилилась. В детстве перенесла ветрянную оспу и другие детские инфекции, в настоящее время считает себя практически здоровой. При внешнем осмотре отделы лица симметричные, поднижнечелюстные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны. Осмотр полости рта: зубные ряды интактны, скученность зубов в переднем отделе нижней челюсти. На зубах обильный мягкий налет. На язычной поверхности резцов и клыков нижней челюсти зубной камень. Цианоз десневых сосочков и края десны у передних зубов нижней челюсти. Десневые сосочки перекрывают коронки зубов на 1/3, при зондировании отмечается кровоточивость десны; клинический карман 4-5 мм; зубодесневое соединение не нарушено. В остальных отделах челюстей десна без изменений.

1. Установите диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталон ответа:

1. Хронический локализованный пародонтит средней степени тяжести.
2. Ответ: гипертрофический гингивит

Задание 5.

Пациент С, 19 лет, обратился с жалобами на сильную боль в десне, затрудняющую прием пищи и речь, общую слабость, головную боль, повышенную температуру тела. Считает себя больным 4 дня. Появлению болевых ощущений в полости рта предшествовало острое респираторное заболевание. Состояние резко ухудшилось 2 дня назад, температура тела повысилась до 38,5°C; появились острая боль в десне, неприятный запах изо рта. В поликлинике по месту жительства стоматолог назначил полоскание полости рта настоем шалфея и поливитамины внутрь. Состояние не улучшилось: усилилась боль, стала

заметнее общая слабость. Не может нормально принимать пищу в течение 2 дней.

Гигиенические процедуры в полости рта не проводит.

В анамнезе корь, 1-2 раза в год болеет респираторными заболеваниями, которые переносит «на ногах», к врачу не обращается. При осмотре кожные покровы бледные, с землистым оттенком, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны. Температура тела 38°C. Зловонный запах изо рта. На всех зубах обильный мягкий налет. Кариозные полости в зубах 16, 17, 36, 46. Язык обложен на всем протяжении сероватым налетом, слюна вязкая. Десневые сосочки, свободная десна покрыты серым налетом. Изменения наиболее выражены в области зуба 48, который находится в стадии прорезывания.

1. Установите предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталон ответа:

1. Язвенно-некротический гингивит Венсана

2. Заболевания крови, СПИД.

Задание 6.

Пациентка С. 54 года обратилась с жалобами на попадание пищи между зубами и затрудненное очищение моляров и премоляров верхней челюсти справа, кровоточивость десны при чистке зубов, иногда ноющую боль. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка в области Зубов 1.5, 1.6, 1.7 застойно гиперемирована, легко кровоточит при прикосновении. В межзубных промежутках этих зубов имеются остатки пищи, над и поддесневые твердые зубные отложения, пародонтальные карманы: 4 мм в области зуба 1.5, у зубов 1.6 и 1.7 – 6 мм, зуб 1.6 имеет подвижность I степени. В области других зубов клинической и рентгенологической патологии не определяется.

1. Составьте план обследования

2. Сформулируйте диагноз

3. Предложите пациентке альтернативные планы лечения и укажите оптимальный вариант хирургического лечения

Эталон ответа:

1. Для уточнения диагноза необходимо провести прицельную внутриротовую рентгенографию зубов 1.5, 1.6, 1.7.

2. С учетом клинико-рентгенологических данных вероятный диагноз: хронический локализованный пародонтит в области зубов 1.5, 1.6, 1.7.

3. План лечения:

- профессиональная гигиена, обучение индивидуальной гигиены полости рта;

- лечение кариеса зубов 1.5, 1.6, 1.7;

- проведение хирургического лечения: открытого кюретажа в области зубов 1.5, 1.6, 1.7;

- постановка на диспансерный учёт.

Задание 7.

Пациент М., 35 лет. Жалуется на кровоточивость десны и подвижность зубов. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка маргинальной десны в области всех зубов отёчна, цианотична, легко кровоточит при прикосновении, обильные мягкие зубные отложения. Пародонтальные карманы у зубов 1.5, 1.1, 2.2 глубиной 4 – 5 мм, у зуба 2.4 – 7 мм. Подвижность зуба 2.4 – III степени. Индекс гигиены по Фёдорову-Володкиной – 3,0 балла. На ортопантограмме – резорбция костной ткани альвеолярного отростка челюстей на 1/3 длины корней всех зубов, у зуба 2.4 – на 1/2 длины корня, костный карман.

1. Поставить диагноз

2. Составить план лечения

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный пародонтит средне-тяжелой степени.
2. Коррекция личной гигиены полости рта, профессиональная гигиена полости рта, пришлифовывание окклюзионной поверхности, удаление зуба 2.4, лоскутная операция в области зубов 1.5 – 2.5, рациональное протезирование дефекта зубного ряда в области удаленного зуба 2.4. Диспансерное наблюдение у пародонтолога.

Задание 8.

Пациент К., 40 лет обратился с жалобами на постоянную боль в области зуба 4.7. История заболевания. Боль появилась 2 дня назад. Утром в день приема повысилась температура тела до 37,60. Подобная ситуация возникла впервые, но боль в указанной области периодически возникала ранее. Боль купировалась после 2-х - 3-х дневного полоскания полости рта отварами трав. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка десневого края в области всех зубов застойно гиперемирована, легко кровоточит при прикосновении. Обилие твердых над- и поддесневых зубных отложений. Пародонтальные карманы глубиной от 5 мм и больше. В области зуба 4.7 отмечается резкий отек маргинальной десны, флюктуация, боль при пальпации данного участка альвеолярной части. Из пародонтальных карманов зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 – гнойное отделяемое. Зубы 4.7 и 4.1 имеют подвижность третьей степени. Моляры верхней челюсти, а также зубы 1.2, 1.1, 3.2, 3.1, 4.2 имеют подвижность второй степени.

1. Поставить диагноз.
2. Какое обследование определить тактику хирурга в отношении зуба 4.7?
3. Варианты хирургического лечения в области зуба 4.7, показано ли в данном случае назначение антибиотиков?

Эталон ответа:

1. Обострение хронического генерализованного пародонтита среднетяжелой степени, пародонтальный абсцесс в области зуба 4.7.
2. Для уточнения диагноза необходима прицельная внутриротовая рентгенограмма зуба 4.7.
3. При наличии пародонтальных карманов на 2/3 длины корней, в области двух корней зуба 4.7 – показано удаление зуба 4.7. При категорическом отказе от удаления и возможном сохранении зуба – гингивотомия для вскрытия абсцесса в области зуба 4.7. Показан прием антибиотиков, например, ципролет 500 мг 2 раза в сутки 5 дней. Полоскание полости рта растворами антисептиков. После стихания воспалительных явлений в области 4.7 – комплексное лечение генерализованного пародонтита.

Задание 9.

Пациентка А., 38 лет обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на кровоточивость десен. Дежурный врач, направил ее на лечение к пародонтологу. Ранее у пародонтолога пациентка не лечилась. Из сопутствующих заболеваний – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии. Регулярно лечится у гастроэнтеролога. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка десневого края в области всех зубов застойно гиперемирована, легко кровоточит при зондировании. Прикус ортогнатический. Имеются диастема и тремы между зубами верхней челюсти. Обилие над- и поддесневых зубных отложений. Пародонтальные карманы глубиной от 5 мм и больше. Из пародонтальных карманов зубов 4.7, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 гнойное отделяемое. Моляры верхней челюсти, а также зубы 1.2, 1.1, 3.2, 3.1, 4.2 имеют подвижность II степени, зуб 2.8 – подвижность третьей степени. Шейки и корни зубов, особенно нижних резцов, обнажены до 5мм.

1. Сформулируйте диагноз

2. Детально опишите этап хирургического лечения в области зубов 2.6, 2.7, 2.8.

3. Дайте рекомендации.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.

2. Открытый кюретаж у зубов 2.6, 2.7 с удалением 2.8, остеопластика:

- инфльтрационная вестибулярная и небная анестезия в области 2.6, 2.7, 2.8, например, ультракаином ДС 1-2 картриджа

- отслойка десны в области 2.8 и его удаление, ревизия и кюретаж лунки

- два горизонтальных фестончатых разреза с вестибулярной и небной поверхности у шеек 2.6 и 2.7 ниже десневого края на 1 мм

- распатором или гладилкой отслаиваем слизисто-надкостничные лоскуты с вестибулярной и небной поверхности

- удаляем поддесневые зубные отложения и патологические грануляции, крючками, кюретами, ультразвуковым аппаратом, например, «Piezon-Master, Vector»

- нивелировка (сглаживание острых выступов) альвеолярного отростка, шлифовка, полировка корней зубов оперируемой зоны

- деэпителизация лоскута ножницами

- антисептическая обработка раны 0,02% р-ром хлоргексидина

- заполнение костных карманов и лунки 2.8 костно-пластическим материалом, например, BioOSS

- фиксация вестибулярного и небного лоскутов швами в каждом межзубном промежутке 2.6 и 2.7, накладываем швы над лункой удаленного 2.8

- антисептическая обработка полости рта

- десневая повязка «Парасепт» в области послеоперационной области.

3. Рекомендации: ротовые ванночки травяными отварами, прием обезболивающих препаратов, антибактериальная и десенсибилизирующая терапия. Снятие швов на 7-10 сутки. Диспансерное наблюдение – каждые 3 месяца посещать пародонтолога для проведения профилактических курсов лечения. Рациональное протезирование.

Задание 10.

Пациент 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на кровоточивость десен во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щёк бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 13 12 11 21 22 23 карманы 3,5 мм. Десну окрасили раствором Шиллера-Писарева.

Вопросы:

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которой может относиться данная патология.

2. Назовите причину патологических изменений десны у этого пациента.

Эталон ответа:

1. К группе воспалительных заболеваний пародонта.

2. Причиной патологических изменений десны у этого пациента является микробная бляшка, которая не полностью удаляется с поверхности зубов при их ежедневной чистке.

Задание 11.

Пациент 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на кровоточивость десен во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем

осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щек бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 13, 12, 11, 21, 22 23 карманы 3,5 мм.

1. Назовите группу заболевания пародонта, к которой относится данная патология.
2. Назовите причину патологических изменений десны у этого пациента.

Эталон ответа:

1. Заболевание относится к группе воспалительных заболеваний пародонта.
2. Причиной патологических изменений десны у этого пациента является микробная биопленка, которая не полностью удаляется с поверхности зубов при ежедневной чистке.

Задание 12.

Пациент 30 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на кровоточивость десен во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щек бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 13, 12, 11, 21, 22 23 карманы 3,5 мм. Десну окрасили раствором Шиллера-Писарева.

1. Определите индекс ПМА в области зубов 13, 12, 11, 21, 22 23 .
2. Назовите метод диагностики, необходимый для уточнения диагноза.
3. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

3. Индекс ПМА в области зубов 13, 12, 11, 21, 22 23 равны 4-5 мм.
2. Для уточнения диагноза необходимо применить рентгенологический метод исследования-панорамную рентгенографию верхней и нижней челюстей.
3. План лечения:
 - удаление зубных отложений;
 - коррекция и контроль гигиены полости рта;
 - местная противовоспалительная терапия;
 - санация полости рта.

Задание 13.

Пациентка 43 лет обратилась к стоматологу с жалобами на подвижность резцов верхней челюсти, появление щели между зубами, крови во время чистки зубов и припухлость десны, которая в течение последнего года возникала трижды. Стоматолога посещает регулярно 2 раза в год: проводится лечение зубов, удаление зубного камня. Внешний осмотр: кожные покровы без видимой патологии. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щек без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отечны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Пародонтальные карманы в области 13 12 11 21 22 23 равны 4-5 мм. Патологическая подвижность 12 11 21 22 соответствует I степени.

1. Опишите рентгенограмму в области центральных резцов верхней челюсти.
2. Проведите расчёт пародонтального индекса (ПИ по Расселу) с учётом данных рентгенологического исследования.

Эталон ответа:

1. На контактных внутриротовых рентгенограммах в области 11 21 высота межальвеолярной перегородки снижена на длину корней зубов, отсутствует кортикальная пластинка на вершине межальвеолярной перегородки, резорбция альвеолярной кости II степени.

2. Заключение по рентгенограмме: резорбция межальвеолярной перегородки II степени, что соответствует пародонтиту средней степени тяжести.

Задание 14.

Пациентка 43 лет обратилась к стоматологу с жалобами на подвижность резцов верхней челюсти, появление щели между зубами, крови во время чистки зубов и припухлость десны, которая в течение последнего года возникала трижды. Стоматолога посещает регулярно 2 раза в год: проводится лечение зубов, удаление зубного камня. Внешний осмотр: кожные покровы без видимой патологии. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отёчны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Пародонтальные карманы в области 13 12 11 21 22 23 равны 4-5 мм. Патологическая подвижность 12 11 21 22 соответствует I степени.

1. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Определите план лечения.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: хронический локальный пародонтит средней степени в области 13 12 11 21 22 23.

Учитывая клинические и рентгенологические данные, дифференциальную диагностику следует проводить между гингивитом, пародонтитом лёгкой и тяжёлой степени, пародонтозом, пародонтолизом.

2. План дополнительного обследования:

- общий клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови на содержание глюкозы;
- анализ крови на ВИЧ-инфекцию;
- заключение врача терапевта общего профиля о перенесённых и сопутствующих заболеваниях.

3. План лечения:

- коррекция и контроль гигиены рта;
- местная противовоспалительная терапия;
- шинирования 13 12 11 21 22 23;
- избирательное пришлифовывание зубов верхней и нижней челюстей;
- операция открытый кюретаж в области 13 12 11 21 22 23

Задание 15.

Пациент 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 11 21 31, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах из полости рта, частые случаи припухлости десны, которые сопровождаются болью и повышением температуры тела до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм патологическая подвижность зубов I-III степени.

1. Назовите группы заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.
2. Назовите данные анамнеза, которые необходимо выяснить для уточнения диагноза.

Эталон ответа:

1. Данная патология может быть отнесена к группам воспалительных и идеопатических заболеваний пародонта.
2. Для уточнения диагноза необходимо выяснить длительность течения диабета и применения инсулинотерапии.

Задание 16.

Пациент 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 11 21 31, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах из полости рта, частые случаи припухлости десны, которые сопровождаются болью и повышением температуры тела до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм патологическая подвижность зубов I-III степени.

1. Назовите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план лечебных мероприятий.
3. Обоснуйте отдалённый прогноз заболевания.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжёлой степени, осложнённый частичной вторичной адентией, протекающей на фоне сахарного диабета I типа. Рентгенологическое исследование (панорамная рентгенография верхней и нижней челюстей); общий клинический анализ крови; заключение эндокринолога.
2. План лечения:
 - удаление зубных отложений;
 - коррекция и контроль гигиены;
 - местная противовоспалительная терапия;
 - санация полости рта.
3. Отдалённый прогноз заболевания неблагоприятный, что обусловлено:
 - возникновением болезни в молодом возрасте;
 - быстрой потерей альвеолярной кости;
 - ранней потерей зубов;
 - патологической подвижностью зубов;
 - гипергликемией, её осложнениями

Задание 17.

Задача 1

Пациент 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на кровоточивость дёсен во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щёк бледно-розового цвета, увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 13 12 11 21 22 23 карманы 3,5 мм.

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которой может относиться данная патология.
2. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Группе воспалительных заболеваний пародонта

2. План лечения:

- удаление зубных отложений;
- коррекция и контроль гигиены полости рта;
- местная противовоспалительная терапия;
- санация полости рта.

Задание 18.

Пациентка 44 лет обратилась к стоматологу с жалобами на подвижность резцов верхней челюсти, появление щели между зубами, крови во время чистки зубов и припухлость десны, которая в течение последнего года возникала трижды. Стоматолога посещает регулярно 2 раза в год: проводится лечение зубов, удаление зубного камня. Внешний осмотр: кожные покровы без видимой патологии. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отёчны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Пародонтальные карманы в области 13 12 11 21 22 23 равны 4 - 5 мм. Патологическая подвижность 12 11 21 22 соответствует I степени.

1. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте предварительный диагноз заболевания.

Эталон ответа:

1. Учитывая клинические и рентгенологические данные, дифференциальную диагностику следует проводить между гингивитом, пародонтитом лёгкой и тяжёлой степени, пародонтозом, пародонтолизом. Предварительный диагноз: хронический локальный пародонтит средней степени в области 13 12 11 21 22 23.

Задание 19.

Задача №31

Пациентка 34 года обратилась с жалобами на болезненность, кровоточивость десны в области боковых верхних зубов справа. Анамнез: Подобная болезненность в этой области возникла 3 месяца назад после того как на 16 поставили коронку, так как имелся дефект коронковой части зуба. Зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса. Объективно: десна в области 17 и 16 гиперемирована, отечна, кровоточит при дотрагивании межзубного сосочка. Переходная складка без изменений, 16 покрыт коронкой, края которой глубоко заходят под десну. На переднежевательной поверхности 17 имеется пломба.

1. Поставьте диагноз.

3. Причины возникновения пародонтита.

Эталон ответа:

1. Локальный пародонтит в области 16.

2. Коронка, которая не отвечает клиническим требованиям.

Задание 20.

Больной А. 49 лет с целью протезирования обратился к врачу-стоматологу ортопеду. Жалуется на затрудненное пережевывание пищи, боль и кровоточивость десен в области нижних жевательных зубов и их подвижность.

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

Больной в течение 3 лет находится на учете у врача-стоматолога пародонтолога. Десневые сосочки в области передних зубов гиперемированы, отечны с цианотичными оттенком, при дотрагивании кровоточат, пародонтальные карманы между ними 4-4,5 мм. Из которых выделяется серозно-гнойный экссудат, шейки оголены, подвижность II степени.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Причины возникновения данной формы пародонтита.

Эталон ответа:

1. Частичная приобретенная адентия. Генерализованная форма пародонтита.
2. Действия зубной бляшки, зубных отложений. Нарушение барьерной функции пародонта и ослабление защитных сил организма.

Задание 21.

Пациентка 34года обратилась с жалобами на болезненность, кровоточивость десны в области боковых верхних зубов справа. Подобная болезненность в этой области возникла 3 месяца назад после того как на 16 поставили коронку, так как имелся дефект коронковой части зуба. Зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса.

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

1. Ваш диагноз.
2. Ваша тактика.

Эталон ответа:

1. Очаговый пародонтит в области 16.
2. Снять коронку 16 и изготовить новую, которая отвечает клиническим требованиям

Задание 22.

Пациентка 34года обратилась с жалобами на болезненность, кровоточивость десны в области боковых верхних зубов справа. Подобная болезненность в этой области возникла 3 месяца назад после того как на 16 поставили коронку, так как имелся дефект коронковой части зуба. Зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса. Объективно: Десна в области 17 и 16 гиперемирована, отечна, кровоточит при дотрагивании межзубного сосочка. Переходная складка без изменений, 16 покрыт коронкой, края которой глубоко заходят под десну. На переднежевательной поверхности 17 имеется пломба.

1. Ваш диагноз.
2. Причины возникновения пародонтита.

Эталон ответа:

1. Очаговый пародонтит в области 16.
2. Отсутствие контактного пункта, несоответствие клиническим требованиям коронок, аномалии прикрепления мягких тканей в виде мелкого преддверия полости рта.

Задание 23.

Больной 11 лет. Жалуется на подвижность зубов, кровоточивость десен. Из анамнеза: следует, что болеет с трех лет. В 6 лет из-за подвижности и болезненности были удалены временные моляры на нижней и верхней челюсти, после чего воспаление десны исчезло. После прорезывания постоянных зубов воспаление десны возобновилось. Родители ребенка отмечают частые респираторные заболевания. Объективно: прорезывание постоянных зубов идет в соответствии с возрастом, временные зубы отсутствуют. Десна в области всех зубов гиперемированная, отечная, кровоточит при инструментальном обследовании. Корни зубов обнажены на 1/3 длины, покрыты белесоватым налетом. Подвижность зубов II степени. Имеются ПК глубиной 3 – 4 мм. При наружном осмотре наблюдается сухость кожных покровов в области ладоней и передней трети предплечий. Кожа подошв утолщена, с множеством трещин.

1. Ваш диагноз.
2. Диагностика.

Эталон ответа:

1. Симптоматический периодонтит (периодонтальный синдром) при ладонно-подошвенном дискератозе (синдром Папийон-Лефевра).
2. Неблагоприятный, потеря зубов. Прогноз при синдроме Папийона-Лефевра благоприятный для жизни (ожидаемая продолжительность жизни нормальная).

Задание 24.

Пациентка Л., возраст 14 лет. Обратилась с жалобами на боль и кровоточивость десен при приеме пищи, чистке зубов. Анамнез: жалобы беспокоят 4 месяца, связывает с появлением менструации. Объективно: слизистая оболочка десны гиперемирована, выражен отек десневых сосочков, которые закрывают 1/3 коронки, кровоточивость III степени.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова причина заболевания?

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит средней степени тяжести.
2. Причиной заболевания в данном случае явился дисбаланс половых гормонов.

Задание 25.

Ребенок 2,5 лет. Жалобы на отказ от приема пищи, повышение температуры тела до 37,50С.

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. Конфигурация лица не изменена. На слизистой оболочке правой щеки эрозия размером 0,7x1,0 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 37,20С. В поднижнечелюстной области справа пальпируется плотный болезненный, не спаянный с окружающими тканями одиночный лимфоузел, размером с фасоль.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.

Эталон ответа:

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.

Задание 26.

В поликлинику обратился пациент Б., 15 лет с жалобами на неприятный запах изо рта, кровоточивость при чистке зубов и приеме твердой пищи. Впервые жалобы появились 2,5 года назад. За пародонтологической помощью не обращался. В результате оценки стоматологического статуса выявлен хронический гипертрофический гингивит 1–2 степени, отёчной формы на вестибулярной поверхности зубов, с локализацией во втором и пятом сегментах. Диагностированы среднее предверие (7–9 мм) и ортогнатический прикус.

1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.
2. Укажите общие факторы, способствующие развитию данной патологии.

Эталон ответа:

1. Кровоточивость, отечность, цианотичность или гиперемия десны, зубодесневое

прикрепление не нарушено, ложные ПК.

2. Пубертатный возраст.

Задание 27.

В поликлинику обратился пациент А., 14 лет с жалобами на разрастание десны в области фронтальной группы зубов нижней челюсти, болезненность и кровоточивость при чистке зубов и приёме твердой пищи, ранее за пародонтологической помощью не обращался. В результате оценки статуса гипертрофии пациента А. выявлен хронический гипертрофический гингивит 1, 2, 3 степени тяжести, отёчной формы, на вестибулярной поверхности зубов, с локализацией во втором и пятом сегментах. В результате комплексного обследования выявлено мелкое предверие (3–5 мм), вертикальная резцовая дизокклюзия, тесное положение и аномалии положения отдельных зубов.

1. Дифференциальная диагностика данной патологии.

Эталон ответа:

1. У фиброзной формы гипертрофического гингивита десневые сосочки бледно-розового цвета или могут иметь бледнее цвет, чем здоровые участки десны. Они плотно прилегают к зубам, хотя увеличены в размере и деформированы, но не кровоточат; при пальпации определяется выраженная плотность гипертрофированных участков десны. При катаральном гингивите десневые сосочки отекшие и гиперемированные, но не разросшиеся. При гипертрофической форме край десны разрастается достаточно сильно и покрывает больше половины коронки зубов, десна при этом часто имеет синюшный оттенок, край десны образует ложные ПК. При язвенном - эпителий десны покрыт мелкими кровоточащими и болезненными язвочками. При пародонтите есть изменения на Rg и нарушение зубодесневого прикрепления. При фиброматозе десен отличительными признаками являются плотность, малоподвижность фиброзных разрастаний, покрытых бледно-розовой слизистой оболочкой.

Задание 28.

В поликлинику обратился пациент Б. (8 лет) с жалобами на подвижность 2.1 зуба, эстетическую неудовлетворенность и возможность ортодонтического лечения. В результате сбора анамнеза выявлено, что пациент ранее за пародонтологической помощью не обращался. При осмотре выявлена дистальная окклюзия, глубокая резцовая дизокклюзия на фоне мелкого преддверия. В результате определения статуса рецессии пациента Б. выявлена рецессия десны I класса по Миллеру в области 2.1 зуба. Глубина рецессии составила 4 мм, ширина – 6 мм, зона прикрепленной кератинизированной десны – 1 мм.

1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.

2. Укажите факторы, способствующие развитию данной патологии.

3. Ваш прогноз.

Эталон ответа:

1. Рецессия десны, недостаток прикрепленной десны, ишемизация при натяжении губы.

2. Патологический прикус – прямая резцовая окклюзия, мелкое преддверие, неудачно проведенная вестибулопластика.

3. Ремиссия, при отсутствии лечения прогноз неблагоприятный – удаление.

Задание 29.

В поликлинику обратилась Я., 16 лет с жалобами на эстетическую неудовлетворенность - оголение в области 3.1, 4.1 зубов. Пациентка находилась на ортодонтическом лечении с использованием несъемной техники в другом лечебном учреждении, где год назад была проведена операция по поводу углубления преддверия. При осмотре выявлена прямая резцовая окклюзия, выраженные тяжи в области пятого сегмента – результат неудачно проведенной ранее вестибулопластики. При оценке статуса рецессии выявлена рецессия

десны III Б класса по Миллеру в области 3.1, 4.1 зубов. Глубина рецессии составила 4 мм, ширина рецессии – 4мм, зона прикрепленной кератинизированной десны – 0,5мм, определен тонкий десневой биотип.

1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.
2. Укажите факторы, способствующие развитию данной патологии.

Эталон ответа:

1. Рецессия десны, недостаток прикрепленной десны, ишемизация при натяжении губы.
2. Патологический прикус – прямая резцовая окклюзия, мелкое преддверие, неудачно проведенная вестибулопластика.

Задание 30.

В поликлинику обратился пациент П., 16 лет с жалобами на подвижность 4.1 зуба, эстетическую неудовлетворенность и возможность ортодонтического лечения. В результате оценки пародонтологического статуса пациента П. (16 лет) выявлена рецессия десны II класса по Миллеру в области 4.2 зуба, осложненная хроническим локализованным пародонтитом, на фоне трансверзальной резцовой и глубокой резцовой окклюзии. Глубина рецессии составила 5 мм, ширина рецессии – 4 мм, зона прикрепленной кератинизированной десны – 0,5 мм, определен тонкий десневой биотип. В план лечения данного пациента вошло обучение ИГР; проведение профессиональной гигиены; определение сроков и методики вестибулопластики; назначение адекватного ортодонтического лечения, с применением несъемной самолигирующей техники. Однако, в процессе лечения, родителями пациента не было дано согласие на проведение хирургического этапа – вестибулопластики. В результате чего был диагностирован полный вывих 4.2 зуба.

1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.
2. Укажите факторы, способствующие развитию данной патологии.

Эталон ответа:

1. Рецессия десны, недостаток прикрепленной десны, ишемизация при натяжении губы.
2. Трансверзальная резцовая и глубокая резцовая окклюзия, отказ от комплексного лечения (вестибулопластики).

Задание 31.

В клинику обратился пациент С., 13 лет, с жалобами на разрастание десны. Боль и кровоточивость при приеме пищи, чистке зубов. Объективно: гипертрофия десневого края в области зубов верхней и нижней челюсти, занимающая от 1/3 до 2/3 коронки, скученность зубов. ИГР – неудовлетворительная.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Представьте ориентировочный план лечения пациента.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит тяжелой степени (отечная форма).
2. Обучение гигиене с подбором средств ИГР, профессиональная гигиена, проведение местной противовоспалительной терапии, с использованием пародонтальных повязок, операция гингивэктомии с четким соблюдением архитектоники десневого края, ортодонтическое лечение после стихания воспалительных явлений.

Задание 32.

Девочка 14 лет обратилась с жалобами на некрасивые десны. Анамнез: девочка родилась в срок. Вскармливание искусственное. В детстве часто болела (грипп, ОРЗ, корь). Тип дыхания: ротовое дыхание. Болей при еде и кровоточивости десен не отмечается. При внешнем осмотре: Отмечается несмыкание губ, рот полуоткрыт. Верхняя губа приподнята. Объективно: десневой край гипертрофирован до 1/3 коронок зубов,

деформирован. Десневые сосочки гиперемированы и отечны. Определяется наддесневой ЗК, ложный ПК. Кровоточивость II степени. Тесное положение фронтальных зубов. Дистальная окклюзия. Мелкое преддверие. Короткая уздечка языка.

1. Поставьте предварительный диагноз патологии пародонта.
2. Принципы лечения данной патологии.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит легкой степени (отечная форма).
2. Обучение гигиене с подбором средств ИГР, профессиональная гигиена, проведение местной противовоспалительной терапии, с использованием пародонтальных повязок, операция гингивэктомии с четким соблюдением архитектоники десневого края, ортодонтическое лечение после стихания воспалительных явлений.

Задание 33.

Пациентка С. 54 года обратилась с жалобами на попадание пищи между зубами и затрудненное очищение моляров и премоляров верхней челюсти справа, кровоточивость десны при чистке зубов, иногда ноющую боль. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка в области зубов 1.5, 1.6, 1.7 застойно гиперемирована, легко кровоточит при прикосновении. В межзубных промежутках этих зубов имеются остатки пищи, над и поддесневые твердые зубные отложения, пародонтальные карманы: 4 мм в области зуба 1.5, у зубов 1.6 и 1.7 – 6 мм, зуб 1.6 имеет подвижность I степени. На контактных поверхностях зубов 1.5, 1.6, 1.7 дефекты пломб, кариозный процесс. Индекс гигиены полости рта неудовлетворительный. В области других зубов клинической и рентгенологической патологии не определяется.

1. Составьте план обследования
2. Сформулируйте диагноз
3. Предложите пациентке альтернативные планы лечения и укажите оптимальный вариант хирургического лечения

Эталон ответа:

1. Для уточнения диагноза необходимо провести прицельную внутривидео рентгенографию зубов 1.5, 1.6, 1.7.
2. С учетом клинико-рентгенологических данных вероятный диагноз: хронический локализованный пародонтит в области зубов 1.5, 1.6, 1.7.
3. План лечения:
 - профессиональная гигиена, обучение индивидуальной гигиены полости рта;
 - лечение кариеса зубов 1.5, 1.6, 1.7;
 - проведение хирургического лечения: открытого кюретажа в области зубов 1.5, 1.6, 1.7;
 - постановка на диспансерный учёт.

Задание 34.

Пациент М., 35 лет. Жалуется на кровоточивость десны и подвижность зубов. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка маргинальной десны в области всех зубов отёчна, цианотична, легко кровоточит при прикосновении, обильные мягкие зубные отложения. Пародонтальные карманы у зубов 1.5, 1.1, 2.2 глубиной 4 - 5 мм, у зуба 2.4 – 7 мм. Подвижность зуба 2.4 - III степени. Индекс гигиены высокий. На ортопантограмме - резорбция костной ткани альвеолярного отростка челюстей на 1/3 длины корней всех зубов, у зуба 2.4 – на 1/2 длины корня, костный карман.

1. Ваш диагноз.
2. План лечения.
3. Какие средства используют для местной терапии?

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный пародонтит средне-тяжелой степени.
2. Коррекция личной гигиены полости рта, профессиональная гигиена полости рта, пришлифовывание окклюзионной поверхности, удаление зуба 2.4, лоскутная операция в области зубов 1.5 – 2.5, рациональное протезирование дефекта зубного ряда в области удаленного зуба 2.4. Диспансерное наблюдение у пародонтолога.
3. Антисептические, противовоспалительные средства, препараты, стимулирующие регенеративные процессы в форме гелей, бальзамов, крема, растворов для полоскания.

Задание 35.

Пациент К., 40 лет обратился с жалобами на постоянную боль в области зуба 4.7. История заболевания. Боль появилась 2 дня назад. Утром в день приема повысилась температура тела до 37,60. Подобная ситуация возникла впервые, но боль в указанной области периодически возникала ранее. Боль купировалась после 2-х - 3-х дневного полоскания полости рта отварами трав. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка десневого края в области всех зубов застойно гиперемирована, легко кровоточит при прикосновении. Обилие твердых над - и поддесневых зубных отложений. Пародонтальные карманы глубиной от 5 мм и больше. В области зуба 4.7 отмечается резкий отек маргинальной десны, флюктуация, боль при пальпации данного участка альвеолярной части. Из пародонтальных карманов зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 - гнойное отделяемое. Зубы 4.7 и 4.1 имеют подвижность третьей степени. Моляры верхней челюсти, а также зубы 1.2, 1.1, 3.2, 3.1, 4.2 имеют подвижность второй степени.

1. Ваш диагноз.
2. Какое обследование определить тактику хирурга в отношении зуба 4.7?
3. Варианты хирургического лечения в области зуба 4.7, показано ли в данном случае назначение антибиотиков?

Эталон ответа:

1. Обострение хронического генерализованного пародонтита средне-тяжелой степени, пародонтальный абсцесс в области зуба 4.7.
2. Для уточнения диагноза необходима прицельная внутриротовая рентгенограмма зуба 4.7.
3. При наличии пародонтальных карманов на 2/3 длины корней, в области двух корней зуба 4.7 - показано удаление зуба 4.7. При категорическом отказе от удаления и возможном сохранении зуба - гингивотомия для вскрытия абсцесса в области зуба 4.7. Показан прием антибиотиков. Полоскание полости рта растворами антисептиков. После стихания воспалительных явлений в области 4.7 – комплексное лечение генерализованного пародонтита.

Задание 36.

Пациентка А., 38 лет обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на кровоточивость десен. Дежурный врач, направил ее на лечение к пародонтологу. Ранее у пародонтолога пациентка не лечилась. Из сопутствующих заболеваний – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии. Регулярно лечится у гастроэнтеролога. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка десневого края в области всех зубов застойно гиперемирована, Легко кровоточит при зондировании. Прикус ортогнатический. Имеются диастема и тремы между зубами верхней челюсти. Обилие над- и поддесневых зубных отложений. Пародонтальные карманы глубиной от 5 мм и больше. Из пародонтальных карманов зубов 4.7, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 гнойное отделяемое. Моляры верхней челюсти, а также зубы 1.2, 1.1, 3.2, 3.1, 4.2 имеют подвижность II степени, зуб 2.8 – подвижность третьей степени. Шейки и корни зубов, особенно нижних резцов, обнажены до 5 мм (см. рис).

1. Сформулируйте диагноз.
2. Детально опишите этап хирургического лечения в области зубов 2.6, 2.7, 2.8.
3. Дайте рекомендации.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.
2. Открытый кюретаж у зубов 2.6, 2.7 с удалением 2.8, остеопластика:
 - инфильтрационная вестибулярная и небная анестезия в области 2.6, 2.7, 2.8, например, ультракаином ДС 1-2 картриджа
 - отслойка десны в области 2.8 и его удаление, ревизия и кюретаж лунки
 - два горизонтальных фестончатых разреза с вестибулярной и небной поверхности у шеек 2.6 и 2.7 ниже десневого края на 1 мм
 - распатором или гладилкой отслаиваем слизисто-надкостничные лоскуты с вестибулярной и небной поверхности
 - удаляем поддесневые зубные отложения и патологические грануляции, крючками, кюретами, ультразвуковым аппаратом, например, «Piezon-Master, Vector»
 - нивелировка (сглаживание острых выступов) альвеолярного отростка, шлифовка, полировка корней зубов оперируемой зоны
 - деэпителизация лоскута ножницами
 - антисептическая обработка раны 0,02% р-ром хлоргексидина
 - заполнение костных карманов и лунки 2.8 костно-пластическим материалом, например, BioOSS
 - фиксация вестибулярного и небного лоскутов швами в каждом межзубном промежутке 2.6 и 2.7, накладываем швы над лункой удаленного 2.8
 - антисептическая обработка полости рта
 - десневая повязка «Парасепт» в области послеоперационной области.
3. Рекомендации: ротовые ванночки травяными отварами, прием обезболивающих препаратов, антибактериальная и десенсибилизирующая терапия. Снятие швов на 7-10 сутки. Диспансерное наблюдение – каждые 3 месяца посещать пародонтолога для проведения профилактических курсов лечения. Рациональное протезирование.

Задание 37.

В клинику терапевтической стоматологии обратился больной А., 36 лет, с жалобами на зуд, болезненность десен, их кровоточивость, подвижность зубов, неприятный запах изо рта. Зуд и болезненность в деснах появились 2 года назад. В последние полгода появилась подвижность зубов справа на нижней челюсти. В настоящее время считает себя практически здоровым. Имеет место незначительная асимметрия лица за счет отека мягких тканей в области угла нижней челюсти справа. Кожные покровы физиологической окраски. В полости рта в области 4.7, 4.6, 4.5 зубов слизистая оболочка десен гиперемирована, отечна, при пальпации болезненна, кровоточит. Подвижность зубов III степени. Пародонтальные карманы в области 47, 46 зубов - 6 мм, в области 45 зуба- 5 мм. Гигиенический индекс 2.7.

1. Поставьте предварительный диагноз по МКБ-10.
2. Чаще в каком возрасте проявляется данное заболевание?

Эталон ответа:

1. Пародонтит хронический генерализованный, тяжелой степени тяжести.
2. У лиц старше 40 лет.

Задание 38.

Больная А., 40 лет, обратилась с жалобами на изменение цвета десны, появившееся 10 месяцев назад. Объективно: общее состояние удовлетворительное. В области 13,12,11,21,22,23 зуба десна гиперемирована, отечная.

1. Назначьте основные методы обследования.
2. Перечислите инструменты для осмотра полости рта.
3. Каким инструментом вы проведете исследование пародонтальных карманов?

Эталон ответа:

1. Общий осмотр, осмотр локальный, с применением набора основных стоматологических инструментов.
2. Зеркало стоматологическое, зонд, пинцет.
3. Пародонтологическим градуированным зондом.

Эталон ответа:

Задание 39.

Пациент А., 36 лет, пришел на первичный прием к пародонтологу с целью обследования и лечения. Медицинская сестра подала врачу лоток с набором инструментов (зеркало, пинцет, зонд угловой, шпатель). Врач провел осмотр полости рта.

1. Оцените правильность подачи медицинской сестрой набора инструментов.
2. Оцените правильность действий врача при первичном приеме пациента.
3. Перечислите основные методы обследования пациента на стоматологическом приеме.

Эталон ответа:

1. Инструментов для лечения недостаточно (отсутствует гладилка, штопфер, экскаватор)
2. Врач не провел сбора жалоб, анамнеза, внешний осмотр.
3. Осмотр, зондирование, перкуссия, пальпация.

Задание 40.

В отдельно стоящем здании с помещениями общественного назначения организуется пародонтологический кабинет.

1. Какая должна быть минимальная площадь кабинета?
2. Какая должна быть высота стоматологического кабинета?
3. Каковы требования к размещению стоматологических установок, если кабинет рассчитан на несколько рабочих мест?

Эталон ответа:

1. Не менее 20 кв.м на одну стоматологическую установку.
2. Высота кабинета должна быть не менее 3 м.
3. В кабинетах с односторонним естественным освещением стоматологические кресла устанавливаются в один ряд вдоль светонесущей стены. При наличии нескольких стоматологических кресел в кабинете, они разделяются непрозрачными перегородками высотой не ниже 1,5 м.

Задание 41.

Пациент Р. обратился в стоматологическую клинику и был направлен в смотровой кабинет.

1. Какая форма медицинской документации будет заведена в регистратуре и направлена в смотровой кабинет?
2. Какие сведения вносит медицинский регистратор в первичную документацию?
3. Какие сведения в медицинскую карту пациента внесет врач смотрового кабинета?

Эталон ответа:

1. Медицинская карта стоматологического больного.
2. Паспортная часть и данные страхового медицинского полиса.
3. Результаты внешнего осмотра и осмотра полости рта (зубная формула, гигиенический индекс, сведения об онкопатологии и т.д.)

Задание 42.

Пациент Б. обратился в стоматологическую клинику для санации полости рта, в смотровом кабинете врач стоматолог провел первичный осмотр пациента и направил его на лечение к стоматологу-терапевту.

1. Какая форма медицинской документации будет направлена лечащему врачу?
2. Какие сведения в медицинскую карту пациента уже внесены врачом смотрового кабинета?
3. Как может быть организована пародонтологическая помощь в стоматологической поликлинике?

Эталон ответа:

1. Медицинская карта стоматологического больного.
2. Результаты внешнего осмотра и осмотра полости рта (зубная формула, гигиенический индекс, сведения об онкопатологии, внешний осмотр и т.д.).
3. Отдельный пародонтологический кабинет и врач пародонтолог (из стоматологов-терапевтов). На общем приеме врача-стоматолога-терапевта.

Задание 43.

Больная А., 40 лет, обратилась с жалобами на изменение цвета десны, появившееся 10 месяцев назад. Объективно: общее состояние удовлетворительное. В области 13,12,11,21,22,23 зуба десна гиперемирована, отечная.

1. Назначьте основные методы обследования.
2. Каким инструментом вы проведете исследование пародонтальных карманов?
3. Чем проводят исследование подвижности зубов?

Эталон ответа:

1. Общий осмотр, осмотр локальный, с применением набора основных стоматологических инструментов.
2. Пародонтологическим градуированным зондом.
3. Пинцетом.

Задание 44.

Больная Б., 50 лет, обратилась с жалобами на подвижность зубов, боль при приеме пищи.

1. С чего начнете обследование.
2. Какие вопросы необходимо задать пациенту при сборе анамнеза заболевания.;
3. Параметр и единицы оценки предверия полости рта.

Эталон ответа:

1. С более полного сбора жалоб и анамнеза жизни и заболевания.
2. Когда появились данные жалобы, их динамика, продолжительность, частота, чем купировались, проводилось ли ранее лечение, его результативность.
3. Глубина в мм.

Задание 45.

Пациент А., 36 лет, пришел на первичный прием к пародонтологу с целью обследования и лечения. Медицинская сестра подала врачу лоток с набором инструментов (зеркало, пинцет, зонд угловой, шпатель). Врач провел осмотр полости рта.

1. Оцените правильность подачи медицинской сестрой набора инструментов.
2. Оцените правильность действий врача при первичном приеме пациента.
3. Перечислите основные методы обследования пациента на стоматологическом приеме.

Эталон ответа:

1. Инструментов для лечения недостаточно (отсутствует гладилка, штопфер, экскаватор)
2. Врач не провел сбора жалоб, анамнеза, внешний осмотр.
3. Осмотр, зондирование, перкуссия, пальпация.

Задание 46.

Пациент З., 25 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта. Врач выслушал его жалобы на наличие кариозной полости в зубе верхней челюсти. В разделе Анамнез заболевания стоматолог записал: «Со слов больного кариозную полость он обнаружил полгода назад, периодически наблюдались кратковременные боли от термических раздражителей. Ранее этот зуб не лечили».

1. Назовите этапы обследования стоматологического больного.
2. Определите основные методы обследования.
3. Назовите дополнительные методы обследования.
4. Каким инструментом проводят зондирование кариозной полости?
3. Назовите диагноз, который ставят на основании основных и дополнительных методов.

Эталон ответа:

1. Сбор жалоб, анамнез, экстраоральный, интраоральный осмотр (основные, дополнительные методы)
2. Осмотр, зондирование, перкуссия, пальпация.
3. Окончательный диагноз.

Задание 47.

Пациент Р., 19 лет, обратилась с целью санации после исправления прикуса с помощью брекет системы. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов нижней челюсти отмечаются белые тусклые пятна, чувствительные к холодной и сладкой пище.

1. Назначьте дополнительные методы обследования.
2. С помощью каких индексов определите уровень гигиены у пациента?

Эталон ответа:

1. Прижизненное окрашивание 2% р-ром метиленового синего, термометрия, ЭОД.
2. Индекс гигиены Грина-Вермиллиона, Федорова-Володкиной, индекс эффективности гигиены РНР.

Задание 48.

Пациентка Ш., 37 лет, обратилась к врачу-стоматологу с целью санации полости рта. При осмотре на язычной стороне 41,42,43,44,45,31,32,33,34,35 зубов мягкий зубной налет. ГИ=2,5.

1. Назовите этапы обследования пародонтологического больного.
2. Перечислите индексы, позволяющие оценить гигиеническое состояние полости рта?
3. Перечислите индексы, позволяющие оценить состояние тканей пародонта.
4. Какие заболевания тканей пародонта наиболее распространены в данном возрасте?
5. Дополнительные методы исследования позволяющие обосновать Ваш диагноз?

Эталон ответа:

1. Основные: опрос, осмотр; дополнительные: оценка гигиенического состояния полости рта, лабораторные методы исследование состояния сосудов десен, обратимые и необратимые математические индексы, рентгенологическое исследование пародонта.
2. Индекс Федорова-Володкиной; - упрощенный индекс Грина-Вермилиона УИГ; - гигиенический индекс Рамфьерда (1956г.).
3. Обратимые и необратимые математические индексы. Папиллярно-маргинально-альвеолярный (РМА), пародонтальный (ПИ), комплексный пародонтальный (КПИ), индекс нуждаемости в лечении (СПТН).
4. Пародонтит и гингивит
5. Рентгенологическое исследование пародонта, лабораторные методы исследование состояния сосудов десен, пародонтальные индексы.

Задание 49.

Больной Д., 34 года, обратился с жалобами на кровоточивость, зуд в области десны, повышенное отложение зубного налета. Анамнез: отмечает кровоточивость в течение 4 месяцев, страдает хроническим гастритом. Объективно: десневые сосочки верхней и нижней челюсти застойно - гиперемированные, отечные, рыхлые, кровоточивость 2 степени. Пародонтальные карманы не определяются, зубы устойчивые, имеются наддесневые зубные отложения, проба Шиллера – Писарева положительная, индекс РМА= 53%.

1. Поставьте диагноз.
2. Интерпретируйте положительную пробу Шиллера – Писарева.
3. О чем свидетельствует индекс РМА?

Эталон ответа:

1. Хронический катаральный гингивит.
2. Темно- коричневое окрашивание слизистой оболочки при смазывании йод содержащим раствором.
3. О тяжести воспаления.

Задание 50.

Больной К., 24 года, обратился с жалобами на боль, кровоточивость десны, чувство жжения во рту, слабость. Анамнез: отмечает боль, кровоточивость, чувство жжения в течение недели, после перенесенного ОРЗ. Объективно: общее состояние удовлетворительное, повышение температуры тела до 37,2градусов в вечернее время, десневые сосочки верхней и нижней челюсти застойно - гиперемированы, отечны, рыхлые, кровоточащие, болезненные при пальпации. Целостность зубо-десневого соединения не нарушена, зубы устойчивые, имеются наддесневые зубные отложения, проба Шиллера – Писарева положительная, йодное число Свракова 6,4.

1. Поставьте диагноз.
2. О чем свидетельствует йодное число Свракова?
3. С каким воспалительным заболеванием пародонта необходимо провести дифференциальную диагностику.
4. Какое дополнительное диагностическое мероприятие позволит подтвердить Ваш диагноз?

Эталон ответа:

1. Острый генерализованный катаральный гингивит средней степени тяжести.
2. Об интенсивно выраженном процессе воспаления в десне.
3. Пародонтит.
4. Рентгенологическое исследование.

Задание 51.

Больная, 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на кровоточивость и зуд десен. Впервые кровоточивость появилась в возрасте 14 лет при чистке зубов; время от времени возникает при приеме твердой пищи. Чистит зубы мягкой щеткой два раза в день, в течение 1,5-2 минут. Ранее к пародонтологу не обращалась. В анамнезе – хронический пиелонефрит. Объективно: имеется отложение мягкого зубного налета, зубной камень на зубах 16, 26, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44. Десна гиперемирована и отечна. Пародонтальные карманы до 3,5 мм. в области премоляров и моляров верхней и нижней челюстей. Дистальная окклюзия. Множественные преждевременные суперконтакты в области моляров. На ортопантограмме резорбция межальвеолярных перегородок в области моляров и премоляров на 1/3 длины корня зуба. В области нижних резцов – начинающаяся резорбция вершин межальвеолярных перегородок.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие данные свидетельствуют о распространенности патологического процесса?

3. Какие данные свидетельствуют о тяжести заболевания?

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный пародонтит.
2. Патологический процесс захватывающий пародонт в области 11 зубов свидетельствует о генерализации процесса.
3. Резорбция межальвеолярных перегородок в области моляров и премоляров на 1/3 длины корня и начинающаяся резорбция вершин межальвеолярных перегородок нижних резцов говорит о легкой степени тяжести.

Задание 52.

Больная, 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на кровоточивость и зуд десен. Впервые кровоточивость появилась в возрасте 14 лет при чистке зубов; время от времени возникает при приеме твердой пищи. Чистит зубы мягкой щеткой два раза в день, в течение 1,5-2 минут. Ранее к пародонтологу не обращалась. В анамнезе – хронический пиелонефрит. Объективно: имеется отложение мягкого зубного налета, зубной камень на зубах 16, 26, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44. Десна гиперемирована и отечна. Пародонтальные карманы до 3,5 мм. в области премоляров и моляров верхней и нижней челюстей. Дистальная окклюзия. Множественные преждевременные суперконтакты в области моляров. На ортопантограмме резорбция межальвеолярных перегородок в области моляров и премоляров на 1/3 длины корня зуба. В области нижних резцов – начинающаяся резорбция вершин межальвеолярных перегородок. Выставлен предварительный диагноз хронический генерализованный пародонтит.

1. С какими заболеваниями пародонта необходимо провести дифференциальную диагностику?
2. К каким смежным специалистам направите больную на консультацию?

Эталон ответа:

1. С гингивитом, пародонтозом.
2. К ортодонту и нефрологу.

Задание 53.

Больная 45 лет жалуется на боли при приеме сладкой, кислой пищи. Анамнез: боли беспокоят в течение двух месяцев. Объективно: десна бледно-розового цвета. Определяется рецессия десневого края в области 33, 32, 31, 41, 42, 43. Гигиеническое состояние полости рта удовлетворительное, зубо-десневые карманы не определяются. В пришеечной области 14,13, 23, 35, 34, 33, 43, 44 зубов имеются клиновидные дефекты в пределах эмали и дентина, отмечается снижение высоты коронок всех зубов на 1/3 за счет стираемости.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какой дополнительный метод исследования подтвердит его.
3. Какие данные указывают на тяжесть заболевания?

Эталон ответа:

1. Пародонтоз.
2. Рентгенологический метод исследования: ОПГ, КТ.
3. Степень деструкции межальвеолярной перегородки.

Задание 54.

Больная 45 лет жалуется на боли при приеме сладкой, кислой пищи. Анамнез: боли беспокоят в течение двух месяцев. Объективно: десна бледно-розового цвета. Определяется рецессия десневого края в области 33, 32, 31, 41, 42, 43. Гигиеническое состояние полости рта удовлетворительное, зубо-десневые карманы не определяются. В пришеечной области 14,13, 23, 35, 34, 33, 43, 44 зубов имеются клиновидные дефекты в

пределах эмали и дентина, отмечается снижение высоты коронок всех зубов на 1/3 за счет стираемости. Предварительный диагноз пародонтоз.

1. Назовите рентгенологические признаки остеосклероза кости альвеолярного отростка.;
2. Укажите недостатки ортопантограммы.

Эталон ответа:

1. Остеосклероз - процесс увеличения количества костных балок на единицу площади без изменения размеров кости, рентгенологически проявляющийся снижением прозрачности костной ткани.
2. Нечеткое изображение фронтального отдела обеих челюстей, невозможность детально оценить состояние периодонтальной щели зубов и гребня альвеолярной кости.

Задание 55.

Больной 23 лет обратился с жалобами на неприятные ощущения в области десны и шеек зубов на нижней челюсти, кровоточивость десен при чистке зубов. Анамнез: в детстве лечился у врача-ортодонта, в течение нескольких лет носил ортодонтический аппарат. Отмечаются частые (6-7 раз в год) респираторные заболевания, хронический аденоидит. Объективно: имеется незначительное отложение над- и поддесневого зубного камня. Десна гиперемирована и отечна в области 42 41 31 32 зубов, зубо-десневые карманы глубиной до 5 мм, ретракция десны в области нижних резцов до 1,5 мм, подвижность зубов 2-3 степени, высокое прикрепление уздечки нижней губы. Глубокое резцовое перекрытие. На рентгенограмме – высота межальвеолярных перегородок 42 41 31 32 зубов снижена более чем на 1/2 длины корня.

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного у смежных специалистов.
3. Какой дополнительный метод исследования позволяет судить о степени тяжести заболевания?
4. Заключительный диагноз.

Эталон ответа:

1. Хронический локализованный пародонтит.
2. Консультация хирурга-стоматолога, ортодонта, врача-терапевта, ЛОР-врача.
3. Рентгенологический (ОПГ).
4. Хронический локализованный пародонтит тяжелой степени на фоне сниженного иммунитета, короткой уздечки нижней губы и глубокого резцового перекрытия.

Задание 56.

В клинику обратился пациент А. 28 лет с жалобами на боль, кровоточивость десен, усиливающуюся при приеме пищи, гнилостный запах изо рта, общее недомогание, повышение температуры тела до 38 градусов. Анамнез: пациент страдает хроническим тонзиллитом, обострение наблюдалось 2 раза в течении 3-х месяцев. Занимался самолечением. За медицинской помощью не обращался. Объективные данные: лицевые признаки не изменены. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. В полости рта: выраженная отечность, гиперемия в области десны с изъязвлением верхушек межзубных сосочков в области 9 зубов. Форма межзубных сосочков похожа на усеченный конус. На зубах обильные мягкие отложения. Выставлен предположительный диагноз Язвенно-некротический гингивит.

1. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
2. Какие дополнительные методы обследования следует провести для подтверждения диагноза?

Эталон ответа:

1. Дифференциальную диагностику проводят с: герпетическим гингивостоматитом, ВИЧ-инфекцией, генерализованным парадонтитом, с проявлениями заболеваний крови на СОПР.

2. Дополнительные методы: Микробиологическое исследование, бактериологическое исследование содержимого очага поражения, развернутый анализ крови. Рентгенологическое исследование (ОПГ).

Задание 57.

В клинику обратился пациент А. 28 лет с жалобами на боль, кровоточивость десен, усиливающуюся при приеме пищи, гнилостный запах изо рта, общее недомогание, повышение температуры тела до 38 градусов. Анамнез: пациент страдает хроническим тонзиллитом, обострение наблюдалось 2 раза в течении 3-х месяцев. Занимался самолечением. За медицинской помощью не обращался. Объективные данные: лицевые признаки не изменены. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. В полости рта: выраженная отечность, гиперемия в области десны с изъязвлением верхушек межзубных сосочков в области 9 зубов. Форма межзубных сосочков похожа на усеченный конус. На зубах обильные мягкие отложения.

1. Поставьте диагноз;
2. Причины заболевания?
3. Предрасполагающие факторы?

Эталон ответа:

1. Язвенно-некротический гингивит.
2. Причина возникновения: суперинфекция фузиформных бактерий и спирохет, простейших наряду со стрептококками и стафилококками.
3. Предрасполагающие факторы: изменения реактивности организма и снижение резистентности тканей к аутоинфекции после перенесенных общих инфекционных заболеваний (ангина, грипп), переохлаждения, стрессы, неполноценное питание, дефицит витаминов.

Задание 58.

В клинику обратилась пациентка К. 20 лет с жалобами на изменение формы десны, боль, кровоточивость, усиливающуюся при чистке зубов и приеме пищи. Анамнез: данные симптомы проявлялись 3 месяца назад. Занималась самолечением. За медицинской помощью не обращалась. Объективные данные: лицевые признаки не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта наблюдается скученность зубов во фронтальном и боковых отделах. Десневые сосочки увеличены, отечны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Сосочки увеличены на 1/3 коронки зуба, имеют глянцевую поверхность, после надавливания на поверхность сосочка тупой частью инструмента остаётся углубление. Имеются обильные назубные отложения.

1. Поставьте диагноз.
2. Является ли обильный зубной налет ведущим этиологическим фактором?
3. Причины заболевания
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Какие дополнительные методы обследования следует провести?

Эталон ответа:

1. Гипертрофический гингивит. Отечная форма. 1 степень.
2. Нет.
3. Изменения гормонального статуса при эндокринных заболеваниях, в период полового созревания, во время беременности и менопаузы, Общие заболевания (лейкемические ретикулезы), Хронические интоксикации, приём некоторых лекарственных средств (нифедипина, карбамазепина, циклоспорина), Скученность зубов.
4. А)с фиброзной формой гипертрофического гингивита. Б)с заболеваниями крови и СОПР.
5. Микробиологическое исследование. Развернутый анализ крови. Рентгенологическое исследование (ОПГ).

Задание 59.

Больной 23 лет обратился с жалобами на неприятные ощущения в области десны и шеек зубов на нижней челюсти, кровоточивость десен при чистке зубов. Анамнез: в детстве лечился у врача-ортодонта, в течение нескольких лет носил ортодонтический аппарат. Отмечаются частые (6-7 раз в год) респираторные заболевания, хронический аденоидит. Объективно: имеется незначительное отложение над- и поддесневого зубного камня. Десна гиперемирована и отечна в области 42 41 31 32 зубов, зубо-десневые карманы глубиной до 5 мм, ретракция десны в области нижних резцов до 1,5 мм, подвижность зубов 2-3 степени, высокое прикрепление уздечки нижней губы. Глубокое резцовое перекрытие. На рентгенограмме – высота межальвеолярных перегородок 42 41 31 32 зубов снижена более чем на 1/2 длины корня.

1. Предварительный диагноз.
2. Перечислите причины данного заболевания
3. Составьте план обследования больного у смежных специалистов.
4. Какой дополнительный метод исследования позволяет судить о степени тяжести заболевания?
5. Заключительный диагноз.

Эталон ответа:

1. Хронический локализованный пародонтит.
2. Патогенная микрофлора, снижение иммунитета, короткая уздечка нижней губы, глубокое резцовое перекрытие.
3. Консультация хирурга-стоматолога, ортодонта, врача-терапевта, ЛОР-врача.
4. Рентгенологический (ОПГ).
5. Хронический локализованный пародонтит тяжелой степени на фоне сниженного иммунитета, короткой уздечки нижней губы и глубокого резцового перекрытия.

Задание 60.

Больная 18 лет. Жалобы: на кровоточивость десен, запах изо рта, подвижность зубов, сухость во рту. Анамнез: считает себя больной около года. Подвижность зубов заметила около 3-х месяцев назад. Объективно: Десневой край верхней и нижней челюсти гиперемирован и отечен. Межзубная десна валикообразно утолщена, гиперемированна. Определяются пародонтальные карманы глубиной от 3 до 6 мм. Подвижность резцов на верхней и нижней челюсти 2-3 степени. Отмечается веерообразное расхождение резцов на верхней челюсти.

1. Поставьте предварительный диагноз;
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза.
3. Что явилось причиной развития заболевания пародонта?
4. Какие клинические данные подтверждают степень тяжести патологического процесса в пародонте?
5. Исход заболевания.

Эталон ответа:

1. Идиопатическое заболевание тканей пародонта (пародонтальный синдром при общесоматической патологии).
2. Рентгенологическое обследование, консультация эндокринолога, гематолога, иммунолога.
3. Общесоматическое заболевание.
4. Глубина пародонтальных карманов, подвижность зубов.
5. Неблагоприятный, потеря зубов.

Задание 61.

Пациент 23 лет обратился с жалобами на оголение шеек зубов на нижней челюсти, кровоточивость десен при чистке зубов. Из анамнеза: в детстве лечился у врача-ортодонта, в течение года носил ортодонтический аппарат. Иногда появляется кровоточивость десен при чистке зубов. Объективно: имеется незначительное отложение над- и поддесневого зубного камня. Десна значительно гиперемирована и отечна в области зубов 42, 41, 31, 32, рецессия десны 1,5 мм. Глубина пародонтальных карманов в области этих зубов 5 мм. В области остальных зубов – незначительная гиперемия десны, карманы до 3,5 мм. Прикус – глубокое резцовое перекрытие. На ортопантограмме – резорбция межальвеолярных перегородок на 1/3 длины корней зубов, в области зубов 42, 41, 31, 32 до 1/2 длины корней зубов.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите методы временного шинирования подвижных зубов.
3. Укажите местные противопоказания для проведения лекарственного электрофореза.
4. Укажите температуру раствора для ротовых ванночек.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный пародонтит средней степени, в стадии обострения.
2. Временное шинирование подвижных зубов можно провести с помощью усиливающих волокон и композитных материалов.
3. Острое гнойное воспаление, нарушение целостности десны.;
4. При остром воспалении рекомендовано использование прохладной жидкости

Задание 62.

В клинику обратился пациент А. 28 лет с жалобами на боль, кровоточивость десен, усиливающуюся при приеме пищи, гнилостный запах изо рта, общее недомогание, повышение температуры тела до 38 градусов. Анамнез: пациент страдает хроническим тонзиллитом, обострение наблюдалось 2 раза в течение 3-х месяцев. Занимался самолечением. За медицинской помощью не обращался. Объективные данные: лицевые признаки не изменены. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. В полости рта: выраженная отечность, гиперемия в области десны с изъязвлением верхушек межзубных сосочков в области 9 зубов. Форма межзубных сосочков похожа на усеченный конус. На зубах обильные мягкие отложения.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причину заболевания и предрасполагающие факторы.
3. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Язвенно-некротический гингивит.
2. Причина возникновения: суперинфекция фузиформных бактерий и спирохет, простейших наряду со стрептококками и стафилококками. Предрасполагающие факторы: изменения реактивности организма и снижение резистентности тканей к аутоинфекции после перенесенных общих инфекционных заболеваний (ангина, грипп), переохлаждения, стрессы, неполноценное питание, дефицит витаминов.
3. Общее лечение: устранение явлений интоксикации, антимикробная терапия, десенсибилизирующая терапия, витаминотерапия. Местное лечение: последовательно: анестезия, противовоспалительная терапия, ферментотерапия (трипсин, химотрипсин и др.) Через 3-5 дней после начала лечения, когда состояние больного улучшится используют кератопластические средства (масляные растворы витамина А, Е, масло шиповника и др.).

Задание 63.

В клинику обратилась пациентка К. 20 лет с жалобами на увеличения объема десны, кровоточивость, усиливающуюся при чистке зубов и приеме пищи. Анамнез: жалобы проявлялись 3 месяца назад. Наблюдается в женской консультации по поводу

беременности. Объективные данные: лицевые признаки не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта наблюдается скученность зубов во фронтальном и боковых отделах. Десневые сосочки отёчны, гиперемированы, кровоточат при зондировании, покрывают до 1/3 коронки зуба, имеют глянцевую поверхность, после надавливания на поверхность сосочка тупой частью инструмента остаётся углубление. Имеются назубные отложения.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины заболевания.
3. Укажите аппаратные методы устранения гипертрофии десен.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит, легкой степени (отечная форма).
2. В основе возникновения гипертрофического гингивита лежат изменения гормонального статуса во время беременности и скученность зубов.
3. Хирургический лазер, диатермокоагуляция, криодеструкция.

Задание 64.

Больной П. 30 лет, обратился с жалобами на зуд десен, обнажение шеек зубов, боль от термических раздражителей. Из анамнеза выяснено медленное, в течение 8 лет, прогрессирование этих симптомов. Считает себя здоровым. Объективно: слизистая десны на всем протяжении бледная, анемичная, десневых карманов нет, ретракция десны 43 и 33 до 1/2 длины корня. Отмечаются клиновидные дефекты твердых тканей зубов.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Пародонтоз, средней степени тяжести.
2. С хроническим генерализованным пародонтитом дифференцируют по наличию пародонтальных карманов, деструкции компактной пластинки межальвеолярной перегородки.
3. Лечение должно быть направлено на улучшение кровообращения и регенерацию процессов в пародонтальных тканях: витамины А, С, электрофорез витамина В1, массаж, лазеротерапия.

Задание 65.

Больная 18 лет. Жалобы: на кровоточивость десен, запах изо рта, подвижность зубов, сухость во рту. Анамнез: считает себя больной около года. Подвижность зубов заметила около 3-х месяцев назад. Объективно: Десневой край верхней и нижней челюсти гиперемирован и отечен. Межзубная десна валикообразно утолщена, гиперемированна. Определяются пародонтальные карманы глубиной от 3 до 6 мм. Подвижность резцов на верхней и нижней челюсти 2-3 степени. Отмечается веерообразное расхождение резцов на верхней челюсти.

1. Что явилось причиной развития заболевания пародонта?
2. Какие клинические данные подтверждают степень тяжести патологического процесса в пародонте?
3. Исход заболевания.

Эталон ответа:

1. Общесоматическое заболевание.
2. Глубина пародонтальных карманов, подвижность зубов.
3. Неблагоприятный, потеря зубов.

Вопросы для собеседования

1. Методы обследования больного с заболеваниями пародонта:

- Общий анализ крови. Определение глубины и содержимого пародонтального кармана, подвижности зубов;
- индексная оценка состояния пародонта;
- функциональные пробы;
- реография;
- капилляроскопия, стоматоскопия;
- патоморфологическое, микробиологическое исследование;
- рентгенография.

2. Классификация болезней пародонта:

- Гингивит - воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения;
- пародонтит - воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости;
- пародонтоз - дистрофическое поражение пародонта;
- идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта
- пародонтомы - опухоли и опухолеподобные процессы в пародонте.

3. Противопоказания к применению ультразвука при лечении болезней пародонта:

- Наличие у пациента водителя ритма сердца;
- острые инфекционные и респираторные заболевания;
- заболевания, передающиеся гематогенным путем;
- различные формы аритмий;
- пороки сердца;
- иммунодефицитные состояния;
- опухоли;
- дисфагия;
- повышенный рвотный рефлекс.
- наличие зубов с участками деминерализации;
- наличие зубов с повышенной чувствительностью;
- период молочного и сменного прикуса;
- с осторожностью – у пациентов с керамическими, золотыми и композитными реставрациями в полости рта.

4. Физические процессы, обусловленные действием ультразвука:

- Микровибрации на клеточном и субклеточном уровне;
- разрушение биомакромолекул;
- перестройку и повреждение биологических мембран, изменение их проницаемости;
- тепловое действие;
- разрушение клеток микроорганизмов.

5. Методы удаления зубных отложений:

- механический;
- химико-механический;
- воздушно-образивный;
- ультразвуковой.

6. Общие принципы лечения заболеваний пародонта:

- 1) Комплексность –
 - а. проведение как местного, так и общего лечения;
 - б. использование комплекса лечебных воздействий (консервативных хирургических, ортопедических, ортодонтических), направленных на восстановление структуры и функции пародонта;
 - в. Взаимодействие врачей-стоматологов с врачами других специальностей.
- 2) Индивидуальность.

- 3) Обоснованность.
- 4) Последовательность.
- 5) Профилактический подход.
- 6) Реабилитация и диспансеризация.

7. Неотложная помощь в пародонтологии:

- острый язвенный гингивит и гингиво-пародонтит;
- активные гнойные карманы (хронический пародонтальный абсцесс);
- острый пародонтальный абсцесс;
- перикоронарный абсцесс;
- срочное удаление подвижных зубов.

8. Основные методы хирургического лечения заболеваний пародонта:

- кюретаж;
- криохирургия;
- гингивотомия;
- гингивэктомия (простая, радикальная);
- электрохирургическое лечение.

9. Лоскутные операции:

- лоскутные операции, корригирующие край десны;
- лоскутные операции с применением средств, стимулирующих репаративные процессы в пародонте;
- формирование преддверия полости рта и перемещение уздечки.

10. Пластика уздечек и тяжей:

- Френулопластика;
- вестибулопластика;
- операции по устранению рецессий десны.

ПК-1

Тесты

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Тип снижения высоты межальвеолярных перегородок при пародонтозе:

1. горизонтальный неравномерный
2. горизонтальный равномерный, смешанный
3. Вертикальный

Эталон ответа: 2. горизонтальный равномерный, смешанный

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

3. Рецессия десны характерна для:

1. гипертрофического гингивита
2. катарального гингивита
3. пародонтоза

Эталон ответа: 3. пародонтоза

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

4. Основным этиологическим фактором пародонтита является:

1. микробный зубной налет (микробная бляшка)
2. плотный зубной налет
3. поддесневой зубной камень

Эталон ответа: 1. микробный зубной налет (микробная бляшка)

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

5. Воспаление межзубной и маргинальной десны характерно для:

1. пародонтита средней степени

2. пародонтоза средней степени
3. пародонтита легкой степени

Эталон ответа: 3. пародонтита легкой степени

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

6. Пародонтоз дифференцируют с пародонтитом в стадии ремиссии по данным:

1. рентгенологического обследования
2. анамнеза
3. клинического анализа крови

Эталон ответа: 2. анамнеза.

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

7. Пародонтальные карманы при пародонтозе:

1. более 5 мм
2. менее 3 мм
3. отсутствуют

Эталон ответа: 3. отсутствуют

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

8. Зуд в десне - это характерная жалоба пациента при:

1. пародонтозе
2. пародонтите
3. гипертрофическом гингивите

Эталон ответа: 1. пародонтозе

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

9. Воспаление межзубной, маргинальной и части альвеолярной десны характерно для:

1. пародонтоза тяжелой степени
2. пародонтоза средней степени
3. пародонтита средней степени

Эталон ответа: 3. пародонтита средней степени

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

10. Воспаление межзубной, маргинальной, части или всей альвеолярной десны характерно для:

1. пародонтоза средней степени
2. пародонтита тяжелой степени
3. пародонтоза тяжелой степени

Эталон ответа: 2. пародонтита тяжелой степени

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

1. Обнажение шеек и корней зубов — это характерная жалоба пациента при:

1. пародонтозе
2. пародонтите
3. гипертрофическом гингивите

Эталон ответа: 1. пародонтозе

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

12. Гиперестезия твердых тканей зубов - это характерная жалоба пациента при:

1. пародонтите
2. пародонтозе
3. катаральном гингивите

Эталон ответа: 2. пародонтозе

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

13. Окраска десны при пародонтозе:

1. гиперемированная
2. желтоватая
3. Цианотичная

Эталон ответа: 1. гиперемированная

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

14. Глубина пародонтального кармана до 4 мм характерна для:

1. пародонтоза тяжелой степени
2. пародонтоза средней степени
3. пародонтита легкой степени

Эталон ответа: 3. пародонтита легкой степени

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

15. Глубина пародонтального кармана до 5 мм характерна для:

1. пародонтита средней степени
2. пародонтоза тяжелой степени
3. пародонтоза средней степени

Эталон ответа: 1. пародонтита средней степени

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

16. Обнажение поверхности корня зуба (рецессия десны) проявляется на поверхностях зубов:

1. только на оральной
2. как на вестибулярной, так и на оральной
3. только на вестибулярной

Эталон ответа: 2. как на вестибулярной, так и на оральной

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

17. Короткие уздечки губ и мелкое преддверие полости рта рецессию десны:

1. уменьшают
2. не меняют
3. увеличивают

Эталон ответа: 3. увеличивают

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

18. Пародонтоз следует дифференцировать с:

1. катаральным гингивитом
2. пародонтитом в стадии ремиссии
3. Пародонтитом

Эталон ответа: 2. пародонтитом в стадии ремиссии

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

19. Глубина пародонтального кармана более 5 мм характерна для:

1. пародонтоза тяжелой степени
2. пародонтоза средней степени
3. пародонтита тяжелой степени

Эталон ответа: 3. пародонтита тяжелой степени

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

20. Подвижность зубов при пародонтите легкой степени:

1. II — III степени
2. отсутствует
3. I — II степени

Эталон ответа: 2. отсутствует +

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

У кого чаще встречается пародонтит?

1. женщины в возрасте старше 40 лет
2. лица разной возрастной группы
3. мужчины и женщины в возрасте до 30 лет

Эталон ответа: 2. лица разной возрастной группы

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Формами хронического пародонтита являются:

1. локализованный пародонтит
2. пародонтальный абсцесс десневого происхождения со свищом
3. пародонтальный абсцесс десневого происхождения без свища

Эталон ответа: 1. локализованный пародонтит

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Степень тяжести пародонтита определяется в основном следующими ведущими симптомами:

1. глубиной пародонтального кармана
2. частотой посещения пациентом врача-стоматолога
3. шириной открывания рта

Эталон ответа: 1. глубиной пародонтального кармана

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какое заболевание всегда предшествует пародонтиту?

1. пульпит
2. альвеолит
3. гингивит

Эталон ответа: 3. гингивит

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Отличительный клинический признак острого пародонтита от хронического:

1. мягкие, твердые назубные отложения
2. выделение из пародонтального кармана экссудата
3. наличие свищевого хода

Эталон ответа: 3. наличие свищевого хода

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Формами острого пародонтита являются:

1. генерализованный пародонтит
2. локализованный пародонтит
3. пародонтальный абсцесс десневого происхождения со свищом

Эталон ответа: 3. пародонтальный абсцесс десневого происхождения со свищом

Ситуационные задачи

Задание 1.

Больная, 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на кровоточивость и зуд десен. Впервые кровоточивость появилась в возрасте 14 лет при чистке зубов; время от времени возникает при приеме твердой пищи. Чистит зубы мягкой щеткой два раза в день, в течение 1,5-2 минут. Ранее к пародонтологу не обращалась. В анамнезе – хронический пиелонефрит. Объективно: имеется отложение мягкого зубного налета, зубной камень на зубах 16, 26, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44. Десна гиперемирована и отечна. Пародонтальные карманы до 3,5 мм. в области премоляров и моляров верхней и нижней челюстей. Дистальная окклюзия. Множественные преждевременные суперконтакты в области моляров. На ортопантограмме резорбция межальвеолярных перегородок в области моляров и премоляров на 1/3 длины корня зуба. В области нижних резцов – начинающаяся резорбция вершин межальвеолярных перегородок.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие данные свидетельствуют о распространенности патологического процесса?
3. Какие данные свидетельствуют о тяжести заболевания?

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный пародонтит.
2. Патологический процесс захватывающий пародонт в области 11 зубов свидетельствует о генерализации процесса.
3. Резорбция межальвеолярных перегородок в области моляров и премоляров на 1/3 длины корня и начинающаяся резорбция вершин межальвеолярных перегородок нижних резцов говорит о легкой степени тяжести.

Задание 2.

Пациентка С. 54 года обратилась с жалобами на попадание пищи между зубами и затрудненное очищение моляров и премоляров верхней челюсти справа, кровоточивость десны при чистке зубов, иногда ноющую боль. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка в области зубов 1.5, 1.6, 1.7 застойно гиперемирована, легко кровоточит при прикосновении. В межзубных промежутках этих зубов имеются остатки пищи, над и поддесневые твердые зубные отложения, пародонтальные карманы: 4 мм в области зуба 1.5, у зубов 1.6 и 1.7 – 6 мм, зуб 1.6 имеет подвижность I степени. На контактных поверхностях зубов 1.5, 1.6, 1.7 дефекты пломб, кариозный процесс. Индекс гигиены полости рта неудовлетворительный. В области других зубов клинической и рентгенологической патологии не определяется.

1. Сформулируйте диагноз
2. Предложите пациентке альтернативные планы лечения и укажите оптимальный вариант хирургического лечения

Эталон ответа:

1. С учетом клинико-рентгенологических данных вероятный диагноз: хронический локализованный пародонтит в области зубов 1.5, 1.6, 1.7.
2. План лечения:
 - профессиональная гигиена, обучение индивидуальной гигиены полости рта;
 - лечение кариеса зубов 1.5, 1.6, 1.7;
 - проведение хирургического лечения: открытого кюретажа в области зубов 1.5, 1.6, 1.7;
 - постановка на диспансерный учёт.

Задание 3.

Пациент М., 35 лет. Жалуется на кровоточивость десны и подвижность зубов. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка маргинальной десны в области всех зубов отёчна, цианотична, легко кровоточит при прикосновении, обильные мягкие зубные отложения. Пародонтальные карманы у зубов 1.5, 1.1, 2.2 глубиной 4 – 5 мм, у зуба 2.4 – 7 мм. Подвижность зуба 2.4 – III степени. Индекс гигиены по Фёдорову-Володкиной – 3,0 балла. На ортопантограмме - резорбция костной ткани альвеолярного отростка челюстей на 1/3 длины корней всех зубов, у зуба 2.4 – на ½ длины корня, костный карман.

1. Поставить диагноз.
2. Составить план лечения

Эталон ответа:

1. Диагноз: хронический генерализованный пародонтит средне-тяжелой степени.
2. План лечения: коррекция личной гигиены полости рта, профессиональная гигиена полости рта, шлифовывание окклюзионной поверхности, удаление зуба 2.4, лоскутная операция в области зубов 1.5 – 2.5, рациональное протезирование дефекта зубного ряда в области удаленного зуба 2.4. Диспансерное наблюдение у пародонтолога.

Задание 4.

Пациент К., 40 лет обратился с жалобами на постоянную боль в области зуба 4.7. История заболевания. Боль появилась 2 дня назад. Утром в день приема повысилась температура тела до 37,60. Подобная ситуация возникла впервые, но боль в указанной области периодически возникала ранее. Боль купировалась после 2-х - 3-х дневного полоскания полости рта отварами трав. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка десневого края в области всех зубов застойно гиперемирована, легко кровоточит при прикосновении. Обилие твердых над и поддесневых зубных отложений. пародонтальные карманы глубиной от 5 мм и больше. В области зуба 4.7 отмечается резкий отек маргинальной десны, флюктуация, боль при пальпации данного участка альвеолярной части. Из пародонтальных карманов зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 - гнойное отделяемое. Зубы 4.7 и 4.1 имеют подвижность третьей степени. Моляры верхней челюсти, а также зубы 1.2, 1.1, 3.2, 3.1, 4.2 имеют подвижность второй степени.

1. Поставить диагноз.
2. Варианты хирургического лечения в области зуба 4.7, показано ли в данном случае назначение антибиотиков?

Эталон ответа:

1. Обострение хронического генерализованного пародонтита среднетяжелой степени, пародонтальный абсцесс в области зуба 4.7.
2. При наличии пародонтальных карманов на 2/3 длины корней, в области двух корней зуба 4.7 – показано удаление зуба 4.7. При категорическом отказе от удаления и возможном сохранении зуба – гингивотомия для вскрытия абсцесса в области зуба 4.7. Показан прием антибиотиков, например, ципролет 1000 мг 2 раза в сутки 5 дней. Полоскание полости рта растворами антисептиков. После стихания воспалительных явлений в области 4.7 – комплексное лечение генерализованного пародонтита.

Задание 5.

Больной П. 30 лет, обратился с жалобами на зуд десен, обнажение шеек зубов, боль от термических раздражителей. Из анамнеза выяснено медленное, в течение 8 лет, прогрессирование этих симптомов. Считает себя здоровым. Объективно: слизистая десны на всем протяжении бледная, анемичная, десневых карманов нет, ретракция десны 43 и 33 до 1/2 длины корня. Отмечаются клиновидные дефекты твердых тканей зубов.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Пародонтоз, средней степени тяжести.
2. Лечение должно быть направлено на улучшение кровообращения и регенерацию процессов в пародонтальных тканях: витамины А, С, электрофорез витамина В1, массаж, лазеротерапия.

Задание 6.

В клинику обратилась пациентка К. 20 лет с жалобами на увеличения объема десны, кровоточивость, усиливающуюся при чистке зубов и приеме пищи. Анамнез: жалобы проявлялись 3 месяца назад. Наблюдается в женской консультации по поводу беременности. Объективные данные: лицевые признаки не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта наблюдается скученность зубов во фронтальном и боковых отделах. Десневые сосочки отёчны, гиперемированы, кровоточат при зондировании, покрывают до 1/3 коронки зуба, имеют глянцевую поверхность, после надавливания на поверхность сосочка тупой частью инструмента остаётся углубление. Имеются назубные отложения.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите аппаратные методы устранения гипертрофии десен.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит, легкой степени (отечная форма).
2. Хирургический лазер, диатермокоагуляция, криодеструкция.

Задание 7.

В клинику обратился пациент А. 28 лет с жалобами на боль, кровоточивость десен, усиливающуюся при приеме пищи, гнилостный запах изо рта, общее недомогание, повышение температуры тела до 38 градусов. Анамнез: пациент страдает хроническим тонзиллитом, обострение наблюдалось 2 раза в течение 3-х месяцев. Занимался самолечением. За медицинской помощью не обращался. Объективные данные: лицевые признаки не изменены. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. В полости рта: выраженная отечность, гиперемия в области десны с изъязвлением верхушек межзубных сосочков в области 9 зубов. Форма межзубных сосочков похожа на усеченный конус. На зубах обильные мягкие отложения.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причину заболевания и предрасполагающие факторы.
3. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Язвенно-некротический гингивит.
2. Причина возникновения: суперинфекция фузиформных бактерий и спирохет, простейших наряду со стрептококками и стафилококками. Предрасполагающие факторы: изменения реактивности организма и снижение резистентности тканей к аутоинфекции после перенесенных общих инфекционных заболеваний (ангина, грипп), переохлаждения, стрессы, неполноценное питание, дефицит витаминов.
3. Общее лечение: устранение явлений интоксикации, антимикробная терапия, десенсибилизирующая терапия, витаминотерапия. Местное лечение: последовательно: анестезия, противовоспалительная терапия, ферментотерапия (трипсин, химотрипсин и др.) Через 3-5 дней после начала лечения, когда состояние больного улучшится используют кератопластические средства (масляные растворы витамина А, Е, масло шиповника и др.).

Задание 8.

Пациент 23 лет обратился с жалобами на оголение шеек зубов на нижней челюсти, кровоточивость десен при чистке зубов. Из анамнеза: в детстве лечился у врача-ортодонта, в течение года носил ортодонтический аппарат. Иногда появляется кровоточивость десен при чистке зубов. Объективно: имеется незначительное отложение над- и поддесневого зубного камня. Десна значительно гиперемирована и отечна в области зубов 42, 41, 31, 32, рецессия десны 1,5 мм. Глубина пародонтальных карманов в области этих зубов 5 мм. В области остальных зубов – незначительная гиперемия десны, карманы до 3,5 мм. Прикус – глубокое резцовое перекрытие. На ортопантограмме – резорбция межальвеолярных перегородок на 1/3 длины корней зубов, в области зубов 42, 41, 31, 32 до 1/2 длины корней зубов.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите методы временного шинирования подвижных зубов.
3. Укажите местные противопоказания для проведения лекарственного электрофореза.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный пародонтит средней степени, в стадии обострения.
2. Временное шинирование подвижных зубов можно провести с помощью усиливающих волокон и композитных материалов.
3. Острое гнойное воспаление, нарушение целостности десны.

Задание 9.

Больная 18 лет. Жалобы: на кровоточивость десен, запах изо рта, подвижность зубов, сухость во рту. Анамнез: считает себя больной около года. Подвижность зубов заметила около 3-х месяцев назад. Объективно: Десневой край верхней и нижней челюсти гиперемирован и отечен. Межзубная десна валикообразно утолщена, гиперемированна. Определяются пародонтальные карманы глубиной от 3 до 6 мм. Подвижность резцов на верхней и нижней челюсти 2-3 степени. Отмечается веерообразное расхождение резцов на верхней челюсти.

1. Поставьте предварительный диагноз;
 2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза.
1. Что явилось причиной развития заболевания пародонта?
 2. Какие клинические данные подтверждают степень тяжести патологического процесса в пародонте?

Эталон ответа:

1. Идиопатическое заболевание тканей пародонта (пародонтальный синдром при общесоматической патологии).
2. Рентгенологическое обследование, консультация эндокринолога, гематолога, иммунолога.

Задание 10.

Больная 45 лет жалуется на боли при приеме сладкой, кислой пищи. Анамнез: боли беспокоят в течение двух месяцев. Объективно: десна бледно-розового цвета. Определяется рецессия десневого края в области 33, 32, 31, 41, 42, 43. Гигиеническое состояние полости рта удовлетворительное, зубо-десневые карманы не определяются. В пришеечной области 14, 13, 23, 35, 34, 33, 43, 44 зубов имеются клиновидные дефекты в пределах эмали и дентина, отмечается снижение высоты коронок всех зубов на 1/3 за счет стираемости. Предварительный диагноз пародонтоз.

1. Назовите рентгенологические признаки остеосклероза кости альвеолярного отростка.;
2. Укажите недостатки ортопантограммы.

Эталон ответа:

1. Остеосклероз - процесс увеличения количества костных балок на единицу площади без изменения размеров кости, рентгенологически проявляющийся снижением прозрачности костной ткани.
2. Нечеткое изображение фронтального отдела обеих челюстей, невозможность детально оценить состояние периодонтальной щели зубов и гребня альвеолярной кости.

Задание 11.

Больная 45 лет жалуется на боли при приёме сладкой, кислой пищи. Анамнез: боли беспокоят в течение двух месяцев. Объективно: десна бледно-розового цвета. Определяется рецессия десневого края в области 33, 32, 31, 41, 42, 43. Гигиеническое состояние полости рта удовлетворительное, зубо-десневые карманы не определяются. В пришеечной области 14,13, 23, 35, 34, 33, 43, 44 зубов имеются клиновидные дефекты в пределах эмали и дентина, отмечается снижение высоты коронок всех зубов на 1/3 за счет стираемости.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какой дополнительный метод исследования подтвердит его.
3. Какие данные указывают на тяжесть заболевания?

Эталон ответа:

1. Пародонтоз.
2. Рентгенологический метод исследования: ОПГ, КТ.
3. Степень деструкции межальвеолярной перегородки

Задание 12.

Больная, 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на кровоточивость и зуд десен. Впервые кровоточивость появилась в возрасте 14 лет при чистке зубов; время от времени возникает при приеме твердой пищи. Чистит зубы мягкой щеткой два раза в день, в течение 1,5-2 минут. Ранее к пародонтологу не обращалась. В анамнезе – хронический пиелонефрит. Объективно: имеется отложение мягкого зубного налета, зубной камень на зубах 16, 26, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44. Десна гиперемирована и отечна. Пародонтальные карманы до 3,5 мм. в области премоляров и моляров верхней и нижней челюстей. Дистальная окклюзия. Множественные преждевременные суперконтакты в области моляров. На ортопантограмме резорбция межальвеолярных перегородок в области моляров и премоляров на 1/3 длины корня зуба. В области нижних резцов – начинающаяся резорбция вершин межальвеолярных перегородок. Выставлен предварительный диагноз хронический генерализованный пародонтит.

1. С какими заболеваниями пародонта необходимо провести дифференциальную диагностику?
2. К каким смежным специалистам направите больную на консультацию?

Эталон ответа:

1. С гингивитом, пародонтозом.
2. К ортодонту и нефрологу.

Задание 13.

Больная, 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на кровоточивость и зуд десен. Впервые кровоточивость появилась в возрасте 14 лет при чистке зубов; время от времени возникает при приеме твердой пищи. Чистит зубы мягкой щеткой два раза в день, в течение 1,5-2 минут. Ранее к пародонтологу не обращалась. В анамнезе – хронический пиелонефрит. Объективно: имеется отложение мягкого зубного налета, зубной камень на зубах 16, 26, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44. Десна гиперемирована и отечна. Пародонтальные карманы до 3,5 мм. в области премоляров и моляров верхней и нижней челюстей. Дистальная окклюзия. Множественные преждевременные суперконтакты в области моляров. На ортопантограмме резорбция межальвеолярных перегородок в

области моляров и премоляров на 1/3 длины корня зуба. В области нижних резцов – начинающаяся резорбция вершин межальвеолярных перегородок.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие данные свидетельствуют о распространенности патологического процесса?
3. Какие данные свидетельствуют о тяжести заболевания?

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный пародонтит.
2. Патологический процесс захватывающий пародонт в области 11 зубов свидетельствует о генерализации процесса.
3. Резорбция межальвеолярных перегородок в области моляров и премоляров на 1/3 длины корня и начинающаяся резорбция вершин межальвеолярных перегородок нижних резцов говорит о легкой степени тяжести.

Задание 14.

Пациентка А., 38 лет обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на кровоточивость десен. Дежурный врач, направил ее на лечение к пародонтологу. Ранее у пародонтолога пациентка не лечилась. Из сопутствующих заболеваний – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии. Регулярно лечится у гастроэнтеролога. Общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка десневого края в области всех зубов застойно гиперемирована, легко кровоточит при зондировании. Прикус ортогнатический. Имеются диастема и тремы между зубами верхней челюсти. Обилие над- и поддесневых зубных отложений. Пародонтальные карманы глубиной от 5 мм и больше. Из пародонтальных карманов зубов 4.7, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 гнойное отделяемое. Моляры верхней челюсти, а также зубы 1.2, 1.1, 3.2, 3.1, 4.2 имеют подвижность II степени, зуб 2.8 – подвижность третьей степени. Шейки и корни зубов, особенно нижних резцов, обнажены до 5 мм.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Детально опишите этап хирургического лечения в области зубов 2.6, 2.7, 2.8.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.
2. Открытый кюретаж у зубов 2.6, 2.7 с удалением 2.8, остеопластика:
 - инфильтрационная вестибулярная и небная анестезия в области 2.6, 2.7, 2.8, например, ультракаином ДС 1-2 картриджа
 - отслойка десны в области 2.8 и его удаление, ревизия и кюретаж лунки
 - два горизонтальных фестончатых разреза с вестибулярной и небной поверхности у шеек 2.6 и 2.7 ниже десневого края на 1 мм
 - распатором или гладилкой отслаиваем слизисто-надкостничные лоскуты с вестибулярной и небной поверхности
 - удаляем поддесневые зубные отложения и патологические грануляции, крючками, кюретами, ультразвуковым аппаратом, например, «Piezon-Master, Vector»
 - нивелировка (сглаживание острых выступов) альвеолярного отростка, шлифовка, полировка корней зубов оперируемой зоны
 - дезэпителизация лоскута ножницами
 - антисептическая обработка раны 0,02% р-ром хлоргексидина
 - заполнение костных карманов и лунки 2.8 костно-пластическим материалом, например, BioOSS
 - фиксация вестибулярного и небного лоскутов швами в каждом межзубном промежутке 2.6 и 2.7, накладываем швы над лункой удаленного 2.8
 - антисептическая обработка полости рта
 - десневая повязка «Парасепт» в области послеоперационной области.

Задание 15.

Пациент А., 36 лет, пришел на первичный прием к пародонтологу с целью обследования и лечения. Медицинская сестра подала врачу лоток с набором инструментов (зеркало, пинцет, зонд угловой, шпатель). Врач провел осмотр полости рта.

1. Оцените правильность действий врача при первичном приеме пациента.
2. Перечислите основные методы обследования пациента на стоматологическом приеме.

Эталон ответа:

1. Врач не провел сбора жалоб, анамнеза, внешний осмотр.
2. Осмотр, зондирование, перкуссия, пальпация.

Задание 16.

Пациентка А., 38 лет обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на кровоточивость десен. Дежурный врач, направил ее на лечение к пародонтологу. Ранее у пародонтолога пациентка не лечилась. Из сопутствующих заболеваний – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии. Регулярно лечится у гастроэнтеролога. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка десневого края в области всех зубов застойно гиперемирована, Легко кровоточит при зондировании. Прикус ортогнатический. Имеются диастема и тремы между зубами верхней челюсти. Обилие над- и поддесневых зубных отложений. Пародонтальные карманы глубиной от 5 мм и больше. Из пародонтальных карманов зубов 4.7, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 гнойное отделяемое. Моляры верхней челюсти, а также зубы 1.2, 1.1, 3.2, 3.1, 4.2 имеют подвижность II степени, зуб 2.8 – подвижность третьей степени. Шейки и корни зубов, особенно нижних резцов, обнажены до 5 мм.

Пациентке выполнен комплекс оперативных вмешательств:

Открытый кюретаж у зубов 2.6, 2.7 с удалением 2.8, остеопластика:

- инфильтрационная вестибулярная и небная анестезия в области 2.6, 2.7, 2.8, например, ультракаином ДС 1-2 картриджа
- отслойка десны в области 2.8 и его удаление, ревизия и кюретаж лунки
- два горизонтальных фестончатых разреза с вестибулярной и небной поверхности у шеек 2.6 и 2.7 ниже десневого края на 1 мм
- распатором или гладилкой отслаиваем слизисто-надкостничные лоскуты с вестибулярной и небной поверхности
- удаляем поддесневые зубные отложения и патологические грануляции, крючками, кюретами, ультразвуковым аппаратом, например, «Piezon-Master, Vector»
- нивелировка (сглаживание острых выступов) альвеолярного отростка, шлифовка, полировка корней зубов оперируемой зоны
- дезэпителизация лоскута ножницами
- антисептическая обработка раны 0,02% р-ром хлоргексидина
- заполнение костных карманов и лунки 2.8 костно-пластическим материалом, например, BioOSS
- фиксация вестибулярного и небного лоскутов швами в каждом межзубном промежутке 2.6 и 2.7, накладываем швы над лункой удаленного 2.8
- антисептическая обработка полости рта
- десневая повязка «Парасепт» в области послеоперационной области.

1. Дайте рекомендации в п/операционном периоде.

Эталон ответа:

1. Рекомендации: ротовые ванночки травяными отварами, прием обезболивающих препаратов, антибактериальная и десенсибилизирующая терапия. Снятие швов на 7-10 сутки. Диспансерное наблюдение – каждые 3 месяца посещать пародонтолога для проведения профилактических курсов лечения. Рациональное протезирование.

Задание 17.

Пациентка А., 38 лет обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на кровоточивость десен. Дежурный врач, направил ее на лечение к пародонтологу. Ранее у пародонтолога пациентка не лечилась. Из сопутствующих заболеваний – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии. Регулярно лечится у гастроэнтеролога. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка десневого края в области всех зубов застойно гиперемирована, Легко кровоточит при зондировании. Прикус ортогнатический. Имеются диастема и тремы между зубами верхней челюсти. Обилие над- и поддесневых зубных отложений. Пародонтальные карманы глубиной от 5 мм и больше. Из пародонтальных карманов зубов 4.7, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 гнойное отделяемое. Моляры верхней челюсти, а также зубы 1.2, 1.1, 3.2, 3.1, 4.2 имеют подвижность II степени, зуб 2.8 – подвижность третьей степени. Шейки и корни зубов, особенно нижних резцов, обнажены до 5 мм.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Детально опишите этап хирургического лечения в области зубов 2.6, 2.7, 2.8.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.
2. Открытый кюретаж у зубов 2.6, 2.7 с удалением 2.8, остеопластика:
 - инфильтрационная вестибулярная и небная анестезия в области 2.6, 2.7, 2.8, например, ультракаином ДС 1-2 картриджа
 - отслойка десны в области 2.8 и его удаление, ревизия и кюретаж лунки
 - два горизонтальных фестончатых разреза с вестибулярной и небной поверхности у шеек 2.6 и 2.7 ниже десневого края на 1 мм
 - распатором или гладилкой отслаиваем слизисто-надкостничные лоскуты с вестибулярной и небной поверхности
 - удаляем поддесневые зубные отложения и патологические грануляции, крючками, кюретами, ультразвуковым аппаратом, например, «Piezon-Master, Vector»
 - нивелировка (сглаживание острых выступов) альвеолярного отростка, шлифовка, полировка корней зубов оперируемой зоны
 - дезэпителизация лоскута ножницами
 - антисептическая обработка раны 0,02% р-ром хлоргексидина
 - заполнение костных карманов и лунки 2.8 костно-пластическим материалом, например, BioOSS
 - фиксация вестибулярного и небного лоскутов швами в каждом межзубном промежутке 2.6 и 2.7, накладываем швы над лункой удаленного 2.8
 - антисептическая обработка полости рта
 - десневая повязка «Парасепт» в области послеоперационной области.

Задание 18.

Пациент К., 40 лет обратился с жалобами на постоянную боль в области зуба 4.7. История заболевания. Боль появилась 2 дня назад. Утром в день приема повысилась температура тела до 37,60. Подобная ситуация возникла впервые, но боль в указанной области периодически возникала ранее. Боль купировалась после 2-х - 3-х дневного полоскания полости рта отварами трав. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка десневого края в области всех зубов застойно гиперемирована, легко кровоточит при прикосновении. Обилие твердых над- и поддесневых зубных отложений. Пародонтальные карманы глубиной от 5 мм и больше. В области зуба 4.7 отмечается резкий отек маргинальной десны, флюктуация, боль при пальпации данного участка альвеолярной части. Из пародонтальных карманов зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 - гнойное

отделяемое. Зубы 4.7 и 4.1 имеют подвижность третьей степени. Моляры верхней челюсти, а также зубы 1.2, 1.1, 3.2, 3.1, 4.2 имеют подвижность второй степени.

1. Ваш диагноз.
2. Какое обследование определить тактику хирурга в отношении зуба 4.7?
3. Варианты хирургического лечения в области зуба 4.7, показано ли в данном случае назначение антибиотиков?

Эталон ответа:

1. Обострение хронического генерализованного пародонтита средне-тяжелой степени, пародонтальный абсцесс в области зуба 4.7.
2. Для уточнения диагноза необходима прицельная внутриротовая рентгенограмма зуба 4.7.
3. При наличии пародонтальных карманов на 2/3 длины корней, в области двух корней зуба 4.7 - показано удаление зуба 4.7. При категорическом отказе от удаления и возможном сохранении зуба - гингивотомия для вскрытия абсцесса в области зуба 4.7. Показан прием антибиотиков. Полоскание полости рта растворами антисептиков. После стихания воспалительных явлений в области 4.7 – комплексное лечение генерализованного пародонтита.

Задание 19.

Пациент М., 35 лет. Жалуется на кровоточивость десны и подвижность зубов. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка маргинальной десны в области всех зубов отечна, цианотична, легко кровоточит при прикосновении, обильные мягкие зубные отложения. Пародонтальные карманы у зубов 1.5, 1.1, 2.2 глубиной 4 - 5 мм, у зуба 2.4 – 7 мм. Подвижность зуба 2.4 - III степени. Индекс гигиены высокий. На ортопантограмме - резорбция костной ткани альвеолярного отростка челюстей на 1/3 длины корней всех зубов, у зуба 2.4 – на 1/2 длины корня, костный карман.

1. Ваш диагноз.
2. План лечения.
3. Какие средства используют для местной терапии?

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный пародонтит средне-тяжелой степени.
2. Коррекция личной гигиены полости рта, профессиональная гигиена полости рта, пришлифовывание окклюзионной поверхности, удаление зуба 2.4, лоскутная операция в области зубов 1.5 – 2.5, рациональное протезирование дефекта зубного ряда в области удаленного зуба 2.4. Диспансерное наблюдение у пародонтолога.
3. Антисептические, противовоспалительные средства, препараты, стимулирующие регенеративные процессы в форме гелей, бальзамов, крема, растворов для полоскания.

Задание 20.

Пациентка С. 54 года обратилась с жалобами на попадание пищи между зубами и затрудненное очищение моляров и премоляров верхней челюсти справа, кровоточивость десны при чистке зубов, иногда ноющую боль. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка в области зубов 1.5, 1.6, 1.7 застойно гиперемирована, легко кровоточит при прикосновении. В межзубных промежутках этих зубов имеются остатки пищи, над и поддесневые твердые зубные отложения, пародонтальные карманы: 4 мм в области зуба 1.5, у зубов 1.6 и 1.7 – 6 мм, зуб 1.6 имеет подвижность I степени. На контактных поверхностях зубов 1.5, 1.6, 1.7 дефекты пломб, кариозный процесс. Индекс гигиены полости рта неудовлетворительный. В области других зубов клинической и рентгенологической патологии не определяется.

1. Составьте план обследования
2. Сформулируйте диагноз

3. Предложите пациентке альтернативные планы лечения и укажите оптимальный вариант хирургического лечения

Эталон ответа:

1. Для уточнения диагноза необходимо провести прицельную внутриротовую рентгенографию зубов 1.5, 1.6, 1.7.

2. С учетом клинико-рентгенологических данных вероятный диагноз: хронический локализованный пародонтит в области зубов 1.5, 1.6, 1.7.

3. План лечения:

- профессиональная гигиена, обучение индивидуальной гигиены полости рта;
- лечение кариеса зубов 1.5, 1.6, 1.7;
- проведение хирургического лечения: открытого кюретажа в области зубов 1.5, 1.6, 1.7;
- постановка на диспансерный учёт.

Задание 21.

Девочка 14 лет обратилась с жалобами на некрасивые десны. Анамнез: девочка родилась в срок. Вскармливание искусственное. В детстве часто болела (грипп, ОРЗ, корь). Тип дыхания: ротовое дыхание. Болей при еде и кровоточивости десен не отмечается. При внешнем осмотре: Отмечается несмыкание губ, рот полуоткрыт. Верхняя губа приподнята. Объективно: десневой край гипертрофирован до 1/3 коронок зубов, деформирован. Десневые сосочки гиперемированы и отечны. Определяется наддесневой ЗК, ложный ПК. Кровоточивость II степени. Тесное положение фронтальных зубов. Дистальная окклюзия. Мелкое преддверие. Короткая уздечка языка.

1. Поставьте предварительный диагноз патологии пародонта.

2. Принципы лечения данной патологии.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит легкой степени (отечная форма).

2. Обучение гигиене с подбором средств ИГР, профессиональная гигиена, проведение местной противовоспалительной терапии, с использованием пародонтальных повязок, операция гингивэктомии с четким соблюдением архитектоники десневого края, ортодонтическое лечение после стихания воспалительных явлений.

Задание 22.

В клинику обратился пациент С., 13 лет, с жалобами на разрастание десны. Боль и кровоточивость при приеме пищи, чистке зубов. Объективно: гипертрофия десневого края в области зубов верхней и нижней челюсти, занимающая от 1/3 до 2/3 коронки, скученность зубов. ИГР – неудовлетворительная.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Представьте ориентировочный план лечения пациента.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит тяжелой степени (отечная форма).

2. Обучение гигиене с подбором средств ИГР, профессиональная гигиена, проведение местной противовоспалительной терапии, с использованием пародонтальных повязок, операция гингивэктомии с четким соблюдением архитектоники десневого края, ортодонтическое лечение после стихания воспалительных явлений.

Задание 23.

В поликлинику обратился пациент П., 16 лет с жалобами на подвижность 4.1 зуба, эстетическую неудовлетворенность и возможность ортодонтического лечения. В результате оценки пародонтологического статуса пациента П. (16 лет) выявлена рецессия

десны II класса по Миллеру в области 4.2 зуба, осложненная хроническим локализованным пародонтитом, на фоне трансверзальной резцовой и глубокой резцовой окклюзии. Глубина рецессии составила 5 мм, ширина рецессии – 4 мм, зона прикрепленной кератинизированной десны – 0,5 мм, определен тонкий десневой биотип. В план лечения данного пациента вошло обучение ИГР; проведение профессиональной гигиены; определение сроков и методики вестибулопластики; назначение адекватного ортодонтического лечения, с применением несъемной самолигирующей техники. Однако, в процессе лечения, родителями пациента не было дано согласие на проведение хирургического этапа – вестибулопластики. В результате чего был диагностирован полный вывих 4.2 зуба.

1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.
2. Укажите факторы, способствующие развитию данной патологии.

Эталон ответа:

1. Рецессия десны, недостаток прикрепленной десны, ишемизация при натяжении губы.
2. Трансверзальная резцовая и глубокая резцовая окклюзия, отказ от комплексного лечения (вестибулопластики).

Задание 24.

В поликлинику обратилась Я., 16 лет с жалобами на эстетическую неудовлетворенность - оголение в области 3.1, 4.1 зубов. Пациентка находилась на ортодонтическом лечении с использованием несъемной техники в другом лечебном учреждении, где год назад была проведена операция по поводу углубления преддверия. При осмотре выявлена прямая резцовая окклюзия, выраженные тяжи в области пятого сегмента – результат неудачно проведенной ранее вестибулопластики. При оценке статуса рецессии выявлена рецессия десны III Б класса по Миллеру в области 3.1, 4.1 зубов. Глубина рецессии составила 4 мм, ширина рецессии – 4мм, зона прикрепленной кератинизированной десны – 0,5мм, определен тонкий десневой биотип.

1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.
2. Укажите факторы, способствующие развитию данной патологии.

Эталон ответа:

1. Рецессия десны, недостаток прикрепленной десны, ишемизация при натяжении губы.
2. Патологический прикус – прямая резцовая окклюзия, мелкое преддверие, неудачно проведенная вестибулопластика.

Задание 25.

В поликлинику обратился пациент Б. (8 лет) с жалобами на подвижность 2.1 зуба, эстетическую неудовлетворенность и возможность ортодонтического лечения. В результате сбора анамнеза выявлено, что пациент ранее за пародонтологической помощью не обращался. При осмотре выявлена дистальная окклюзия, глубокая резцовая дизокклюзия на фоне мелкого преддверия. В результате определения статуса рецессии пациента Б. выявлена рецессия десны I класса по Миллеру в области 2.1 зуба. Глубина рецессии составила 4 мм, ширина – 6 мм, зона прикрепленной кератинизированной десны – 1 мм.

1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.
2. Укажите факторы, способствующие развитию данной патологии.
3. Ваш прогноз.

Эталон ответа:

1. Рецессия десны, недостаток прикрепленной десны, ишемизация при натяжении губы.
2. Патологический прикус – прямая резцовая окклюзия, мелкое преддверие, неудачно проведенная вестибулопластика.
3. Ремиссия, при отсутствии лечения прогноз неблагоприятный – удаление.

Задание 26.

В поликлинику обратился пациент Б., 15 лет с жалобами на неприятный запах изо рта, кровоточивость при чистке зубов и приеме твердой пищи. Впервые жалобы появились 2,5 года назад. За пародонтологической помощью не обращался. В результате оценки стоматологического статуса выявлен хронический гипертрофический гингивит 1–2 степени, отёчной формы на вестибулярной поверхности зубов, с локализацией во втором и пятом сегментах. Диагностированы среднее предверие (7–9 мм) и ортогнатический прикус.

1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.
2. Укажите общие факторы, способствующие развитию данной патологии.

Эталон ответа:

1. Кровоточивость, отечность, цианотичность или гиперемия десны, зубодесневое прикрепление не нарушено, ложные ПК.
2. Пубертатный возраст.

Задание 27.

Ребенок 2,5 лет. Жалобы на отказ от приема пищи, повышение температуры тела до 37,50С.

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. Конфигурация лица не изменена. На слизистой оболочке правой щеки эрозия размером 0,7x1,0 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 37,20С. В поднижнечелюстной области справа пальпируется плотный болезненный, не спаянный с окружающими тканями одиночный лимфоузел, размером с фасоль.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.

Эталон ответа:

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.

Задание 28.

Пациентка 34 года обратилась с жалобами на болезненность, кровоточивость десны в области боковых верхних зубов справа. Подобная болезненность в этой области возникла 3 месяца назад после того как на 16 поставили коронку, так как имелся дефект коронковой части зуба. Зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса.

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

1. Ваш диагноз.
2. Ваша тактика.

Эталон ответа:

1. Очаговый пародонтит в области 16.
2. Снять коронку 16 и изготовить новую, которая отвечает клиническим требованиям

Задание 29.

Пациентка 54 года обратилась с жалобами на болезненность, кровоточивость десны в области боковых верхних зубов справа. Анамнез: Подобная болезненность в этой области возникла 3 месяца назад после того как на 16 поставили коронку, так как имелся дефект коронковой части зуба. Зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса. Десна в области 17 и 16 гиперемирована, отечна, кровоточит при дотрагивании межзубного сосочка. Переходная складка без изменений, 16 покрыт коронкой, края которой глубоко заходят под десну. На переднежевательной поверхности 17 имеется пломба.

1. Ваша тактика.

Эталон ответа:

1. Снять коронку 16 и изготовить новую, которая отвечает клиническим требованиям.

Задание 30.

Пациент 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на кровоточивость десен во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щёк бледно-розового цвета, увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 13 12 11 21 22 23 карманы 3,5 мм.

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которой может относиться данная патология.

2. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Группе воспалительных заболеваний пародонта

2. План лечения:

- удаление зубных отложений;
- коррекция и контроль гигиены полости рта;
- местная противовоспалительная терапия;
- санация полости рта.

Задание 31.

Пациент 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 11 21 31, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах из полости рта, частые случаи припухлости десны, которые сопровождаются болью и повышением температуры тела до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм патологическая подвижность зубов I-III степени.

1. Назовите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза. Поставьте предварительный диагноз.

2. Наметьте план лечебных мероприятий.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжёлой степени, осложнённый частичной вторичной адентией, протекающей на фоне сахарного диабета I типа. Рентгенологическое исследование (панорамная рентгенография верхней и нижней челюстей); общий клинический анализ крови; заключение эндокринолога.

2. План лечения:

- удаление зубных отложений;
- коррекция и контроль гигиены;
- местная противовоспалительная терапия;
- санация полости рта.

Задание 32.

Пациентка 43 лет обратилась к стоматологу с жалобами на подвижность резцов верхней челюсти, появление щели между зубами, крови во время чистки зубов и припухлость десны, которая в течение последнего года возникала трижды. Стоматолога посещает регулярно 2 раза в год: проводится лечение зубов, удаление зубного камня. Внешний осмотр: кожные покровы без видимой патологии. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отёчны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Пародонтальные карманы в области 13 12 11 21 22 23 равны 4-5 мм. Патологическая подвижность 12 11 21 22 соответствует I степени.

1. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте предварительный диагноз заболевания.

2. Определите план лечения.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: хронический локальный пародонтит средней степени в области 13 12 11 21 22 23.

Учитывая клинические и рентгенологические данные, дифференциальную диагностику следует проводить между гингивитом, пародонтитом лёгкой и тяжёлой степени, пародонтозом, пародонтолизом.

2. План лечения:

- коррекция и контроль гигиены рта;
- местная противовоспалительная терапия;
- шинирования 13 12 11 21 22 23;
- избирательное пришлифовывание зубов верхней и нижней челюстей;
- операция открытый кюретаж в области 13 12 11 21 22 23

Задание 33.

Пациент 30 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на кровоточивость десен во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щек бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 13, 12, 11, 21, 22 23 карманы 3,5 мм. Десну окрасили раствором Шиллера-Писарева.

1. Назовите метод диагностики, необходимый для уточнения диагноза.

2. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Для уточнения диагноза необходимо применить рентгенологический метод исследования-панорамную рентгенографию верхней и нижней челюстей.

2. План лечения:

- удаление зубных отложений;
- коррекция и контроль гигиены полости рта;
- местная противовоспалительная терапия;
- санация полости рта.

Задание 34.

Пациентка А., 38 лет обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на кровоточивость десен. Дежурный врач, направил ее на лечение к пародонтологу. Ранее у пародонтолога пациентка не лечилась. Из сопутствующих заболеваний – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии. Регулярно лечится у гастроэнтеролога. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка десневого края в области всех зубов застойно гиперемирована, легко кровоточит при зондировании. Прикус ортогнатический. Имеются диастема и тремы между зубами верхней челюсти. Обилие над- и поддесневых зубных отложений. Пародонтальные карманы глубиной от 5 мм и больше. Из пародонтальных карманов зубов 4.7, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 гнойное отделяемое. Моляры верхней челюсти, а также зубы 1.2, 1.1, 3.2, 3.1, 4.2 имеют подвижность II степени, зуб 2.8 – подвижность третьей степени. Шейки и корни зубов, особенно нижних резцов, обнажены до 5 мм.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Детально опишите этап хирургического лечения в области зубов 2.6, 2.7, 2.8.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени.
2. Открытый кюретаж у зубов 2.6, 2.7 с удалением 2.8, остеопластика:
 - инфильтрационная вестибулярная и небная анестезия в области 2.6, 2.7, 2.8, например, ультракаином ДС 1-2 картриджа
 - отслойка десны в области 2.8 и его удаление, ревизия и кюретаж лунки
 - два горизонтальных фестончатых разреза с вестибулярной и небной поверхности у шеек 2.6 и 2.7 ниже десневого края на 1 мм
 - распатором или гладилкой отслаиваем слизисто-надкостничные лоскуты с вестибулярной и небной поверхности
 - удаляем поддесневые зубные отложения и патологические грануляции, крючками, кюретами, ультразвуковым аппаратом, например, «Piezon-Master, Vector»
 - нивелировка (сглаживание острых выступов) альвеолярного отростка, шлифовка, полировка корней зубов оперируемой зоны
 - дезэпителизация лоскута ножницами
 - антисептическая обработка раны 0,02% р-ром хлоргексидина
 - заполнение костных карманов и лунки 2.8 костно-пластическим материалом, например, BioOSS
 - фиксация вестибулярного и небного лоскутов швами в каждом межзубном промежутке 2.6 и 2.7, накладываем швы над лункой удаленного 2.8
 - антисептическая обработка полости рта
 - десневая повязка «Парасепт» в области послеоперационной области.

Задание 35.

Пациент М., 35 лет. Жалуется на кровоточивость десны и подвижность зубов. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка маргинальной десны в области всех зубов отёчна, цианотична, легко кровоточит при прикосновении, обильные мягкие зубные отложения. Пародонтальные карманы у зубов 1.5, 1.1, 2.2 глубиной 4 – 5 мм, у зуба 2.4 – 7 мм. Подвижность зуба 2.4 – III степени. Индекс гигиены по Фёдорову-Володкиной – 3,0 балла. На ортопантограмме – резорбция костной ткани альвеолярного отростка челюстей на 1/3 длины корней всех зубов, у зуба 2.4 – на 1/2 длины корня, костный карман.

1. Поставить диагноз
2. Составить план лечения

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный пародонтит средне тяжелой степени.

2. Коррекция личной гигиены полости рта, профессиональная гигиена полости рта, пришлифовывание окклюзионной поверхности, удаление зуба 2.4, лоскутная операция в области зубов 1.5 – 2.5, рациональное протезирование дефекта зубного ряда в области удаленного зуба 2.4. Диспансерное наблюдение у пародонтолога.

Задание 36.

Зубы пациента 13 лет, наполовину замурованы в деснах, последние уплотнены, белесоватого цвета, безболезненны. Пациент проживает и учится в специальном учреждении для детей с ограниченными умственными способностями.

1. Скорее всего, речь идет о

Эталон ответа:

1. Гипертрофическом гингивите.

Задание 37.

У пациента 40 лет, на приеме у пародонтолога обнаружены определенные изменения со стороны эпителия маргинальной десны.

1. В норме многослойный плоский эпителий десны ороговению

Эталон ответа:

1. Подвергается

Задание 38.

Пациент 43 лет, страдает пародонтитом. Известно, что при этом заболевании отмечается лакунарная резорбция костной ткани альвеолярного отростка челюсти. В связи с этим зубы в пораженной зоне могут

Эталон ответа:

1. расшатываться.

Задание 39.

Ситуационная задача 2

Ознакомьтесь с ситуацией: пациент М. 15 лет обратился в ДСП с жалобами на неправильное положение зубов. Клиническая картина: расстояние между центральными резцами верхней челюсти 3 мм. При этом имеет место короткая уздечка верхней губы

1. Поставьте диагноз.

2. Предложите план лечения.

Эталон ответа:

1. Короткая уздечка верхней губы.

2. Оперативное лечение, миогимнастика, ортодонтическое лечение.

Задание 40.

Девушка 16 лет. Жалобы на припухлость и кровоточивость десен, расшатывание зубов, запах изо рта. Объективно - гипертрофия десны, перекрывающая до 1/2 коронки зубов, отек, гиперемия. На представленной рентгенограмме неравномерная резорбция костной ткани альвеолярного отростка максимальная в области первых моляров и резцов более 1/2 длины корней.

1. Поставьте предполагаемый диагноз

2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза

Эталон ответа:

1. Генерализованная форма пародонтита тяжелой степени в стадии обострения.

2. Микробиологический, иммунограмма и консультация иммунолога, общий анализ крови, кровь на сахар, денситометрия.

Задание 41.

Пациентка, 13 лет. Жалобы на косметический недостаток. При внешнем осмотре отклонений не отмечено. В полости рта определяется щечное положение 13,33 зубов, кроме того эти зубы находятся выше окклюзионной плоскости, их длинная ось расположена дистально. Расстояние между 12 и 14 1 мм, между 22 и 24 - 1,5 мм. Фронтальные зубы на нижней челюсти скучены, 31 зуб расположен вестибулярно, его шейка обнажена и чувствительна при зондировании; слизистая оболочка гиперемирована, сосочки отечны, кровоточивы. Расстояние между 31 и 32 – 1 мм, ширина 31 зуба – 6 мм. Аномалии окклюзии не определяются.

1. Ваш диагноз.
2. Наметьте план лечения, возможны ли консультации других специалистов?

Эталон ответа:

1. Тесное расположение зубов на верхней и нижней челюстях, вестибулосупрапозиция 13,33 зубов с полным дефицитом места в зубном ряду, гингивит.
2. Ортодонтическое лечение с уменьшением количества зубов – удаление 14,24,31 зубов. Пальцевое давление и массаж в области 13,33 зубов и нижних фронтальных зубов. Возможно долечивание на несъемной ортодонтической аппаратуре.

Задание 42.

При осмотре пациента 12 лет определяется сглаженность носогубных складок, выраженность подбородочной складки, нижняя губа вывернута, подбородок скошен кзади. В полости рта: верхние передние зубы полностью перекрывают нижние, 11,21 зубы наклонены кзади (ретрузия), а 12,13,22,23 зубы наклонены вестибулярно (протрузия). Зубные ряды имеют трапецевидную форму, в боковых участках имеется контакт одноименных зубов. При биометрических исследованиях на диагностических моделях можно определить, что режущие края нижних резцов контактируют с пришеечными участками верхних резцов.

1. Ваш диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Диагноз: дистальная окклюзия. Сужение зубных дуг обеих челюстей. Гингивит.
2. План лечения: удаление 14, 24 зубов. Нормализация позиции фронтальной группы зубов и клыков. Повышение прикуса путем разобращения на фронтальных зубах. Лечение на несъемной ортодонтической аппаратуре.

Задание 43.

Пациентке Ф., лет. Направлена на консультацию к ортодонту из хирургического отделения с диагнозом: низкое прикрепление уздечки верхней губы. При осмотре полости рта: ранняя потеря резцов на верхней челюсти. 11,21 зубы в стадии прорезывания. Свободного пространства верхним резцам достаточно. Имеются разрушенные коронки 55,56 зубов, выражен сосудистый рисунок в преддверии полости рта нижней челюсти, глубина преддверия полости рта 3 мм, десневой край 31, 41 зубов, ниже, чем десневой край 32, 42 зубов. Артикуляционные взаимоотношения в боковых сегментах: бугорковый контакт зубов антагонистов, во фронтальном сегменте тенденция к глубокому перекрытию.

1. Ваш диагноз.
2. План лечения.

Эталон ответа:

1. Диагноз: дистальная окклюзия. Формирующаяся глубокая резцовая окклюзия. Аномалия уздечки верхней губы. Мелкое преддверие полости рта.
2. Санация полости рта. Наблюдение за прорезыванием 11,21 (возможно, формирование диастемы). Френулопластика после прорезывания фронтальной Группы резцов. Консультация хирурга-стоматолога по поводу мелкого преддверия полости рта. Операция по углублению преддверия полости рта после 11 лет.

Задание 44.

Пациентка С. 44 года обратилась с жалобами на попадание пищи между зубами и затрудненное очищение моляров и премоляров верхней челюсти справа, кровоточивость десны при чистке зубов, иногда ноющую боль. Слизистая оболочка в области зубов 1.5, 1.6, 1.7 застойно гиперемирована, легко кровоточит при прикосновении. В межзубных промежутках этих зубов имеются остатки пищи, над и поддесневые твердые зубные отложения, пародонтальные карманы: 4 мм в области зуба 1.5, у зубов 1.6 и 1.7 – 6 мм, зуб 1.6 имеет подвижность I степени. На контактных поверхностях зубов 1.5, 1.6, 1.7 дефекты пломб, кариозный процесс.

1. Составьте план обследования
2. Сформулируйте диагноз.
3. План лечения и укажите оптимальный вариант хирургического лечения.

Эталон ответа:

1. Для уточнения диагноза необходимо провести прицельную внутриротовую рентгенографию зубов 1.5, 1.6, 1.7.
2. С учетом клинико-рентгенологических данных вероятный диагноз: хронический локализованный пародонтит в области зубов 1.5, 1.6, 1.7.
3. План лечения:
 - профессиональная гигиена, обучение индивидуальной гигиены полости рта;
 - лечение кариеса зубов 1.5, 1.6, 1.7;
 - проведение хирургического лечения: открытого кюретажа в области зубов 1.5, 1.6, 1.7;
 - постановка на диспансерный учёт.

Задание 45.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент М., 69 лет. Жалобы: на нарушение эстетики – рецессия маргинального пародонта с обнажением всех корней зубов под искусственными коронками, скол керамического покрытия с обнажением металла, подвижность нижнего зубного протеза, затрудненное пережевывание пищи и болезненность в области опорных зубов н/ч во время приема пищи. Анамнез заболевания: зубы удалялись в результате кариеса и его осложнений, а также из-за их подвижности. Зубные протезы на в/ч и н/ч впервые изготовлены около 13 лет назад, к стоматологу после их изготовления не обращался. Съёмным протезом на н/ч пациент пользуется не постоянно из-за болезненности в области опорных зубов. Перенесенные и сопутствующие заболевания: ИБС, сахарный диабет II типа. Данные объективного обследования, внешний осмотр: конфигурация лица без видимых изменений, асимметрия лица отсутствует. Углы рта незначительно опущены, носогубные складки слегка выражены. Снижение высоты нижнего отдела лица отсутствует. Ортогнатическое соотношение челюстей. Состояние слизистой оболочки полости рта и неба: бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, гиперемирована в области маргинальной десны опорных коронок и отдельных участков альвеолярных отростков. Осмотр полости рта: при обследовании полости рта и ортопантограммы установлена атрофия костной ткани альвеолярных отростков в/ч и н/ч до 2/3 длины корня зуба. Зубы 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 2.1, 2.2, 2.3, 2.6, 2.7, 3.2, 4.3, 4.5, 4.7 - депульпированы. Неудовлетворительная гигиена полости рта. В области всех имеющихся коронок зубов наблюдается рецессия, воспаление маргинальной десны.

Осмотр полости рта: при обследовании полости рта и ортопантограммы установлена атрофия костной ткани альвеолярных отростков в/ч и н/ч до 2/3 длины корня зуба. Зубы 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 2.1, 2.2, 2.3, 2.6, 2.7, 3.2, 4.3, 4.5, 4.7 - депульпированы. Неудовлетворительная гигиена полости рта. В области всех имеющихся коронок зубов наблюдается рецессия, воспаление маргинальной десны.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план комплексного лечения без учета имплантации.

Эталон ответа:

1. Хронический локализованный пародонтит в области зубов 1.5, 1.6, 1.7.
2. План лечения:
 - профессиональная гигиена, обучение индивидуальной гигиены полости рта;
 - лечение кариеса зубов
 - проведение хирургического лечения: открытого кюретажа в области проблемных зубов
 - постановка на диспансерный учёт.

Задание 46.

Пациент 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 11 21 31, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах из полости рта, частые случаи припухлости десны, которые сопровождаются болью и повышением температуры тела до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм патологическая подвижность зубов I-III степени.

1. Назовите группы заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.
2. Назовите данные анамнеза, которые необходимо выяснить для уточнения диагноза.
3. Наметьте план лечебных мероприятий.

Эталон ответа:

1. Данная патология может быть отнесена к группам воспалительных и идеопатических заболеваний пародонта.
2. Для уточнения диагноза необходимо выяснить длительность течения диабета и применения инсулинотерапии.
3. План лечения:
 - удаление зубных отложений;
 - коррекция и контроль гигиены;
 - местная противовоспалительная терапия;
 - санация полости рта.

Задание 47.

У подростка С. 13 лет жалобы на кровоточивость десен во время чистки зубов и при откусывании жесткой пищи. При осмотре выявлена отечность и гиперемия десневого края у передних зубов верхней и нижней челюсти, отложение мягкого налета на зубах.

1. Оцените результаты проведенного метода исследования.
2. Выскажите предположение о диагнозе.
5. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Результат обследования выявляет наличие гликогена при воспалении десны.
2. Хронический катаральный гингивит.

3. Обучение гигиене полости рта, санация полости рта, обезболивание десны, профессиональная гигиена, аппликация противовоспалительных препаратов (раствор хлоргексидина, Метрогил-дента), лечебная повязка на десну, физиотерапевтическое лечение, пальцевой массаж десен.

Задание 48.

Больной М, 20 лет, лет жалуется на ноющие боли в области верхних премоляров слева. В 24 зубе небольшая кариозная полость на дистальной поверхности, 25 зуб интактный. Зубы не чистит, жует пищу преимущественно на праве стороне. Горизонтальная перкуссия 24, 25 зубов умеренно болезненна, десна гиперемирована.

1. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте предварительный диагноз заболевания.

2. Составьте план лечения. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: хронический локализованный пародонтит лёгкой степени тяжести в области зубов 2.4, 2.5. Учитывая клинические и рентгенологические данные, дифференциальную диагностику следует проводить между гингивитом, пародонтитом средней степени тяжести, периодонтитом.

2. План лечения:

- лечение кариеса зуба 2.4, восстановление контактного пункта
- коррекция и контроль гигиены рта; мотивация на постоянное соблюдение гигиенических мероприятий;
- местная противовоспалительная терапия;

Задание 49.

Пациент Л. 17 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 5 лет, когда стал обращать внимание на появление крови во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щек бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 3.2.1 | 1.2.3 карманы 3,5 мм.

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которой может относиться данная патология.

2. Поставьте предварительный диагноз. Назовите метод диагностики, необходимый для уточнения диагноза.

3. Составьте план лечения. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

Эталон ответа:

1. К группе воспалительных заболеваний пародонта.

2. Предварительный диагноз: K05.30 хронический локализованный пародонтит легкой степени в области 3.2.1 | 1.2.3. Для уточнения диагноза необходимо применить

рентгенологический метод исследования - панорамную рентгенографию верхней и нижней челюстей.

3. План лечения:

- удаление зубных отложений;
- коррекция и контроль гигиены рта;
- местная противовоспалительная терапия;
- санация полости рта
- диспансерное наблюдение и реабилитация 1 раз в 3 месяца.

Задание 50.

Пациентка П. 16 лет обратилась к стоматологу с жалобами на подвижность резцов верхней челюсти, появление щели между зубами, крови во время чистки зубов и припухлость десны, которая в течение последнего года возникала трижды. Стоматолога посещает регулярно 2 раза в год: проводится лечение зубов, удаление зубного камня. Внешний осмотр: кожные покровы без видимой патологии. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щек без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отечны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Пародонтальные карманы в области 3.2.1 | 1.2.3 равны 4-5 мм. Патологическая подвижность 2.1 | 1.2 соответствует I степени.

1. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечения. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: K05.30 хронический локализованный пародонтит средней степени в области 3.2.1 | 1.2.3.

Учитывая клинические и рентгенологические данные, дифференциальную диагностику следует проводить между гингивитом, пародонтитом легкой и тяжелой степени, пародонтолизом.

2. План дополнительного обследования:

- общий клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови на содержание глюкозы;
- анализ крови на ВИЧ-инфекцию;
- заключение врача терапевта общего профиля о перенесенных и сопутствующих заболеваниях.

3. План лечения:

- коррекция и контроль гигиены рта;
- местная противовоспалительная терапия;
- шинирование 3.2.1 | 1.2.3;
- избирательное пришлифовывание зубов верхней и нижней челюстей;
- операция открытый кюретаж в области 3.2.1 | 1.2.3.
- диспансерное наблюдение 1 раз в 3 месяца.

Задание 51.

Пациент Т., 23 года, обратился в стоматологическую клинику с жалобами на боль в области 34,35;36 зубов. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,9°C. При осмотре в полости рта: в области прикрепленной десны отмечается гиперемия и отек

слизистой. Определяются патологические зубодесневые карманы. Отделяемого из них нет. На рентгенограмме: Определяется убыль костной ткани на 1/5.

1. Какие виды хирургического лечения показаны в данном случае
2. Характеристика отчета о проделанной работе

Эталон ответа:

1. Возможно провести открытый кюретаж, в комплексном лечении.
2. Отчёт врача о проделанной работе - это научно-практический труд, в котором врач анализирует итоги своей профессиональной практики и служебной деятельности за последние три года по всем вопросам своей специальности.

Задание 52.

Больной Н., 41 год. Жалобы на самопроизвольные боли, припухлость десны в области 21,22 зубов, боли при накусывании на эти зубы, повышение температуры тела до 37,5°C, болезненность и увеличение подчелюстных лимфоузлов слева. Болеет в течение 3-х последних дней. Объективно: обильные мягкие зубные отложения и зубной камень, подвижность 21,22 зубов I степени, зубы смещены вестибулярно. Слизистая оболочка десны в области 21,22 зубов отёчна, гиперемирована, выбухает.

1. Ваш диагноз.
2. Назначьте лечение. Выпишите рецепты.

Эталон ответа:

1. Обострение хронического генерализованного пародонтита (абсцедирование). Пародонтальный абсцесс в области 21,22 зубов.
2. Обострение хронического генерализованного пародонтита.

Задание 53.

Больная А., 48 лет. Жалобы на постоянные самопроизвольные боли в 46 зубе, усиливающиеся от горячего. Больна в течение 1 недели. Объективно: 46 зуб интактен, корни оголены на 1/3, имеется пародонтальный карман глубиной 5-6 мм. При надавливании на десну в области 46 зуба из кармана выделяется густой гной. Слизистая оболочка маргинальной десны отёчна, гиперемирована. На всех зубах имеются зубные отложения: мягкий зубной налёт, наддесневой и поддесневой зубной камень. Маргинальная десна отёчна, гиперемирована, определяется кровоточивость при зондировании десневой борозды в области большинства зубов. Подвижность 46 зуба - I степени. Горизонтальная перкуссия болезненна, вертикальная перкуссия безболезненна. На рентгенограмме определяется снижение высоты межзубной перегородки в области 46 зуба на S длины корня зуба, отсутствие кортикальной пластинки в области вершины межзубной перегородки. ЭОМ 46 зуба = 30 мкА.

1. Ваш диагноз.

Эталон ответа:

1. Обострение хронического генерализованного пародонтита.

Задание 54.

Больная 17 лет жалуется на болезненность и кровоточивость десен во время чистки зубов и при приёме пищи. Анамнез: кровоточивость усиливается во время месячных. Подобные явления беспокоят периодически, чаще весной и осенью в течение трех лет, последние три месяца болезненность и кровоточивость десен усилились. Курит три года.

Объективно: **определяется гиперемия**, отечность десневого края, ложные зубо-десневые карманы, зубы интактные, повышенная вязкость слюны, обильный мягкий зубной налет.

1. Ваш диагноз.

2. Влияние курения на течение болезни.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный гипертрофический (ювенильный) гингивит.
2. Курение влияет на характер слюноотделения (уменьшается скорость саливации, слюна имеет повышенную вязкость), снижается активность протеиназ и лизоцима, снижается количество макрофагов ротовой полости.

Задание 55.

Больная М. 24 года. Обратилась с жалобами на периодическую кровоточивость десны в области 26 зуба, застревание пищи между 25-26 зубами, в последние 2 дня появилась боль в области 26 при приеме пищи. Анамнез: 2 года назад произведена реставрация коронки 26 зуба. Жалобы на кровоточивость десны появились год спустя.

Объективно: 25 зуб интактный, на медиально - жевательной поверхности 26 -пломба, межзубное пространство между 25 и 26 свободно от пломбировочного материала, контактный пункт между зубами отсутствует. Десневой сосочек между 25 и 26 отечен, застойно- гиперемированного цвета, при надавливании у его основания наблюдается кровоточивость и болезненность. Зубной камень отсутствует.

1. Ваш диагноз.
2. Причина заболевания на Ваш взгляд.
3. План лечения.

Эталон ответа:

1. Обострение хронического локализованного катарального гингивита.
2. Хроническая травма десны вследствие отсутствия контактного пункта между коронками 25-26 зубов.
3. Удалить пломбу, реставрировать зуб с восстановлением контактного пункта, удалить назубные отложения, местное применение противовоспалительных и кератопластических средств. Солкосерил дентальная адгезивная паста.

Задание 56.

Больной 18 лет жалуется на увеличение десен в области фронтальных зубов обеих челюстей, кровоточивость, боль во время приема пищи. Анамнез: подобные явления появились год назад.

Объективно: при осмотре в области верхних и нижних фронтальных зубов межзубные сосочки гипертрофированы, покрывают коронки до 1/3 высоты, десны цианотичны, болезненны при прикосновении, кровоточат. Зубы покрыты мягким налётом, отмечается отложение наддесневого зубного камня. Имеется скученность зубов во фронтальном отделе.

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Принципы лечения

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит легкой степени тяжести. Отёчная форма.
2. С пародонтитом
3. Обучение рациональной гигиене полости рта. Профессиональная гигиена полости рта. Противовоспалительная и склерозирующая терапия. Устранение скученности зубов.

Задание 57.

Больная 50 лет предъявляет жалобы на незначительные болевые ощущения в деснах при чистке зубов, приеме твердой и горячей пищи. Анамнез: подобные явления беспокоят в течение полугода. 2 года назад проведена операция по поводу язвенной болезни желудка. Пациентке отмечает частые запоры, чувство дискомфорта в эпигастральной области.

Объективно: определяется гиперемия десневого края; по краю десны, у вершин десневых сосочков обнаружены множественные эрозии, покрытые налетом. После снятия налета обнажается эрозивная поверхность, гладкая, блестящая, кровоточащая при механическом раздражении. Прикус ортогнатический. На ортопантограмме изменений не выявлено.

1. Каков Ваш диагноз?
2. Консультации каких специалистов Вы назначите?
3. Местное симптоматическое лечение.

Эталон ответа:

1. Десквамативный гингивит, эрозивная форма.
2. Необходимы консультации: гастроэнтеролога, проктолога, гинеколога.
3. Применение кератопластических средств: аппликации масляного раствора ретинола ацетата, каратолина, солкосерил дентальной адгезивной пасты. Физиотерапевтическое лечение.

Задание 58.

Больной 45 лет. Жалобы: на подвижность зубов, запах изо рта.

Беспокоит несколько лет. Ранее отмечал кровоточивость десен при чистке зубов. Не лечился. Считает себя соматически здоровым. Зубы чистит регулярно.

Объективно: На всех зубах отложения над- и поддесневого зубного камня. гигиенический индекс OGI(S)=2,8. Десневой край гиперемирован с синюшным оттенком. Десневые сосочки неплотно прилегают к шейкам зубов. Кровоточивость 2 степени, пародонтальные карманы 3-4 мм в области жевательных зубов верхней и нижней челюсти; до 6 мм во фронтальном отделе, распространяющиеся на все резцы. Имеется серозно-гнойное отделяемое. Подвижность 16, 17, 26, 27, 46 -2 степени, во фронтальном отделе 3 степени. Несъёмные ортопедические конструкции на зубах верхней челюсти неудовлетворительного качества. Слюна вязкая, тягучая.

1. Ваш диагноз.
2. Основные методы исследования.
3. Дополнительные методы исследования.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный пародонтит средне-тяжелой степени
2. Основные методы исследования: осмотр, пальпация, зондирование, перкуссия. Клиническая оценка состояния десны: окраска, консистенция, характеристика зубодесневого соединения. Проба Шиллера Писарева. Исследование пародонтальных карманов (глубина, характер экссудата).
3. Рентгенологический, микробиологический, лабораторный (цитологический, эмиграция лейкоцитов в ротовую полость, гемограмма, биохимический, иммунологический), функциональный.

Задание 59.

Больная К., обратилась с жалобами на кровоточивость десен при чистке зубов, неприятный запах изо рта. Заметила кровоточивость 6 мес назад.

Объективно: десневые сосочки на верхней и нижней челюсти застойно – гиперемированы, рыхлые, кровоточат при зондировании, имеются обильные назубные отложения, кариозные зубы, нависающие, травмирующие десну края пломб. На окклюзиограмме множественные суперконтакты.

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Местное лечение.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный катаральный гингивит.
2. С пародонтитом, пародонтозом, идиопатическими заболеваниями пародонта.

3. Удаление назубных отложений (рациональная индивидуальная и профессиональная гигиена полости рта), санация полости рта, удаление травмирующих десну факторов (нависающие края пломб), избирательное шлифование зубов по Джилькинсону, местная противовоспалительная терапия. Ротовые ванночки с отваром лечебных трав, гидромассаж десен, аэризация слизистой оболочки полости рта минеральными водами.

Задание 60.

Больной 41 лет. Жалуется на общее недомогание, повышение температуры тела до 38,2 градусов, боль, кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, подвижность зубов. Объективно: Десны рыхлые, отечные, легко кровоточат при зондировании. У 42, 43 зубов слизистая оболочка гиперемированная, отечная, переходная складка сглажена. Обильное выделение серозно-гнойного экссудата наблюдается из пародонтальных карманов глубиной 5-6 мм. Подвижность зубов 2-3 степени. На язычных поверхностях нижних фронтальных зубов - умеренное отложение наддесневого и поддесневого зубного камня. На ортопантограмме между 42, 43 зубами определяется костный карман глубиной до 1/2, длины корня. В области моляров деструкция межзубных перегородок достигает 1/3 длины корней.

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. План лечения.

Эталон ответа:

1. Обострение хронического генерализованного пародонтита средне-тяжелой степени. Пародонтальный абсцесс в области 42,43зубов.
2. С острым гнойным периоститом, периодонтитом.
3. Вскрытие пародонтального абсцесса. Противовоспалительная терапия, рациональная индивидуальная и профессиональная гигиена полости рта, открытый кюретаж пародонтальных карманов, устранение травматической окклюзии, шинирование подвижных зубов.

Задание 61.

Больной Д., 34 года, обратился с жалобами на кровоточивость, зуд в области десны, повышенное отложение зубного налета. Анамнез: отмечает кровоточивость в течение 4 месяцев, страдает хроническим гастритом. Объективно: десневые сосочки верхней и нижней челюсти застойно -гиперемированные, отечные, рыхлые, кровоточивость 2 степени. Пародонтальные карманы не определяются, зубы устойчивые, имеются наддесневые зубные отложения, проба Шиллера – Писарева положительная.

1. Ваш диагноз.
2. Местное лечение.

Эталон ответа:

1. Хронический катаральный гингивит средней степени тяжести.
2. Удаление назубных отложений (индивидуальная и профессиональная гигиена полости рта), местная противовоспалительная терапия, лечение сопутствующего заболевания у гастроэнтеролога.

Задание 62.

Больной К., 24 года, обратился с жалобами на боль, кровоточивость десны, чувство жжения во рту, общую слабость. Анамнез: отмечает боль, кровоточивость, чувство жжения в течение недели, после перенесенного ОРЗ, в анамнезе аллергия на многие лекарственные препараты. Объективно: общее состояние удовлетворительное, повышение температуры тела до 37,2 градусов в вечернее время, десневые сосочки верхней и нижней челюсти застойно гиперемированы, отечны, рыхлые, кровоточащие, болезненные при пальпации. Целостность зубо-десневого соединения не нарушена, зубы устойчивые,

имеются наддесневые зубные отложения, проба Шиллера – Писарева положительная. Имеются кариозные зубы.

1. Каков Ваш диагноз?
2. Консультация какого специалиста Вы назначите больному?
3. Какова тактика лечения больного?

Эталон ответа:

1. Острый генерализованный катаральный гингивит средней степени тяжести.
2. Врача-аллерголога.
3. Противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия, удаление назубных отложений, санация полости рта.

Задание 63.

Больной П. 30 лет. Считает себя здоровым. Обратился с жалобами на зуд десен, обнажение шеек зубов, боль от термических раздражителей. Из анамнеза выяснено медленное, в течение 8 лет, прогрессирование этих симптомов. Объективно: слизистая десны на всем протяжении бледная, анемичная, десневых карманов нет, ретракция десны 43 и 33 до 1/2 длины корня. Отмечаются клиновидные дефекты твердых тканей зубов.

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Пародонтоз, средней степени тяжести.
2. С хроническим генерализованным пародонтитом.
3. Лечение должно быть направлено на улучшение кровообращения и регенерацию процессов в пародонтальных тканях: витамины А, С, электрофорез витамина В1, массаж, лазеротерапия.

Задание 64.

Больной 23 лет обратился с жалобами на неприятные ощущения в области десны и шеек зубов на нижней челюсти, кровоточивость десен при чистке зубов. Анамнез: в детстве лечился у врача-ортодонта, в течение нескольких лет носил ортодонтический аппарат. Отмечаются частые (6-7 раз в год) респираторные заболевания, хронический аденоидит. Объективно: имеется незначительное отложение над- и поддесневого зубного камня. Десна гиперемирована и отечна в области 42 41 31 32 зубов, зубо-десневые карманы глубиной до 5 мм, ретракция десны в области нижних резцов до 1,5 мм, подвижность зубов 2-3 степени, высокое прикрепление уздечки нижней губы. Глубокое резцовое перекрытие. На рентгенограмме – высота межальвеолярных перегородок 42 41 31 32 зубов снижена более чем на 1/2 длины корня.

1. Каков Ваш диагноз.
2. Консультации каких специалистов Вы назначите?
3. План лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический локализованный пародонтит тяжелой степени.
2. Консультация хирурга-стоматолога, ортодонта, врача-терапевта, ЛОР-врача.
3. Френулопластика. Открытый кюретаж патологических зубо-десневых карманов с последующим введением остеопластических материалов и гингивопластикой. Местная противовоспалительная терапия, избирательное пришлифовывание зубов для создания физиологических контактов. Санация хронических одонтогенных и риногенных очагов инфекции, иммуномоделирующее лечение, иммобилизация подвижных зубов шинами, устранение глубокой окклюзии.

Задание 65.

Больная 18 лет. Жалобы: на кровоточивость десен, запах изо рта, подвижность зубов, сухость во рту. Анамнез: считает себя больной около года. Подвижность зубов заметила около 3-х месяцев назад. Объективно: Десневой край верхней и нижней челюсти гиперемирован и отечен. Межзубная десна валикообразно утолщена, гиперемированна. Определяются пародонтальные карманы глубиной от 3 до 6 мм. Подвижность резцов на верхней и нижней челюсти 2-3 степени. Отмечается веерообразное расхождение резцов на верхней челюсти.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. План лечения.
4. Прогноз.

Эталон ответа:

1. Идиопатическое заболевание тканей пародонта (пародонтальный синдром при общесоматической патологии)
2. Рентгенологическое обследование, консультация эндокринолога, гематолога, иммунолога.
3. Лечение общесоматической патологии (основного заболевания). Удаление назубных отложений, кюретаж пародонтальных карманов, Избирательное пришлифовывание зубов для создания физиологических окклюзионных контактов, устранение зубочелюстных деформаций с последующим шинированием подвижных зубов.
4. Неблагоприятный, потеря зубов.

Вопросы для собеседования

1. Методы обследования больного с заболеваниями пародонта:
 - Общий анализ крови. Определение глубины и содержимого пародонтального кармана, подвижности зубов;
 - индексная оценка состояния пародонта;
 - функциональные пробы;
 - реография;
 - капилляроскопия, стоматоскопия;
 - патоморфологическое, микробиологическое исследование;
 - рентгенография.
2. Классификация болезней пародонта:
 - Гингивит - воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения;
 - пародонтит - воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости;
 - пародонтоз - дистрофическое поражение пародонта;
 - идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта
 - пародонтомы - опухоли и опухолеподобные процессы в пародонте.
3. Противопоказания к применению ультразвука при лечении болезней пародонта:
 - Наличие у пациента водителя ритма сердца;
 - острые инфекционные и респираторные заболевания;
 - заболевания, передающиеся гематогенным путем;
 - различные формы аритмий;
 - пороки сердца;
 - иммунодефицитные состояния;
 - опухоли;
 - дисфагия;
 - повышенный рвотный рефлекс.
 - наличие зубов с участками деминерализации;
 - наличие зубов с повышенной чувствительностью;

- период молочного и сменного прикуса;
- с осторожностью – у пациентов с керамическими, золотыми и композитными реставрациями в полости рта.

4. Физические процессы, обусловленные действием ультразвука:

- Микровибрации на клеточном и субклеточном уровне;
- разрушение биомакромолекул;
- перестройку и повреждение биологических мембран, изменение их проницаемости;
- тепловое действие;
- разрушение клеток микроорганизмов.

5. Методы удаления зубных отложений:

- механический;
- химико-механический;
- воздушно-образивный;
- ультразвуковой.

6. Общие принципы лечения заболеваний пародонта:

1) Комплексность –

- проведение как местного, так и общего лечения;
- использование комплекса лечебных воздействий (консервативных хирургических, ортопедических, ортодонтических), направленных на восстановление структуры и функции пародонта;
- Взаимодействие врачей-стоматологов с врачами других специальностей.

2) Индивидуальность.

3) Обоснованность.

4) Последовательность.

5) Профилактический подход.

6) Реабилитация и диспансеризация.

7. Неотложная помощь в пародонтологии:

- острый язвенный гингивит и гингиво-пародонтит;
- активные гнойные карманы (хронический пародонтальный абсцесс);
- острый пародонтальный абсцесс;
- перикоронарный абсцесс;
- срочное удаление подвижных зубов.

8. Основные методы хирургического лечения заболеваний пародонта:

- кюретаж;
- криохирургия;
- гингивотомия;
- гингивэктомия (простая, радикальная);
- электрохирургическое лечение.

9. Лоскутные операции:

- лоскутные операции, корригирующие край десны;
- лоскутные операции с применением средств, стимулирующих репаративные процессы в пародонте;
- формирование преддверия полости рта и перемещение уздечки.

10. Пластика уздечек и тяжей:

- Френулопластика;
- вестибулопластика;
- операции по устранению рецессий десны.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа

отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения	профессиональное мышление

			ситуации	
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует