

УДК 616.31
(076.6) ББК56
6я73-2 3-32

*Рекомендовано 3 учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтической)¹ образованию вузов России
в качестве учебного пособия*

Для системы последипломного образования врачей-стоматологов Коллектив

авторов:

Г И Ибратмов, проф., Г В. Большаков, проф ; Л.Д. Гожая, проф.; Б П. Марков, проф.; В А Маржи н, проф.; М Г. Гришкина, доц.; В.Н.Дым- кова, дои., О С. Кузнецов, доц , Н.М. Цаликова, доц.; Т.А. Егорова, доп; С.В Харитонов, доц.. Б Н Чистяков, доц.; О.П. Г ончарова, ас-т; Т .Г Исакова, ас г, З.В. Разумная,ас-т; И М. Расулов, ас-т; С.Д. Атаева, ас-т; А.К.

3-32 Запись и веление медицинской карты в клинике ортопедической стоматологии учебное пособие / Под рея. проф. Т.И. Ибрагимова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 224 с.

ISBN 978-5-9704-1822-2

В учебном пособии представлен примерный план ведения стоматологами - ортопедами медицинской документации - формы >фс 043/у (медицинской карты стоматологического больного), утвержденной приказом Минздрава СССР St 1030 от 04.10.80 г. с последующими изменениями, и по МКБ-10 Издание рассчитано в первую очередь на стоматодогов-ортопедов и преподавателей системы поспелипломноу образования

УД К
616.31(076.6)

*Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа • ГЭОТАР- Мсдиа• Воепрпи зведение и распространение в каком бы то ни было виде части иш целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Пздате. тская группа • ГЭО ТА Р- Медиа**

ISBN 978-5-9704-1822-2

О Коллектив авторов, 2012
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа*,
оформление, 2012

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Список сокращений				12
Введение				13
История болезни как источник точной и достоверной информации и основной юридический документ				14
Результаты анализа качества ведения медицинской документации и медико-правовой грамотности стоматологов				23
Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте стоматологического				31
большого	Коды по МКБ-10	Диагнозы	Ортопедические конструкции	
Пример				
1	K04 O	Травматический пульпит	Металлокерамический мостовидный протез	31
2	K02	Частичный дефект коронковой части зуба	Металлокерамическая вкладка содержащая золотой каркас, полученный методом гальванопластики	33
3	K02	Частичный дефект коронковой части зуба	Керамические виниры, полученные методом литьевого прессования	35
4	K02 K05.3	Частичный дефект коронковой части зуба 4.6 (II класс по Влеку), осложнённый локализованным пародонтитом лёгкой степени	Цельнокерамическая вкладка, изготовленная по технологии CAD/CAM на аппарате «Cerec»	37
5	K02 K03.2	Частичные дефекты коронковой части зуба, эрозия эмали зубов 1 2,1 1 , 2 1 2 2	Цельнокерамические виниры, полученные по CAD/CAM технологии на аппарате «Cerec»	39
6	K02	Частичный дефект коронковой части зуба 1,3	Изготовление культи зуба с применением стекловолоконных штифтов и гелиокомпозита а также цельнокерамической коронки	41
7	K02	Частичный дефект коронковой части зуба 3.6 (II класс по Влеку)	Металлическая вкладка из золотосодержащего сплава	43
8	K02	Полный дефект коронковой части зуба	Культевая часть зуба восстановлена анкерным штифтом и гелиокомпозитом, коронковая часть зуба восстановлена искусственной металлокерамической	45

Содержание

Пример	Коды МКБ-10	по	Диагнозы	Ортопедические конструкции	Стр
9	K02		Полный дефект коронковой части зуба	Культевая часть зуба восстановлена металлической цельнолитой штифтово-культевой вкладкой; коронковая часть зуба восстановлена металлокерамической коронкой	47
10	кост. K02		Частичная вторичная адентия нижней челюсти (I класс по Кеннеди) осложненная феноменом Попова-Годона в области зубов 17.1 6 2 6, 2 7, множественными дефектами твердых тканей зубов	Съемные пластиночные протезы с кнопочными фиксаторами на сохраненные корни	49
11	кост. Z96 5		Частичная вторичная адентия нижней челюсти осложненная снижением высоты нижнего отдела лица	Несъемные протезы с опорой на имплантаты	51
12	K08 1		Частичная вторичная адентия нижней челюсти	Мостовидный протез из композита армированного волокном изготовленный прямым способом	55
13	кост. 1		Частичная вторичная адентия верхней челюсти осложненная непереносимостью металлических сплавов	Цергамкерамический мостовидный протез содержащий синтеризированный каркас из окислов циркония	57
14	K08 1		Частичная вторичная адентия верхней челюсти	Цельнокерамический мостовидный протез из стеклокерамики полученный методом литьевого прессования	59
15	КОИ 1		частичная вторичная адентия (II класс по Кеннеди)	Съемный малый седловидный протез с замковым креплением	61
16	кост. K05 3 Z96 5		Частичная вторичная адентия (I класс по Кеннеди) пародонтит легкой степени	Съемный пластиночный протез или сочетанные протезы, или искусственные коронки с опорой на имплантаты	64

Содержаще.

Пример	Коды по МКБ-10	Диагнозы	Ортопедические конструкции	Стр
17	K08.1 K07.6	Частичная адентия верхней и нижней челюстей, осложненная синдромом артикуляционной дисфункции	Лечебная дезокклюзия с применением пластмассовых капп и съёмного пластиночного протеза	67
18	K08.1 K02	Частичная вторичная адентия верхней челюсти (III класс IV подкласс по Кеннеди), осложненная множественными дефектами твердых тканей зубов	Съёмный пластиночный протез с кламмерной фиксацией	69
19	K08.1 K05.3	Частичная вторичная адентия нижней челюсти (IV класс по Кеннеди), осложнённая генерализованным пародонтитом средней степени, деформацией зубных рядов	Шинирующий бюгельный протез и адгезивная шина	71
20	K08.1	Частичная вторичная адентия верхней челюсти (IV класс по Кеннеди)	Металлокерамический мостовидный протез	74
21	K08.1 Z96.5	Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей	Металпокомпозитный мостовидный протез с опорой на имплантаты	77
22	K08.1	Частичная вторичная адентия нижнего зубного ряда (I класс по Кеннеди), осложнённая глубоким резцовым перекрытием, снижением высоты нижнего отдела лица	Лечебная дезокклюзия при помощи съёмного пластиночного протеза и бюгельный протез с кламмерной фиксацией	79
23	K08.1 K05.3	Частичная вторичная адентия верхнего зубного ряда (I класс по Кеннеди), осложнённая локализованной формой пародонтита	Несъёмная коронковая шина из металлокерамических коронок и бюгельный протез с замковой фиксацией	82
24	K08.1 K05.3	Частичная вторичная адентия, осложнённая прямым травматическим узлом	Шинирующий мостовидный протез	85
25	K08.1 K05.3	Частичная вторичная адентия (II класс по Кеннеди), осложненная отражённым травматическим узлом	Шинирующий бюгельный протез	88

	Коды по МКБ	Диагноз	Ортопедические конструкции	Стр
Пример 26	1С код 1 К05 3		Шинирующий бюгельный протез с кламмерной фиксацией	93
27	К08 1 К05 3	частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (II класс по Кеннеди > осложненная хроническим генерализованным пародонти том средней степени	Шинирующие бюгельные протезы с кламмерной фиксацией	96
28	К081 296 5	Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (II класс по Кеннеди), осложненная хроническим генерализованным пародонти том тяжелой степени	Лечебная дезокклюзия и металлокерамический протез с опорами на имплантаты	99
29	К081	частичная вторичная адентия нижней челюсти (III класс по Кеннеди) осложненная декомпенсированной формой феномена Попова-Гсдона	Цельнолитые искусственные коронки с облицовкой с опорой на имплантаты	104
30	К08 1 К05 3	частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (II класс по Кеннеди) осложненная хроническим генерализованным пародонти том средней степени деформацией зубных рядов	Имедиат-протезы цельнолитые несъемные протезы без облицовки и с облицовкой и бюгельные протезы с кламмерной фиксацией	108
31	К08 1	Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей III класс по Кеннеди нижнем челюсти I класс по Кеннеди верхней челюсти» осложненная деформацией зубных рядов	Лечебная дезокклюзия с последующим изготовлением сочетанного протеза второй вариант — лечебная дезокклюзия шинирующим металлокерамическим мостовидным протез и съемный пластиночным протез	112
32	К081 M02 9	Частичная адентия нижней челюсти о класс по Кеннеди) осложненная артро- патией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)	Бюгельный протез с кламмерной фиксацией	117

Содержание

Пример	Коды по МКБ-10	Диагнозы	Ортопедические конструкции	Стр
33	K08.1	Частичная вторична* адентия* верхней челюсти (lit класс IV подкласс по Кеннеди) частичная вторичная адентия нижней челюсти (III класс по Кеннеди)	Бюгельный протез с кламмерами из эластичного полимера (нейлона)	119
34	K 08.1 K05.3	Частичная вторичная адентия нижней челюсти (III класс по Кеннеди), осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени и вторичной деформацией	Мостовидные протезы, полученные методом гальванопластики	121
35	K08.1 K05.3	Частичная вторичная адентия верхней и нижнеи челюстей (III класс IV подкласс по Кеннеди,; осложненная хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени	Металлокерамические мостовидные протезы большой протяжённости изготовленные с использованием лицевой дуги и индивидуально настроенного артикулятора	124
36	K03.0	Патологическая стираемость жевательной группы зубов нижней челюсти (горизонтальная ферма), осложнённая снижением высоты нижнего отдела лица	Лечебная дезокклюзия с последующим изготовлением металлокерамических несъёмных протезов	127
37	K05.3 K02	Локализованная ферма пародонтита средней степени тяжести Частичные дефекты коронковой части зубов 4.4 и 4.5	Интердентальные шины из металлических вкладок	130
38	ков 1 K05.3	Частичная вторичная адентия верхней челюсти <1 класс II подкласс по Кеннеди) осложненная генерализованной формой хронического пародонтита легкой степени	Шинирующий съёмный протез с телескопической фиксации	132
39	K08.1 K05.3	Частичная вторичная адентия нижней челюсти, осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени	Шинирующий съёмный протез из эластичной пластмассы	135

Пример	Коды по МКБ-10	Диагнозы	Ортопедические конструкции	Стр.
40	K05.3	Генерализованный пародонтит, осложненный вторичной деформацией зубных рядов	Ортодонтическая подготовка, несъемные металлокерамические протезы	137
41	K05.3	Локализованный хронический пародонтит средней степени тяжести, осложненный частичной вторичной адентией	Металлокерамическ е	141
42	K08.1 K05.3	Частичная вторичная адентия (III класс по Кеннеди), осложненная хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести	Несъемная шина из гелиокомпозиата, армированная волокнами	143
43	K08.1 K05.3	Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей осложненная генерализованным пародонтитом средней степени тяжести	Шинирующие металлокомпозитные мостовидные протезы большой протяженности	146
44	K08.1 K05.3	Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей осложненная генерализованным пародонтитом тяжелой степени	Дентальные имплантаты при пародонтите	149
45	K08.1	Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей Зубопротезный травматизм (механическая травма) Непереносимость съемных протезов с базами из акриловой пластмассы	Съемный протез из акриловой пластмассы с эластичной прокладкой	152
46	K08.1		Съемные пластиночные протезы из акриловой пластмассы с бесцветным базисом Второй вариант Съемные пластиночные протезы с базисом из полиуретана	154
47	K08.1 K12	Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей Токсический стоматит Дисбактериоз кишечника латентный кандидоз полости рта	Съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы или из полиуретана	157

Содержание

Пример	Коды по МКБ-10	Диагнозы	Ортопедические конструкции	Стр.
48	K08.1 K13.0	Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей	Съёмные пластиночные протезы с восстановлением оптимальной высоты нижнего отдела лица	159
49	K08.1 K08.2 K10.0	Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти II степени и атрофией альвеолярной части нижней челюсти IV степени Наличие выраженного торуса на верхней челюсти Несоответствие границ протеза верхней челюсти переходной складке и её объёму Отсутствие изоляции под торус в базисе протеза на верхнюю челюсть	Съёмные пластиночные протезы с объёмным моделированием краёв протеза и изоляцией торуса	161
50	K08.1 K08.2	Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти III степени и альвеолярной части нижней челюсти III степени Завышение высоты нижнего отдела лица на имеющихся пластиночных зубных протезах	Съёмные пластиночные протезы с расширенными границами для восстановления оптимальной высоты нижнего отдела лица	164
51	K08.1 K06.8	Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая наличием острого гребня альвеолярной части нижней челюсти, её травмированием по гребню, отсутствием множественного фиссурно-бугоркового контакта между зубами протезов, блокирующим смыкание зубов	Пластиночные протезы	166
52	K08.1 K06.1	Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая дольчатой фибромой альвеолярных отростков	Пластиночные протезы	170

Пример	Диагнозы	Ортопедические конструкции	Стр
53	K081 K1?	частичная атрофия верхней челюсти, пародонтит средней степени тяжести осложненный гингивитом (Экссудативно-гиперемическая форма)	Съемные пластинчатые протезы 173
54	K07 6	Полная адентия верхней и нижней челюстей осложненная синдромом дисфункции ВНЧС	Съемные пластинчатые протезы 176
55	K07 1	Полная вторичная адентия верхней челюсти, осложненная снижением высоты нижнего отдела лица частичная вторичная адентия на нижней челюсти	Съемные пластинчатые протезы с армированными базами 179
56	K07 1 K07 2	Полная вторичная адентия верхней челюсти осложненная атрофией альвеолярного отростка II степени частичная адентия нижней челюсти	Пластинчатые съемные протезы с магнитными фиксаторами 181
57	K081	Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей осложненная атрофией альвеолярного отростка	Съемные пластинчатые протезы изготовленные с применением миографии 183
58	K08 1 K08 2	верхней челюсти III степени и альвеолярной части нижней челюсти III степени	Съемные пластинчатые протезы изготовленные с использованием лицевой дуги и индивидуально настроенного артикулятора 186
59	K08 1 K08 2	Полная вторичная адентия нижней челюсти осложненная атрофией альвеолярной части IV степени несоответствие границ протеза нижней челюсти переходной складке и её объёму	Съемные протезы с опорой на имплантаты 188
		Острый артрит левого ВНЧС	
60	K07 6 M000		192

Пример	Коды по МКБ 10	Диагнозы	Ортопедические конструкции	Стр
61	K07.6	Хроническим ревматоидный артрит ВНЧС	Избирательное гришлифоаеание зубов и пластмассовая релаксационная каппа	194
62	K07.6	Артроз правого ВНЧС	временные пластмассовые каппы и лечебная дезокклюзия	197
63	K07.6	Анкилоз ВНЧС		201
64	K08.1 K07.6	Частичное вторичное отсутствие зубов верхней челюсти (III класс по Кеннеди) подвывих правого ВНЧС	Мостовидный металлонерамический протез с опорой на имплантаты изготовленный способом электромиографии	202
Компьютерные программы для ведения медицинской карты стоматологического больного				205
Тесты для самоконтроля знания некоторы* терминов, употребляемы* при ведении первичной медицинской				208

Список сокращений

АСУСП — автоматизированные системы управления стоматологическими практиками

ВНЧС — височно-нижнечелюстной сустав

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ГК — гражданский кодекс

ИБС — ишемическая болезнь сердца

ИКТ — информационно-коммуникационные технологии

ИРОПЗ — индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба

КПЗ — ключевые показатели эффективности

КХС — кобальто-хромовый сплав

ЛФК — лечебная физкультура

РТ — рефлексотерапия

СМЗ — судебно-медицинская экспертиза

СОПР — слизистая оболочка полости рта

СОЭ — скорость оседания эритроцитов

УЕТ — условленные единицы трудоемкости

ЭМГ — электромиография

ЗОЛ — электроодонтодиагностика

HL7 - Health Level 7

VPN — Virtual Private Network

WAN — Wide Area Network

Введение

Обследование пациента — важная, неотъемлемая часть лечебного процесса. От качества обследования пациента и полноты отражения его результатов в истории болезни зависят объективность диагноза, план лечения и исход заболевания. Правильное ведение истории болезни является одной из важнейших обязанностей лечащего врача, консультантов и других специалистов-медиков, осуществляющих диагностику и лечение пациента. Фиксация данных обследования, плана лечения и его этапов в истории болезни обязательна, поскольку это не только медицинский, но и юридический документ. Недостаточно подробное заполнение медицинской документации может привести к нарушению прав граждан Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Как юридический документ история болезни служит одним из основных источников, определяющих решение правовых вопросов, которые касаются здоровья пациентов, обследования, диагностики, обоснования плана лечения и правильности его проведения, ответственности врача и лечебного учреждения перед пациентом за проведённое лечение.

В настоящем практическом руководстве представлены общие схемы заполнения истории болезни на примерах заболеваний по профилю ортопедической стоматологии, наиболее часто встречаемых в клинической практике.

Издание данного руководства обусловлено потребностью специалистов-стоматологов, особенно ортопедов-стоматологов, в получении знаний по ведению истории болезни и заполнению нормативных документов на лечебном приёме. Умение чётко изложить основные симптомы, характеризующие патологические процессы тканей и органов полости рта, помогает выделить значимые признаки на момент обследования пациента, а также в период динамического наблюдения за результатами лечения.

Представленный материал дополняет практическое руководство «Стоматология. Запись и ведение истории болезни». (М., 2006). Он включает клинические данные и образцы нормативных документов (направлений, выписок, консультативных заключений и прочих), утверждённых Минздравсопразвития РФ к обязательному использованию.

История болезни как источник точной и достоверной информации и основной юридический документ

При любом методе лечения (исследовании) оценка качества медицинской помощи зависит от точности и достоверности информации. основным источником которой служит медицинская документация.

В И. Полусв, Д А. Лотков (1999) описывают случаи жалоб на врачей в суд; несмотря на качественное лечение, вследствие неполной и неверной регистрации данных (ведения медицинской документации) врачи были привлечены к судебной ответственности.

Пшс в 1966 | \ И Рыбаков указывал на то. что. несмотря на важность истории болезни, абсолютное большинство врачей небрежно относятся к ее оформлению, что в дальнейшем приводит ко многим организационным и лечебным ошибкам. Однако проблема актуальна и по сей день (Зултан О.Я.. Голинский Ю.Г . 1999)

По определению, приведенному в Большой медицинской энциклопедии (1997), медицинская документация — система записей, документирующих результаты диагностических исследований, диагноз, лечебные мероприятия, течение и исход заболевания или травмы История болезни служит основой для дальнейших (после выписки из стационара) врачебных действий, связанных с реабилитацией больного и его трудовой деятельностью. Оформляя историю болезни. врач должен исходить из того, что записи в ней имеют важное лечебно-диагностическое и научно-практическое значение (Кариевский А. В. и др., 1995).

Лечебно-диагностическое значение истории болезни состоит в том. что на основе этих записей проводят диагностические и лечебные мероприятия. Диагностику и лечение больного нередко осуществляет не один, а несколько специалистов. В таких случаях записи в истории болезни позволяют интегрировать усилия разных врачей и обеспечить преемственность в лечении.

Научно-практическое значение истории болезни заключается в незаменимости этого документа как источника информации о причинах и условиях возникновения различных заболеваний и травм, их клиническом течении и исходах, об эффективности лечения, целесообразности использования различных методов, средств и препара-

тов с диагностическими и терапевтическими целями. При анализе большого количества историй болезни это позволяет выбрать рекомендации для правильной диагностики, рационального лечения и профилактики болезней и патологических состояний. Способы форм ал и записей в историях болезни, внедряемые в современную медицинскую практику, обеспечивают применение компьютерной техники для диагностики, определения факторов риска (в том числе оперативного), а также для протпозирования исходов.

Правильно и осмысленно заполненные истории болезни развивают у молодых врачей клиническое мышление, способность надлежащим образом оценить наблюдаемую картину, отмеченные клинические проявления и поставить диагноз, определить тактику, методику и объём лечения, повышают чувство ответственности за здоровье и жи знь больного, следовательно, и за свои действия.

Истории болезни, оформляемые в том или ином лечебном учреждении, характеризуют «лицо* этого учреждения, уровень лечебно- диагностической работы в нём. В каждый стационар или поликлинику время от времени приходят молодые врачи, в формировании и становлении которых как специалистов участвует коллектив, и от качества работы с медицинской документацией зависит многое в воспитании врача.

История болезни имеет важное юридическое значение. Это медицинский документ, а любой медицинский документ — прежде всего юридический документ, т.е в любую минуту он может стать предметом следственного судебного разбирательства (Карцевский А.В и др., 1995]. Именно поэтому заполнение в истории болезни, в запи сях дневников наблюдения необходимо полностью отражать состояние больного тт его лечение. М.Я Мудрой писал: «История болезни должна иметь достоинство точного представления о случившемся. Она должна быть справедливой. Врачу нужно писать её рачительно, подобно живописцу, малейшие черты и тени изображавшему на лице человека».

Слово «документ* (лаг. *documentum*) переводится на русский язык как способ доказательства. Как гласит ст. 74 нового Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации, введённого в действие с 1-го июля 2002 г.: «Доказательствами по уголовному делу являюгся любые фактические данные, на основании которых в определённом законном порядке органы дознания, следователь и суд устанавлива

16 История болезни как источник точной и достоверной информации

ют наличие или отсутствие общественно опасного деяния, виновность лица, совершившего это деяние, и иные обстоятельства, имеющего значение для правильного разрешения дела. Эти данные устанавливаются

- показаниями свидетеля;
- показаниями потерпевшего;
- показаниями обвиняемого;
- заключениями эксперта;
- вещественными доказательствами;
- протоколами следственных и судебных действий и иными документами».

Записи, содержащиеся в истории болезни, в частности, данные о стоматологическом статусе и лечебных мероприятиях в челюстнолицевой области, играют не последнюю роль при идентификации личности в некоторых уголовных делах; при массовом поступлении погибших в условиях стихийных бедствий, катастроф, военных конфликтов используют сравнение прижизненных олонтограмм солонтограммами погибших (С. Валковский Б.С., 1974. Кузина Ю.Г., 1999)

Особую значимость приобретают достоверность и полноценность прижизненных олонтограмм разыскиваемых людей, заполненных врачом-стоматологом. Однако, как указывают С.С. Петров и К.Ф. Гончаров (1999), в современной практике прижизненные одонтограммы в амбулаторных стоматологических картах разыскиваемых учитывают лишь производственные медицинские манипуляции (например, экстракции зубов, постановка пломб, коронок искусственных зубов, диагностика кариеса) и не всегда заполнены точно, что зависит от квалификации врача-стоматолога. Особенности зубного ряда (такие, как размеры зубов, наличие диастем, разворота зубов вокруг оси и заметного выпячивания из зубного ряда, неровность зубного ряда, краудинг) в предусмотренных стоматологических амбулаторных картах не указывают, и данные в них отрывочны и малоинформативны.

Во время следственного или судебного разбирательства тщательному анализу подвергают всю историю болезни, в особенности её части, отражающие исходное состояние больного, обоснование диагноза, данные хирургических и других лечебных мероприятий (Карцевский А. В. и др., 1995).

Врачебная документация основана на следующих принципах и служит следующим целям (Малый А.Ю., 2000):

- документирование проведённых исследований и их результатов;
- подтверждение полноценной диагностики;
- документирование всех манипуляций, назначении, этапов лечения, промежуточных осмотров;
- подтверждение выполнения всех этапов лечения и необходимых процедур;
- документирование информирования пациента;
- подтверждение необходимых разъяснений и обсуждения лечения от этапа планирования до рекомендаций по профилактике осложнения.

Как подчёркивает В. В. Сергеев соавторами (2000). в утверждённых формах медицинских документов практически не отражена мыслительная деятельность врача в ходе лечебно-диагностического процесса, что затрудняет, в частности, судебно-психологическую экспертизу. О снижении значимости медицинской документации в качестве доказательства вследствие недостатков в её оформлении и затруднении её трактовки говорят многие зарубежные авторы (Rolvess E.J., 1996; Weil Z., 1998).

В Израиле обязанность медицинских работников вести надлежащую аккуратную и полную документацию по диагностике и лечению четко оговорена в Законе о правах пациента (Weil Z., 1998). Израильские суды признают, что недостатки ведения медицинской документации могут послужить причиной действий, приведших к причинению вреда, подлежащего возмещению. В случае несоответствия медицинской документации предъявляемым требованиям суды США принимают решения сравнительно «несправедливо» по отношению к врачам. Если записи в документах неудовлетворительны, не дают исчерпывающего ответа, их не принимают к защите (Richards B.C., Thomasson G., 1992).

В нашей стране при проведении судебно-медицинских экспертиз составлению медицинских документов также уделяют большое внимание. Так. в соответствии с п. 26 * Правил судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью», тяжесть нанесённого здоровью вреда не определяют, если:

- диагноз повреждения или заболевания (патологического состояния) потерпевшего достоверно не установлен (клини-

ческая картина носит неясный характер, клинические и лабораторные обследования проведены недостаточно полно);

- отсутствуют документы, в том числе результаты дополнительных исследований, без которых не представляется возможным судить о характере и тяжести вреда здоровью.

По данным В В Сергеева с соавторами (2000), не менее 30% медицинских документов содержат серьезные дефекты оформления, негативно влияющие на возможность использования их для установления обстоятельств дела.

Достоверность медицинской документации, как и других источников фактических данных, проверяют путём сопоставления имеющейся в ней информации с другими фактическими данными (Сергеев В В и др. 2000). В случаях возбуждения уголовного преследования против врача-стоматолога за ненадлежащее оказание помощи поликлиническая карта, история болезни и другие документы служат основными материалами, позволяющими экспертным комиссиям и судебно-следственным органам составить представление о профессиональной деятельности медицинского работника. Отсутствие полноценной документации, естественно, не дает возможности оценить деятельность врача. Следует помнить, что исправления, подчистки, наклейки в медицинских документах рассматривают как сделанные «задним числом» (Свадковский Б С.).

Анализ медицинской документации позволяет достаточно подробно и достоверно судить об объективных факторах, повлиявших на вероятность неблагоприятного исхода. Сложнее дело обстоит с субъективными факторами, поскольку внутренний мир врача, его психические функции, особенности мыслительного процесса, уровень стрессорных реакции, эмоциональный фон и подобные особенности практически не находят отражения в медицинских документах и не поддаются анализу (Сергеев В В и др., 2000).

В то же время о субъективных факторах и их влиянии на неблагоприятный исход можно судить по косвенным признакам, отраженным в медицинской документации. Так, нарушение врачом обязательных условий, установленных порядком, нередко говорит об излишней уверенности в собственной правоте и собственных действиях. Об ограниченности когнитивных функций человека (например, невозможность одновременного полноценного анализа более двух-трех гипотез, восприятие и обработка не более семи

дискретных сигналов) свидетельствует пропуск редких и трудно распознаваемых заболеваний (чаще в диагностике). Кроме того, по медицинской документации можно судить и о недостаточном уровне общемедицинских знаний врача

Небрежное заполнение истории болезни; стандартные общие фразы в дневнике, по которым трудно сделать конкретные выводы о течении заболевания или повреждения, подчистки и исправления, отсутствие записей о согласии больного на оперативное вмешательство или сложную диагностическую процедуру, о результатах осмотра приглашёнными консультантами и других существенных данных создают представление о недобросовестности и недостатке моральной ответственности при выполнении должностных действий (Карцевский А.В. и др., 1995). При этом ссылки допрашиваемого врача на служебную занятость, отсутствие возможности более подробно заполнить историю болезни, на неразборчивый почерк и другие трудности не имеют значения.

В отечественной литературе все чаще обсуждается необходимость получения информированного согласия до проведения того или иного вмешательства (Вагнер В.Д. и др., 1999; Малый А.Ю., 2000). По мнению Ю.Д. Сергеева и С.Д. Ерофеева (1998), сведения о возможных ятрогенных осложнениях целесообразно предусмотреть либо в информационной части договора об оказании медицинской услуги, либо в листе согласования как приложение к истории болезни. Как утверждают Ю.С. Полушин и А.И. Левшанков (1998), информированное согласие больным превращает опасность вмешательства в разрешённый риск и защищает врача от юридического преследования.

Наступление гражданской ответственности возможно не только за «виновное» причинение вреда, но и за «невиновное»; неоговоренное, но вполне реальное при осуществлении профессиональной деятельности (Сергеев Ю.Д., Трофеев С.В., 1998). Примеры подобных ситуаций описаны в зарубежной литературе (Tobins J., 1995; Varonk M., 1998).

Одним из эффективных способов управления профессиональными рисками А.А. Прохончуков (1999) считает компьютерную версию амбулаторной карты стоматологического больного, позволяющую с высокой степенью объективности провести обследование больного, дифференциальную диагностику, обосновать план и методы лечения, провести лечение на основе профессиональных стандартов.

а также объективно проконтролировать его и определить степень излечения (реабилитации). Как утверждает автор, при возникновении страхового случая такой способ медицинской регистрации послужит надежной страховкой как для пациента, так и для врача. Однако большинство авторов придерживается иного мнения: компьютерную историю болезни нельзя считать юридически действительной (Образцов ЮЛ., Юшманова Т.Н. 1999; Вагнер В.Д. и др. 2000). По мнению С.И. Козицкой и Л.В. Пинчук (1999), история болезни, написанная только в виде компьютерной версии, считается недействительной. Компьютер следует использовать лишь, для архивации базы данных пациентов на случай обращения к ним через несколько лет. Наличие компьютера не освобождает врача от обязанности ведения медицинской карты стоматологического больного и ответственности за своевременность и правильность её заполнения (Вагнер В.Д. и др., 2000). Более того, с точки зрения некоторых авторов, хранение медицинской информации в компьютерной системе ставит ряд эстетических проблем, поскольку при соответствующей обработке она может стать доступной для программистов и других технических работников, которые не соприкасались с больным и, возможно, не испытывают чувства моральной ответственности перед ним. Высказывается также мнение, что информация, полученная в результате доверительных взаимоотношений между врачом и пациентом, может быть использована другими лицами в своих интересах (Царегородцев Г.И., Шмахов А.В. 1983).

Таким образом, многие вопросы медико-правового характера требуют дальнейшего исследования и оценки с точки зрения современного уголовного и гражданского законодательства.

Основным документом учета работы врача-стоматолога любой специальности является медицинская карта стоматологического больного (ф. 043-у), утвержденная приказом МЗ СССР от 4 декабря 1980 г. № 1030 *Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

Медицинская карта состоит из паспортной части, которая заполняется в регистратуре при первичном обращении пациента в поликлинику, и медицинской части, заполняемой врачом.

Паспортная часть Каждой медицинской карте присваивают порядковый номер, регистрируемый в компьютере, или при его отсутствии — в специальном журнале. Графы с указанием фамилии, имени.

22 История болезни как источник точной и достоверной информации

В зубной формуле отражено наличие кариозных полостей, корней, ортопедических конструкций, состояние пародонта, степень подвижности зубов, степень атрофии альвеолярных отростков и другие особенности.

Тип взаимоотношений зубных рядов записывают в графе «Прикус». Прикус может быть физиологическим (прямым, прогеническим, бипрогнатическим), патологическим или аномальным.

Поданным визуального обследования описывают состояние слизистой оболочки полости рта.

В графу «Данные рентгенологических и лабораторных исследований» заносят результаты клинических и других анализов; здесь же описывают рентгенограммы.

При каждом обращении пациента и проведении лечебных мероприятий разборчиво и подробно ведут «Дневник», отражающий жалобы больного на момент обращения, объективный статус и перечень проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Завершают записи отметкой об объёме выполненной работы в условленных единицах трудоемкости (УЕТ), фамилией и подписью врача.

В каждом лечебном учреждении возможно заполнение только одной медицинской карты, где делают записи все специалисты, дабы сохранить преемственность при лечении больного.

Медицинская карта стоматологического больного — юридический документ, её не выдают на руки пациентам, хранят в регистратуре 5 лет, а затем сдают в архив (срок хранения 75 лет).

Недооценка важности полноты и грамотности оформления медицинской документации, а также возможного наступления ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи — одна из причин, лежащих в основе недобросовестного отношения к исполнению профессиональных обязанностей медицинских работников.

Для привлечения внимания к данной проблеме полезна наглядная демонстрация возможных негативных последствий, наступающих в случае ненадлежащего отношения врачей к своим обязанностям. С этой целью проведён анализ 1500 амбулаторных карт стоматологического больного и 22 заключений комиссионных экспертиз по гражданским искам пациентов на некачественное оказание стоматологической помощи, выполненных за 1998-2001 гг. на кафедре судебной медицины Московского государственного медико-стоматологического университета.

Для проведения судебно-стоматологической экспертизы и изучения обстоятельств дела комиссии были представлены следующие документы:

- гражданское дело;
- амбулаторная карта стоматологического больного;
- общесоматическая медицинская карта амбулаторного больного (по необходимости).

Кроме того, на экспертизу были представлены рентгеновские снимки (ортопантограммы, прицельные снимки), зубные протезы (если претензии касались не только терапевтической стоматологии, но и ортопедического лечения), а также результаты дополнительных методов исследования. Для обеспечения полноты информации обязательно проводили подробное клиническое стоматологическое обследование пациентов. Содержание всех вышеперечисленных документов, а также описания рентгеновских снимков и зубных протезов прилагали к указанным заключениям комиссионных экспертиз.

Результаты анализа качества ведения медицинской документации и медико-правовой грамотности стоматологов

С целью детального изучения всех возможных упущений со стороны врачей при оформлении документации проверено около 1500 историй болезней и проанализировано около 3000 записей в них начиная с 80-х гг.

Как установлено в ходе исследования, первичную документацию ведут во всех стоматологических учреждениях. Однако, как выяснилось, нет ни одной амбулаторной карты стоматологического больного, о которой можно было бы с уверенностью сказать, что она заполнена в соответствии со всеми требованиями.

Во всех проверенных картах заполнены графы с указанием фамилии, имени, отчества, пола и домашнего адреса. Все эти данные медицинские регистраторы записывали исключительно при наличии документа, подтверждающего личность пациента (паспорт, военный билет или удостоверение военнослужащего). Однако в 70% случаев полная дата рождения пациента, обратившегося за помощью, отсутствует. Чаше при оформлении медицинской карты указывают толь-

ко годы рождения, забывая о юридической стороне вопроса. Встречаются и документы, где дата рождения вообще не указана. При этом медицинскими работниками не учтено, что нередко план лечения, выбор лекарственных препаратов, диагностических и лечебных процедур полностью зависит от возраста пациента.

Информация о месте работы пациента также важна для врача. В некоторых случаях при сборе анамнеза эти данные позволяют выяснить причину возникновения того или иного заболевания или уточнить диагноз.

В случае обнаружения упущений в оформлении паспортной части амбулаторной карты стоматологического больного врач обязан сообщить об этом медицинскому регистратору (администратору), поскольку последний, как правило, не имеет медицинского образования и не может должным образом оценить всю важность упущенной информации.

Согласно разработанной схеме, особое внимание уделено оформлению медицинской части амбулаторной карты стоматологического больного. В этом разделе особенно важна графа «Диагноз». От полноты и точности указания диагноза зависит правильность назначенного лечения и здоровье пациента в целом. По нашим данным, в 27% случаев диагноз не указан либо указан неточно и неполно, т.е. не определена форма указанного заболевания, его стадия или степень тяжести (если это необходимо).

Соблюдение единой классификации обеспечивает соблюдение принципа преемственности. Так, в случае повторного обращения пациента к другому специалисту врач сможет разобраться, «как и от чего» лечил больного его коллега.

Установлено, что в 35% случаев поставленный диагноз не соответствует описанию клинических проявлений заболевания и методов диагностики. Это серьёзная ошибка, поскольку ведёт к неправильному выбору лечения. Кроме того, при возникновении конфликта с пациентом судебно-медицинским экспертам невозможно объективно разобраться, в чём истинная ошибка врача: в диагностике и последующем лечении или просто в описании посещения.

Так, в 93% случаев отсутствуют данные о перенесённых и сопутствующих заболеваниях. По мнению большинства врачей, такие данные для работы не нужны. Однако именно эти сведения нередко необходимы врачу для определения тактики действий (например).

История болезни как источник тонкой и достоверной информации 25

наличие или отсутствие аллергической реакции, сердечно-сосудистой патологии, заболевания щитовидной железы).

Графа «Развитие настоящего заболевания» в изученных амбулаторных картах заполнена только в случаях заболевания пародонта. Однако данные о характере развития других заболеваний и их динамике (полный анамнез заболевания) являются составной частью всего объёма информации, позволяющего установить истинный диагноз на момент обращения.

В 50% проверенных историй болезни не заполнена зубная формула. Однако именно эти данные нередко помогают отследить кариесогенную ситуацию в настоящий момент и в динамике, а также позволяют судить о состоянии организма в целом. Кроме того, заполненная зубная формула занимает важное место в идентификации личности по стоматологическому статусу. Если же объединить данные заполненной зубной формулы с индексами гигиены, то можно достаточно объективно судить об уровне культуры данного пациента и в некоторой степени о том, насколько добросовестно он выполняет рекомендации врача. Необходимо отметить, что принятая ВОЗ новая зубная формула, введённая на территории нашей страны в соответствии с решением Совета Стоматологической ассоциации России с 2000 г., уже отражена в первичной медицинской документации.

По данным анализа, графа «Прикус» либо вообще отсутствовала, либо оставалась незаполненной.

Одна из самых распространённых ошибок в оформлении амбулаторных карт — отсутствие данных объективного обследования. Так, в 80% случаев, требующих рентгенологического контроля эндодонтического лечения (текущего или в анамнезе), нет описания рентгеновских снимков, в 73,5% случаев нет даже указания о направлении на рентгенологический контроль. В частности, нет и записей об отказе пациента от этой манипуляции или о показаниях для данного метода обследования. Всё это, в свою очередь, ставит под сомнение правильность поставленного диагноза и выбора метода лечения, то есть врач подвергает себя риску.

В 75% случаев отсутствует указание класса кариозной полости (по общепринятой классификации по Влеку) и поверхности, на которой локализована данная кариозная полость. Как показывает опыт, пациент зачастую не может точно определить не только поверхность зуба, на которой врач «поставил пломбу», но и сам зуб.

В 30% случаев не соблюдена стандартная схема описания посещения. отсутствуют отдельные пункты (в частности, такие важные с юридической точки зрения, как объективные данные и диагноз). Иногда врачи вообще опускают все пункты, оставляя лишь запись о поставленных пломбах. Следует иметь в виду, что при проведении экспертизы тщательному анализу подвергается вся история болезни, в особенности ее части, отражающие исходное состояние больного и обоснование диагноза. В 40% случаев в записях встречаются значительные сокращения, что нарушает ведение документации, несущей юридическую функцию, к тому же затрудняет работу экспертов в случае возникновения конфликтов с пациентами.

Недопустима, но имеет место невнимательность врачей при постановке диагноза. Встречаются ситуации, когда два последовательных диагноза по одному зубу взаимно исключают друг друга. Например, предыдущий диагноз звучит как «обострение хронического пульпита», а последующий — «глубокий кариес». Таким образом, некоторые врачи, не читая предыдущих записей, еще и совершают грубые диагностические ошибки. Частота встречаемости ошибок показана на рис. 1.

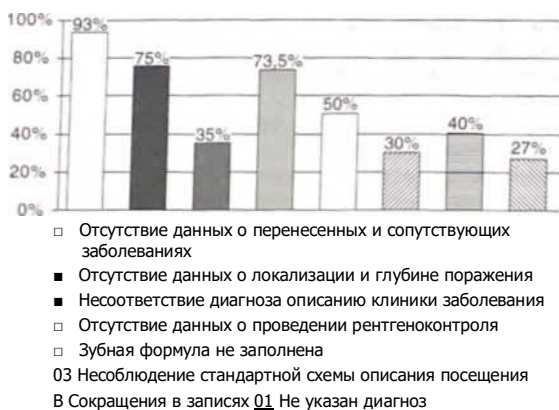


Рис. 1. Частота встречаемости ошибок при оформлении амбулаторной карты стоматологического больного

Несколько реже не освещено предыдущее лечение больного туба (28%), записи сделаны неразборчивым почерком (15%). в 8% случаев встречаются исправления, вычеркивания, приписки.

Несмотря на то, что действующая форма амбулаторной карты стоматологического больного (форма 043/у) утверждена более 30 лет назад (1980 г.), количество ошибок при оформлении злого документа, по данным исследования, заметно уменьшилось лишь во второй половине 90-х гг., т.е. только спустя 14-15 лет после введения вышеуказанной формы. Значительные улучшения отзываются с 1997 г., в первую очередь на платных приёмах. Эти данные можно сопоставить с выходом «Закона о защите прав потребителей» (1992 г.), где медицинская помощь рассматривается как услуга основ законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993). Примерно в это же время значительно увеличилась доля платных услуг в стоматологии и резко возросло количество исков на некачественное оказание стоматологической помощи. Так, по сводным данным статистики, в 1974 г. такие иски составили всего 1,7% общего числа экспертиз по так называемым «врачебным делам» (по данным Сवादковского Б.С.. 1975), а в 1996 г. этот показатель достиг 17,8% (Рехачев В.М. и др.). Поданным Бюро СМЭ Комитета здравоохранения г. Москвы, только в Москве в 1995 г. резко возросло количество исков на некачественное лечение (по сравнению с предыдущим годом почти в 4 раза).

Тем не менее количество ошибок в оформлении истории болезни остаётся значительным до настоящего времени. Если разбить записи по годам их занесения в карточку, то среднее число вышеуказанных ошибок составляет 2—4 пункта из 13. предусмотренных в анкете Чаше это незаполненная зубная формула, отсутствие данных о перенесённых и сопутствующих заболеваниях, а также отсутствие записи о дополнительных методах исследования и их результатах, в частности рентгенологического исследования.

Как уже отмечалось, основным источником информации, позволяющим воспроизвести события, в данном случае служит амбулаторная карта стоматологического больного, или история болезни. От содержания представляемой документации зависит объективность проведения экспертизы. Некачественно оформленная амбулаторная карта стоматологического больного может значительно ухудшить положение привлекаемого к ответственности врача, даже если в реальности дело обстоит иначе.

28 История болезни как источник тонной и достоверной информации

Как установлено при изучении медицинской документации, представленной на рассмотрение экспертной комиссии, во всех случаях имеются дефекты в ее оформлении. Спектр ошибок при этом весьма широк, от незначительных недочётов до серьезных упущений.

Определяя роль каждого раздела карты стоматологического больного, основным все-таки следует считать раздел описания заболевания, то есть раздел объективных данных. Его правильное и точное заполнение чрезвычайно важно. Описательная (исследовательская) часть документа должна содержать подробное описание проведённых исследований и всех выявленных фактических данных. В ней отмечают использованные методы исследования и формы объективной регистрации. Как указывает А. П. Загрятская с соавторами (1999), описательная часть документа требует объективности изложения и полиолы описания

Исследовательскую часть нельзя составлять в форме готовых диагнозов, определений и мнений эксперта. В ней с фотографической точностью описывают отмеченную картину, чтобы лицо, читающее документ, по этому описанию могло составить правильное представление об изложенном и сделать своё заключение. Именно поэтому недопустимо оформление исследовательской части в форме формулировок диагнозов, необходимо давать объективное описание состояния пациента.

В документе следует настолько полно отражать объективные данные, полученные при исследовании, чтобы по ним можно было ответить не только на уже поставленные вопросы, но и на вопросы, которые могут возникнуть позднее. Употребление понятий «норма», «без особенностей» недопустимо, необходимо описание наблюдаемой картины.

С точки зрения авторов, в настоящее время врачу важно акцентировать внимание на документировании контроля качества выполненной работы на разных этапах лечения. В частности, речь идёт о рентгеноконтроле качества пломбирования корневых каналов. При изучении материалов (амбулаторных карт стоматологического больного), предоставленных на экспертизу по поводу иска на некачественное оказание стоматологической помощи, в большинстве случаев отсутствовали описания контрольных рентгеновских снимков и даже указания на их проведение. Та же ситуация выявлена при выборочном изучении амбулаторных карт стоматологического боль-

кого в поликлиниках Нижнего Новгорода. Нельзя упускать из виду последовательные обращения пациентов в несколько стоматологических учреждений по поводу одного и того же зуба. В результате при отсутствии описания контрольных снимков врачу невозможно доказать достойное качество своей работы. При этом перед экспертной комиссией возникают затруднения в вынесении объективного решения.

Недостатки оформления описательной части влекут за собой еще более серьезные ошибки, такие как:

- неверно установленный диагноз;
- несоответствие диагноза описанию клинической картины;
- неверно выбранный метод лечения.

Как уже упоминалось, в таких ситуациях судебно-медицинским экспертам достаточно сложно или даже невозможно объективно разобраться, что является истинной ошибкой врача; ошибка в диагностике и последующем лечении или же лишь погрешность в описании посещения. В любом случае упущения в документах (свидетельств) - ют не в пользу врача и клиники. Для наших судов такие пробелы служат одним из оснований для вынесения решений в пользу пациентов.

Составленный план лечения, подписанный врачом-стоматологом и заверенный подписью пациента, подтверждает обоюдное сотрудничество. Это документальное свидетельство того, что пациент осознанно принял какое-то решение. В законе сказано, что граждане и юридические лица по своему усмотрению осуществляют принадлежащие им гражданские права (п. 1 ст. 9 ГК). Если о возможности наступления вреда здоровью при оказании медицинской услуги врачом (медицинским учреждением) и пациентом была достигнута предварительная договоренность, такой вред может считаться правомерным, если установлены возможные размеры и обстоятельства его наступления в границах, не противоречащих общественной нравственности и основам правопорядка (Тихомиров А.В., 1996).

«Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» определяют право граждан на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ст. 32). отказ от медицинского вмешательства (обязательное условие — наличие подписи пациента, ст. 33). информацию о состоянии здоровья (ст. 31). сохранение информации приватного характера в тайне (конфиденциальность, ст. 30, п. 6). При этом пациенты обладают правом на регулярное

30 История болезни как источник точной и достоверной информации

получение достоверной и актуальной информации о факторах, влияющих на здоровье, в том числе экологических факторах, услугах, товарах и продуктах. О недопустимости ограничения доступа к информации, необходимой для безопасности граждан, говорит «Закон об информации, информатизации и защите информации» (п. 3 ст. 10).

Таким образом, закон предоставляет пациенту право знать, на что он идет, а также на что и в каких пределах в этой связи может рассчитывать. Для правомерности действия врача по отношению к обратившимся за медицинской помощью необходимо свободное информированное волеизъявление пациента. Нужно достигнуть общего с пациентом понимания на веши. Закон исходит из положения об отсутствии у потребителя специальных потребностей о свойствах и характеристиках услуги (п. 2 ст. 12 - Закона о защите прав потребителей*). Пациенту следует предоставить сведения, необходимые и достаточные для понимания намерений врача в отношении его здоровья, и заручиться его согласием. Без этого согласия действия медицинского работника неправомерны. Волеизъявление становится осознанным, когда степень осведомленности достаточна для принятия решения.

Кроме того, благодаря подробному обсуждению с пациентом состояния его здоровья, требуемого лечения, его вариантов, степени риска осложнений при лечении, вероятности благоприятного исхода он вовлекается в процесс принятия решения. При соблюдении деонтологических принципов подобное информирование позволяет установить с больным доверительные отношения и тем самым достичь сотрудничества в лечении.

Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте стоматологического больного

Пример 1. Травматический пульпит

Жаюбы. Боль в области опорного зуба 4.3, пол мостовидным протезом Ноющая боль небольшой интенсивности, усиливающаяся от холодного.

Перенесённые и сопутствующие заболевания Хронический холецистит. Аллергии на медикаменты не наблюдалось.

Развитие настоящего заболевания. Пациенту 20 лет. Неделю назад металлокерамический мостовидный протезе опорами на зубы 4.3 и 4 6 зафиксирован на временный цемент. Во время ортопедического течения интактные зубы 4.3 и 4.6 были препарированы пол местной анестезией, после препарирования зубы были защищены временным пластмассовым мостовидным протезом, боли в это время пациент не ощущал. Ноющая боль появилась на второй день после фиксации металлокерамического зубного протеза на временный цемент, интенсивность боли постепенно нарастает, устаивается от холодного Пациент точно указывает, что боль локализуется в области зуба 4.3.

Данные объективного обследования
Внешний осмотр. Без особенностей
Обследование полости рта Коронковые части зубов 1.5,1.2, 2.3, 2.6, 3.5, 3.6 восстановлены пломбами из различного материала Отсутствуют зубы 4.5 и 4.4. Имеется металлокерамический мостовидный протез с опорами на зубах 4.6 и 4.3. При воздействии на шейку зуба 4 3 струёй холодной воды возникает ноющая боль средней интенсивности, сохраняющаяся 2 мин.

Зубная формула

			п			п				п			п		
1.7	16	15	1.4	13	1.2	1.1	2.1	22	23	2.4	25	26	2.7	2В	
48	47	46	45	44	43	42	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	35	36	3.7	38
			0	0	к							л	п		

32 См., 1... Г... |, ч и и. • о£1И,1 Гмгн' 1НИ п.щисмпш н медицин! "<>и к.фН'

Прик)с. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка полости рта и десен без видимых патологических изменений.

Данные рентгеновских и лабораторных исследований. На прицельных рентгенограммах зубов 4.3 и 4.6 патологических изменений в области пульпы и периодонта не выявлено.

Диагноз Хронический травматический пульпит зуба 4.3. состояние после одонтопрепарирования.

План лечения

- Снять мостовидный зубной протез с опорами на зубы 4.3 и 4.6 и депульпировать зуб 4.3.

- Фиксировать металлокерамический протез на временный цемент еще на 2 нед для динамического наблюдения за состоянием зуба 4.6.

- При отсутствии боли провести постоянную фиксацию металло-керамического мостовидного протеза.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Снят металлокерамический зубной протез с опорами на зубы 4.3 и 4.6. Зуб 4.6 обработан десенситайзером «Глума-десенситайзер». Пациент направлен к врачу-стоматологу-терапевту для депульпирования зуба 4.3.

Вариант записи второго посещения

После депульпирования зуба 4.3 металлокерамический протез зафиксирован на временный безэвгенольный цемент «Темп Бонд» на 2 нед с целью наблюдения за состоянием опорных зубов.

Вариант записи третьего посещения

Через 2 нед жалоб не предъявляет. Боли в зубах 4.3 и 4.6 не возобновлялись.

Проведена постоянная фиксация металлокерамического зубного протеза с опорами на зубы 4.3 и 4.6 на поликарбоксилатный цемент. Даны рекомендации по пользованию зубным протезом.

Пример 2. Частичный дефект коронковой части зуба

Жиобы на «застревание* пиши между зубами на нижней челюсти слева после еды. дискомфорт.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Псориаз. Аллергии на медикаменты не наблюдалось.

Ра шитые настоящего заболевания. 3 года назад проведено лечение кариеса зуба 3.6, однако месяц назад от пломбы отломился ее фрагмент. После этого при жевании между зубами стала попадать пища, удалить её очень трудно, появился неприятный запах изо рта и ощущение дискомфорта в этой области.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Без видимых патологических изменений.

Обследование полости рта. В коронковой части зуба 3.6 определяется пломба из композита, пломба расположена на окклюзионной и апроксимальной дистальной поверхностях. Определяется дефект пломбы в виде скола с апроксимальной поверхности, вследствие чего отсутствует межзубный контактный пункт между зубами 3.6 и 3.7, при зондировании этой области определяется патологический зубо- лесневой карман, заполненный пищевыми массами.

Зубная формула

0	" -														—		0 I
18	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	22	23	24	25	26	2.7	28		
-	47	46	45	4.4	43	42	4 1	31	32	33	3.4	3.5	36	37	38		
0			п	п									п		0		

Прикус Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Межзубный сосочек между зубами 3.6 и 3.7 отёчен и гиперемирован.

Данные рентгенологических исследований На прицельной рентгенограмме зубов 3.6, 3.7 определяется пломба в области коронки зуба 3.6, пульпарная полость и периодонт интактны. Заметны начальные признаки резорбции края межзубной костной перегородки между зубами 3.6 и 3.7.

Диагноз. Частичный дефект коронковой части зуба 3.6. II класс по Блеку, осложнённый локали зованным пародонтитом лёгкой степени.

34 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

План ортопедического лечения

- Изготовить микропротез — металлокерамическую вкладку на зуб 3.6, с восстановлением функционального межзубного контактного пункта. Металлокерамическую вкладку изготовить на золотом каркасе, полученном методом гальванопластики.

- Рекомендована консультация и при необходимости лечение у пародонтолога.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Под мандибулярной анестезией 3%-ным р-ром ультракаина (1,2 мл) отпрепарирован зуб 3.6: удалена композитная пломба и прокладка и сформирована полость под вкладку. После препарирования обнаженный дентин покрыт десенситансером «дентин- герметизирующий ликвид». на дно полости установлена прокладка из поликарбоксилатного цемента. Проведено допрепарирование с целью выравнивания прокладки, повторное покрытие десенси- тайзером. Получен рабочий двуслойный оттиск из А-силиконовой массы с нижней челюсти, вспомогательный оттиск альгинатной массой с верхней челюсти. Полость в зубе 3.6 закрыта временной пломбой. Определён и согласован с пациентом цвет керамической облицовки по стандартной расцветке.

Вариант записи второго посещения

Удалена временная пломба с зуба 3.6. Примерена металлокерамическая вкладка на зуб 3.6. вкладка плотно ложится на протезное ложе и восстанавливает межзубный контактный пункт. Вкладка фиксирована на цинк-фосфатный цемент. Даны рекомендации по пользованию зубным микропротезом.

Вариант записи третьего посещения

При контрольном осмотре пациент удовлетворён результатом лечения. пища между зубами не попадает. Жевать стало значительно удобнее, уменьшился неприятный запах изо рта. Для продолжения лечения пациент направлен к пародонтологу.

•

Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте 35

Пример 3. Частичный дефект коронковой части зуба

Жаюбы. Эстетический недостаток в связи с изменением формы и цвета верхних передних зубов. Повышенная чувствительность этих зубов.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Считает себя здоровым. Аллергии на медикаменты не наблюдалось.

Развитие настоящего заболевания. Нарушение формы и цвета передней поверхности верхних фронтальных зубов заметил 3 года назад, появилась повышенная чувствительность к температурным раздражителям, а также кислому и сладкому. Размер дефектов постепенно увеличивалась, чувствительность зубов то повышалась, то снижалась.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Без видимых изменений.

Обследование полости рта. На вестибулярной поверхности зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 определяются плоскостные дефекты эмали с обнажением дентина. Дефекты занимают около 60 ° с площади вестибулярной поверхности, располагаясь в области экватора и пришеечной области. Дно дефектов при зондировании плотное, умеренно болезненное. Признаков кариеса не обнаружено, зубы приобрели жёлтый цвет вследствие обнажения дентина. На других зубах определяются незначительные аналогичные плоскостные дефекты поверхности эмали, не требующие оперативного лечения.

Зубная формула

	п					д	д	Д	д						
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
п		П											п	п	п

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая ободочка полости рта и дёсен без видимых патологических изменений.

Диагноз. Эрозия эмали (частичный дефект коронковой части) зубов 1.2, 1.1, 1.2, 2.2.

Вариант ортопедического лечения

- Восстановление дефектов коронковой части зубов 1.2. 1.1. 1.2, 2.2 микропротезами — цельнокерамическими винирами.
- Реминерал и тующая терапия остальных зубов.

Веление дневника ортопедическою лечения

Вариант записи первого посещения

Под инфльтрационной анестезией раствором артикаина (2 раза по 1,7 мл) зубы 1.2. 1.1, 2.1. 2.2 препарированы под керамические виниры; препарирование проведено в пределах вестибулярной поверхности с перекрытием режущего края и апроксимальных поверхностей. После препарирования обнаженный дентин покрыт десенситайзером «Глума-десенситайзер». Получен рабочий двуслойный оттиск из А-силиконовой массы с верхней челюсти, вспомогательный оттиск альгинатной массой — с нижней челюсти. Определён и согласован с пациентом цвет керамической облицовки по стандартной расцветке. Временные пластмассовые виниры получены прямым методом путём формования в оттиске, временно фиксированы.

Вариант записи второго посещения

Удалены временные пластмассовые виниры с зубов 1.2. 1.1, 2.1, 2.2. Примерены иельнокерамические виниры. полностью соответствующие протезному ложу и восстанавливающие цвет и форму верхних фронтальных зубов. Выполнена адгезивная фиксация виниров при помощи адгезивной системы «Вивадент-Цем* и композитного материал двойного отверждения для фиксации «Вариа- линк-2*». Пациент удовлетворён результатом протезирования зубов. Ланы рекомендации по пользованию зубными микропротезами. Пациент направлен к врачу-стоматологу-терапевту хтя реминера- лизнрующей терапии остальных зубов.

Пример 4. Частичный дефект коронковой части зуба 4.6 (II класс по Блеку), осложнённый локализованным пародонтитом лёгкой степени. (Цельнокерамическая вкладка, изготовленная по CAD/CAM технологии на аппарате «Сегес»)

Жалобы. Дефект зуба 4.6, застревание пищи между зубами, дискомфорт.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Отрицает. Аллергии на медикаменты не наблюдалось.

Развитие настоящего заболевания. 4 года назад проведено лечение кариеса зуба 4.6. Около месяца назад появился дискомфорт в области зуба 4.6, при жевании между зубами стала попадать пища, удалить её очень трудно, появился неприятный запах изо рта и ощущение дискомфорта в этой области.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Без видимых патологических изменений.

Обследование полости рта. В коронковой части зуба 4.6 определяется пломба из композита, пломба расположена на окклюзионной иапроксимальной дистальной поверхностях. Заметен дефект пломбы в виде скола с медиальной поверхности и развитие вторичного кариеса, вследствие чего отсутствует межзубный контактный пункт между зубами 4.5 и 4.6, при зондировании этой области определяется патологический зубодесневой карман, заполненный пищевыми массами.

Зубная формула

0																0
18	1.7	16	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	24	2.5	26	2.7	28	
48	47	46	45	44	43	42	4.1	3.1	3.2	3.3	34	35	36	3.7	38	
		п											п			

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Межзубнбй сосочек между зубами 4.5 и 4.6 отёчен и гиперемирован.

Данные рентгенологических исследований. На прицельной рентгТТ” нogramме в области коронки зуба 4.6, пульпарная полость и периодонт интактны. Обнаружены начальные признаки резорбции края межзубной костной перегородки между зубами 4.5 и 4.6.

Диагноз. Частичный дефект коронковой части зуба 4.6, II класс по Влеку, осложнённый локализованным пародонтитом лёгкой степени этой области.

План лечения

- Изготовление иельнокерамическоП вкладки на зуб 4.6 с восстановлением функционального межзубного контактного пункта. Цельнокерамическую вкладку изготовить с помощью CAD/CAM технологии на аппарате •Cегео.

- Лечение у парод онтолога.

Веление дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Под мандибулярной анестезией раствором артикаина (1,7 мл) проведено препарирование зуба 4.6: удаление композитной пломбы и прокладки и формирование полости под вкладку. После препарирования обнажённый дентин покрыт десенситайзером «дентин- герметизирующий ликвид». на дно полости установлена прокладка из поликарбоксилатного цемента. Выполнено допрепарирование с целью выравнивания прокладки, повторное покрытие десенситайзером. Снят оптический оттиск внутриротовым сканером аппарата *Ceres-JD». Определён и согласован с пациентом цвет керамической реставрации по стандартной расцветке. Выполнено компьютерное моделирование цельнокерамической вкладки, после чего она отфрезерована во фрезеровочном блоке аппарата *Cегес-JD». Вкладка окончательно отшлифована, и проведена адгезивная фиксация виниров при помощи адгезивной системы «Вивадент- Цем* и композитного материала двойного отверждения для фиксации «•Вариолннк-2*. После фиксации вкладка в полости рта отполирована.

Вариант записи второго посещения

При контрольном осмотре пациент удовлетворён результатом лечения. пища между зубами не попадает. Жевать стало значительно удобнее, уменьшился неприятный запах изо рта. Пациент направлен к пародонтологу для продолжения лечения.

Пример 5. Частичные дефекты коронковой части зуба, эрозия эмали зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2. (Цельнокерамические виниры, полученные по CAD/CAM технологии на аппарате «Сегес»)

Жа.юбы. Эстетический недостаток в связи с изменением формы и цвета передних зубов на верхней челюсти. Повышенная чувствительность этих зубов.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Считает себя здоровым. Аллергии на медикаменты не наблюдалось.

Развитие настоящего заболевания. 3 года назад заметил изменение формы и цвета вестибулярной поверхности верхних фронтальных зубов, появилась повышенная чувствительность к температурным раздражителям, а также кислому и сладкому. Степень дефектов постепенно увеличивались, чувствительность зубов то повышалась, то снижалась.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Без видимых патологических изменений

Обследование полости рта. На вестибулярной поверхности зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 определяются плоскостные дефекты эмали с обнажением дентина. Дефекты занимают около 60°с площади вестибулярной поверхности, располагаясь в области экватора и пришеечной области. Дно дефектов при зондировании плотное, умеренно болезненное. Признаков кариеса не обнаружено, зубы приобрели жёлтый цвет вследствие обнажения дентина. На других зубах определяются незначительные аналогичные плоскостные дефекты поверхности эмали, не требующие оперативного лечения.

Зубная формула

	п					Д	Д	Д	Д						
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
48	47	46	4,5	4.4	43	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	36	3.7	38
	п	П											п		

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка полости рта и дёсен без видимых патологических изменений, бледно- розового цвета, умеренно увлажнена.

40 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

Диагноз. Эрозия эмали (частичный дефект коронковой части) зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2.

Вариант ортопедического лечения

- Восстановление дефектов коронковой части зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 микропротезами — нелюминокерамическими винирами.
- Реминерализующая терапия остальных зубов.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Под инфильтрационной анестезией раствором артикаина (2 раза по 1,7 мл) проведено препарирование зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 под керамические виниры; зубы препарированы в пределах вестибулярной поверхности с перекрытием режущего края и аппроксимальных поверхностей. После препарирования обнажённый дентин покрыт десенсиtaiзером «Глума-десенсиtaiзер». Снят оптический оттиск 3D камерой аппарата «*Cerec-3D**». Определён и согласован с пациентом цвет керамической реставрации по стандартной расцветке. Проведено компьютерное моделирование цельнокерамической вкладки, после чего она отфрезерована во фрезеровочном блоке аппарата «*Cerec-3D*». Примерены цельнокерамические виниры, полностью соответствующие протезному ложу и восстанавливающие цвет и форму верхних фронтальных зубов. Виниры окончательно отшлифованы, и выполнена адгезивная фиксация при помощи адгезивной системы «Бивалент-Цем» и композитного материала двойного отверждения для фиксации «Вариолинк-2». Вкладка окончательно отполирована после фиксации в полости рта. Пациент удовлетворён результатом протезирования зубов. Даны рекомендации по пользованию зубными микропротезами. Пациент направлен к врачу-стоматологу-терапевту для реминерализующей терапии остальных зубов.

)

42 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

После удаления всех кариозных тканей и старой пломбы зуб подготовлен под установление стекловолоконного штифта. Канал зуба сформирован точно под размер штифта. Затем стекловолоконный штифт зафиксирован в канале зуба с помощью цемента «*Relyx 3M**». После этого зуб восстановлен гелиокомпозитом. После препарирования снят оптический оттиск на аппарате «*•Cezeo*. Определён цвет и изготовлена цельнокерамическая коронка из блока «*VITABLOCS Mark //*» на аппарате «*Cezec*». Коронка зафиксирована цементом «*Relyx 3M*».

Пример 7. Частичный дефект коронковой части зуба 3.6 (II класс по Блеку), применение металлической вкладки из золотосодержащего сплава

Пациент А., 20 лет.

Жа.юбы. Частая замена пломбы в зубе 3.6; попадание пищи в межзубной промежуток между зубами 3.6-3.7 и кровоточивость зубодесневого сосочка в данной области. На боль при действии температурных раздражителей пациент не жалуется.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Практически здоров (со слов пациента), аллергическую реакцию и инфекционные заболевания отрицает.

Развитие настоящего заболевания. Впервые пациент обратился к врачу-стоматологу 4 года назад с жалобами на попадание пищи между зубами 3.6 и 3.7 и небольшой дефект коронковой части зуба 3.6. Врач-терапевт поставил пломбу, которая частично разрушилась через год. Повторно обратился к стоматологу-терапевту, который поставил новую пломбу, также сколовшуюся.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Без видимых патологических изменений.

Осмотр полости рта. Зуб 3.6 — дефект пломбы на окклюзионной и апроксимально-дистальной поверхности. Перкуссия безболезненна. Электроодонтодиагностика (ЭОД) — 6 мм. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) — 0,4.

Зубная формула

0																0
18	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
48	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
0													I	П		

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта, дёсен, альвеолярного отростка и нёба. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, блестящая, равномерно увлажнённая. Межзубный десневой сосочек между зубами 3.6 и 3.7 отёчен и гиперемирован.

44 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

На рентгенограмме изменений в периапикальных тканях нет. Определяется патологический зубодесневой карман с дистальной стороны зуба 3.6.

Диагноз Частичный дефект коронковой части зуба 3.6 (II класс по Влеку).

План ортопедического лечения

Восстановить анатомическую форму зуба 3.6 металлической вкладкой и из золотосодержащего сплава.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Удалены остатки пломбы, в пределах здоровых тканей сформирована полость с параллельными боковыми стенками: сформировано основание полости, перпендикулярное боковым стенкам; образован скос (фальц) по краю сформированной полости. Снят двуслойный оттиск Л-силиконовой массой для изготовления вкладки из золотосодержащего сплава лабораторным методом. Снят оттиск альгинатной массой с верхней челюсти.

Вариант записи второго посещения

Вкладка, полученная из лаборатории, припасована в полости зуба 3.6. проверена точность прилегания, контактный пункт с зубом 3.7 и окклюзионные контакты. Вкладка передана технику для полировки. После полировки вкладка из золотосодержащего сплава фиксирована в полости зуба 3.6 на стеклоиономерный цемент.

Веление дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Корень зуба 1.2 отпрепарирован с целью некроэктомии размягченного дентина до плотных тканей. Корневой канал распломбирован на 2/3 и расширен при помощи развёрток. Припасован титановый анкерный штифт типоразмера 3 мм (фирмы •Anthogyr*), штифт зафиксирован на цинк-фосфатный цемент. Культевая часть восстановлена гелиокомпозитом «Филтек». Проведено препарирование созданной культи с формированием кругового пришеечного поддесневого) ступа. Получен двуслойный рабочий оттиск из А-силиконовой массы, вспомогательный оттиск получен альгинатной массой. Выполнена регистрация центральной окклюзии силиконовой массой.

Вариант записи второго посещения

Припасован металлический каркас искусственной коронки на культю зуба 1.2. Определён цвет керамической массы (А 2) при помощи стандартной расцветки фирмы «-Вита*».

Вариант записи третьего посещения

Проверена конструкция искусственной металлокерамической коронки зуба 1.2 в полости рта в различных окклюзиях с её последующей глазуровкой. Искусственная коронка восстанавливает межзубные контактные пункты и окклюзионные контакты с зубами и антагонистами. Цвет и форма удовлетворяет пациента. Выполнена постоянная фиксация искусственной коронки на стеклоиономерный цемент«Fuji 1*».

Пример 9. Полный дефект коронковой части зуба

Жаюбы. Дефект коронки 2.3 зуба.

Перенесенные и сопутствующие заболевания. Пациент страдает аллергическими реакциями на пыльцу цветущих растений и тополиный пух, лекарственной аллергии не наблюдалось. Хронический аллергический ринит.

Развитие настоящего заболевания. Зуб 2.3 восстановлен 5 лет назад при помощи анкерного штифта и гелиокомпозита, однако несколько дней назад во время приема пищи произошел перелом штифтовой конструкции, и коронковая часть отделилась.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Без видимых патологических изменений.

Обследование полости рта. Состояние зубов. Определяется полное разрушение коронковой части 2.3 зуба. Границы дефекта расположены на уровне клинической шейки зуба. Дно полости плотное, признаков вторичного кариеса нет, в области проекции канала корня определяется остаток металлического штифта из жёлтого металла. Извлечь внутрикорневой фрагмент штифта не удаётся.

Зубная формула

	п			п						Д		—		л	
1 8	1.7	1.6	1.5	1 4	1.3	1.2	1.1	2.1	22	23	24	25	26	27	28
48	4.7	4.6	4.5	44	43	42	4.1	3.1	3.2	3.3	34	3.5	36	3.7	38
		п											п		

Прикус. Физиологический — ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка дёсен, нёба, щёк, языка и альвеолярных отростков бледно-розового цвета, без патологических изменений, умеренно увлажнена.

Данные рентгеновских лабораторных исследований. На прицельном рентгенограмме определяется полная obturация корневого канала зуба 2.3 пломбировочным материалом до верхушки корня, заметен также анкерный штифт, достигающий до половины корня. Периодонтальная щель равномерная, признаков деструкции нет.

Диагноз. Полный дефект коронковой части зуба 2.3.

План ортопедического лечения (согласован с пациентом)

- Удалить остаток сломанного анкерного штифта с помощью высверливания.
- Сформировать культю коронковой части зуба 2.3 цельнолитой штифтово-культевой вкладкой из золотосодержащего сплава.
- Восстановить зуб 2.3 металлокерамической коронкой на каркасе из золотосодержащего сплава.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Проведено препарирование корня зуба 2.3. поэтапно высверлен анкерный штифт. Сформирована внутрнокорневая полость для цельнолитой вкладки. Выполнена прямая моделировка штифтово-культевой вкладки из моделировочной пластмассы. Пластмассовая модель вкладки передана в зуботехническую лабораторию.

Вариант записи второго посещения

Припасована и фиксирована на цинк-фосфатный цемент штифтово-культевая вкладка на зуб 2.3. Выполнено финишное препарирование культевой части вкладки. Получен рабочий оттиск из силиконовой массы «Спидекс», вспомогательный оттиск из альгинатной массы. Сделана регистрация центральной окклюзии при помощи силиконовой массы.

Вариант записи третьего посещения

Припасован металлический каркас искусственной коронки. Определён цвет керамической массы (А3) при помощи стандартной расцветки фирмы «Вита».

Вариант записи четвёртого посещения

Проверена конструкция искусственной коронки в полости рта в различных окклюзиях с последующим глазурированием. Искусственная коронка зафиксирована на цинк-фосфатный цемент. Цвет и форма искусственной коронки удовлетворяет пациента.

Пример 10. Частичная вторичная адентия нижней челюсти (I класс по Кеннеди), осложнённая феноменом Попова-Годона в области зубов 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, множественными дефектами твёрдых тканей зубов (применение съёмных пластиночных протезов с кнопочными фиксаторами на сохранённые корни)

Пациентка К. 35 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи и эстетический дефект.

Перенесенные и сопутствующие заболевания. Со слов пациентки практически здорова.

Развитие настоящего заболевания. Ранее протезирование не выполнялось. Зубы удаляли вследствие обострения хронического генерализованного пародонтита.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Носогубные складки выражены, открывание рта не ограничено, подчелюстные лимфоузлы не увеличены и безболезненны при пальпации.

Обследование полости рта. Зубоальвеолярное выдвигание в области зубов 1.7, 1.6, 2.6, 2.7 на 2-3 мм, кариозное разрушение зубов 1.7, 1.6 на 50% по ИРОГ13, 1.5 на 40%, 2.6 на 30%, 3.3, 3.5, 4.3 и 4.5 на 80%, 3.4 и 4.4 на 70%.

Зубная формула

0	п	п	п						п				л		0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0	0	0	К	К	Р	0	0	0	0	К	К	К	0	0	0

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Незначительная гиперемия в области зубов 3.4, 3.5, 4.4, 4.5. нормально увлажнена.

Данные рентгенографии. Зубы 3.3, 4.3 — каналы запломбированы до верхушки, изменений в периапикальных тканях нет.

Диагноз. Частичная вторичная адентия нижней челюсти (I класс по Кеннеди), осложнённая феноменом Попова—Годона в области зубов 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, множественными дефектами твёрдых тканей, ИРОПЗ: 1.7, 1.6 - 50%; 1.5 - 40%; 2.6 - 30%; 3.3, 4.3 - 80%; 3.4, 4.4 - 70%; 3.5, 4.5 - 80%.

План лечения

- Консультация и лечение у пародонтолога.
- Депульпирование зубов 3.5, 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.5 (ИРОПЗ >80%).
- Изготовление съёмных пластиночных протезов на нижнюю челюсть с

кнопочными фиксаторами на сохранённые корни.

Веление дневника ортопедического лечения*Вариант записи первого посещения*

Пациентка направлена в терапевтическое отделение на депульпацию зубов 3.5, 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.5 (ИРОПЗ >80%).

Распломбированы каналы зубов 3.5, 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.5, обработаны медикаментозно. Припасованы стандартные полимерные штифты «Авиценна», перебазированы акриловым моделировочным материалом. Каналы зубов 3.5, 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.5 закрыты временной повязкой «Septopack».

Вариант записи второго посещения

Сняты временные пломбы из материала «Septopack». каналы обработаны медикаментозно. Припасованы внутрикорневые цельно-литые шаровидные замковые фиксаторы на зубы 3.5, 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.5 и зафиксированы на постоянный цемент «Fuji». Припасованы тефлоновые втулки на внутрикорневые шаровидные замковые фиксаторы на зубы 3.5, 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.5 и сняты оттиски альгинатной массой «Уреел» для изготовления индивидуальной ложки на нижнюю челюсть.

Вариант записи третьего посещения

Припасована индивидуальная ложка на нижнюю челюсть. Снят функциональный оттиск «Zhermack», отлиты модели.

Вариант записи четвёртого посещения

Определено центральное соотношение челюстей и высоты нижнего отдела лица.

Вариант записи пятого посещения

Проверена конструкция зубного протеза на нижнюю челюсть с зубами в полости рта.

Вариант записи шестого посещения

Припасован и наложен съёмный пластиночный протез на нижнюю челюсть при частичной вторичной адентии с кнопочными фиксаторами. Дан совет по пользованию и уходу за зубным протезом.

Вариант записи седьмого посещения

Проведена коррекция зубного протеза.

Пример 11. Частичная вторичная адентия нижней челюсти, осложнённая снижением высоты нижнего отдела лица (несъёмные протезы с опорой на имплантаты)

Жсиобы. Нарушение функции жевания и эстетики в связи с отсутствием зубов нижней челюсти и уменьшением размеров нижней части лица.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Тяжёлой сопутствующей патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Со слов пациента, аллергией не страдает. Гастрит.

Развитие настоящего заболевания. Пациент (49 лет). Премоляры и моляры на нижней челюсти удалены в течение последних Ю лет в связи с неэффективностью лечения кариеса и его осложнений. По мере потери зубов менялся прикус (глубина резцового перекрытия) и конфигурация лица.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Конфигурация лица изменена. Высота нижнего отдела лица снижена на 2 мм. Выражены носогубные складки, открывание рта в полном объёме, лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны, подвижны.

Обследование полости рта. Нижний зубной ряд имеет концевой дефект справа, ограниченный клыком, и включённый дефект с левой стороны. В области отсутствующих зубов альвеолярный отросток атрофирован на 1/2 его высоты, слизистая оболочка без видимых патологических и изменений.

Зубная формула

0	к	п	п	с	и	и	и	п	и	и	п	п	к	к	0
18	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	28
48	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	38
0	0	0	0	0	с	и	и	и	с	п	к	0	0	к	0

Прикус. Ортогнатический с глубоким резцовым перекрытием.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Бледно-розового цвета, равномерно увлажнена, без видимых патологических изменений.

Данные рентгенологического обследования. На панорамной рентгенограмме отмечается резорбция межальвеолярных перегородок, вер-

тиказная резорбция костной ткани и проявления глубоких костных карманов.

Диагноз. Частичная вторичная адентия нижней челюсти (I класс по Кеннеди), осложнённая снижением высоты нижнего отдела лица.

План ортопедического лечения

- Направить пациента для компьютерной томографии с оценкой плотности костной ткани челюсти.
- Изготовить диагностические модели.
- Восстановить физиологические размеры нижнего отдела лица и нижний зубной ряд при помощи временного съёмного пластиночного протеза.
- После перестройки миотатического рефлекса изготовить хирургическим шаблоном (в индивидуально настроенном артикулягоре) с разметкой мест постановки будущих имплантатов и пластиночный немедленный протез с кламмерной фиксацией.
- Провести операцию имплантации зубов.
- Изготовить цельнолитые мостовидные протезы с керамикой — облицовка и с опорами на имплантаты в области зубов 4.4.4.5, 4.7.
- Изготовить одиночные цельнолитые коронки, облицованные керамической массой и с опорами на имплантаты в области зубов 3.5, 3.6.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Для изготовления диагностических моделей получены рабочий и вспомогательный оттиски с верхней и нижней челюстей альгинатной массой.

Вариант записи второго посещения

При помощи восковых базисов с окклюзионными валиками проведена регистрация центрального соотношения челюстей, и зафиксированы восковые базисы с окклюзионными валиками.

Вариант записи третьего посещения

Проверена восковая конструкция с зубами съёмного пластиночного протеза в полости рта.

Вариант записи четвёртого посещения

Временный съёмный пластиночный протез наложен на протезное ложе в полости рта. В проекции болевых точек выполнена коррекция протеза и коррекция суперконтактов. Даны рекомендации

по пользованию съёмным протезом, его гигиене, а также по облегчению процесса адаптации.

Вариант записи пятого посещения

Как установлено при осмотре, определяются протезные травматические эрозии в области рстромолярного пространства справа. Проведена коррекция зубного протеза.

Вариант записи шестого посещения

Пациент полностью адаптировался к съёмному протезу, миотати- ческий рефлекс перестроился, завершился горизонтальный сдвиг нижней челюсти. Имеется множественный окклюзионный контакт по всему зубному ряду.

Получен рабочий и вспомогательный оттиски силиконовой массой для изготовления пластиночного имедиат-протеза и хирургического шаблона.

Вариант записи седьмого посещения

Проведена регистрация центральной окклюзии в положении восстановленной высоты нижнего отдела лица при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками. Наложена лицевая дуга для переноса положения нижней челюсти относительно шарнирной оси артикулятора для изготовления прикусного шаблона и имедиат- протеза.

Вариант записи восьмого посещения

Припасован и наложен хирургический шаблон с разметкой мест постановки будущих имплантатов; выполнена корректировка окклюзии.

Вариант записи девятого посещения

Пациент направлен в хирургическое отделение для операции имплантации.

Припасован и наложен имедиат-протез на нижнюю челюсть.

Вариант записи десятого посещения

После постановки формирователей десны проведена коррекция имедиат-протеза на верхней челюсти и коррекция окклюзии.

Вариант записи одиннадцатого посещения

С помощью трансферов сняты оттиски силиконовой массой для изготовления цельнолитого мостовидного протеза с покрытием керамикой с опорами на имплантаты в области зубов 4.4, 4.5,

4.7 и одиночных коронок с опорами на имплантаты в области зу-

Вариант записи двенадцатого посещения

Снят иммеднаг-протез. устаноатены абатменты, припасован каркас мостовидного протеза, совместно с пациентом выбран цвет и форма искусственных зубов.

Вариант записи тринадцатого посещения

Устаноазены абатменты. примерен цельнолитой мостовидный протез с покрытием керамикой с опорами на имплантаты в области зубов 4.4, 4.5, 4.7 и одиночные коронки с опорами на имплантаты в области зубов 3.5, 3.6. Выверена окклюзия. Протез фиксирован в полости рта. Даны рекомендации по пользованию несъёмным зубным протезом с опорами на имплантаты и гигиеническому уходу за имплантатами.

Пример 12. Частичная вторичная адентия нижней челюсти (применение мостовидного протеза из композита, армированного волокном, изготовленного прямым способом)

Жа.юбы. Нарушение эстетики в связи с отсутствием зуба, видимого при улыбке.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Хронический гастрит.

Развитие настоящего заболевания. Месяц назад в результате травмы произошел полный вывих переднего зуба на нижней челюсти. Зуб утерян, реплантация его не проводилась.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Лицо симметрично, высота нижнего отдела не снижена, открывание рта в полном объеме. Лимфатические узлы челюстно-лицевой области не пальпируются.

Обследование полости рта. Отсутствует зуб 3.1, стоящие рядом зубы интактны.

Зубная формула

				п									п		
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4 8	4.7	4 6	4.5	4.4	4.3	4 2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3 6	3.7	3.8
		п						0					I п		I

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без видимых патологических проявлений.

Диагноз. Частичная вторичная адентия нижней челюсти (111 класс по Кеннеди).

План ортопедического лечения

Изготовить мостовидный протез из гелиокомпозита, армированного полимерным волокном, прямым методом.

Дневник ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

При помощи ультразвукового скелера снят твёрдый зубной налёт с зубов 3.3,3.2,4.1,4.2. Проведено кислотное протравливание поверхности эмали с язычной стороны гелем с ортофосфорной кислотой.

При помощи адгезивной техники (4-го поколения) выполнена фиксация папильного армирующего волокна «Рибонд», облицованного композитом, с язычной стороны зубов 3.3, 3.2. 4.1.4.2, с моделировкой отсутствующего зуба 3.1. Мостовидный протез из композита отшлифован и отпадирован. Даны рекомендации по пользованию мостовидным протезом.

Пример 13. Частичная вторичная адентия верхней челюсти, осложнённая непереносимостью металлических сплавов (применение цельнокерамического мостовидного протеза, содержащего синтеризированный каркас из окислов циркония)

Жаюбы. Нарушение функции жевания в связи с отсутствием двух зубов на верхней челюсти.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Аллергический ринит.

Развитие настоящего заболевания. 2 года назад проведено ортопедическое лечение с применением штампованно-паяного мостовидного протеза, после чего возникли неприятные ощущения в полости рта, выражающиеся в чувстве жжения слизистой оболочки полости рта и появлении сильного металлического привкуса. 6 мес назад мостовидный протез снят, после чего неприятные ощущения постепенно прошли. Обратился на консультацию для определения возможности ортопедического лечения с применением неметаллических материалов.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Лицо симметрично, высота нижнего отдела не снижена, открывание рта в полном объёме.

Обследование полости рта. Отсутствуют зубы 2.5 и 2.6. Зубы 2.4 и 2.7 ранее отпрепарированы под искусственные коронки, имеют пломбы, цвет культи этих зубов изменён.

Зубная формула

											п	0	0	п	
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	24	2.5	2.6	2.7	2.8
48	4.7	46	45	4.4	43	42	4.1	3.1	3.2	3.3	34	3.5	3.6	3.7	38
		п													

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней челюсти (III класс по Кеннеди), осложнённая непереносимостью металлических сплавов.

План ортопедического лечения

Изготовить мостовидный цельнокерамический протез с каркасом из сантеризированного диоксида циркония (опакуюю конструкцию).

Дневник ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты оттиски альгинатной массой с верхней и нижней челюстей для изготовления диагностических моделей, на которых техник воском смоделирует анатомическую форму зубов 2.4 и 2.7 для изготовления временных коронок путем их формования в оттиске. Выполнена регистрация центральной окклюзии с помощью А-силиконовой массы «O-Bite*».

Вариант записи второго посещения

Допрепарированы зубы 2.4 и 2.7 под цельнокерамические коронки с расположением пришеечного уступа под десной. С гипсовой модели, на которой проведена восковая моделировка зубов 2.4 и 2.7, получен оттиск А-силиконовой массой. Изготовлены временные коронки из композитного материала «Luxatemp» путём их прямого формования в оттиске в полости рта.

Получен рабочий оттиск с верхней челюсти из А-силиконовой массы «Silagum». Временные коронки фиксированы на безэвгенольный цемент «ТетроСет NE*».

Вариант записи третьего посещения

Припасован каркас мостовидного протеза из диоксида циркония в полости рта. Определён цвет мостовидного протеза.

Вариант записи четвертого посещения

Припасован цельнокерамический мостовидный протез, пациент удовлетворён протезом. Мостовидный цельнокерамический протез фиксирован в полости рта на зубы 2.4 и 2.7 при помощи композитного фиксирующего материала «РеппаСет*». Даны рекомендации по пользованию цельнокерамическим мостовидным протезом.

Пример 14. Частичная вторичная адентия верхней челюсти (применение цельнокерамического мостовидного протеза из стеклокерамики, полученного методом литьевого прессования)

Жсиобы. Нарушение эстетики в связи с отсутствием зуба, видимого при улыбке.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Аппендэктомия 5 лет назад, хронический тонзиллит.

Развитие настоящего заболевания. 3 мес назад в результате травмы произошёл перелом и полный вывих переднего зуба. Пациенту был изготовлен временный съёмный пластиночный протез на период заживления травмированной зоны. В настоящее время обратился для продолжения ортопедического лечения с целью изготовления мостовидного протеза.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Лицо симметрично, высота нижнего отдела не снижена, открывание рта в полном объёме. Подчелюстные лимфатические ухты увеличены и пальпация безболезненна.

Обыедование полости рта. Отсутствует зуб 2.1, стоящие рядом зубы интактны.

Зубная формула

								0						п	
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	26	2.7	28
48	4.7	46	45	44	4.3	42	4.1	3.1	32	3.3	3.4	3.5	3.6	37	3.8
		п					I		I			п			

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без видимых патологических проявлений.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней челюсти (111 класс по Кеннеди).

План ортопедического лечения

Изготовить транслюцентный мостовидный цельнокерамический протез.

60 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

Дневник ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты оттиски альгинатной массой с верхней и нижней челюстей для изготовления диагностических моделей, на которых техник воском смоделирует анатомическую форму отсутствующего зуба для изготовления временного мостовидного протеза путём его формования в оттиске. Регистрация центральной окклюзии с помощью А-силиконовой массы «*О-Вне*»

Вариант записи второго посещения

Под инфльтрационной анестезией зубы 1.1 и 2.2 отпрепарированы под цельнокерамические коронки с расположением пришеечного уступа на уровне десны. Культы зубов обработаны десенситайзером. С гипсовой модели, на которой проведена восковая моделировка зуба 2.1, получен оттиск С-силиконовой массой. Изготовлен временный мостовидный протез из композитного материала «*Luxatemp*» путём его прямого формования оттиском в полости рта.

Получен рабочий оттиск с верхней челюсти из А-силиконовой массы «*Silagum*». Временный мостовидный протез фиксирован на безэвгенольный цемент <« *ТетроСет НЕ*».

Определён цвет мостовидного протеза.

Вариант записи третьего посещения

Снят временный мостовидный протез. Припасован керамический каркас мостовидного протеза, полученного методом литьевого прессования из стеклокерамики. Культы зубов повторно обработаны десенситайзером, и временный мостовидный протез фиксирован на безэвгенольный цемент «*ТетроСет НЕ*».

Вариант записи четвёртого посещения

Припасован цельнокерамический мостовидный протез, пациент удовлетворён протезом. Выполнена адгезивная фиксация мостовидного цельнокерамического протеза в полости рта на зубы 1.1 и 2.2 при помощи композитного фиксирующего материала и адгезивной системы. Ланы рекомендации по пользованию цельнокерамическим мостовидным протезом.

**Пример 15. Частичная вторичная адентия
(II класс по Кеннеди)**

Жалобы. Плохая фиксация протеза и эстетические недостатки съёмной конструкции.

Перенесенные и сопутствующие заболевания. Страдает хроническим гастритом.

Развитие настоящего заболевания. Пациентка удаляла зубы в связи с осложненным кариесом. Больной 2 года назад изготовлен бюгельный протез на верхнюю челюсть с кламмерной фиксацией. В течение последних полутора лет отмечалась подвижность протеза, особенно при жевании, по причине плохой фиксации.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Без видимых патологических изменений. Общее состояние больной удовлетворительное.

Обследование полости рта. Зубные ряды и состояние лародонта зубов в норме, отсутствуют зубы 2.6, 2.7, 2.8.

Зубная формула

0		п		п							п		0	0	0
1.8	1.7	16	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	23	24	2.5	26	2.7	28
48	4.7	46	45	44	4.3	42	4 1	3.1	3.2	3.3	3.4	35	36	3.7	38
	п		п						п		п				

В полости рта имеется бюгельный протез с кламмерной фиксацией на зубы 1.7 и 2.5, изготовленный 2 года назад. При разговоре и улыбке отчётливо виден опорно-удерживающий кламмер на зубе 2.5. Протез подвижен при жевании.

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических проявлений.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней челюсти. II класс по Кеннеди.

План первого варианта ортопедического лечения

И зготовить малый седловидный протез с замковыми креплениями на зубы 2.3, 2.4.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Проведена инфильтрационная анестезия раствором артикаина (1.7 мд) в области зубов 2.3, 2.4. Снят оттиск с верхней челюсти первым сдоем силиконовой массой. Выполнена редакция десны зубов 2.3,2.4; одонтопрепарированис зубов 2.3, 2.4 Снят двуслойный рабочий оттиск с верхней челюсти силиконовой массой и вспомогательный описке нижней челюсти альгинатной массой. Изготовлены временные коронки путём их формирования в описке в полости рта. Определена центральная окклюзия Фиксированы временные коронки.

Вариант записи второго посещения

Припасован металлический каркас сочетанного протеза с замковым креплением на зубы 2.3.2.4. Определён цвет конструкционных материалов.

Вариант записи третьего посещения

Припасована изготовленная металлокерамическая конструкция. Металлокерамическая конструкция временно фиксирована на зубы силиконовой оттисковой массой. Снят оттиск с изготовленной металлокерамической конструкции с верхней челюсти силиконовой или альгинатной массой.

Вариант записи четвертого посещения

Проведено наложение изготовленного маюго седловидного протеза. коррекция окклюзии, фиксация опорных коронок на цемент под контролем покрывного протеза. Пациент обучен снятию и нало- жению маюго покрывного протеза, проведению гигиенических процедур. Пациент уведомлен о необходимости регулярного диспансерного наблюдения.

План второго варианта ортопедического лечения

- Депульпировать зубы 2.4,2.5 в связи с их разворотом по оси.
- Изготовить металлокерамические коронки на зубы 2.4, 2.5 и комбинированный бюгельный протез с замковым креплением на зубы 2.4. 2.5 и клammerной фиксацией па зуб 1.7.

Ведение дневника ортопедическою лечения

Вариант шписи первого посещения

Сняты описки атьшнатной массой с верхней челюсти для изготовления временных коронок на зубы 2.4, 2.5. Зубы 2.4, 2.5 препарированы под метапокерамические коронки. Снят двуслойный оттиск

с верхнем челюсти для изготовления металлокерамических коронок и вспомогательный оттиск с нижней челюсти альгинатном массой Проведена регистрация центральной окклюзии силиконовой массой. Припасованы временные коронки на зубы 2.4, 2.5, перебазированы полимером «Снэп» и зафиксированы на временный цемент «Темп Бонд».

Вариант записи второго посещения

Припасован каркас металлокерамических коронок на зубы 2.4,

2.5. Определен цвет зубов по стандартной расцветке.

Вариант записи третьего посещения

Припасованы металлокерамические коронки на зубы 2.4. 2.5, сняты оттиски альгинатной массой для изготовления бюгельного протеза замковой фиксацией. Временные коронки на зубы 2.4, 2.5 зафиксированы с помощью временного цемента.

Определено центральное соотношение челюстей.

Вариант записи четвёртого посещения

Припасован каркас бюгельного протеза на верхнюю челюсть

Вариант записи пятого посещения

Припасован и наложен сочетанный протез: бюгельный протезе замковым креплением на зубах 2.4, 2.5 и кламмерным креплением на зуб 1.7 одновременно с фиксацией металлокерамических коронок на стеклоиономерный цемент«*Fuji 1*».

Вариант записи шестого посещения

Проведена коррекция бюгельного протеза на верхнюю челюсть Даны рекомендации по пользованию зубным протезом.

Пример 16. Частичная вторичная адентия (I класс по Кеннеди), пародонтит лёгкой степени (применение съёмного пластиночного протеза, или сочетанных протезов, или искусственных коронок с опорой на имплантаты)

Жа.юбы. Затруднение при пережевывании пищи вследствие отсутствия жевательных зубов с обеих сторон верхней челюсти.

Перенесенные и сопутствующие заболевания. Хронический тонзиллит.

Развитие настоящего заболевания Зубы были последовательно удалены в течение последних 11 лет в связи с несвоевременным лечением кариеса. Зубными протезами пациент никогда не пользовался.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Лицо симметрично, высота нижнего отдела не снижена.

Обетование полости рта. При осмотре в полости рта выявляются двусторонние концевые дефекты зубных рядов верхней челюсти. Отсутствуют тубы 1.8.1.7.1.6. 1.5. 2.6, 2.7, 2.8. Степень атрофии пародонта имеющихся зубов составляет 1/4 нормы. Отмечается атрофия Альвеолярного ребня 1 степени.

Зубная формула

0	0	0	0										0	0	0
ТВ	1 7	16	1.5	1 4	13	1.2	11	2.1	22	2.3	24	2.5	26	27	28
48	4 7	46	45	44	43	4.2	41	31	и	3.3	34	35	36	37	38
		п	п							п	п		п		п

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических проявлений.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней челюсти 1 класса по Кеннеди, генерализованная форма пародонтита лёгкой степени.

План первого варианта ортопедического лечения

Изготовить съёмный пластиночный протез на верхнюю челюсть.

Веление дневника ортопедического лечения

Вариант шписи первого посещения

Сняты оттиски с верхней и нижней челюстей альгинатной массой

Вариант записи второго посещения

Определено центральное соотношение челюстей с помощью восковых базисов с окклюзионными валиками.

Вариант записи третьего посещения

Проверена конструкция пластиночного протеза.

Вариант записи четвёртого посещения

Припасован и наложен пластиночный протез с гнутыми **Кламмерами** на зубы 1.4 и 2.5.

Выполнена коррекция протеза.

План второго варианта ортопедического лечения

Изготовить бюгельный протезе замковыми креплениями.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получены оттиски альгинатной массой с верхней челюсти для изготовления временных коронок.

Вариант записи второго посещения

Зубы 1.4, 1.3, 2.4, 2.5 отпрепарированы под металлокерамические коронки — опоры для бюгельного протеза. Временные коронки из пластмассы, изготовленные в полости рта с помощью оттиска, фиксированы на временный цемент.

Получен двуслойный оттиск с предварительной ретракцией десны с верхней челюсти и оттиск альгинатной массой с нижней челюсти для изготовления металлокерамических коронок.

Выполнена регистрация центральной окклюзии.

Вариант записи третьего посещения

Припасован каркас металлокерамических коронок. Определён цвет зубов по стандартной расцветке.

Вариант записи четвертого посещения

Припасованы металлокерамические коронки с элементами замковых креплений. Получен оттиск силиконовой массой. Определено центральное соотношение челюстей.

Вариант записи пятого посещения

Припасован каркас бюгельного протеза. Проверена конструкция протеза.

Вариант записи шестого посещения

Припасован и наложен бюгельный протез; металлокерамические коронки фиксированы на постоянный цемент.

Вариант записи седьмого посещения

Проведена коррекция бюгельного протеза. Даны рекомендации по пользованию протезом.

План третьего вариант ортопедического лечения

- Проверить окклюзионные контакты в положении центральной окклюзии и при движениях нижней челюсти.
- Изготовить искусственные коронки с опорами на имплантаты в области зубов 1.7, 1.6, 1.5 и 2.6, 2.7.

Веление дневника ортопедического лечения*Вариант записи первого посещения*

Сняты диагностические оттиски с верхней и нижней челюстей, определены места расположения имплантатов. Спланирована конструкция протеза. Сняты оттиски с верхней и нижней челюстей для изготовления временного съёмного протеза на верхнюю челюсть.

Вариант записи второго посещения

Определено и зафиксировано положение челюстей в центральной окклюзии при помощи воскового шаблона. Выбраны искусственные зубы

Вариант записи третьего посещения

Проверена конструкция протеза. Припасован и наложен временный съёмный пластиночный протез.

Вариант записи четвёртого посещения

Выбраны абатменты. Припасована индивидуальная оттискная ложка для снятия открытого оттиска с верхней челюсти. Установлены оггискные трансферы. Снят оттиск жидкотекучим силиконовым материалом. Снят вспомогательный оттиск с нижней челюсти альгинатной массой. Определено и зафиксировано положение челюстей в иешральной окклюзии при помощи воскового шаблона.

Вариант записи пятого посещения

Припасован каркас металлокерамических коронок. Определён цвет облицовки.

Вариант записи шестого посещения

Припасованы металлокерамические коронки. Коронки фиксированы на временный цемент.

Вариант записи седьмого посещения

Выполнена постоянная фиксация коронок на стеклоиономерный цемент. Даны рекомендации по пользованию зубным протезом.

Пример 17. Частичная адентия верхней и нижней челюстей (I класс по Кеннеди), осложнённая синдромом артикуляционной дисфункции (лечебная дезокклюзия с применением пластмассовых капп и съёмного пластиночного протеза)

Жаюбы. Грубые щелчки в обоих ВНЧС во время открывания рта; трудно найти удобное положение нижней челюсти, её хочется постоянно куда-то сдвинуть; усталость жевательных мышц, иногда сустав неожиданно «застревает» во время открывания рта; боль в суставах при движении нижней челюсти, а также в покое.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Со слов пациента, практически здоров.

Развитие настоящего заболевания. Считает себя больной около 6 мес. Появление жалоб связывает с протезированием.

Данные объективного обследования

Внешний вид без изменений. Пальпация ВНЧС резко болезненная, определяются грубые щелчки при обследовании артикуляции, амплитуда движений головок нижней челюсти увеличена. При первых движениях открывания рта обнаруживается препятствие, которое головки преодолевают со щелчком. При пальпации жевательных мышц определяется напряжённость и болезненность в крыловидной мышце с обеих сторон.

Зубная форму ла

0	0	0	0	0								0	0	0	0	0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
												к	Ф	к		

Осмотр полости рта. Больная пользуется несъёмными протезами на нижней челюсти и съёмным (бюгельным) протезом на верхней челюсти. На протезах верхней челюсти жевательные группы зубов расположены несимметрично с обеих сторон, окклюзии и артикуляция не выверены. Состояние слизистой оболочки без видимых патологических изменений, умеренно увлажнена.

Прикус. Прямой.

Данные рентгенографии. На рентгенограммах левого ВНЧС расширение суставном щели в верхнем отделе, в правом — сужение.

Диагноз. Частичная адентия верхней и нижней челюстей (I класс по Кеннеди), осложнённая синдромом артикуляционной дисфункции.

План ортопедического лечения

- Снять несъёмные протезы с зубов нижней челюсти.
- Изготовить временный съёмный пластиночный протез на верхнюю челюсть, создав чёткую окклюзионную кривую и расположив жевательные группы зубов симметрично с обеих сторон,
- Изготовить временные пластмассовые коронки (каппы) на все зубы нижней челюсти, подняв высоту нижнего отдела лица на 2/3 расстояния между высотой нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя и при смыкании в положении центральной окклюзии для лечения синдрома артикуляционной дисфункции ВНЧС.

Дневник ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Снят оттиск с верхней челюсти для изготовления временного съёмного протеза.

Вариант записи второго посещения

Припасован временный съёмный пластиночный протез на верхней челюсти. Снят оттиск с нижней челюсти для изготовления временной пластмассовой каппы на все зубы нижней челюсти и оттиск вместе с временным съёмным протезом — с верхней челюсти.

Вариант записи третьего посещения

Определена высота нижнего отдела лица в положении центральной окклюзии. Высоту' нижнего отдела лица необходимо поднять на 2/3 расстояния между высотой нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя и при смыкании в положении центральной окклюзии за счёт нижнего окклюзионного валика.

Вариант записи четвёртого посещения

Припасована временная пластмассовая каппа на зубы нижней челюсти, фиксирована цементом, на верхнюю челюсть наложен временный съёмный протез. Рекомендована коррекция положения суставных головок нижней челюсти раз в 7 дней за счёт коррекции временных протезов на нижней челюсти.

Вариант записи пятого посещения

Рациональное протезирование после полного излечения ВНЧС.

Пример 18. Частичная вторичная адентия верхней челюсти (III класс IV подкласс по Кеннеди), осложнённая множественными дефектами твёрдых тканей зубов

Жсиобы. Затруднения при откусывании и пережёвывании пищи, косметический дефект.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Дисбактериоз, язвенный коллит.

Развитие настоящего заболевания. Зубы 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.4, 2.5, 2.6 были ранее удалены по причине осложнений кариеса.

Данные объективного обследования

Зубная формула

	0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0		0
1 8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1 1	2.1	2.2	2.3	24	2.5	2.6	2.7	28
48	47	46	4.5	44	4.3	42	4.1	3.1	3.2	33	3.4	35	3.6	3.7	38
0	0	к	0	0	к				п		к	к	0	к	0

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка ярко-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней челюсти (111 класс IV подкласс по Кеннеди), осложнённая множественными дефектами твёрдых тканей зубов.

План ортопедического лечения

Изготовить съёмный пластиночный протез на верхнюю челюсть с кламмерной фиксацией на зубы 1.3, 2.3, 2.7.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты альгинатные оттиски с верхней и нижней челюстей, отлиты модели.

Вариант записи второго посещения

Определена центральная окклюзия. Определён и согласован с пациентом цвет искусственных зубов.

Вариант записи третьего посещения

Проверена конструкция пластиночного съёмного протеза на верхнюю челюсть.

Вариант записи четвёртого посещения

Пластиночный съёмный протез наложен на верхнюю челюсть. Пациенту даны практические рекомендации по уходу за протезом. ***Вариант записи пятого посещения***

Проведена коррекция пластиночного съёмного протеза на верхнюю челюсть.

Обследование полости рта.

	к	к	к	п	п						к	к	п	к	
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0							0	0							0

[illegible]

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка гиперимирована. отечна, дёсны легко кровоточат при зондировании зубо-десневых карманов. В области зубов 3.3, 3.2, 4.2, 4.3 имеются над- и поддесневые зубные отложения. Из зубодесневых карманов зубов 4.2, 3.2 отмечаются выделения белого жёлтого цвета и патологическая подвижность 111 степени.

Данные рентгеновских лабораторных исследований. На ортопантограмме: компактная пластинка края нижней челюсти однородна на всём протяжении. Нижнечелюстной канал прослеживается на всём протяжении. Структура костной ткани тела нижней челюсти крупнопетлистая. Неравномерная резорбция альвеолярной кости нижней челюсти в области зубов 4.2, 3.2 более 3/4 длины корней, в области зубов 4.7, 4.6, 4.5, 4.3, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6 — на 1/2 длины корней. На верхней челюсти — неравномерная резорбция альвеолярного края в области зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 на 1/2 длины корней. Зубы 1.4, 2.5, 2.7 лечены по поводу осложнённого кариеса, периапикальные ткани — без патологических изменений. Структура костной ткани верхней челюсти мелкоячеистая.

Диагноз. Частичная вторичная адентия нижней челюсти, IV класс по Кеннеди, осложнённая генерализованным пародонтитом среднетяжёлой степени, деформацией зубных рядов.

План лечения

- Избирательное шлифование зубов.
- Удаление зубов 4.2, 3.2.
- Изготовление шинирующего бюгельного протеза на нижнюю челюсть.
- Шинирование фронтальной группы зубов с помощью адгезивной шины.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты альгинатные оттиски с верхней и нижней челюстей, отлиты модели.

Вариант записи второго посещения

Определена центральная окклюзия при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками.

Вариант записи третьего посещения

Припасован каркас бюгельного протеза на нижнюю челюсть.

Определён и согласован с пациентом цвет искусственных зубов. *Вариант записи четвёртого посещения*

Проверена конструкция бюгельного протеза на нижнюю челюсть.

Вариант записи пятого посещения

Наложён бюгельный протез на нижнюю челюсть, выверены окклюзионные соотношения при помощи артикуляционной бумаги. Пациенту даны практические рекомендации по уходу за бюгельным протезом.

Вариант записи шестого посещения

Проведена коррекция бюгельного протеза на нижнюю челюсть.

Пример 20. Частичная вторичная адентия верхней челюсти (IV класс по Кеннеди)

Жалобы, Затруднения при откусывании и пережевывании пищи, косметический дефект.

Перенесенные и сопутствующие заболевания. Со слов пациента, практически здоров.

Развитие настоящего заболевания. В результате травмы 3 недели назад удалены зубы 1.2, 1.1, 2.1. 2.2.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Без видимых патологических изменений.

Обследование полости рта. Пломба в пришеечной области зуба 1.4, цвет зуба изменён.

Зубная формула

			п		0	0	0	0							
18	121.	1.6	1 5	1 4	1 3	1 2	11	21	22	23	24	25	26	2.7	28
48	4 7	46	4 5	4 4	43	42	4 1	3.1	32	33	34	35	3.6	37	3.8
			п									п			

Прикус. Орто г н оти ч е с к и й.

Состояние елизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений.

Данные рентгеновских лабораторных исследований. В области зуба 1.4 периодонтальная шель прослеживается на всём протяжении, без патологических изменений.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней челюсти, IV класс по Кеннеди.

План первого варианта ортопедического лечения

Изготовить металлокерамический мостовидный протез с опорами на зубы 1.4, 1.3, 2.3.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты альгинатные оттиски с верхней и нижней челюстей, отлиты модели
Определена центральная окклюзии при помощи силиконовой массы.

записи второго посещения

Отпрепарированы зубы 1.4, 1.3, 2.3. Припасована, перебазирована и зафиксирована пластмассовая каппа на временный цемент с опорами на зубы 1.3, 2.3.

Вариант записи третьего посещения

Снята временная каппа. Поставлены ретракионные нити. Снят двуслойный силиконовый оттиск с верхней челюсти и альгинатный оттиск с нижней челюсти. Определена центральная окклюзия при помощи силиконовой массы. Временная каппа с опорами на зубы 1.4, 1.3, 2.3 зафиксирована на временный цемент.

Вариант записи четвёртого посещения

Снята временная каппа с зубов 1.4, 1.3, 2.3. Припасован каркас мостовидного протеза с опорами на зубы 1.4, 1.3, 2.3. Определён и согласован с пациентом цвет керамической облицовки. Пластмассовая каппа с опорами на зубы 1.4, 1.3, 2.3 зафиксирована на временный цемент.

Вариант записи пятого посещения

Состояние удовлетворительное. Снята временная каппа с опорами на зубы 1.4, 1.3, 2.4. Припасован металлокерамический мостовидный протез с опорами на зубы 1.4, 1.3, 2.3. Мостовидный протез фиксирован на цинк-фосфатный цемент. Пациенту даны практические рекомендации по уходу за протезами.

План второго варианта ортопедического лечения

Консультация имплантолога для согласования вопроса об изготовлении металлокерамических искусственных коронок с опорой на имплантаты в области отсутствующих зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2.

- Этап I. Изготовить временный съёмный пластиночный протез на верхнюю челюсть.

- Этап 2. Выполнить протезирование на имплантатах.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Снят временный пластиночный протез верхней челюсти. На месте удалённых формирователей десны установлены трансферы, снят двуслойный силиконовый оттиск с верхней челюсти, снят альгинатный оттиск с нижней челюсти. Определена центральная окклюзия. Установлены формирователи десны, наложен съёмный пластиночный протез на верхнюю челюсть.

76 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

Вариант записи второго посещения

На месте удаленных формирователей десны установлены абат-менты. Припасованы каркасы металлокерамических коронок на имплантаты в области зубов 1.2, 1.1.2.1, 2.2. Определён и согласован с пациентом цвет керамического покрытия. Припасованы временные каппы на имплантаты в области отсутствующих зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, каппа зафиксирована на временный цемент.

Вариант записи третьего посещения

С имплантатов в области отсутствующих зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 снята временная каппа Металлокерамические коронки припасованы на имплантаты и зафиксированы на цинк-фосфатный цемент. Даны рекомендации по пользованию зубными протезамзз.

Пример 21. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (применение металлокомпозитного мостовидного протеза с опорой на имплантаты)

Жсиобы. Нарушение функции жевания в связи с отсутствием зубов на нижней челюсти.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Гипертоническая болезнь.

Развитие настоящего заболевания. Зубы на нижней челюсти удалены в связи с обострением хронического периодонтита и разрушения коронковой части кариозным процессом. Со времени удаления зубов на нижней челюсти прошло 2 года. 6 мес назад проведена операция имплантации. Пациент обратился для последующего ортопедического лечения.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Лицо симметрично, высота нижнего отдела не снижена, открывание рта в полном объеме.

Обследование полости рта. Отсутствуют зубы 3.4, 3.5, 3.6. В области отсутствующих зубов 3.4. 3.6 определяются формователи десны Имеется мостовидный металлополимерный протез с опорой на зубы 2.4,2.7.

Зубная формула

			п	п	п						к	Ф	Ф	к	
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	24	2.5	26	2.7	28
48	47	46	4.5	4.4	4.3	42	4.1	3.1	32	3.3	3.4	3.5	36	37	3.8
		п									и	0	и		

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка полости рта в области формователей десны бледно-розового цвета. без видимых патологических проявлений.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, состояние после дентальной имплантации.

План ортопедического лечения

Изготовить металлокомпозитный мостовидный протез с опорой на имплантаты в области отсутствующих зубов 3.4 и 3.6 с каркасом

из титанового сплава и облицовкой гелиокомпозитом «Джи Си Гра-диа» при помощи плазмонапылённой ретенционной системы.

Дневник ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Удалены формирователи десны. На месте удалённых формирователей десны установлены слепочные трансферы. Снят рабочий двуслойный силиконовый оттиск нижней челюсти и вспомогательный оттиск с верхней челюсти из альгинатного материала. Установлены формирователи десны. Регистрация центральной окклюзии с помощью А-силиконовой массы «O-Bite».

Вариант записи второго посещения

Удалены формирователи десны. На месте формирователей десны установлены абатменты. Припасован каркас мостовидного протеза из титанового сплава с опорами на имплантаты. Определён и согласован с пациентом цвет зубов. Изготовлен временный мостовидный протез из композитного материала «Luxatemp» путем их прямого формования в оттиске в полости рта. Временный мостовидный протез фиксирован на абатменты имплантатов при помощи безэвгенольного цемента <« ТетроСет NE».

Вариант записи третьего посещения

Припасован титанокompозитный мостовидный протез с опорами на имплантаты, пациент удовлетворен протезом. Мостовидный протез зафиксирован в полости рта на имплантаты 3.4 и 3.6 в области отсутствующих зубов при помощи композитного фиксирующего материала «РегтаСет». Даны рекомендации по пользованию мостовидным протезом и гигиеническому уходу за имплантатами.

Пример 22. Частичная вторичная адентия нижнего зубного ряда (I класс по Кеннеди), осложнённая глубоким резцовым перекрытием, снижением высоты нижнего отдела лица

Жа,юбы. I(арушные функции жевания и эстетики в связи с уменьшением нижней части лица.

Перенесенные и сопутствующие заболевания. Пациент 5 лет назад перенёс инфекционный гепатит В. Лекарственных аллергических реакций ранее не наблюдалось. Болеет хроническим неспецифическим гепатитом.

Развитие настоящего заболевания. Премоляры и моляры на нижней челюсти удалены в течение последних 10 лет в связи с неэффективностью лечения периодонтита и его обострений, а также разрушением коронковой части этих зубов. По мере потери зубов менялся прикус (глубина резцового перекрытия) и конфигурация лица.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Высота нижнего отдела лица снижена на 2 мм. Выражены носогубные складки.

Обследование полости рта. Нижний зубной ряд имеет двусторонний концевой дефект, ограниченный клыками. В области отсутствующих зубов альвеолярный отросток атрофирован на 1/2, слизистая оболочка без патологических изменений.

Зубная формула

п	п	п										п			п	п
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	13	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	47	46	4.5	4.4	4.3	4.2	41	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	38 !	
0	0	0	0	0							0	0	0	0		

Прикус. Патологический — глубокое резцовое перекрытие.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка дёсен, нёба, щёк, языка и альвеолярных отростков без патологических изменений.

Данные рентгеновских лабораторных исследований. На ортопантомограмме зубных рядов признаков деструкции костной ткани пародонта не определяется.

Диагноз. Частичная вторичная адентия нижней челюсти (I класс по Кеннеди), осложнённая глубоким резцовым перекрытием, снижением высоты нижнего отдела лица.

План ортопедического лечения

- Восстановить физиологические размеры нижнего отдела лица и нижний зубной ряд при помощи временного съёмного пластиночного протеза.
- После перестройки миотатического рефлекса изготовить бю-гельный протез клам.черной фиксацией.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получены рабочий и вспомогательный оттиски с верхней и нижней челюстей альгинатной массой.

Вариант записи второго посещения

При помощи восковых базисов с окклюзионными валиками проведена регистрация и фиксация центрального соотношения челюстей с восстановлением ортогнатического прикуса.

Вариант записи третьего посещения

Проверена конструкция съёмного пластиночного протеза в полости рта. Протез восстановил окклюзионные взаимоотношения верхнего и нижнего зубных рядов, а также межальвеолярную высоту.

Вариант записи четвёртого посещения

Съёмный пластиночный протез припасован и наложен на протезное ложе. В проекции болевых точек проведена коррекция протеза. Выполнена коррекция суперконтактов. Даны рекомендации по пользованию съёмным протезом, его гигиене и по облегчению процесса адаптации.

Вариант записи пятого посещения

Как установлено при осмотре, определяются протезные травматические эрозии в области уздечки языка и ретромолярного пространства справа. Проведена коррекция протеза.

Вариант записи шестого посещения

Пациент полностью адаптировался к съёмному протезу, миотатический рефлекс перестроился, завершился горизонтальный сдвиг нижней челюсти. Имеется множественный окклюзионный контакт по всему зубному ряду. Пациент готов к изготовлению постоянного протеза.

Получены рабочий и вспомогательный оттиски альгинатной массой «Инин».

Вариант записи седьмого посещения

Проведена регистрация центральной окклюзии в положении восстановленной высоты нижнего отдела лица при помощи восковых башков с окклюзионными валиками. Совместно с зубным техником выполнена параллелометрия рабочей гипсовой модели и планирование конструкции бюгельного протеза.

Вариант записи восьмого посещения

Проведена проверка и припасовка металлического каркаса бюгельного протеза в полости рта. Элементы металлического каркаса соответствуют нужному положению на протезном ложе. Окклюзионные накладки не нарушают окклюзии, кламмерная система обеспечивает адекватную фиксацию каркаса.

Вариант записи девятого посещения

Проверена правильность постановки зубов на восковых базисах бюгельного протеза. Искусственные зубы восстанавливают целостность нижнего зубного ряда, высоту нижнего отдела лица, ортогнатический прикус и фиссурно-бугорковые контакты с зубами-антагонистами.

Вариант записи десятого посещения

Припасован и наложен бюгельный протез. Окклюзионные контакты искусственных зубов проверены при помощи артикуляционной бумаги. Даны рекомендации по пользованию бюгельным протезом.

Вариант записи одиннадцатого посещения

Адаптация к бюгельному протезу проходит без осложнений. Состояние слизистой оболочки в области протезного ложа удовлетворительное, травматических эрозий нет.

Пример 23. Частичная вторичная адентия верхнего зубного ряда (I класс по Кеннеди), осложнённая локализованной формой пародонтита

Ж(иобы). Нарушение функции жевания и эстетики; подвижность зубов.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Сахарный диабет, в настоящее время компенсированная форма.

Развитие настоящего заболевания. Моляры и вторые премоляры верхней челюсти удалены по поводу осложнений кариеса. Ранее пользовался мостовидными протезами. Однако в течение последнего года в связи с потерей зубов протезов не было. В последнее время пациент стал замечать, что оставшиеся зубы стали подвижными.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Высота нижнего отдела лица не снижена.

Обследование полости рта и состояние зубов. Определяется двусторонний концевой дефект верхнего зубного ряда, ограниченного справа и слева первыми премолярами. Шейки и корни верхних фронтальных зубов оголены на 1/4, выявляется их патологическая подвижность I степени и гиперестезия. В области отсутствующих зубов альвеолярный отросток атрофирован на 1/3.

Зубная формула

0	0	0	0										0	0	0	0
18	1.7	16	15	14	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	23	24	2.5	2.6	2.7	28	
48	47	46	45	44	43	4.2	4.1	3.1	32	3.3	3.4	35	3.6	3.7	38	

Прикус Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка нёба, щёк, языка и альвеолярных отростков в области отсутствующих зубов без патологических изменений. Маргинальный край десны в области зубов 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 умеренно гипертрофирован, имеются патологические карманы, глубина которых составляет 1,0-1.5 мм.

Данные рентгеновских лабораторных исследований. На ортопантомограмме зубных рядов заметны начальные признаки деструкции костной ткани пародонта. Убыль костной ткани межзубных перегородок составляет 1/4.

Диагноз. Частичная адентия верхнего зубного ряда, 1 класс по Кеннеди, осложнённая локализованной формой пародонтита средней степени.

План ортопедического лечения

- Терапевтическое лечение пародонтита.
- Депульпирование зубов 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 в связи с деформацией зубов, явлениями пародонтита и оголением корней 1\б\ов на 1/4 с явлениями их гиперестезии.
- Объединение оставшихся зубов в блок при помощи шинирующей коронковой конструкции (соединённые искусственные металлокерамические коронки).
- Восстановление целостности верхнего зубного ряда при помощи бюгельного протеза с замковой системой фиксации (сочетанные зубные протезы). Замки кнопочные, с полулабильной фиксацией.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Проведена терапевтическая подготовка зубов к ортопедическому лечению, зубы депульпированы. На рентгенограммах: каналы зубов 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 полностью запломбированы пломбировочным материалом до вершук корней. Удалены зубные отложения.

Зубы отпрепарированы под металлокерамические искусственные коронки, с вестибулярной стороны сформирован поддесневой уступ, с небной стороны — скошенный уступ.

Выполнена ретракция десны нитями с эпинефрином. Получен рабочий двуслойный оттиск из силиконовой массы «Альфасил-П» и вспомогательный оттиск из альгинатной массы.

По предварительному оттиску изготовлены временные полимерные коронки из материала «Снеп», которые припасованы и фиксированы на беззвенольный временный цемент «Темп Бонд». *Вариант записи второго посещения*

Проведена регистрация центральной окклюзии при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками.

Вариант записи третьего посещения

Припасован металлический цельнолитой каркас шинирующей коронковой конструкции. Определён цвет керамической массы (С 1) при помощи стандартной расцветки фирмы «Вита».

Вариант записи четвертого посещения

Припасована металлокерамическая конструкция. Повторно определена центральная окклюзия при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками.

Получен рабочий оттиск из альгинатной массы «Ипин» с установленной металлокерамической конструкцией.

Вариант записи пятого посещения

Проверен сочетанный зубной протез в полости рта. Проверена правильность постановки искусственных зубов на бюгельном протезе.

Вариант записи шестого посещения

Выполнена постоянная фиксация сочетанного зубного протеза на стеклоиномерный цемент «Fuji 1».

Вариант записи седьмого посещения

Проверено введение и выведение бюгельного протеза.

Поскольку в области преддверия полости рта справа имеется травматическая эрозия, сделана коррекция бюгельного протеза. Даны рекомендации по облегчению адаптации к съёмному зубному протезу.

Пример 24. Частичная вторичная адентия, осложнённая прямым травматическим узлом (применение шинирующего мостовидного протеза)

Жалобы. Затруднения при пережёвывании пищи, подвижность мостовидного протеза на нижней челюсти справа, кровоточивость десны.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Со слов пациента, практически здоров. Адлер! ические реакции на анестетики и другие медикаментозные средства отрицает.

Развитие настоящего заболевания. Мостовидный протез на зубах нижней челюсти изготовлен 2 года назад. Пациент ощущал дискомфорт при жевании. Подвижность зубов и болевые ощущения появились около года назад.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Видимых патологических изменений нет, соответствует возрастным анатомо-физиологическим нормам.

Обследование полости рта. В полости рта имеется штампованная мостовидный протез из металла жёлтого цвета с опорой на зубы 4.4, 4.6. При обследовании выявлено: преждевременный контакт на промежуточной части мостовидного протеза, подвижность опорных зубов в вестибулооральном направлении. Вертикальная и горизонтальная перкуссия зубов болезненна

Зубная формула

			п										п		
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
48	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	42	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	38
		к	0	к									п	п	

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Выраженная кровоточивость маргинальной десны в области зубов 4.4, 4.6 при зондировании, наличие пародонтальных карманов в области зубов 4.4. 4.6.

Данные рентгеновских лабораторных исследований. На рентгенограмме отмечается костная резорбция, локализованная в области зубов 4.4. 4.6, максимальная — до 1/2 длины корня. Корневые каналы пломбированы до апикального отверстия. Состояние тканей паро-

Диагноз. Частичная вторичная адентия нижней челюсти (III класс по Кеннеди), травматический узел в области зубов 4.4, 4.6.

План ортопедического лечения

- Снять имеющийся мостовидный протез.
- Изготовить временный мостовидный протез с опорой на зубы 4.3, 4.4, 4.6, 4.7.
- Направить в отделение пародонтологии для консервативного и хирургического лечения.
- Изготовить шинирующий цельнолитой мостовидный протез с опорой на зубы 4.3, 4.4, 4.6, 4.7.

Веление дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Под инфильтрационной анестезией раствором артикаина (1,7 мл) снят ранее изготовленный мостовидный протез. Определена подвижность опорных зубов II степени. Зубы 4.3, 4.7 отпрепарированы, 4.4, 4.6 — допрепарированы с созданием кругового уступа под металлокерамические коронки. Сняты оттиски из альгинатного материала с верхнего и нижнего зубных рядов для изготовления провизорного мостовидного протеза из пластмассы; определена регистрация центральной окклюзии силиконовым материалом.

Вариант записи второго посещения

Временный мостовидный протез припасован и зафиксирован на безэвгенольный цемент «Тепм Бонд Не». Пациент направлен в пародонтологическое отделение для продолжения лечения пародонтита.

Вариант записи третьего посещения

Снят временный мостовидный протез. Маргинальная десна в области зубов 4.3, 4.4, 4.6, 4.7 — без признаков воспаления. Проведена химическая ретракция десны в области зубов 4.3, 4.4, 4.6, 4.7. Снят одномоментный двойной оттиск с нижнего зубного ряда силиконовой оттискной массой «Спидекс». Снят вспомогательный оттиск с верхнего зубного ряда альгинатной массой «Ипин». Проведена регистрация центральной окклюзии А-силиконовым материалом. Временный мостовидный протез зафиксирован на цемент для временной фиксации.

Вариант записи четвёртого посещения

Припасован каркас мостовидного протеза. Определён цвет керамической облицовки.

Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте 87

Вариант записи пятого посещения

Припасован мостовидный протез из металлокерамики, выверены окклюзионные контакты.

Вариант записи шестого посещения

Мостовидный протез из металлокерамики фиксирован на временный цемент.

Вариант записи седьмого посещения

Выполнена постоянная фиксация мостовидного протеза на стеклоиономерный цемент «*Fuji 1*». Пациенту назначен контрольный осмотр.

Пример 25. Частичная вторичная адентия (II класс по Кеннеди), осложнённая отражённым травматическим узлом

Жалобы. Затруднения при пережёвывании пищи, подвижность зубов, кровоточивость дёсен.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Со слов пациентки, практически здорова. Аллергические реакции отрицает.

Развитие настоящего заболевания. Зубы удалены несколько лет назад в связи с нерациональным протезированием и осложнениями эндодонтического лечения.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Видимых патологических изменений нет, соответствует возрастным анатомо-физиологическим нормам.

Обследование полости рта. Отмечается односторонний концевой дефект зубного ряда на верхней челюсти слева. Зуб 2.4, ограничивающий дефект медиально, и зуб 1.6 имеют патологическую подвижность 11-111 степени, зубы 1.5 и 1.7 — 1 степени.

Зубная формула

		п										0	0	0	0
18	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
48	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
		п	п										п	п	

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. При зондировании обнаруживаются пародонтальные карманы в области зубов 1.6, 2.4 (3 мм); 1.5, 1.7 (1 мм), кровоточивость и гиперемия маргинальной десны.

Данные рентгеновских лабораторных исследований. На рентгенограмме: наличие костных карманов в области зубов 1.6 и 2.4 более 3/4 длины корня; зубов 1.5, 1.7 — до 1/4 длины корня.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней челюсти (II класс по Кеннеди), осложнённая травматическим узлом в области зубов 1.5, 1.6, 1.7, 2.4.

План первого варианта ортопедического лечения

- Консультация пародонтолога.

- Удалить зубы 1.6, 2.4.
- Изготовить бюгельный шинирующий протез на верхнюю челюсть.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты рабочий и вспомогательный оттиски с верхней и нижней челюстей альгинатной массой.

Вариант записи второго посещения

С помощью воскового базиса с окклюзионными валиками определено и зафиксировано положение челюстей в центральной окклюзии.

Вариант записи третьего посещения

Определена конструкция протеза, путь его введения, проведена разметка модели.

Вариант записи четвёртого посещения

Проверен каркас шинирующего протеза в полости рта. Выбраны искусственные зубы для постановки.

Вариант записи пятого посещения

Проверена постановка зубов на протезе в полости рта.

Вариант записи шестого посещения

Готовый протез припасован и наложен в полости рта. Даны рекомендации по пользованию бюгельным протезом.

Вариант записи седьмого посещения Проведена коррекция протеза.

План второго варианта ортопедического лечения

- Удалить зубы 1.6, 2.4.
- Проконсультироваться с хирургом-стоматологом для решения вопроса об имплантации в область отсутствующих зубов 1.6. 2.4. 2.5, 2.6, 2.7.

• Изготовить временный съёмный пластиночный протез на верхнюю челюсть.

• По окончании процесса остеоинтеграции изготовить супраконструкцию — коронки на имплантатах.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты диагностические оттиски с верхней и нижней челюстей альгинатной оттисковой массой.

Вариант записи второго посещения

Изучены диагностические модели и рентгеновские снимки совместно с хирургом-имплантологом. Согласованно спланирована конструкция протеза. Определено предполагаемое расположение имплантатов.

Вариант записи третьего посещения

Припасован направляющий хирургический шаблон из акриловой пластмассы.

Вариант записи четвёртого посещения

Сняты оттиски с верхней и нижней челюстей для изготовления временного съёмного протеза на верхнюю челюсть.

Вариант записи пятого посещения

Определено и фиксировано положение челюстей в центральной окклюзии при помощи воскового базиса с окклюзионными валиками. Выбраны искусственные зубы.

Вариант записи шестого посещения

Восковая конструкция протеза проверена в полости рта.

Вариант записи седьмого посещения

Припасован и наложен временный съёмный пластиночный протез. Ланы рекомендации по пользованию протезом.

Вариант записи восьмого посещения

Осуществлён контроль результатов остеointеграции совместно с хирургом-имплантологом. Выбраны абатменты.

Вариант записи девятого посещения

Припасована индивидуальная оттискная ложка для снятия открытого оттиска с верхней челюсти. Установлены оттисковые трансферы. Снят оттиск жидкотекучим силиконовым материалом. Установлены формователи десны. Снят вспомогательный оттиск с нижней челюсти атьгинатной массой.

Вариант записи десятого посещения

Определено и зафиксировано положение челюстей в центральной окклюзии при помощи воскового базиса с окклюзионными валиками.

Вариант записи одиннадцатого посещения

Припасован каркас метатлокерамических коронок на имплантаты. Определён цвет облицовки при помощи стандартной расцветки (А 3,5).

Вариант записи двенадцатого посещения Припасованы металлокерамические коронки на имплантаты. **Вариант записи тринадцатого посещения** Коронки зафиксированы на временный цемент.

Вариант записи четырнадцатого посещения Наблюдается полная адаптация к зубным протезам. Проведена постоянная фиксация коронок на цинк-фосфатный цемент.

План третьего варианта ортопедического лечения

- Удалить зубы 1.6, 2.4.
- Проконсультироваться со стоматологом-хирургом для решения вопроса о имплантации в область отсутствующих зубов 2.4, 2.5, 2.6,

2.7.

- Изготовить временный пластиночный протез на верхнюю челюсть.
- Изготовить коронки на имплантатах и мостовидный протез с опорой на

зубы 1.8, 1.7, 1.5.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты диагностические оттиски с верхней и нижней челюстей альгинатной оттисковой массой.

Вариант записи второго посещения

Совместно с хирургом-имплантологом изучены диагностические модели и рентгеновские снимки. Спланирована конструкция протеза. Определено предполагаемое расположение имплантатов.

Вариант записи третьего посещения

Припасован направляющий хирургический шаблон из акриловой пластмассы. Сняты оттиски с верхней и нижней челюстей для изготовления временного съёмного протеза на верхнюю челюсть. **Вариант записи четвёртого посещения**

Определено и зафиксировано положение челюстей в центральном соотношении при помощи воскового базиса с окклюзионными валиками.

Выбраны искусственные зубы.

Вариант записи пятого посещения Проверена конструкция протеза в полости рта.

Вариант записи шестого посещения

Припасован и наложен временный съёмный пластиночный протез.

Вариант записи седьмого посещения

Совместно с хирургом-имплантологом проконтролированы результаты остеоинтеграции. Выбраны абатменты.

Вариант записи восьмого посещения

Под инфильтрационной анестезией раствором артикаина (1,7 мл) отпрепарированы зубы 1.8, 1.7, 1.5. Зафиксирован временный мостовидный протез, изготовленный клиническим методом.

Вариант записи девятого посещения

Припасована индивидуальная оггискная ложка для снятия открытого оттиска с верхней челюсти. Установлены оттисковые трансферы. Снят оттиск монофазным силиконовым материалом. Установлены формирователи десны. Снят вспомогательный оттиск с нижней челюсти альгинатной массой.

Вариант записи десятого посещения

Определено и зафиксировано положение челюстей в центральной окклюзии при помощи воскового базиса с окклюзионными валиками.

Вариант записи одиннадцатого посещения

Припасован каркас металлокерамических коронок. Определён цвет облицовки, согласован с пациентом.

Вариант записи двенадцатого посещения

Припасованы металлокерамические коронки. Искусственные коронки фиксированы на временный цемент.

Вариант записи тринадцатого посещения

Искусственные коронки постоянно фиксированы на цинк-фос-фатный цемент. Даны рекомендации по пользованию зубным протезом.

Пример 26. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (II класс по Кеннеди), осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом средней степени

Жалобы. Постоянная кровоточивость дёсен при чистке зубов и откусывании жёсткой пищи, покраснение, отёчность и болезненность десны нижней челюсти, расшатанность передних зубов нижней челюсти, затруднения при пережёвывании пищи.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Дисфункция щитовидной железы.

Развитие настоящего заболевания. Считает себя больной около 3 лет, когда при чистке зубов появилась незначительная болезненность и кровоточивость дёсен в области, прилегающей к фронтальной группе зубов нижней челюсти. В последнее время дважды (с периодичностью примерно раз в месяц) отмечалась значительная боль во фронтальном отделе десны нижней челюсти, сопровождавшаяся выраженной гиперемией и отёком. Признаки воспаления удавалось купировать в течение одних-двух суток с помощью тщательных гигиенических процедур и полосканий раствором антисептика (хлор-гексидин®). В последнее время появилась подвижность зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4. Больной ранее проводилось ортопедическое лечение, изготовлен несъёмный мостовидный металлокерамический протез на зубы верхней челюсти.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, открывание рта в полном объёме, регионарные лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны, подвижные.

Обследование полости рта.

Зубная формула

		к	0	к								п		п	
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
48	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
п	п	0	0									0	0	0	

94 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинском карте

Одон гопаролонтограм ча

Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Сум- ма
3/4 (75%)	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	30.5
1/2 (50%)	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	2.5	1.0	
1/4 (25%)	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	
Степень атрофии	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	30.0
1/4 (25%)	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
1/2 (50%)	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	2.5	1.0	
3/4 (75%)	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Прикус. Ортатический

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка полости

рта розового цвета, нормально увлажнена, в области зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 наблюдается умеренная гиперемия межзубной и альвеолярной частей десны. Имеются мягкие и твердые зубные отложения. При инструментальном обследовании определяются десневые карманы в области зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 глубиной 3,6-4,3 мм. Отмечается патологическая подвижность I-II степени зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4. На нижней челюсти отсутствуют зубы 4.6, 4.5, 3.6, 3.7, 3.8. На верхней челюсти ранее был изготовлен несъемный мостовидный металлокерамический протезе опорами на зубы 1.6, 1.4.

Данные рентгеновских лабораторных исследований. На панорамной рентгенограмме отмечается атрофия костной ткани в области зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.3, 3.5 на 1/4 длины корня, в области зубов 3.2 и 3.4 — на 1/2 длины корня. Кроме того, заметна деструкция костной ткани и расширение периодонтальной щели в пришеечной области зубов 3.5, 3.3, 3.1, 4.1, 4.2.

Диагноз Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (II класс по Кеннеди), осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести.

План лечения

- Терапевтическое лечение пародонтита, пародонтальная санация.
- Изготовление цельнолитого шинирующего бюгельного протеза на нижнюю челюсть с кламмерной фиксацией.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты оттиски альгинатной массой с верхней и нижней челюстей для изготовления шинирующего бюгельного протеза.

Вариант записи второго посещения

Припасован каркас шинирующего бюгельного протеза на нижнюю челюсть. Определено центральное соотношение челюстей при помощи воскового базиса с окклюзионными валиками.

Вариант записи третьего посещения

Припасован металлический каркас шинирующего бюгельного протеза. Кламмеры обеспечивают адекватную фиксацию, окклюзионные накладки не мешают артикуляции.

Вариант записи четвёртого посещения

Припасован и наложен цельнолитой шинирующий бюгельный протез на нижнюю челюсть. Даны рекомендации по пользованию зубным протезом.

Вариант записи пятого посещения

Проведена коррекция шинирующего бюгельного протеза на нижнюю челюсть.

Одонтопародонтограмма

Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Сум- ма
3/4 (75%)	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5	30,5
1/2 (50%)	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	2,5	1,0	
1/4 (25%)	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5	
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0	
Степень атрофии	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0	30,0
1/4 (25%)	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5	
1/2 (50%)	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	2,5	1,0	
3/4 (75%)	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5	
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка полости рта нормально увлажнена, отмечается умеренная и выраженная гиперемия межзубной и альвеолярной части десны нижней челюсти. Имеются мягкие и твёрдые зубные отложения. При инструментальном обследовании определяются десневые карманы в области зубов 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 глубиной 3,8-5,2 мм. Отмечается патологическая подвижность I—III степени зубов 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4. На верхней челюсти ранее была изготовлена цельнолитая коронка на зуб 1.6.

Данные рентгенологических и лабораторных исследований. На панорамной рентгенограмме определяется атрофия костной ткани в области зубов 1.4, 4.3 на 1/4 длины корня, зубов 1.3, 2.3, 2.4, 3.4, 3.3, 3.2, 4.1, 4.2 — на 1/2 длины корня, в области зубов 1.1, 1.2, 2.1, 2.2 — на 3/4 длины корня. Отмечается также деструкция костной ткани, расширение периодонтальной щели в пришеечной области зубов 1.3-2.4 и 4.4-3.3.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом тяжёлой степени.

План лечения

- Терапевтическое лечение пародонтита, пародонтальная санация
- Удалить зубы 1.2, 1.1, 2.1, 2.2.
- Изготовить цельнолитую коронку на зуб 1.7.
- Изготовить шинирующий бюгельный протез с кламмерной фиксацией

на верхнюю челюсть с опорами на зубы 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.3, 2.3, 2.4, 2.5.

- Изготовить шинирующий бюгельный протез с кламмерной фиксацией на нижнюю челюсть с опорами на зубы 4.5, 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5.

Ведение дневника ортопедического лечения*Вариант записи первого посещения*

Пациент направлен в хирургическое отделение для удаления зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2.

Вариант записи второго посещения

Отпрепарирован зуб 1.7 под цельнолитую коронку'. Снят двуслойный силиконовый оттиск с верхней челюсти. Снят вспомогательный оттиск альгинатной массой с нижней челюсти.

Вариант записи третьего посещения

Припасована цельнолитая коронка на зуб 1.7, которая зафиксирована на стеклоиномерный цемент.

Вариант записи четвертого посещения

Сняты оттиски альгинатной массой с верхней и нижней челюсти для изготовления шинирующих бюгельных протезов.

Вариант записи пятого посещения

Припасованы каркасы шинирующих бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти. Определено центральное соотношение челюстей при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками.

Вариант записи шестого посещения

Припасованы и наложены шинирующие бюгельные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти. Даны рекомендации по пользованию зубными протезами.

Вариант записи седьмого посещения

Проведена коррекция шинирующих бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти.

Пример 28. Частичная вторичная адентия нижней челюсти (III класс по Кеннеди), осложнённая компенсированной формой феномена Попова-Годона

Жа.юбы. Отсутствие зубов, затруднения при пережёвывании пищи. эстетический дефект.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Со слов пациента, практически здоров.

Развитие настоящего заболевания. Зубы удаляли в результате осложнения кариеса.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр Конфигурация лица не изменена, открывание рта в полном объёме, лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны.

Обыедование полости рта. Бугры зубов 2.5 и 2.6 в положении центральной окклюзии расположены ниже окклюзионной плоскости на 2 мм. При зондировании глубина зубодесневой борозды в области зубов 2.5, 2.6, 3.4, 3.7 составляет 1,5 мм. Патологической подвижности зубов 2.5, 2.6, 3.4 и 3.7 не отмечается

Зубная формула

0		п	п									п	п		0
18	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	24	2.5	26	27	28
48	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	34	3.5	36	3.7	38
0	п	п	п	п								0	0	п	0

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, нормально увлажнена.

Данные рентгеновских лабораторных исследований. На ортопанто- маграмме определяется сглаженность межзубных перегородок в области зубов 3.4 и 3.7.

Диагноз. Частичная вторичная адентия нижней челюсти. III класс по Кеннеди, осложнённая вторичной деформацией зубных рядов в области зубов 2.5 и 2.6.

План первого варианта ортопедического лечения

- Для устранения вторичной деформации зубных рядов в области зубов 2.5 и 2.6 изготовить временный пластмассовый мостовидный протез с опорами па зубы 3.4 и 3.7 с разобщением зубных рядов на 2 мм.

100 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

- Для достижения максимального аффекта при проведении постепенной дисокклюзии выполнить компактостеотомию альвеолярного отростка в области зубов 2.5 и 2.6.

- Рекомендовать динамическое наблюдение — контроль состояния пареоанта зубов 2.5, 2.6, 3.4 и 3.7.

- После достижения лечебного эффекта при проведении постепенной леюкклюзии (максимальный множественный фиссурно- бугорковый контакт) изготовить цельнолитой мостовидный протез с облицовкой с опорами на зубы 3.4 и 3.7.

Веление дневника ортодонтического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты описки альгинатной массой с верхней и нижней челюстей для изготовления временного пластмассового мостовидного протеза с опорами на зубы 3.4 и 3.7 с повышением окклюзионной высоты в области зубов 2.5 и 2.6 и разобщением зубных рядов на 2 мм. Зарегистрирована центральная окклюзия при помощи силиконового материала.

Вариант записи второго посещения

Отпрепарированы зубы 3.4 и 3.7; припасован, перебазирован и фиксирован на временный цемент пластмассовый мостовидный протез с опорами на зубы 3.4 и 3.7.

Вариант записи третьего посещения

Контрольный осмотр. Объективно: бугры зубов 2.5 и 2.6 в положении центральной окклюзии расположены ниже окклюзионной плоскости на I мм. Разобщение зубных рядов — I мм. Слизистая оболочка в области зубов 2.5, 2.6, 3.4, 3.7 бледно-розового цвета. При зондировании глубина зубодесневой борозды в области зубов 2.5, 2.6, 3.4, 3.7 составляет 1,5 мм. Патологической подвижности зубов 2.5, 2.6, 3.4, 3.7 не отмечено.

Вариант записи четвертого посещения

Контрольный осмотр. Объективно: бугры зубов 2.5 и 2.6 в положении центральной окклюзии соответствуют окклюзионной плоскости. При исследовании центральной, передней и боковых окклюзий суперконтактов не выявлено. Слизистая оболочка в области зубов 2.5, 2.6, 3.4, 3.7 бледно-розового цвета. При зондировании глубина зубодесневой борозды в области зубов 2.5, 2.6, 3.4, 3.7 составляет 1,5 мм. Патологической подвижности зубов 2.5, 2.6, 3.4, 3.7 не отмечено. Запланировано изготовление постоянного мостовидного протеза с опорой на зубы 3.4 и 3.7.

Вариант записи пятого посещения

Снят временный пластмассовый мостовидный протезе опорами на зубы 3.4 и 3.7. Получены отпечатки: рабочий двуслойный силиконовый оттиск с нижней челюсти и вспомогательный альгинатный отпечаток с верхней челюсти для изготовления металлокерамического протеза с опорами на зубы 3.4 и 3.7. Смонтирована лицевая дуга для расположения моделей челюстей в межрамочное пространство артикулятора. Зарегистрированы центральная, передняя и боковые окклюзии силиконовым материалом. Пластмассовый мостовидный протез с опорами на зубы 3.4 и 3.7 зафиксирован временным цементом «Темп Бонд». *Вариант записи шестого посещения*

Снят временный пластмассовый мостовидный протез с опорами на зубы 3.4 и 3.7. Примерен каркас металлокерамического протеза с опорами на зубы 3.4 и 3.7. Определён и согласован с пациентом цвет зубов. Временный пластмассовый мостовидный протезе опорами на зубы 3.4 и 3.7 фиксирован на временный цемент.

Вариант записи седьмого посещения

Снят временный пластмассовый мостовидный протез с опорами на зубы 3.4 и 3.7. Примерен металлокерамический протез с опорами на зубы 3.4 и 3.7; протез фиксирован при помощи стеклоиономерного цемента «Fuji I».

План второго варианта ортопедического лечения

- Для устранения вторичной деформации зубных рядов в области зубов 2.5 и 2.6 изготовить съёмный пластиночный протез с опорно- удерживающими Кламмерами и завышением окклюзионной высоты в области зубов 2.5 и 2.6 и разобщением зубных рядов на 2 мм.
- Для достижения максимального эффекта при проведении постепенной дезокклюзии выполнить компактостеотомию альвеолярного отростка в области зубов 2.5 и 2.6.
- Рекомендовать динамическое наблюдение для контроля состояния пародонта зубов 2.5, 2.6.
- После достижения лечебного эффекта при проведении постепенной дезокклюзии (максимальный множественный фиссурнобугорковый контакт) проконсультироваться с хирургом-импланто- логом с целью постановки имплантатов в области отсутствующих зубов 3.5 и 3.6.
- Изготовить цельнолитые коронки с облицовкой с опорами на имплантаты.

Веление дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты рабочий и вспомогательный описки альгинатной массой с верхней и нижней челюстей для изготовления съёмного пластиночного протеза на нижнюю челюсть для лечебной дезокклюзии. За-регистрирована центральная окклюзия силиконовым материалом.

Вариант записи второго посещения

Проверена конструкция съёмного пластиночного протеза на нижнюю челюсть.

Вариант записи третьего посещения

Припасован и наложен разобщающий пластиночный протез на нижнюю челюсть с опорно-удерживающимн кламмерами. Даны ре-комендации по пользованию лечебным зубным протезом.

Вариант записи четвертого посещения

Контрольный осмотр. Объективно: бугры зубов 2.5 и 2.6 в поло-жении центральной окклюзии расположены ниже окклюзионной плоскости на I мм. Разобщение зубных рядов — 1 мм. Слизистая оболочка в области зубов 2.5, 2.6, 3.4, 3.7 бледно-розового цвета. При зондировании глубина зубодесневой борозды в области зубов 2.5, 2.6, 3.4, 3.7 составляет 1,5 мм. Патологической подвижности зубов 2.5, 2.6, 3.4, 3.7 не отмечено.

Вариант записи пятого посещения

Контрольный осмотр. Объективно: бугры зубов 2.5 и 2.6 в положе-нии центральной окклюзии соответствуют окклюзионной плоскости. При исследовании центральной, передней и боковых окклюзий су-перконтактов не выявлено. Слизистая оболочка в области зубов 2.5, 2.6, 3.4, 3.7 бледно-розового цвета. При зондировании глубина зубо-десневои борозды в области зубов 2.5, 2.6, 3.4, 3.7 составляет 1,5 мм. Патологической подвижности зубов 2.5, 2.6, 3.4, 3.7 не отмечено. После консультации пациент направлен к хирургу-имплантологу для постановки имплантатов в области зубов 3.5 и 3.6.

Вариант записи шестого посещения

Снят съёмный пластиночный протезе нижней челюсти. Удалены формирователи десны. На месте удалённых формирователей десны установлены слепочные трансферы. Снят рабочий двуслойный си-ликоновый оттиск с нижней челюсти и вспомогательный оттиск с верхней челюсти из альгинатного материала для изготовления ис-кусственных металлокерамических коронок с опорами на импланта

ты. Смонтирована лицевая дуга для фиксации моделей челюстей в межрамочном пространстве артикулятора. Зарегистрированы нейтральная, передняя и боковые окклюзии силиконовым *материалом*. Установлены формователи десны. Наложён съёмный пластиночный протез на нижнюю челюсть.

Вариант записи седьмого посещения

Снят съёмный пластиночный протез с нижней челюсти. Удалены формователи десны. На месте формователей десны установлены абатменты. Примерены каркасы металлокерамических *коронки* с опорами на имплантаты. Определён и согласован с пациентом цвет зубов. Припасованы и перебазированы временные пластмассовые коронки на имплантаты, коронки зафиксированы с помощью временного цемента «Репин».

Вариант записи восьмого посещения

Сняты временные коронки с опорой на имплантаты. Металлокерамические коронки с опорами на имплантаты примерены и зафиксированы на цинк-фосфатный цемент. Даны рекомендации по пользованию зубными протезами и гигиене имплантатов.

Пример 29. Частичная вторичная адентия нижней челюсти (III класс по Кеннеди), осложнённая декомпенсированной формой феномена Попова-Годона

Жалобы. Отсутствие зубов, затруднения при пережёвывании пищи. эстетический дефект.

Перенесенные и сопутствующие заболевания. Со слов пациента, практически здоров.

Развитие настоящего заболевания. Зубы удаляли в результате осложнения кариеса.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, открывание рта в полном объёме, лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны.

Обследование полости рта. Бугры зубов 1.4 и 1.6 в положении центральной окклюзии расположены ниже окклюзионной плоскости на 4 мм. При зондировании глубина пародонтального кармана в области зубов 1.4.16.4 3,4.5,4.7 составляет 3 мм. Определяется патологическая подвижность 1 степени зубов 1.4,1.6,4.3,4.5,4.7.

Зубная формула

0		п	п	п	—							п	п	п	0
18	1.7	1.6	1.5	14	13	1.2	1.1	2.1	22	2.3	24	25	26	2.7	2.8
48	47	46 ₁	4.5	44	43	42	41	31	32	3.3	34	35	36	37	38
0	л	0 ₁	п	0							п	п	п	п	0

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка розового цвета, нормально увлажнена, без видимых патологических изменений.

Данные рентгеновских лабораторных исследований. На ортопантомограмме определяется атрофия костной ткани альвеолярного отростка на 1/4 пины корней в области зубов 1.4,1.6,4.3,4.5,4.7.

Диагноз. Частичная вторичная адентия нижней челюсти, III класс по Кеннеди, осложнённая вторичной деформацией зубных рядов в области зубов 1.4 и 1.6. хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени тяжести.

План первого варианта ортопедического лечения

- Депульпировать зубы 1.4 и 1.6 в связи с их смещением на 4 мм для подготовки к индивидуальному пришлифовыванию.
- Сошлифовывать окклюзионную поверхность зубов 1.4 и 1.6 для нормализации окклюзионной плоскости.

- Изготовить цельнолитые с облицовкой коронки и мостовидным протезе опорами на зубы 1.4, 1.6, 4.3, 4.5, 4.7.

Ведение дневника ортопедического лечения *Вариант*

записи первого посещения

Сняты оттиски силиконовой массой с верхней и нижней челюстей для изготовления временных пластмассовых коронок с опорами на зубы 1.4, 1.6, 4.3, 4.5, 4.7. Отпрепарированы зубы 1.4, 1.6, 4.3,

4.5, 4.7 для изготовления металлокерамических коронок и мостовидного протеза с опорами на эти зубы. Изготовлены, припасованы и зафиксированы временные пластмассовые коронки на зубы 1.4, 1.6.

4.3, 4.5, 4.7 при помощи цемента «Темп Бонд» для временной фиксации.

Вариант записи второго посещения

Сняты временные пластмассовые коронки с зубов 1.4, 1.6, 4.3, 4.5,

4.7. Получены двуслойные оттиски силиконовой массой с верхней и нижней челюстей для изготовления металлокерамических коронок и мостовидного протеза с опорами на зубы 1.4, 1.6, 4.3, 4.5, 4.7. Смонтирована лицевая дуга для фиксации моделей челюстей в межрамочное пространство артикулятора. Зарегистрированы центральная, передняя и боковые окклюзии силиконовой массой. Временные пластмассовые коронки на зубы 1.4, 1.6, 4.3, 4.5, 4.7 зафиксированы цементом «Темп Бонд».

Вариант записи третьего посещения

Сняты временные пластмассовые коронки с опорами на зубы 1.4,

1.6, 4.3, 4.5, 4.7. Определено центральное соотношение челюстей при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками. Временные пластмассовые коронки с опорами на зубы 1.4, 1.6, 4.3, 4.5, 4.7 зафиксированы на цемент «Темп Бонд».

Вариант записи четвертого посещения

Сняты временные пластмассовые коронки с опорами на зубы 1.4, 1.6, 4.3, 4.5, 4.7. Припасованы каркасы металлокерамических коронок и мостовидного протеза на зубы 1.4, 1.6, 4.3, 4.5, 4.7. Определён

и согласован с пациентом цвет зубов. Временные пластмассовые коронки с опорами на зубы 14, 1.6, 4.3, 4.5, 4.7 зафиксированы на цемент «Темп Бонд*».

Вариант записи пятого посещения

Сняты временные пластмассовые коронки с зубов 1.4, 1.6, 4.3, 4.5, 4.7. Припасованы и зафиксированы металлокерамические коронки и мостовидный протез с опорами на зубы 1.4, 1.6, 4.3, 4.5, 4.7 стеклоиономерным цементом «Fuji 1*».

План второго варианта ортопедического лечения

- Депульшировать зубы 1.4 и 1.6 в связи с их смещением на 4 мм для подготовки к индивидуальному пришлифовыванию.
- Сошлифовать окклюзионную поверхность зубов 1.4 и 1.6 для нормализации окклюзионной плоскости.
- Консультация и лечение хирурга-имплантолога: постановка имплантатов в области зубов 4.4 и 4.6.
- Изготовить цельнолитые с облицовкой коронки с опорами на имплантаты и зубы 1.4 и 1.6.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты отпечатки альгинатной массой с верхней и нижней челюстей для изготовления временных пластмассовых коронок с опорами на зубы 1.4 и 1.6. Зарегистрирована центральная окклюзия при помощи сил и конового материала.

Вариант записи второго посещения

Зубы 1.4 и 1.6 отпрепарированы с учётом выравнивания их окклюзионной плоскости. Припасованы, перебазированы и зафиксированы временные пластмассовые коронки с опорами на зубы 1.4 и 1.6 при помощи цемента «Темп Бонд*». Пациент направлен на консультацию и лечение к хирургу-имплантологу для постановки имплантатов в области отсутствующих зубов 4.4 и 4.6.

Вариант записи третьего посещения

Сняты временные пластмассовые коронки с зубов 1.4 и 1.6. Удалены формирователи десны. На месте удалённых формирователей десны установлены слепочные трансферы. Получены двуслойные силиконовые отпечатки с верхней и нижней челюстей для изготовления металлокерамических коронок с опорами на имплантаты и зубы 1.4 и 1.6. Смонтирована лицевая дуга для фиксации гипсовых моделей челюстей в межрамочное пространство артикулятора.

Зарегистрированы центральная, передняя и боковые окклюзии силиконовым материалом. Установлены формирователи десны. Временные пластмассовые коронки на зубы 1.4 и 1.6 зафиксированы при помощи цемента «Темп Бонд».

Вариант записи четвёртого посещения

Сняты временные пластмассовые коронки с зубов 1.4 и 1.6. Удалены формирователи десны. На месте формирователей десны установлены абатменты. Примерены каркасы металлокерамических коронок с опорами на имплантаты и зубы 1.4 и 1.6. Определён и согласован с пациентом цвет зубов. Припасованы и перебазированы временные коронки на имплантаты и зубы 1.4 и 1.6, коронки зафиксированы при помощи цемента «Темп Бонд».

Вариант записи пятого посещения

Сняты временные коронки с имплантатов и зубов 1.4 и 1.6. Припасованы и зафиксированы цинк-фосфатным цементом металлокерамические коронки с опорами на имплантаты и зубы 1.4 и 1.6. Даны рекомендации по пользованию зубными протезами и уходу за имплантатами.

Пример 30. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (II класс по Кеннеди), осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом средней степени, деформацией зубных рядов

Жсиобы. Эстетический дефект и затруднения при пережёвывании пищи.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Гипертоническая болезнь; сахарный диабет; аллергических реакций на медикаменты не наблюдали.

Развитие настоящего заболевания. Пациент (45 лет) ранее не протезировался. в течение последних 5 лет удалены зубы 2.1,2.2, 3.6, 3.7, 3.8, 4.1,4.5, 4.6, 4.8 в связи с осложнениями пародонтита (подвижность IV степени). Последнее удаление проведено 3 мес назад.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, открывание рта в полном объёме, подчелюстные лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны, подвижны.

Обиедование полости рта. Имеются мягкие и твёрдые зубные отложения.

Зубная формула

0	п	п	п					0	0	п		0	п	п	0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0		0	0	п			0			п	п		0	0	0

Одонтопародонтограмма

Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Сум ма
3/4 (75%)	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	30.5
1/2 (50%)	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	2.5	1.0	
1/4 (25%)	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	
Степень атрофии	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	300
1/4 (25%)	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
1/2 (50%)	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	2.5	1.0	
3/4 (75%)	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Прикус. Глубокий.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка умеренно гиперемирована в маргинальной области десны, отёчна, нормально увлажнена.

Данные рентгеновских лабораторных исследований. На панорамной рентгенограмме определяется атрофия костной ткани: в области зубов 1.2, 2.3, 2.4, 2.6, 3.1, 3.2, 4.2 — более 3/4 длины корней, в области зубов 1.5, 1.4, 1.3, 3.3, 3.4, 3.5, 4.3, 4.4, 4.7 — на уровне 1/2 длины корней.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (II класс по Кеннеди), осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом средней степени, деформацией зубных рядов. Глубокий прикус.

План ортопедического лечения

- Провести ортопантомографию, томографию сустава, реопародонтографию.

- Рекомендовать консультацию и лечение у пародонтолога.

- Удалить зубы 1.2, 2.3, 2.4, 2.6, 3.1, 3.2, 4.2 в связи с подвижностью III—IV степени.

- Депульпировать зубы 1.5, 1.4, 1.3, 1.1, 3.3, 3.4, 3.5, 4.3, 4.4, 4.7 (хронический генерализованный пародонтит, атрофия костной ткани около 1/2 длины корня, деформация зубных рядов) с пломбированием каналов зубов материалом «*Fotfenan*».

- Изготовить имедиат-протезы на верхнюю и нижнюю челюсти.

- Изготовить временные коронки и мостовидный протез на зубы 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.3, 1.1, 2.7, 3.5, 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.7.

- Изготовить цельнолитые коронки и мостовидный протез с облицовкой и без облицовки на зубы 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.3, 1.1, 2.7, 3.5, 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.7.

- Закончить протезирование на верхней и нижней челюстях изготовлением бюгельных протезов с кламмерной фиксацией (лечение

проводить в стадии ремиссии как основного, так и обшесоматических заболеваний).

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты рабочие оттиски альгинатной массой для изготовления имедиат-протезов на верхнюю и нижнюю челюсти. Определено центральное соотношение челюстей при помощи силиконового материала.

Вариант записи второго посещения

Пациент направлен в хирургическое отделение для удаления зубов 1.2, 2.3, 2.4, 2.6, 3.1.3, 2.4.2. Припасованы и наложены имедиат- протезы на верхнюю и нижнюю челюсти.

Вариант записи третьего посещения

Сняты рабочие оттиски альгинатной массой для изготовления временных коронок и мостовидного протеза на зубы 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.3, 1.1, 2.7, 3.5, 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.7. Определено центральное соотношение челюстей при помощи силиконовой массы.

Вариант записи четвёртого посещения

Отпрепарированы зубы 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.3, 1.1, 2.7, 3.5, 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.7; припасованы каппы, перебазированы, зафиксированы на временный цемент, припасованы и наложены съёмные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти (имедиат- протезы).

Вариант записи пятого посещения

Сняты каппы с зубов 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.3, 1.1, 2.7, 3.5, 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.7, получены двуслойные силиконовые оттиски с верхней и нижней челюстей для изготовления цельнолитых коронок и мосто- видного протеза с облицовкой и без облицовки на зубы 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.3, 1.1, 2.7, 3.5, 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.7. Определено центральное соотношение челюстей при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками. Каппы зафиксированы временным цементом, наложены съёмные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти (имедиат- протезы).

Вариант записи шестого посещения

Сняты каппы с зубов 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.3, 1.1, 2.7, 3.5, 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.7. Припасованы каркасы цельнолитых коронок и мостовидного протеза на зубы 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.3, 1.1, 2.7, 3.5, 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.7. Каппы зафиксированы на временный цемент, наложены пла-

стиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти (иммедиат- протезы).

Вариант записи седьмого посещения

Припасованы цельнолитые коронки и мостовидный протез с облицовкой и без облицовки на зубы 1.7, 1.6, 1.5, 1.4. 1.3, 1.1, 2.7, 3.5, 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.7, коронки и протез зафиксированы на постоянный стеклоиономерный цемент. Сняты оттиски альгинатной массой для изготовления бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти. Припасованы и наложены съёмные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти (иммедиат-протезы).

Вариант записи восьмого посещения

Припасованы каркасы бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти. Определено центральное соотношение при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками. Припасованы и наложены съёмные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти (иммедиат-протезы).

Вариант записи девятого посещения

Припасованы и наложены бюгельные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти. Даны рекомендации по пользованию протезами.

Вариант записи десятого посещения

Проведена коррекция бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти.

Пример 31. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (III класс по Кеннеди нижней челюсти, I класс по Кеннеди верхней челюсти), осложнённая деформацией зубных рядов (лечебная дезокклюзия с последующим изготовлением сочетанного протеза; второй вариант — лечебная дезокклюзия, шинирующий металлокерамический мостовидный протез и съёмный пластиночный протез)

Жа.юбы. Затруднения при пережевывании пищи. Боль в области ВНЧС.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Хронический бронхит.

Развитие настоящего заболевания. В течение последних 5 лет после неудачного лечения осложнений кариеса пациенту удалены зубы 1.4, 1.5, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, 3.6, 3.7, 3.8.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Конфигурация лица изменена, выражены носогубные складки, углы рта опущены. Снижена высота нижней трети лица.

Обае дование полости рта. Определяется зубоальвеолярное удлинение в области зубов 1.6, 1.7.

Данные диагностических моделей. При фиксации центрального соотношения челюстей выявляется увеличение альвеолярного отростка в области зубов 1.6, 1.7 с выдвижением данной группы зубов в вертикальной плоскости к нижней челюсти. Резко выражена компенсаторная кривая.

Зубная формула

о	п	п	о	о	п	и	и	и	и	п	и	р	п	п	о
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
о	о	о	о	п	и	и	и	и	и	и	п	п	о	о	о

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка альвеолярного отростка бледно-розового цвета, равномерно увлажнена.

Данные рентгенологических исследований. На ортопантомограмме в области отсутствующих зубов видно уплотнение костной ткани

с уменьшением объёма, канал корня зуба 3.5 запломбирован не до апикального отверстия. Изменения в пародонте зубов 1.6, 1.7 отсутствуют.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (111 класс по Кеннеди — нижней челюсти, I класс по Кеннеди — верхней челюсти), осложнённая деформацией зубных рядов.

План первого варианта ортопедического лечения

- Изготовить съёмный пластиночный протез с накусочной площадкой в области зубов 1.6, 1.7, 2.6, 2.7 на нижнюю челюсть и при помощи этого протеза зафиксировать высоту нижнего отдела лица на 2-3 мм ниже высоты в состоянии покоя.

- Рекомендовать динамическое наблюдение пациента для исключения нарушения работы ВНЧС и возникновения воспаления в периодонте.

- При вступлении остальных зубов в контакт и выравнивании окклюзионной плоскости изготовить цельнолитой мостовидный протез с облицовкой, с опорами на зубы 1.3-1.6, 1.7.

- Изготовить опорные цельнолитые коронки для съёмного протеза на зубы 3.4, 3.5, 4.3, 4.4.

- Изготовить съёмный протез с замковой фиксацией на нижнюю челюсть.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получение оттисков с верхней и нижней челюстей альгинатной массой.

Вариант записи второго посещения

Определение центральной окклюзии при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками. Получение оттиска с нижней челюсти индивидуальной ложкой для изготовления пластиночного протеза с накусочной площадкой.

Вариант записи третьего посещения

Припасовка и наложение пластиночного протеза с накусочной площадкой.

Вариант записи четвёртого посещения

Наблюдение за перемещением зубов 1.6, 1.7 до нормализации окклюзионной плоскости, коррекция пластиночного протеза.

114 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

Вариант записи пятого посещения

Препарирование зубов 1.3—1.6, 1.7, 3.4. 3.5,4.3, 4.4 под цельнолитые конструкции. Изготовление временных пластмассовых коронок, их фиксация на временный цемент.

Вариант записи шестого посещения

Припасовка каркасов цельнолитых конструкции. Определение и согласование с пациентом цвета облицовки.

Вариант записи седьмого посещения

Припасовка мостовидного протеза на зубы верхней челюсти и фиксация его на временный цемент, припасовка цельнолитых опорных коронок на зубы нижней челюсти. Регистрация центрального соотношения челюстей при помощи воскового базиса с окклюзионными валиками. Получение оттиска из силикона индивидуальной ложкой вместе с опорными коронками для изготовления съёмного протеза на нижнюю челюсть.

Вариант записи восьмого посещения

Припасовка каркаса съёмного протеза на нижнюю челюсть.

Вариант записи девятого посещения

Проверка конструкции пластиночного протеза на нижнюю челюсть.

Вариант записи десятого посещения

Припасовка и наложение пластиночного протеза вместе с опорными коронками на нижнюю челюсть, фиксация опорных коронок вместе со съёмным протезом на стеклоиономерный цемент. Фиксация мостовидного протеза на зубы 1.7, 1.6, 1.3 на стеклоиономерный цемент. Рекомендации по пользованию зубными протезами.

Вариант записи одиннадцатого посещения

Коррекция съёмного протеза на нижнюю челюсть.

План второго варианта ортопедического лечения

- Выполнить лечебную дезокклюзию. Изготовить временный съёмный протез с накусочной площадкой на нижнюю челюсть, ан- тагонирующей с зубами 1.6 и 1.7 и разобщающей прикус в остальных участках. Динамическое наблюдение. Пользоваться аппаратом до момента наступления полноценного контакта всех зубов с зубами- антагонистами.

- Депульнировать зубы 1.3, 1.6, 1.7.

- После ликвидации смещения зубов 1.7 и 1.6 изготовить постоянную ортопедическую конструкцию — металлокерамический мостовидный протез с опорами на зубы 1.3-1.6, 1.7.

Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте 115

• Изготовить пластиночный протезе клammerным креплением на нижнюю челюсть.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получение рабочего и вспомогательного оттисков с верхней и нижней челюстей альгинатной массой.

Вариант записи второго посещения

Определение центрального соотношения челюстей при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками.

Вариант записи третьего посещения

Припасовка и наложение на нижнюю челюсть временного лечебного съёмного пластиночного протеза с накусочной площадкой. *Вариант записи четвёртого посещения*

Контрольный осмотр. Наблюдение за перемещением зубов 1.6, 1.7. определение нормализации окклюзионной плоскости. Направление пациента на депульпирование зубов 1.7, 1.6, 1.3 с целью их подготовки к препарированию, на всех этих зубах имеются большие пломбы.

Вариант записи пятого посещения

Препарирование зубов 1.7,1.6,1.3 под металлокерамические конструкции. Изготовление временных пластмассовых коронок прямым способом (формовка в оттиске) и их фиксация на временный цемент.

Вариант записи шестого посещения

Снятие временных коронок. Получение рабочего двуслойного силиконового оттиска с верхней челюсти, вспомогательного оттиска из альгинатной массы — с нижней челюсти, не снимая временного пластиночного протеза. Определение центрального соотношения челюстей силиконовым материалом.

Вариант записи седьмого посещения

Припасовка цельнолитого каркаса. Определение и согласование с пациентом цвета керамической облицовки.

Вариант записи восьмого посещения

Припасовка металлокерамического протеза, коррекция его окклюзионной поверхности.

Вариант записи девятого посещения

Постоянная фиксация металлокерамического протеза на стекло- иономерный цемент. Получение оттисков альгинатной массой

116 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

с верхней и нижней челюсти для изготовления постоянного съёмного пластиночного протеза.

Вариант записи десятого посещения

Регистрация центральной окклюзии при помощи воскового базиса с окклюзионными валиками.

Вариант записи одиннадцатого посещения

Проверка конструкции нижнего съёмного протеза в полости рта. Коррекция и наложение съёмного пластиночного протеза с кламмер-ной системой фиксации. Рекомендации по пользованию зубными протезами.

Вариант записи двенадцатого посещения

Коррекция пластиночного протеза на нижнюю челюсть.

Пример 32. Частичная адентия нижней челюсти (I класс по Кеннеди), осложнённая артропатией ВНЧС (бюгельный протез с кламмерной фиксацией)

Ж&юбы. Сильные постоянные боли в области левого ВНЧС, иррадиирующие в височную, затылочную, скуловую, подчелюстную область слева, а также нёбо и горло.


Перенесенные и сопутствующие заболевания. Со слов пациентки, практически здорова.

Развитие настоящего заболевания. Считает себя больной около 5 лет, когда без видимых причин появились боли в левом ВНЧС, усиливающиеся при еде. Боль иррадиировала вдоль нижнего зубного ряда. Проводила курс физиолечения, улучшения не наступило. Лечащий врач, решив, что боль в суставе провоцируют зубы, удалил все моляры на нижней челюсти. Состояние больной ухудшилось. После этого пациентку направили на консультацию в стоматологический институт.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Состояние кожного покрова в области ВНЧС не изменено. Пальпация ВНЧС резко болезненная, особенно слева, при открывании рта девиация нижней челюсти отсутствует. Открывание рта свободное. При обследовании полости рта обнаружено, интактный зубной ряд на верхней челюсти и оставшиеся после удаления моляров зубы на нижней челюсти, фиссуры на жевательных зубах неглубокие. Пальпация жевательных, височных, крыловидных мышц, мышц дна полости рта, шеи незначительно болезненна. Высота нижнего отдела лица незначительно снижена.

Зубная формула

	п	п							п				п		
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4		26	2.7	28
48	47	46	4.5	4.4	43	42	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	38
0	0	0			л					п			0	0	0

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта, дёсен, альвеолярных отростков и нёба. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, нормально увлажнена, нёбо плоское, торус

выражен, атрофия альвеолярного отростка на нижней челюсти в области удалённых зубов равномерная.

Данные рентгенологических исследований. На рентгеновских снимках при закрытом рте головки нижней челюсти незначительно смещены кзади, при максимально открытом рте — находятся у вершины суставных бугорков.

Данные дополнительных исследований. Больная направлена на полное обследование, после чего получены следующие результаты, указанные в выписке из истории болезни: содержание белка в моче — 0.33°/00. при рентгенологическом исследовании почек обнаружен камень в левой почке.

Больная направлена на кафедру урологии МГМСУ, где впоследствии была сделана операция по поводу удаления камня. После этого жалобы со стороны ВНЧС отсутствовали.

Диагноз. Частичная адентия нижней челюсти (1 класс по Кеннеди), артропатия ВНЧС.

План лечения

Изготовить бюгельный протез на нижнюю челюсть.

Дневник ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получены оттиски: с нижней челюсти — рабочий для изготовления бюгельного протеза, с верхней — вспомогательный, альгинатной массой.

Вариант записи второго посещения

Определена центральная окклюзия при помощи воскового базиса с окклюзионными валиками.

Вариант записи третьего посещения

Припасован каркас бюгельного протеза. Каркас соответствует тканям протезного ложа.

Вариант записи четвёртого посещения

Проверена конструкция протеза в полости рта.

Вариант записи пятого посещения

Наложён бюгельный протез на нижнюю челюсть, выверена окклюзия и артикуляция. Даны рекомендации по пользованию бю-гельным протезом.

Пример 33. Частичная вторичная адентия верхней челюсти (III класс IV подкласс по Кеннеди), частичная вторичная адентия нижней челюсти (III класс по Кеннеди), (применение бюгельного протеза с кламмерами из эластичного полимера — нейлона)

Жсиобы. Неудовлетворительный косметический вид бюгельного протеза, изготовленного ранее.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Хронический холецистит.

Развитие настоящего заболевания. Зубы 1.6, 1.5, 1.2, 1.1, 2.1, 2.4.

2.5, 3.6, 4.4, 4.5 удалены вследствие кариеса и его осложнений.

Данные объективного обследования

Зубная формула

0		0	0			0	0	0			0	0			1	-----
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
0	к	к	Ф	Ф	к				п		к	к	Ф	к	0	

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней челюсти (111 класс IV подкласс по Кеннеди), частичная вторичная адентия нижней челюсти (III класс по Кеннеди).

План лечения

Изготовить бюгельный протез на верхнюю челюсть с денто-альвеолярными нейлоновыми кламмерами во фронтальном отделе (1.4, 1.3, 2.2, 2.3).

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты альгинатные оттиски массой «Ипин» с верхней и нижней челюстей.

Вариант записи второго посещения

Определена и зарегистрирована центральная окклюзия. Определён и согласован с пациентом цвет и форма искусственных зубов.

Вариант записи третьего посещения

Проверена конструкция металлического каркаса бюгельного протеза на верхнюю челюсть.

Вариант записи четвёртого посещения

Бюгельный протезе цельнолитым металлическим каркасом, ленто-альвеолярными нейлоновыми и металлическими Кламмерами наложен на верхнюю челюсть. Пациенту даны практические рекомендации по уходу за протезом.

Вариант записи пятого посещения

Проведена коррекция бюгельного протеза с денто-альвеолярными нейлоновыми Кламмерами на верхнюю челюсть.

Пример 34. Частичная вторичная адентия нижней челюсти (III класс по Кеннеди), осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени и вторичной деформацией (применение мостовидных протезов, полученных методом гальванопластики)

Жалобы. Отсутствие зубов, затруднения при пережёвывании пищи, эстетический дефект.

Перенесенные и сопутствующие заболевания. Со слов пациента, практически здоров.

Развитие настоящего заболевания. Зубы удаляли в результате осложнения кариеса.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, открывание рта в полном объёме, лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны.

Обследование полости рта. Бугры зуба 2.6 в положении центральной окклюзии расположены ниже окклюзионной плоскости на 2 мм. При зондировании глубина зубодесневой борозды в области зубов 2.6, 3.5, 3.7 составляет 2 мм. Патологической подвижности зубов 2.6, 3.5 и 3.7 не отмечено.

Ззбная формула

		п	п									п	п		0
ii	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	47	46	45	4 4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	38
1°	п	п	п	п									0	п	0

Прикус. Ортошатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка розового цвета, нормально увлажнена.

Данные рентгенологических исследований. На ортопантограмме: равномерная атрофия костной ткани альвеолярных отростков на 1/4 длины корней зубов.

Диагноз. Частичная вторичная адентия нижней челюсти (III класс по Кеннеди), осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени и вторичной деформацией.

122 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте План

ортопедического лечения

- Для устранения вторичной деформации зубных рядов в области зуба 2.6 изготовить временный пластмассовый мостовидный протез с опорами на зубы 3.5 и 3.7 с разобщением зубных рядов на 2 мм.

- Рекомендовать динамическое наблюдение: контроль состояния пародонта зубов 2.6, 3.5 и 3.7.

- После достижения лечебного эффекта при проведении постепенной дезокклюзии (максимальный множественный фиссурнобугорковый контакт) изготовить металлокерамический мостовидный протез методом гальванопластики с опорами на зубы 3.5 и 3.7.

- В случае отсутствия лечебного эффекта при проведении постепенной дезокклюзии или развития воспаления пародонта в области зубов 2.6, 3.5 и 3.7 провести сошлифовывание зуба 2.6 для устранения вторичной деформации зубных рядов с последующим изготовлением металлокерамических конструкций методом гальванопластики с опорами на зубы 2.6, 3.5 и 3.7.

После обсуждения плана лечения пациент отказался от метода постепенной дезокклюзии хтя устранения вторичной деформации зубных рядов в области зуба 2.6.

Ведение дневника ортопедического
лечения *Вариант записи первого
посещения*

Получены оттиски С-силиконовым материалом с верхней и нижней челюстей для изготовления временных коронок прямым методом. Отпрепарированы зубы 2.6, 3.5 и 3.7 с учётом устранения вторичной деформации зубных рядов. Изготовлены, припасованы, перебазированы и фиксированы на временный цемент пластмассовые коронки с опорами на зубы 2.6, 3.5 и 3.7.

Вариант записи второго посещения

Сняты временные пластмассовые коронки с опорами на зубы 2.6, 3.5 и 3.7. Получены двуслойные оттиски А-силиконовым материалом с верхней и нижней челюстей хтя изготовления металлокерамической коронки и мостовидного протеза методом гальванопластики с опорами на зубы 2.6, 3.5 и 3.7. Смонтирована лицевая дуга хтя расположения моделей челюстей в межрамочном пространстве артикулятора. Зарегистрированы центрхтная, передняя и боковые окклюзии А-силиконовым материхюм хтя настройки артикулятора на индивидуальную функцию. Фиксированы на временный цемент пластмассовые коронки с опорами на зубы 2.6, 3.5 и 3.7.

Вариант записи третьего посещения

Сняты временные пластмассовые коронки с опорами на зубы 2.6, 3.5 и 3.7. Припасован гальванопластический каркас четаллокерамической коронки и мостовидного протеза (соединение опорных коронок и промежуточной части методом спекания) с опорами на зубы 2.6, 3.5 и 3.7. Определен и согласован с пациентом цвет зубов. Фиксированы на временный цемент пластмассовые коронки с опорами на зубы 2.6, 3.5 и 3.7.

Вариант записи четвёртого посещения

Сняты временные пластмассовые коронки с опорами на зубы 2.6, 3.5 и 3.7. Припасованы и фиксированы при помощи цинк-фосфатного цемента «*PhosphaCem 1C*» металлокерамическая коронка и мостовидный протез, изготовленные методом гальванопластики, с опорами на зубы 2.6, 3.5 и 3.7. Даны рекомендации по пользованию зубными протезами.

Пример 35. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (III класс IV подкласс по Кеннеди), осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени (применение металлокерамических мостовидных протезов большой протяжённости с использованием лицевой дуги и индивидуально настроенного артикулятора)

Жсиобы. Отсутствие зубов, затруднения при пережёвывании пищи, эстетический дефект.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Со слов пациента, практически здоров.

Развитие настоящего заболевания. Зубы удаляли в результате осложнения кариеса.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, открывание рта в полном объёме, лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны.

Обследование полости рта. Коронковые части зубов 1.5, 1.7, 2.5, 2.6, 2.7, 3.5, 3.7, 4.4, 4.6, 4.7 восстановлены пломбами. ИРОПЗ — 80%. При зондировании глубина зубодесневой борозды в области всех зубов составляет 1,5 мм. Патологической подвижности зубов не отмечено.

Зубная формула

0	п	0	п	0		0			0		0	п	п	п	0
18	и	16	15	14	13	12	11	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	28
48	4.7	46	45	44	43	4.2	4.1	3.1	3.2	33	34	3.5	3.6	37	38
0	п	п	0	п	0		0				0	п	0	п	0

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка розового цвета, нормально увлажнена, без видимых патологических изменений.

Данные рентгенологических исследований. На ортопантограмме: равномерная атрофия костной ткани альвеолярных отростков на 1/4 длины корней зубов.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (III класс IV подкласс по Кеннеди), осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени.

ортопедического лечения

- Восстановить культы коронок зубов 1.5.1.7, 2.5, 2.6, 2.7, 3.5, 3.7, 4.4, 4.6, 4.7 штифтовыми конструкциями.
- Изготовить цельнолитые с облицовкой коронки и мостовидные протезы с опорами на зубы 1.1, 1.3, 1.5, 1.7, 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7; 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6, 4.7.
- Все работы проводить в условиях индивидуально настроенного артикулятора.

Веление дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получены оттиски альгинатным материалом с верхней и нижней челюстей для изготовления временных коронок лабораторным методом. Зафиксирована центральная окклюзия. При помощи механического аксиографа (*Axiograph III, SA|f*) определён угол сагиттального суставного пути (45 °) и угол бокового суставного пути (10 °) для настройки артикулятора на индивидуальную функцию.

Вариант записи второго посещения

Отпрепарированы зубы 1.1, 1.3, 1.5, 1.7, 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6, 4.7 для изготовления металлокерамических конструкций. Припасованы, перебазированы и фиксированы на временный цемент пластмассовые коронки и мостовидные протезы с опорами на зубы 1.1, 1.3, 1.5, 1.7, 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6, 4.7.

Вариант записи третьего посещения

Сняты временные пластмассовые коронки и мостовидные протезы с опорами на зубы 1.1, 1.3, 1.5, 1.7, 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6, 4.7. Получены двуслойные оттиски А-силиконовым материалом с верхней и нижней челюстей для изготовления металлокерамических коронок и мостовидных протезов с опорами на зубы 1.1, 1.3, 1.5, 1.7, 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6, 4.7. Фиксированы на временный цемент пластмассовые коронки и мостовидные протезы с опорами на зубы 1.1, 1.3, 1.5, 1.7, 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6, 4.7. *Вариант записи четвертого посещения*

Вариант записи четвертого посещения

Сняты временные пластмассовые коронки и мостовидные протезы с опорами на зубы 1.1, 1.3, 1.5, 1.7, 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6, 4.7. При помощи жёстких базисов с окклю-

зионными валиками определена протетическая плоскость и высота нижнего отдела лица, смонтирована лицевая дуга для расположения моделей челюстей в межрамочном пространстве артикулятора. При помощи механического аксиографа (*Axiograph III, SAM*) определён угол сагиттального суставного пути (45 °) и угол бокового суставного пути (10 °) для настройки артикулятора на индивидуальную функцию. Фиксированы на временный цемент пластмассовые коронки и мостовидные протезы с опорами на зубы 1.1, 1.3, 1.5, 1.7, 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6, 4.7.

Вариант записи пятого посещения

Сняты временные пластмассовые коронки и мостовидные протезы с опорами на зубы 1.1, 1.3, 1.5, 1.7, 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6, 4.7. Припасованы каркасы метал л о керамических коронок и мостовидных протезов с опорами на зубы 1.1, 1.3, 1.5, 1.7, 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6, 4.7. Фиксированы на временный цемент пластмассовые коронки и мостовидные протезы с опорами на зубы 1.1, 1.3, 1.5, 1.7, 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6, 4.7.

Вариант записи шестого посещения

Сняты временные пластмассовые коронки и мостовидные протезы с опорами на зубы 1.1, 1.3, 1.5, 1.7, 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6, 4.7. Припасованы и фиксированы при помощи стеклоиономерного цемента «*Fuji I*» металлокерамические коронки и мостовидные протезы с опорами на зубы 1.1, 1.3, 1.5, 1.7, 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 4.1, 4.2, 4.4, 4.6, 4.7.

Пример 36. Патологическая стираемость жевательной группы зубов нижней челюсти (горизонтальная форма), осложнённая снижением высоты нижнего отдела лица

Жа.юбы. Косметический дефект, затруднения при пережёвывании пищи, боль от термических раздражителей, боль в ВНЧС.

Перенесенные и сопутствующие заболевания. Хронический тонзиллит.

Развитие настоящего заболевания. В течение последних лет пациент наблюдался у стоматолога-терапевта по поводу лечения кариеса и его осложнений.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Конфигурация лица изменена, выражены носогубные складки, опущены углы рта. Снижена высота нижнего отдела лица.

Обследование полости рта. Глубокое резцовое перекрытие во фронтальном отделе, определяется плоскостной дефект окклюзионной поверхности коронок зубов 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7,

4.8. Соотношение высоты нижнего отдела лица при центральном соотношении челюстей с высотой нижнего отдела лица в состоянии покоя — более 4—5 мм. Альвеолярный отросток в области жевательной группы зубов нижней челюсти в объёме не увеличен.

Зубная формула

0	п	0	п	п	п	и	и	и	п	п	и	п	п	п	0
18	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
п	п	п	п	п	п	п	и	и	и	п	п	п	п	п	п

Прикус. Глубокое резцовое перекрытие.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка альвеолярного отростка бледно-розового цвета, равномерно увлажнена.

Данные рентгенологических исследований. На ортопантомограмме определяется облитерация пульпарных полостей в зубах 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, в корнях этих зубов каналы контрастируются.

Диагноз. Некомпенсированная форма патологической стираемости жевательной группы зубов нижней челюсти (горизонтальная форма) со снижением высоты нижнего отдела лица.

План ортопедического лечения

- Нормализовать высоту нижнего отдела лица при помощи временного съёмного разобщающего пластиночного протеза с окклюзионным перекрытием нижних жевательных зубов (лечебная дезокклюзия).

- При купировании болевого синдрома в области ВНЧС и перестройки миотатического рефлекса постоянно зафиксировать физиологическую высоту нижнего отдела лица при помощи металлокерамических коронок на зубы 3.4, 3.5, 3.6, 4.4, 4.5, 4.6 и цельнолитых коронок на зубы 3.7, 3.8. 4.7, 4.8.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получены оттиски с верхней и нижней челюстей альгинатной массой.

Вариант записи второго посещения

Определено центральное соотношение челюстей при помощи воскового базиса с окклюзионными пластинками с прогнозируемым восстановлением нижнего отдела лица.

Вариант записи третьего посещения

Пациент адаптировался к физиологической высоте нижнего отдела лица, купирован болевой синдром в области ВНЧС, произошла перестройка миотатического рефлекса. Пациент направлен на депульпирование зубов 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8 в связи со значительным дефектом коронковой части этих зубов.

Вариант записи четвертого посещения

Зубы 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8 отпрепарированы под металлокерамические и цельнолитые коронки. Получен рабочий двуслойный оттиск с нижней челюсти силиконовым материалом. Определено центральное соотношение челюстей при помощи силиконового материала. Перебазирован временный пластиночный протез на нижнюю челюсть акриловой пластмассой.

Вариант записи пятого посещения

Припасованы каркасы металлокерамических коронок на зубы 3.4, 3.5, 3.6, 4.4, 4.5, 4.6 и цельнолитых металлических коронок на зу

бы 3.7, 3.8, 4.7, 4.8. Определён и согласован с пациентом цвет керамической облицовки.

Вариант записи шестого посещения

Припасованы искусственные коронки на зубы 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8; коронки постоянно зафиксированы на стеклоиономерный цемент. Даны рекомендации по пользованию зубными протезами.

Пример 37. Локализованная форма пародонтита средней степени тяжести. Частичные дефекты коронковой части зубов 4.4 и 4.5 (применение интердентальных шин из металлических вкладок)

Жсиобы. Подвижность зубов 4.4 и 4.5 и разрушение их коронковой части с оральной поверхности, кровоточивость дёсен во время чистки зубов.

Перенесённые заболевания. Хронический бронхит.

Развитие настоящего заболевания. Зубы 4.4 и 4.5 ранее неоднократно лечены по поводу рецидивов кариеса (вторичный кариес). При явлениях пульпита полтора года назад депульпирован зуб 4.5, а 8 мес назад — зуб 4.4. Многократное выпадение пломб привело к разрушению коронковой части зубов с оральной стороны на 1/2.

В течение последних 3 лет появилась и постепенно усиливалась кровоточивость дёсен. 2 года назад с периодичностью примерно раз в 2-3 мес в десне нижней челюсти в области зубов 4.4 и 4.5 отмечалась боль, сопровождавшаяся гиперемией и отёком. Признаки воспаления удавалось купировать в течение одних-двух суток с помощью тщательных гигиенических процедур и полосканий раствором антисептика (хлоргексидин®). В течение последнего года появилась подвижность зубов 4.4 и 4.5.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, открывание рта в полном объёме, регионарные лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны, подвижны.

При инструментальном обследовании определяются десневые карманы в области зубов 4.4 и 4.5 глубиной 3,6 мм и 4,1 мм соответственно. Отмечается патологическая подвижность зубов 4.4 и 4.5 I и II степени соответственно. С оральной стороны этих зубов имеются дефекты коронковой части. На нижней и верхней челюстях отсутствуют зубы 1.8, 2.8, 3.8 и 4.8.

Зубная формула

0			л									п	к		0
1 8	1.7	1.6	1.5	1 4	1.3	1.2	1 1	2.1	2.2	23	2.4	2.5	26	2.7	28
48	47	46	45	44	4 3	4.2	4 1	3.1	32	33	34	3.5	36	37	38
0												п	п	п	0

Прикус. Ортогнатический.

Слизистая оболочка полости рта розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений.

В области зубов 4.4 и 4.5 наблюдается умеренная гиперемия межзубной и альвеолярной частей десны. Имеются мягкие и твёрдые зубные отложения.

Данные дополнительных исследований. На прицельной рентгенограмме определяется полная obturация корневых каналов зубов 4.4 и 4.5 пломбировочным материалом до верхушки корня.

Отмечается атрофия костной ткани, в области зуба 4.4 — на 1/4 длины корня, в области зуба 4.5 — на 1/2 длины корня, расширение периодонтальной щели в пришеечной области зубов 4.4 и 4.5.

Диагноз. Локализованная форма пародонтита средней степени тяжести. Частичные дефекты коронковой части зубов 4.4 и 4.5.

План ортопедического лечения

- Профессиональная гигиена полости рта.
- Терапевтическое лечение пародонтита.
- Восстановление культей коронковой части зубов 4.4 и 4.5 цельнолитой штифтово-культевой вкладкой из кобальтохромового сплава (КХС).

Дневник ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сформированы внутрикорневые полости для цельнолитых вкладок. В каналы зубов 4.4 и 4.5 с помощью каналонаполнителя введена корректирующая масса, получен рабочий двуслойный оттиск с нижней челюсти из А-силиконовой массы «*Silagum*», вспомогательный оттиск с верхней челюсти из альгинатной массы. В полости зубов 4.4 и 4.5 наложены временные пломбы. Зарегистрирована центральная окклюзия при помощи силиконовой массы. Оттиски переданы в зуботехническую лабораторию для отливки цельнолитых штифтово-культевых вкладок из КХС.

Вариант записи второго посещения

Припасованы и зафиксированы на стеклоиномерный цемент «*Fuji I*» цельнолитые штифтово-культевые вкладки на зубы 4.4 и 4.5. Проведено финишное препарирование культевой части вкладок.

Пример 38. Частичная вторичная адентия верхней челюсти (I класс II подкласс по Кеннеди), осложнённая генерализованной формой хронического пародонтита лёгкой степени (шинирующий съёмный протез с телескопической фиксацией)

ЖСИобы. Затруднения при пережёвывании пищи, эстетический дефект.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Хронический холецистит. Аллергии на медикаменты не наблюдалось.

Развитие настоящего заболевания. Зубы последовательно удалены в течение последних 11 лет в связи с несвоевременным лечением кариеса. Протезирование 3 года назад в районной поликлинике по месту жительства.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Лицо симметрично, высота нижнего отдела не снижена.

Обае дование полости рта. При осмотре выявляются двусторонние концевые дефекты зубных рядов верхней челюсти. Отсутствуют зубы 1.8, 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.3, 2.1, 2.4, 2.6, 2.7, 2.8. Степень атрофии пародонта имеющихся зубов составляет 1/4 нормы. Металлопластмассовый мостовидный протез с опорой на зубы 1.2, 1.1, 2.2, 2.3, 2.5 частично расцементирован, подвижен, некроз твёрдых тканей культей зубов 2.2, 2.5 под опорными коронками. Съёмный пластиночный протез на верхнюю челюсть не отвечает клиническим требованиям.

Зубная формула

0	0	0	0	0	0	к	к	0	к	к	0	к	0	0	0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
		л		п										п	

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических проявлений.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней челюсти (I класс II подкласс по Кеннеди), осложнённая генерализованной формой хронического пародонтита лёгкой степени.

План лечения

- Подготовительный этап.
 - Профессиональная гигиена полости рта.
 - Обучение гигиене полости рта, правилам ухода за протезами.
 - Снятие металлопластмассового мостовидного протеза с опорой на зубы 1.2, 1.1, 2.2, 2.3, 2.5 (не отвечает клиническим требованиям), ревизия и восстановление культей опорных зубов.
- Протезирование зубного ряда верхней челюсти.
 - Изготовление временных коронок.
 - Изготовление комбинированного (покрывного) протеза с телескопической фиксацией:
- а) изготовление первичных телескопических коронок на зубы 1.2, 1.1, 2.2, 2.3, 2.5;
- б) изготовление съёмной части протеза с вторичными телескопическими коронками.
- Реабилитационно-профилактический этап.
 - Ежеквартально в течение года, а затем — раз в пол года контрольные осмотры для проверки гигиены полости рта, устойчивости протезов, степени их фиксации.
 - Динамический контроль состояния пародонта опорных зубов.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получены оттиски альгинатной массой с верхней и нижней челюстей для изготовления временных коронок и индивидуальной ложки на верхнюю челюсть.

Вариант записи второго посещения

Определено центральное соотношение челюстей с помощью воскового базиса с окклюзионными валиками.

Вариант записи третьего посещения

Отпрепарированы зубы 1.2, 1.1, 2.2, 2.3, 2.5. Сформирована внутрикорневая полость для цельнолитых вкладок. Проведена прямая моделировка штифтово-культевых вкладок из моделировочной пластмассы на зубы 1.2, 1.1, 2.2, 2.3, 2.5. Пластмассовая модель вкладок передана в зуботехническую лабораторию. Перебазированы временные коронки из пластмассы, изготовленные в лаборатории, ко-

134 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

ронки зафиксированы на временный цемент. Припасован и наложен пластиночный протез на верхнюю челюсть.

Вариант записи четвёртого посещения

Припасованы и зафиксированы на стеклоиономерный цемент штифтово-культевые вкладки на зубы 1.2, 1.1, 2.2, 2.3, 2.5. Проведено финишное препарирование культевой части вкладок и ретракция десны зубов 1.2, 1.1, 2.2, 2.3, 2.5. Получен двойной силиконовый оттиск с верхней челюсти индивидуальной ложкой для изготовления телескопических коронок. Определено центральное соотношение челюстей. Перемонтированы и зафиксированы каппы. Припасован и наложен съёмный пластиночный протез на верхнюю челюсть.

Вариант записи пятого посещения

Первичные коронки припасованы и зафиксированы корригирующим слоем силиконового материала. Снят оттиск силиконовым материалом с верхней челюсти (индивидуальной ложкой). Определено центральное соотношение челюстей. Определён цвет (A3). Зафиксированы каппы и наложен съёмный пластиночный протез на верхнюю челюсть.

Вариант записи шестого посещения

Припасован каркас комбинированного протеза на верхнюю челюсть с цельнолитыми (вторичными) коронками, облицованными керамической массой.

Вариант записи седьмого посещения

Припасован покрывной протез. Первичные коронки зафиксированы стеклоиономерным цементом под контролем съёмной покрывной части. Через час после фиксации пациентка обучена правилам пользования протезом (надевания, снятия, очистки, хранения) и гигиенического ухода за зубами.

Вариант записи восьмьюго посещения

Проведена коррекция покрывного протеза.

Пример 39. Частичная вторичная адентия нижней челюсти, осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени (применение шинирующего съёмного протеза из эластичной пластмассы)

Жаюбы. Подвижность зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.4, кровоточивость десен во время чистки зубов, отсутствие зубов 3.5 и 3.6, нарушение функции жевания.

Перенесённые заболевания. Хронический гастрит, хронический холецистит.

Развитие настоящего заболевания. Зубы 3.5 и 3.6 многократно лечены по поводу кариеса (вторичный кариес). После выпадения пломб, около 4 лет назад, стоматологического лечения не проводили. в результате чего коронковые части зубов 3.5 и 3.6 полностью разрушились, и их корни были удалены хирургическим путем при санации полости рта. В течение последних полутора лет появилась и постепенно усилилась кровоточивость дёсен, сопровождающаяся умеренной гиперемией. В течение последнего года появилась подвижность зубов 4.2,4.1, 3.1, 3.2, 3.4.

Данные объективного исследования

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, открывание рта в полном объёме, регионарные лимфатические узлы не увеличены. при пальпации безболезненны, подвижны.

Слизистая оболочка нёба, щёк, языка и альвеолярных отростков в области отсутствующих зубов 3.5 и 3.6 — без видимых патологических изменений. Маргинальный край десны в области зубов 4.2, 4.1, 3.1,3.2, 3.4 умеренно гиперемирован. имеются пародонтальные карманы, глубина которых составляет 1,0—1,8 мм.

Зубная формула

0		п	п								п	п			0
18	1.7	1.6	1.5	1 4	1.3	1.2	1.1	2.1	22	23	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
48	4.7	46	4.5	4.4	4.3	42	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0		п	п									0	0		0

136 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

Одонтопародонтограм ма

Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Сум- ма
3/4 (75%)	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	30.5	
1/2 (50%)	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	2.5	1.0		
1/4 (25%)	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5		
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0		
Степень атрофии	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	30.0	
1/4 (25%)	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5		
1/2 (50%)	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	2.5	1.0		
3/4 (75%)	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5		
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

Прикус. Ортогнатический.

Данные дополнительных исследований. На ортопантомограмме зубных рядов отмечены начальные признаки деструкции костной ткани пародонта. Атрофия костной ткани межзубных перегородок в области зубов 4.2.4.1.3.1,3.2.3.4 на 1/4. Отсутствуют зубы 3.5 и 3.6.

Диагноз. Частичная вторичная адентия нижней челюсти, осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени.

План ортопедического лечения

- Профессиональная гигиена полости рта.
- Терапевтическое лечение пародонтита.
- Изготовление шинирующего съёмного протеза на нижнюю челюсть из эластичной пластмассы (нейлона).

Дневник ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты рабочий и вспомогательный оттиски с верхней и нижней челюстей альгинатной массой. Выполнена регистрация центральной окклюзии при помощи силиконовой массы.

Вариант записи второго посещения

Припасован и наложен шинирующий съёмный протез из эластичной пластмассы (нейлона) на нижнюю челюсть. Даны рекомендации по пользованию зубным протезом.

Вариант записи третьего посещения

Проведена коррекция шинирующего съёмного протеза на нижнюю челюсть.

Пример 40. Генерализованный пародонтит лёгкой и средней степени тяжести, осложнённый вторичной деформацией зубных рядов

' **Ачты.** Косметический дефект, передние зубы верхней челюсти приподнимают верхнюю губу. Затруднения при пережёвывании пищи, кровоточивость дёсен.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Со слов пациентки, практически здорова.

Развитие настоящего заболевания. Подвижность зубов появилась Улет назад, к врачу-стоматологу по этому поводу не обращалась, со ' временем подвижность зубов усиливалась, и пациентка постепенно удаляла зубы.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. При внешнем осмотре определяется нарушение | конфигурации лица за счёт верхней губы, приподнятой фронталь- ными зубами в состоянии физиологического покоя. Резко выражены носогубные и подбородочная складки. Открывание рта свобод- I ное, безболезненное. Снижена высота нижнего отдела лица.

Обследование полости рта. Протрузия зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2. Зубоальвеолярное удлинение зубов 2.4, 2.5, 4.7. Скученность зубов 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3. Патологическая подвижность IV степени зубов 1.2, 2.2.

Зубная формула

0	0	0		0										0	0	0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
0		0										0	0	0	0	

Одонтопародонтограмма

Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Сум- ма
3/4 (75%)	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	30,5
1/2 (50%)	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	2.5	1.0	
1/4 (25%)	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	

Степень атрофии	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	30.0
1/4 (25%)	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
1/2 (50%)	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	2.5	1.0	
3/4 (75%)	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Прикус. Глубокий травмирующий прикус.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка полости рта интенсивно розового цвета, отмечается её гиперемия и отёчность маргинального края десны в области зубов 1.2, I. 1. 2.1,2.2.

Данные рентгеновских исследований. На ортопантограмме каналы зуба 4.7 запломбированы, вертикальная костная резорбция на 1/2 длины корня, в области зубов 1.2 и 2.2 вертикальная резорбция костной ткани на 3/4 длины корня, в области всех остальных оставшихся зубов вертикальная резорбция костной ткани на 1/4 длины корней зубов.

Диагноз. Хронический генерализованный пародонтит лёгкой и средней степени тяжести, осложнённый частичной вторичной адентией верхней и нижней челюстей, вторичной деформацией зубных рядов, глубоким травмирующим прикусом со снижением высоты нижней трети лица.

План ортопедического лечения

- Направить в отделение пародонтологии для терапевтического и хирургического лечения пародонтита с удалением зубов 1.2, 2.2.
- Провести ортодонтическое лечение:
 - изготовить пластиночный протез на верхнюю челюсть с вестибулярной дугой для устранения протрузии зубов 1Л, 2.1;
 - изготовить пластиночный протез на нижнюю челюсть с распорным винтом для устранения скученности зубов 3.3, 3.2, 3.1,4.1, 4.2, 4.3.
- Изготовить мостовидный протезе опорой на зубы 1.5, 1.3, 1.1, 2.1, 2.3 и соединённые коронки на зубы 2.4, 2.5,4.7.
- Изготовить бюгельный протез на верхнюю челюсть и шинирующий бюгельный протез на нижнюю челюсть.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты оттиски альгинатной массой для изготовления пластиночного протеза с вестибулярной дугой на верхнюю челюсть и пластиночного протеза с распорным винтом на нижнюю челюсть. Определена центральная окклюзия силиконовой массой.

Вариант записи второго посещения

Припасованы и наложены протезы: пластиночный протезе вестибулярной дугой на верхнюю челюсть и пластиночный протез с распорным винтом на нижнюю челюсть.

Вариант записи третьего посещения

Проведена коррекция и активация дуги пластиночного протеза с вестибулярной дугой на верхнюю челюсть, коррекция и активация винта пластиночного протеза с распорным винтом на нижнюю челюсть.

Вариант записи четвёртого и последующих посещений

Проведена коррекция и активация дуги пластиночного протеза с вестибулярной дугой на верхнюю челюсть, коррекция и активация винта пластиночного протеза с распорным винтом на нижнюю челюсть (до получения результата ортодонтического лечения).

Вариант записи пятого посещения

Сняты оттиски альгинатной массой для изготовления временного мостовидного протеза и временных коронок.

Вариант записи шестого посещения

Отпрепарированы зубы с созданием кругового уступа для изготовления мостовидного протеза с опорой на зубы 1.5, 1.3, 1.1, 2.1, 2.3 и коронок на зубы 2.4, 2.5, 4.7. Припасованы и зафиксированы на временный беззвгенольный цемент временный мостовидный протез с опорой на зубы 1.5, 1.3, 1.1, 2.1, 2.3 и коронки на зубы 2.4, 2.5, 4.7.

Вариант записи седьмого посещения

Сняты провизорный мостовидный протез и коронки, маргинальная десна в области зубов 1.5, 1.3, 1.1, 2.1, 2.3, 2.4, 2.5, 4.7 без признаков воспаления. Проведена ретракция десны при помощи ретракционной нити в области зубов 1.5, 1.3, 1.1, 2.1, 2.3, 2.4, 2.5, 4.7. Снят двуслойный оттиск силиконовой массой с верхнего и нижнего зубных рядов. Временный мостовидный протез и коронки зафиксированы на беззвгенольный цемент для временной фиксации.

Вариант записи восьмого посещения

Сняты временные мостовидный протез и коронки. Припасованы каркасы металлокерамических мостовидного протеза и коронок.

Определен и согласован с пациентом цвет керамической облицовки. Временные мостовидный протез и коронки зафиксированы на без-эвгенольный цемент для временной фиксации.

Вариант записи девятого посещения

Сняты временные мостовидный протез и коронки. Припасованы металлокерамические мостовидный протез и коронки, проведена коррекция окклюзионных контактов. Выполнена постоянная фиксация мостовидного протеза и коронок на стеклоиономерный цемент.

Вариант записи десятого посещения

Сняты оттиски альгинатной массой для изготовления шинирующего бюгельного протеза на верхнюю челюсть и бюгельного протеза на нижнюю челюсть.

Вариант записи одиннадцатого посещения

Припасованы каркасы бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти. Определена центральная окклюзия при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками.

Вариант записи двенадцатого посещения

Припасованы и наложены бюгельный протез на верхнюю челюсть и шинирующий бюгельный протез на нижнюю челюсть. Даны рекомендации по пользованию зубными протезами.

Вариант записи тринадцатого посещения

Выполнена коррекция бюгельных протезов на верхней и нижней челюстях. Пациенту назначен контрольный осмотр.

Пример 41. Локализованный хронический пародонтит средней степени тяжести, осложнённый частичной вторичной адентией

Жалобы. Затруднения при пережёвывании пищи.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Болеет вегето-сосудистой дистонией.

Развитие настоящего заболевания. В течение последних 3 лет пациент удалил зубы 3.6, 3.8. В последнее время при пережёвывании пищи появилось ощущение ограниченности при движении нижней челюсти.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, снижение высоты нижнего отдела лица отсутствует, при пальпации сустава выявляется изменение траектории движения и неравномерное напряжение жевательной мускулатуры.

Обследование полости рта. Определяется трансверсальное смещение зубов 2.6 и 2.8 и их патологическая подвижность II степени.

Зубная формула

о	и	п	п	и	и	и	и	и	и	и	п	и	и	п	и	р
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
о	п	к	и	к	и	и	и	п	и	п	п	и	о	и	о	

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка десневого края в области зубов 2.6, 2.8 гиперемирована и отёчна.

Данные рентгенологических исследований. На ортопантомограмме в области зубов 2.6, 2.8 наблюдается расширение периодонтальной щели по всей длине корня зуба, резорбция костной ткани в этой области до 2/3.

На диагностических моделях выявлено нарушение компенсаторной окклюзионной плоскости. В положении центральной окклюзии зубы 2.6 и 2.8 выдвинуты в транверсальной плоскости, шейки зубов обнажены при отсутствии антагонистов. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области зубов 2.6, 2.8 не увеличен.

142 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

Диагноз. Локализованный хронический пародонтит средней степени тяжести в области зубов 2.6, 2.8, осложнённый частичной вторичной адентией нижней челюсти слева и вторичной деформацией зубных рядов.

План ортопедического лечения

- Удалить зубы 2.6, 2.8.
- Изготовить металлокерамический мостовидный протез с опорами на зубы 2.5, 2.7.
- Изготовить металлический цельнолитой мостовидный протез на нижнюю челюсть с опорами на зубы 3.5, 3.7.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Под инфильтрационной анестезией раствором артикаина (1,7 мл) зубы 2.5, 2.7, 3.5, 3.7 отпрепарированы под опоры цельнолитого мостовидного протеза с облицовкой. Культи зубов покрыты десенситайзером «дентин-герметизирующий ликвид». Получены двуслойные силиконовые оттиски с верхней и нижней челюстей. Изготовлены временные пластмассовые коронки клиническим способом и зафиксированы на временный цемент.

Вариант записи второго посещения

Болевого синдрома в области препарированных зубов не отмечено. Припасованы каркасы цельнолитых протезов с опорами на зубы 2.5, 2.7, 3.5, 3.7; препарированные зубы повторно покрыты десенситайзером «дентин-герметизирующий ликвид». Цвет керамической облицовки определён при помощи компьютерного цветового анализатора и согласован с пациентом. Временные протезы зафиксированы на временный цемент.

Вариант записи третьего посещения

Сняты временные пластмассовые мостовидные протезы. Припасованы металлокерамический мостовидный протез с опорой на зубы 2.5 и 2.7 и цельнолитой металлический протез с опорой на зубы 3.5 и 3.7; протезы постоянно зафиксированы на поликарбоксилатный цемент «Адгезор-карбоксы». Даны рекомендации по пользованию зубными протезами.

Пример 42. Частичная вторичная адентия (III класс по Кеннеди), осложнённая хроническим генерализованным пародонитом средней степени тяжести (изготовление несъёмной шины из гелиокомпозита, армированной волокнами)

Жалобы. Постоянная кровоточивость дёсен при чистке зубов, огечность и болезненность десны нижней челюсти, расшатанность передних зубов нижней челюсти, затруднения при пережёвывании пищи.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Ишемическая боязнь сердца, желчно-каменная болезнь.

Развитие настоящего заболевания. Считает себя больной около 3 лет, когда при чистке зубов появилась незначительная болезненность и кровоточивость дёсен в области, прилегающей к фронтальной группе зубов нижней челюсти. В последнее время дважды с периодичностью примерно раз в месяц во фронтальном отделе десны нижней челюсти отмечалась значительная боль, сопровождавшаяся выраженной гиперемией и отёком. Признаки воспаления удавалось купировать в течение одних-двух суток с помощью тщательных гигиенических процедур и полосканий раствором антисептика (хлор-гексидин®). В последнее время появилась подвижность зубов 4.4,

4 3,4.2.4.1,3.1,3.2, 3.3, 3.4. Больной ранее проводилось ортопедическое лечение, был изготовлен несъёмный мостовидный металлоке-рамический протез на зубы верхней челюсти.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, открывание рта в полном объёме, регионарные лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны, подвижны.

Обследование полости рта

Зубная формула

		К	О	К												
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
		П	П										П	П	О	

Одонтопародонтограмма

Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Сум- ма
3/4 (75%)	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	30.5	
1/2 (50%)	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	2.5	1.0		
1/4 (25%)	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5		
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0		
Степень атрофии	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	30.0	
1/4 (25%)	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5		
1/2 (50%)	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	2.5	1.0		
3/4 (75%)	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5		
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка полости рта розового цвета, нормально увлажнена, в области зубов 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 наблюдается умеренная гиперемия межзубной и альвеолярной частей десны. Имеются мягкие и твердые зубные отложения. При инструментальном обследовании определяются десневые карманы в области зубов 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 глубиной 3,6-4,3 мм. Отмечается патологическая подвижность I—II степени зубов 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4. На нижней челюсти отсутствуют зубы 4.6, 4.5, 3.6, 3.7, 3.8. На верхней челюсти ранее был изготовлен несъемный мостовидный металлокерамический протез с опорами на зубы 1.6, 1.4.

Данные рентгенологических исследований. На панорамной рентгенографии отмечается атрофия костной ткани: в области зубов 4.4, 4.2.4.1, 3.1, 3.4, 3.5 — на 1/2 длины корня, в области зубов 3.3 и 4.3 — на 1/2 длины корня, в области остальных зубов — на 1/4.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей. осложнённая хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести.

План ортопедического лечения

- Терапевтическое лечение пародонтита, пародонтальная санация.

- Изготовление несъёмной шины из гелиокомпозита, армированной волокнами.

Веление дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты оттиски альгинатной массой с верхней и нижней челюстей для изготовления диагностических моделей.

Вариант записи второго посещения

В области зубов 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 проведена гигиеническая чистка зубов. Язычная поверхность зубов в области бугорков обработана 3%-ным раствором ортофосфорной кислоты в течение 40 с. Протравленная поверхность зубов 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 и армирующее волокно «*Ribbond*» заданной длины обработаны адгезивной системой.

Армирующее волокно уложено и зафиксировано с помощью жидкотекучего композита (цвет А3,5) в области язычных бугорков с переходом на контактную поверхность. Область зашинуированных зубов отшлифована и отполирована. Даны рекомендации по пользованию зубной шиной.

Пример 43. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая генерализованным пародонтитом средней степени тяжести (применение шинирующих металлокомпозитных мостовидных протезов большой протяжённости)

Жалобы. Нарушение функции жевания в связи с отсутствием зубов, подвижность оставшихся зубов, кровоточивость дёсен.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. 5 лет назад перенёс пневмонию, страдает ИБС.

Развитие настоящего заболевания. Последние Ю лет страдает генерализованным пародонтитом, наблюдается у пародонтолога. Несколько зубов на верхней и нижней челюстях удалены в связи с обострением хронического периодонтита.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Лицо симметрично, высота нижнего отдела не снижена, открывание рта в полном объёме. Лимфатические узлы челюстно-лицевой области не пальпируются.

Обследование полости рта. Определяется патологическая подвижность зубов I степени. Оголение шеек зубов, твёрдые зубные отложения.

Зубная формула

П	0	п	0	0	п	п	0	0	п	п	п	0	0	п	п
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0	п	п	0	п	п	п	0	0	п	п	п	п	0	п	п

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка полости рта в области маргинальной десны умеренно отёчна и легко кровоточит при зондировании.

Данные рентгенографии. На ортопантомограмме определяется деструкция края альвеолярного отростка и убыль костной ткани на 1/3. Отсутствуют зубы 1.7, 1.5, 1.4, 1.1, 2.1, 2.5, 2.6, 3.6, 3.1, 4.1, 4.5, 4.8, остальные зубы депульпированы: 1.8, 1.6, 1.3, 1, 2, 2.2, 2.3, 2.4, 2.7, 2.8, 3.8, 3.7, 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.7. Корневые каналы всех зубов obturated полностью до верхушек корней.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, генерализованный пародонтит средней степени тяжести.

План лечения

- Консультация пародонтолога.
- Изготовление временных шинирующих протезов на верхнюю и нижнюю челюсти.
- Изготовление постоянных шинирующих мостовидных металлокомпозитных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти со стабилизацией по дуге.

Дневник ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Для изготовления диагностических моделей сняты оттиски с верхней и нижней челюстей альгинатной массой. На диагностических моделях техник воском восстановит анатомическую форму отсутствующих зубов для изготовления временных шинирующих мостовидных протезов путём их формирования оттиском в полости рта.

¹ Зарегистрирована центральная окклюзия с помощью А-силиконовой массы «O-Bite».

Вариант записи второго посещения Получены оттиски с

диагностических моделей после восковой моделировки отсутствующих зубов из А-силиконовой массы «*Silagum*» для изготовления временных мостовидных протезов. Зубы 1.8, 1.6, 2.7, 2.8 отпрепарированы под цельнолитые искусственные коронки, а зубы 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.4 — под комбинированные металлокомпозитные коронки. Изготовлен временный шинирующий мостовидный протез из композитного материала «*Luxatemp*» на верхнюю челюсть путём его прямого формирования оттиском в полости рта. После коррекции временный мостовидный протез фиксирован на безэвгенольный цемент «*ТетроСет NE*». Край коронок временного протеза расположен выше десневого края.

Вариант записи третьего посещения

Зубы 3.8, 3.7, 4.6, 4.7 отпрепарированы под цельнолитые искусственные коронки, а зубы 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 4.2, 4.3, 4.4 — под комбинированные металлокомпозитные коронки. Изготовлен временный шинирующий мостовидный протез на нижнюю челюсть из композитного материала «*Luxatemp*» путём его прямого формирования оттиском в полости рта. После коррекции временный мостовидный про

тез фиксирован на безэвгенольный цемент « *ТемпоСет NE**. Край коронок временного протеза расположен выше десневого края. Пациент направлен к пародонтологу для терапевтического и хирургического лечения пародонта.

Вариант записи четвёртого посещения

Пародонтологическое лечение окончено, состояние дёсен улучшилось. Сняты временные мостовидные протезы с верхней и нижней челюстей. Получены рабочие оттиски из А-силиконовой массы «*Silagum**». Временные шинирующие мостовидные протезы зафиксированы на временный безэвгенольный цемент <« *ТемпоСет NE*».

Вариант записи пятого посещения

Сняты временные мостовидные протезы. Определена и фиксирована центральная окклюзия при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками и окклюзионным перекрытием отпрепарированных зубов. Временные шинирующие мостовидные протезы зафиксированы на временный безэвгенольный цемент «*ТемпоСет NE**».

Вариант записи шестого посещения

Сняты временные мостовидные протезы. Припасованы металлические каркасы комбинированных несъёмных шинирующих мостовидных протезов большой протяжённости на верхнюю и нижнюю челюсти. Определён и согласован с пациентом цвет будущей композитной облицовки. Временные мостовидные протезы зафиксированы на временный безэвгенольный цемент « *ТемпоСет NE**».

Вариант записи седьмого посещения

Сняты временные мостовидные протезы с верхней и нижней челюстей. Припасованы комбинированные металлокомпозитные протезы в области фронтальных зубов и премоляров и цельнолитые коронки в области моляров с опорами на зубы 1.8, 1.6, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, 2.7, 2.8, 3.8, 3.7, 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.7. Мостовидные протезы зафиксированы на постоянный композитный материал «*РезтаСет*». Даны рекомендации по пользованию мостовидными протезами, рекомендованы контрольные осмотры раз в 6 мес.

Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте 149

Пример 44. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая генерализованным пародонтитом тяжёлой степени (применение дентальных имплантатов при пародонтите)

Жиюбы. Подвижность зубов в области верхней челюсти, боли при приёме пищи и при надавливании на зубы, кровоточивость и периодически обостряющееся воспаление дёсен.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Серьёзной сопутствующей патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Со слов пациента, аллергией не страдает. Артериальная гипертензия.

Развитие настоящего заболевания. Пациент (54 года) ранее лечился у пародонтолога по месту жительства без видимого улучшения.

Данные объективного исследования
Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, открывание рта в полном объёме, лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны, подвижны.

Обследование полости рта. Имеются мягкие и твёрдые зубные отложения.

Зубная формула

о	к	о	о	к	к	о	к	о	к	к	о	о	о	к	о
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
о	к	о	к	к	с	и	и	и	с	к	о	о	о	к	о

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Умеренно гиперемирована в маргинальной области десны, отёчна, нормально увлажнена.

Данные рентгенологического обследования. На панорамной рентгенограмме отмечается резорбция межальвеолярных перегородок, вертикальная резорбция костной ткани и проявления глубоких костных карманов.

Диагноз. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (III класс по Кеннеди), осложнённая генерализованным пародонтитом

План лечения

- Направить пациента для рентгенологического обследования и компьютерной томографии с оценкой плотности костной ткани челюсти.
- Изготовить диагностические модели.
- Рекомендовать консультацию пародонтолога.
- Изготовить хирургический шаблон (в индивидуально настроенном артикуляторе) с разметкой мест постановки будущих имплантатов.
- Изготовить имediat-протез на верхнюю челюсть при двухэтапной методике имплантации.
- Провести операцию имплантации зубов.
- Изготовить цельнолитой мостовидный протезе керамической облицовкой с опорами на имплантаты в области зубов 1.7, 1.6, 1.3, 1.1, 2.2, 2.3, 2.6, 2.7.

Пациент информирован, что в случае развившегося пародонтита предлагается введение остеointегрируемых дентальных имплантатов непосредственно после удаления наиболее подвижных зубов. Удаление подвижных зубов IV степени способствует устранению источника инфекции и сенсибилизации организма, создавая условия для образования анкилозного соединения между имплантатом и костью. а также качественно нового соединительнотканного прикрепления десны и имплантата, но при такой методике имплантации высока вероятность возникновения осложнений с потерей имплантата. Эта информация и согласие пациента на операцию без каких-либо гарантий зарегистрированы в договоре, который и предлагается подписать пациенту.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты оттиски альгинатной массой для изготовления диагностических моделей. Определено центральное соотношение челюстей при помощи силиконового материала.

Вариант записи второго посещения

Сняты рабочие оттиски силиконовой массой для изготовления хирургического шаблона на верхнюю челюсть. Определено центральное соотношение челюстей при помощи силиконового материала и лицевой дуги для последующего переноса в артикулятор.

Вариант записи третьего посещения

Припасован и наложен хирургический шаблон с ракеткой мест постановки будущих имплантатов, проведена корректировка окклюзии. Сняты рабочие оттиски альгинатной массой для изготовления имедиат-протеза на верхнюю челюсть. Определено центральное соотношение челюстей при помощи силиконового материала.

Вариант записи четвертого посещения

Пациент направлен в хирургическое отделение для удаления зубов и проведения одномоментной операции имплантации. Припасованы и наложены имедиат-протезы на верхнюю челюсть.

Вариант записи пятого посещения

После постановки формирователей десны проведена коррекция имедиат-протеза на верхней челюсти, а также коррекция ок- I кклюзии.

Вариант записи шестого посещения Сняты оттиски с помощью

трансферов силиконовой массой для изготовления цельнолитого мостовидного протеза с покрытием керамикой с опорами на имплантаты в области зубов \ .7, 1.6,1.3, \ .\,

2.2,2.3,2.6,2.7. Определено центральное соотношение челюстей при помощи воскового базиса с накусочными площадками.

Вариант записи седьмого посещения

Снят имедиат-протез, установлены абатменты, припасован каркас мостовидного протеза, совместно с пациентом выбран цвет и форма искусственных зубов.

Вариант записи восьмого посещения

Установлены абатменты, припасован цельнолитой мостовидный протез в области зубов 1.7,1.6,1.3,1.1,2.2,2.3,2.6,2.7. Выверена окклюзия. Протез фиксирован в полости рта. Даны рекомендации по пользованию зубным протезом.

152 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

Пример 45. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей. Зубопротезный травматизм (механическая травма)

Жаюбы. Постоянные боли пол протезом на нижней челюсти, усиливающиеся во время еды. Боли проходят спустя несколько дней после снятия протеза.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Хронический холецистит, хронический панкреатит.

Развитие настоящего заболевания. Съёмными протезами пользуется 2 года. Боли под протезами появились сразу после протезирования. Коррекции протеза болей не устранили.

Данные объективного исследования

Внешний осмотр. Изменений не отмечено.

Обследование полости рта. Укорочение границ зубных протезов, отсутствие изоляции на протезе на нижней челюсти в области экзостозов.

Прикус. Ортогнатическое соотношение челюстей.

Состояние слизистой оболочки полости рта. При осмотре слизистой оболочки полости рта отмечаются участки воспаления в области экзостозов, на уровне отсутствующих премоляров. При пальпации эти области болезненны.

Диагноз. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей. Зубопротезный травматизм (механическая травма).

План ортопедического лечения

Изготовить съёмные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти из акриловой пластмассы с учётом топографических особенностей полости рта, с двуслойным базисом. «Эладенит-100» или «Ортосил-М».

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получение анатомических оттисков альгинатной массой.

Вариант записи второго посещения

Припасовка индивидуальных ложек с использованием функциональных проб по Гербсту. Снятие функциональных оттисков силиконовой массой.

Вариант записи третьего посещения

Определение центрального соотношения челюстей при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками. Уточнение мест изоляции базиса в области экзостозов на гипсовых моделях.

Вариант записи четвёртого посещения

Проверка конструкции протезов в полости рта. Высота нижнего отдела лица нормализована, имеются множественные окклюзионные контакты зубных рядов.

Вариант записи пятого посещения

Припасовка и наложение пластиночных протезов с двуслойным базисом с эластичной подкладкой из материала «Эладенит-100*». Рекомендации по пользованию зубными протезами.

Вариант записи шестого посещения

Адаптация к протезам проходит нормально. Коррекция зубных протезов.

Пример 45. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей. Зубопротезный травматизм (механическая травма)

Жалобы. Постоянные боли под протезом на нижней челюсти, усиливающиеся во время еды. Боли проходят спустя несколько дней после снятия протеза.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Хронический холецистит, хронический панкреатит.

Развитие настоящего заболевания. Съёмными протезами пользуется 2 года. Боли под протезами появились сразу после протезирования. Коррекции протеза болей не устранили.

Данные объективного исследования

Внешний осмотр. Изменений не отмечено.

Обследование полости рта. Укорочение границ зубных протезов, отсутствие изоляции на протезе на нижней челюсти в области экзостозов.

Прикус. Ортогнатическое соотношение челюстей.

Состояние слизистой оболочки полости рта. При осмотре слизистой оболочки полости рта отмечаются участки воспаления в области экзостозов, на уровне отсутствующих премоляров. При пальпации эти области болезненны.

Диагноз. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей. Зубопротезный травматизм (механическая травма).

План ортопедического лечения

Изготовить съёмные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти из акриловой пластмассы с учётом топографических особенностей полости рта, с двуслойным базисом. «Эладент-100» или «Ортосил-М».

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получение анатомических оттисков альгинатной массой.

Вариант записи второго посещения

Припасовка индивидуальных ложек с использованием функциональных проб по Гербсту. Снятие функциональных оттисков силиконовой массой.

Вариант записи третьего посещения

Определение центрального соотношения челюстей при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками. Уточнение мест изоляции базиса в области экзостозов на гипсовых моделях.

Вариант записи четвёртого посещения

1 г/з

Знать записи истории болезни пациентов в медицинской глш(проверка конструкции протезов в полости рта. Высота нижнего отдела лица нормализована, имеются множественные окклюзион- ые контакты зубных рядов.

Вариант записи пятого посещения

Припасовка и наложение пластиночных протезов с двуслойным базисом с эластичной подкладкой из материала «Эладенит-100*». Ре- комендации по пользованию зубными протезами.

Вариант записи шестого посещения

Адаптация к протезам проходит нормально. Коррекция зубных протезов.

Пример 46. Непереносимость съёмных протезов с базисами из акриловой пластмассы

Жсисобы. Невозможность пользования съёмными протезами из-за постоянного жжения слизистой оболочки под протезом, языка, щек, губ, слизистой альвеолярных отростков. Сухость полости рта, слюна клейкая, тягучая.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Гипертоническая болезнь. Лекарственная полиаллергия.

Развитие настоящего заболевания. Съёмными протезами пользуется 6 лет. Жжение слизистой оболочки полости рта в течение последних 4 лет Протезы переделывали дважды, и каждый раз появлялось жжение. При снятии протезов жжение исчезает.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижнего отдела лица. Выражены носогубные и подбородочные складки, дерматит лица, кистей рук.

Обследование полости рта. Рот открывается свободно.

Прикус. Ортогнатическое соотношение челюстей.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка неба имеет вид ярко-красных блестящих воспалительных очагов с резко очерченным контуром, по форме и величине точно соответствующих размеру протеза. Воспаление *пол* базисом съёмного протеза сопровождается отёком и резко выраженной гиперемией, проходящей при отсутствии протеза.

Диагноз. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, атлергический стоматит на акриловую пластмассу.

План диагностического процесса

- Экспозиционно-провокационный тест (положительный).
- **Определение** количества остаточного мономера в базисе зубного протеза.

• Клинический анализ крови без протезов и с протезами через 2 ч ношения (при аллергическом стоматите в картине крови обычно отмечается лейкопения, лимфоцитоз, уменьшение числа сегментоядерных нейтрофилов и лимфоцитов).

План первого варианта ортопедического лечения Изготовить съёмные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти из бесцветной акриловой пластмассы с контролем

Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте 155

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получение анатомических оттисков с верхней и нижней челюстей альгинатной массой.

Вариант записи второго посещения

Припасовка жёстких индивидуальных ложек из светоотверждаемого полимера с использованием функциональных проб по Гёрб-сту. Получение функциональных оттисков силиконовым материалом.

Вариант записи третьего посещения

Определение центрального соотношения челюстей с помощью жёстких полимерных базисов с окклюзионными восковыми валиками. Подбор искусственных зубов и согласование с пациентом их цвета и формы.

Вариант записи четвертого посещения

Проверка конструкции протезов в полости рта. Конструкция зубных рядов удовлетворяет пациента. Отмечается множественный окклюзионный контакт искусственных зубов, восстановлена нормальная высота нижнего отдела лица.

Вариант записи пятого посещения

Припасовка и наложение пластиночных протезов из бесцветной пластмассы. Рекомендации по пользованию зубными протезами.

Вариант записи шестого посещения

Коррекция пластиночных протезов. Слизистая оболочка протезного ложа нормального цвета, признаков воспалительного процесса не определяется.

План второго варианта ортопедического лечения

Изготовить съёмные пластиночные протезы из полиуретана на верхнюю и нижнюю челюсти.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получение анатомических оттисков с верхней и нижней челюстей альгинатной массой.

Вариант записи второго посещения

Припасовка жёстких индивидуальных ложек из светоотверждаемого полимера с использованием функциональных проб по Гёрб-сту. Получение функциональных оттисков силиконовым материалом.

Вариант записи третьего посещения

Определение центрального соотношения челюстей с помощью ЖЁСТКИХ полимерных базисов с окклюзионными восковыми валиками. Подбор искусственных зубов и согласование с пациентом их цвета и формы.

Вариант записи четвертого посещения

Проверка конструкции протезов в полости рта. Конструкция зубных рядов удовлетворяет пациента. Отмечается множественный окклюзионный контакт искусственных зубов, восстановлена нормальная высота нижнего отдела лица.

Вариант записи пятого посещения

Припасовка и наложение пластиночных протезов из полиуретана. Рекомендации по пользованию зубными протезами.

Вариант записи шестого посещения

Коррекция пластиночных протезов. Слизистая оболочка протезного ложа нормального цвета, признаков воспалительного процесса не определяется.

Пример 47. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей. Токсический стоматит. Дисбактериоз кишечника, латентный кандидоз полости рта

Жеиобы. Повышенное слюноотделение, сильное жжение слизистой оболочки полости рта, головная боль, диспептические явления.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Дисбактериоз толстой кишки в течение 5 лет. У гастроэнтеролога не наблюдается, занимается самолечением.

Развитие настоящего заболевания. Съёмными протезами из акриловой пластмассы пользуется 5 лет. Жжение слизистой оболочки появилось в последние 2—3 года.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Изменения не определяются.

Обследование полости рта. Определяется атрофия альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей II степени.

Прикус. Ортогнатическое соотношение челюстей.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Гиперемия и отёк слизистой оболочки полости рта, особенно сильно выраженные на слизистой оболочке нёба. Слизистая оболочка чрезмерно увлажнена, отмечается обилие слюны.

Данные лабораторных исследований.

- рН-метрия слюны: снижение рН.
- Исследование видового состава микрофлоры слизистой оболочки: выявляется мицелий гриба рода *Candida*.
- Клинический анализ крови без протезов и с протезами спустя 2 ч ношения: выявлено изменение лейкограммы по токсическому типу: лейкоцитоз, эритропения, увеличение СОЭ, морфологические изменения эритроцитов.
- Консультация и обследование у гастроэнтеролога: выявлен дисбактериоз кишечника.

Диагноз. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей. Токсический стоматит. Дисбактериоз кишечника, латентный кандидоз полости рта.

План лечения

- Лечение дисбактериоза и наблюдение у гастроэнтеролога.
- И изготовление съёмных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти из бесцветной пластмассы при строгом соблюдении режима полимеризации или из полиуретана.

158 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

- Регулярная личная гигиена полости рта и зубных протезов.
- Диспансерное наблюдение.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получение анатомических оттисков альгинатной массой.

Вариант записи второго посещения

Припасовка жёстких пластмассовых индивидуальных ложек с использованием функциональных проб по Гербсту. Получение функциональных оттисков с верхней и нижней челюстей силиконовыми массами.

Вариант записи третьего посещения

Определение центрального соотношения челюстей с помощью восковых базисов с окклюзионными валиками.

Вариант записи четвёртого посещения

Проверка конструкции протезов. Обратит внимание зубного техника на соблюдение строгого режима полимеризации.

Вариант записи пятого посещения

Припасовка и наложение пластиночных протезов из бесцветной акриловой пластмассы. Рекомендации по пользованию зубными протезами.

Вариант записи шестого посещения

Адаптация к зубным протезам проходит нормально, проведена их коррекция. Слизистая оболочка протезного ложа — в физиологическом состоянии.

Пример 48. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (применение съёмных пластиночных протезов с восстановлением оптимальной высоты нижнего отдела лица)

Жалобы на отсутствие зубов, затруднения при пережёвывании пищи, старческое выражение лица при пользовании ранее изготовленными протезами, заеды углов рта, плохую фиксацию пластиночных протезов.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Варикозное расширение вен нижних конечностей.

Развитие настоящего заболевания. Возраст пациента — 65 лет. По- < терял з>бы полностью более 15 лет назад, последнее удаление было на нижней челюсти. С этих пор пользуется пластиночными протезами вполне удовлетворительно. Последние протезы изготовлены более 5 лет назад. Последний год протезы стали плохо фиксироваться, плохо пережёвывать пищу, появились заеды углов рта и старческое выражение лица.

Данные объективного обследования

Отмечается атрофия верхней челюсти II степени и нижней челю- | сти III степени. Слизистая оболочка протезного ложа на обеих челю- | стях гиперемирована, умеренно увлажнена. Заметна мацерация слизистой оболочки и кожного покрова углов рта. Верхняя губа и щёки западают.

При осмотре ранее изготовленных протезов отмечается их недостаточная фиксация и незначительный баланс на челюстях. Искусственные зубы стёрты наполовину. Высота нижнего отдела лица с протезами резко снижена.

Диагноз. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая снижением высоты нижнего отдела лица, заеды углов рта. Функциональная неполноценность зубных протезов.

План ортопедического лечения

- Лечение слизистой оболочки полости рта при воздержании от пользования протезами. Лечение заед углов рта.
- Изготовление функционально полноценных протезов с использованием индивидуальных ложек и функциональных оттисков с восстановлением оптимального состояния мягких тканей, высоты нижнего отдела лица, артикуляционных и окклюзионных соотношении.

Веление дневника ортопедического лечения*Вариант записи первого посещения*

Осмотрена полость рта, даны рекомендации воздержаться от пользования **протезами**. Назначено полоскание элюдрилом® 2- 3 раза в день после еды. Рекомендовано смазывание углов рта кремами с витамином А или сливочным маслом перед введением и выведением протезов.

Вариант записи второго посещения

Получены анатомические оттиски альгинатной массой «Ипин» для получения жёстких ложек.

Вариант записи третьего посещения

Припасованы пластмассовые индивидуальные ложки на верхнюю и нижнюю челюсти, получены функциональные оттиски массой «Хапюрген Grien».

Вариант записи четвертого посещения

Определено центральное соотношение челюстей при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками.

Вариант записи пятого посещения

Проверена конструкция протезов в полости рта.

Вариант записи шестого посещения

Припасованы и наложены съёмные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти. Даны рекомендации по пользованию зубными протезами.

Вариант записи седьмого посещения

Выполнена коррекция съёмных пластиночных протезов.

Пример 49. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти II степени и атрофией альвеолярной части нижней челюсти IV степени. Наличие выраженного торуса на верхней челюсти. Несоответствие границ протеза верхней челюсти переходной складке и её объёму. Отсутствие изоляции под торус в базисе протеза на верхнюю челюсть

Жалобы. Затруднения при пережёвывании пищи съёмными протезами, недостаточная фиксация протезов во время разговора и приёма пищи.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет.

Развитие настоящего заболевания. Пользуется протезами давно. Последние протезы, изготовленные 2 мес назад, причиняли боль при нахождении в полости рта. Адаптация проходила тяжело. Пациент выполнял указания лечащего врача и неоднократно являлся на назначаемые коррекции. Боли под протезами практически исчезли, однако фиксация протеза на верхней челюсти значительно ухудшилась. Пациент испытывает неудобства при произнесении звуков и пережёвывании пищи из-за плохой фиксации (сбрасывания) протеза с верхней челюсти.

Данные объективного обследования

Определяется полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях.

Отмечается атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти II степени и альвеолярной части нижней челюсти IV степени. Слизистая оболочка протезного ложа обеих челюстей бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, податлива. На верхней челюсти имеется *toruspalatinus* в виде неправильного овала размером 2,0х 1,0 см.

При осмотре изготовленных протезов отмечается укорочение границ протеза на верхнюю челюсть, особенно по линии «А»>, отсутствие объёма границ, соответствующего объёму переходной складки, отсутствие в протезе ложа для торуса (изоляции).

При восстановлении границ протеза воском и создания объёма границ фиксация протезов стала вполне удовлетворительной. Протез достаточно хорошо фиксировался в полости рта при разговоре и давлении на искусственные зубы в функциональных зонах.

Диагноз. Полная вторичная адентия обеих челюстей, осложнённая атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти II степени и альвеолярной части нижней челюсти IV степени. Выраженный торус на верхней челюсти. Несоответствие границ протеза верхней челюсти переходной складке и её объёму. Отсутствие изоляции под торус в базисе протеза на верхнюю челюсть.

План первого варианта ортопедического лечения С помощью воска или слепочного материала воспроизвести на протезе верхней челюсти оптимальные границы протеза и их объём. Создать выемку (изоляцию) в базисе протеза для торуса.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

С помощью воска воспроизведены оптимальные границы протеза верхней челюсти и их объём. Создана выемка (изоляция) в базисе протеза для торуса. Протез фиксируется на челюсти вполне удовлетворительно. Протез передан в зуботехническую лабораторию для замены воска на пластмассу.

Вариант записи второго посещения

Проведена припасовка и наложение протеза на челюсть. Фиксация протеза хорошая. Даны рекомендации по пользованию зубным протезом.

Вариант записи третьего

посещения Выполнена коррекция

протеза.

План второго варианта ортопедического лечения При наличии полноценного протеза на нижнюю челюсть изготовить новый пластиночный протез на верхнюю челюсть, создав на протезе верхней челюсти оптимальные границы протеза и их объём. Создать выемку (изоляцию) в базисе протеза для торуса.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получены анатомические оттиски с обеих челюстей: с верхней челюсти — с помощью альгинатной массы «Ипин» для изготовления жёсткой ложки на верхнюю челюсть и вспомогательный оттиск с нижней челюсти.

Вариант записи второго посещения

Припасована жёсткая индивидуальная оттискная ложка, получен функциональный оттиск массой «*Xantopren Grien*».

Вариант записи третьего посещения

Определено центральное соотношение челюстей при помощи воскового базиса с окклюзионным валиком. При согласовании с пациентом выбраны искусственные зубы.

Вариант записи четвёртого посещения Проверена конструкция протеза в полости рта.

Вариант записи пятого посещения

Припасован и наложен протез на верхнюю челюсть. Даны рекомендации по пользованию зубным протезом.

Вариант записи шестого посещения

Выполнена коррекция зубного протеза.

Пример 50. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти III степени и альвеолярной части нижней челюсти III степени. Завышение высоты нижнего отдела лица на имеющихся пластиночных зубных протезах

Жалобы. Затруднённое пережёвывание пищи вновь изготовленными протезами, их недостаточная фиксация и стук зубов во время разговора и приёма пищи. Мышечная усталость при длительном пользовании протезами.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Хронический рино-генный гайморит.

Развитие настоящего заболевания. Съёмными зубными протезами пользуется давно. Последние протезы изготовлены 2 мес назад в связи с приходшими в негодность старыми протезами. При нахождении в полости рта новые протезы причиняли боль. Адаптация проходила тяжело. Пациент выполнял указания лечащего врача и неоднократно являлся на назначаемые коррекции. Боли под протезами практически исчезли, однако фиксация протеза на верхней челюсти не улучшилась. Пациент испытывает неудобства при произнесении звуков и пережёвывании пищи, особенно при введении пищи в полость рта.

Данные объективного обследования

Определяется полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях.

Отмечается атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти III степени и альвеолярной части нижней челюсти III степени. Слизистая оболочка протезного ложа обеих челюстей бледно-розового цвета, умеренно утолщена, податлива.

Осмотр изготовленных протезов: границы протезов соответствуют топографии переходной складки, имеется объём краёв протезов. При смыкании челюстей с протезами проявляется завышение высоты нижнего отдела лица, сопровождающееся напряжением губ и мышц лицевой области. Отсутствие множественных фиссурно-бугорковых контактов между искусственными зубами протезов.

Диагноз. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти III степени и альвеолярной части нижней челюсти III степени. Завышение высоты нижнего отдела лица на имеющихся протезах.

План ортопедического лечения

Повторно изготовить пластиночные протезы на обе челюсти с восстановлением оптимальной высоты нижнего отдела лица, с созданием объёма границ протезов соответственно объёму переходной складки и окклюзионных кривых (функциональной окклюзии).

Ведение дневника ортопедического лечения*Вариант записи первого посещения*

Получены анатомические оттиски альгинатной массой «Ипин» с обеих челюстей для изготовления жёстких ложек.

Вариант записи второго посещения

Индивидуальные жёсткие оттисковые ложки припасованы на протезное ложе, получены функциональные оттиски массой * *Xantopren Grien* ».

Вариант записи третьего посещения

Определено центральное соотношение челюстей при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками.

Вариант записи четвёртого посещения

Проверена конструкция протезов в полости рта.

Вариант записи пятого посещения

Припасованы и наложены пластиночные протезы. Даны рекомендации по пользованию зубными протезами.

Вариант записи шестого посещения

Выполнена коррекция протезов.

Пример 51. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая наличием острого гребня альвеолярной части нижней челюсти, её травмированием по гребню, отсутствием множественного фиссуρο-бугоркового контакта между зубами протезов, блокирующим смыкание зубов (применены пластиночные протезы)

Жаюбы. Отсутствие зубов; боли под протезами, изготовленными месяц назад. Боли локализуются, как правило, по гребню альвеолярной части нижней челюсти.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Хронический холецистопанкреатит.

Развитие настоящего заболевания. Возраст пациента — 50 лет. Терял зубы постепенно, около 20 лет пользуется пластиночными протезами на нижнюю челюсть. В анамнезе — пародонтит. Последние зубы на нижней челюсти удалены 15 лет назад. С этих пор пользуется пластиночными протезами вполне удовлетворительно. Последние протезы изготовлены более 5 лет назад. Последний год протезы стали плохо фиксироваться, плохо пережёвывать пищу. Новые протезы изготовлены месяц назад.

Данные объективного обследования

Определяется полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях. Отмечается атрофия верхней и нижней челюстей III степени. Слизистая оболочка протезного ложа на обеих челюстях гиперемирована, умеренно увлажнена. Альвеолярные отростки седловидной формы, альвеолярная часть нижней челюсти узкая, остроконечной формы на всём протяжении.

При осмотре последних изготовленных протезов отмечается их удовлетворительная фиксация, однако множественный окклюзионный контакт зубов протезов верхней и нижней челюстей отсутствует.

Высота нижнего отдела лица с протезами в норме.

Диагноз. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая наличием острого гребня альвеолярной части нижней челюсти, её травмированием по гребню, отсутствием множественного фиссуρο-бугоркового контакта между зубами протезов, блокирующим смыкание зубов.

План первого варианта ортопедического лечения

- Лечение слизистой оболочки полости рта при воздержании от пользования протезами.

- Выверение окклюзионного контакта между зубными рядами протезов. Наблюдение, коррекция протезов
- Перебазировка протеза на нижнюю челюсть, используя подкладку из эластичной пластмассы (горячего или холодного отверждения).

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

После воздержания от пользования съёмными зубными протезами в течение недели отмечается восстановление нормального состояния слизистой оболочки полости рта. Выверен окклюзионный контакт между зубными рядами протезов при помощи артикуляционной бумаги и избирательного пришлифовывания скатов бугров зубов на пластиночном протезе. Наблюдение, коррекция протезов.

Вариант записи второго посещения

Проведена перебазировка протеза на нижнюю челюсть, используя подкладку из эластичной силиконовой массы холодного отверждения.

Вариант записи третьего посещения Выполнена коррекция зубных протезов.

План второго варианта ортопедического лечения

- Изготовить функционально полноценные протезы с использованием индивидуальных ложек и функциональных оттисков с восстановлением оптимального состояния мягких тканей, высоты нижнего отдела лица, артикуляционных и окклюзионных соотношений.

- При изготовлении протеза на нижнюю челюсть применить подкладку из эластичной пластмассы и фарфоровые искусственные зубы, При постановке зубов строго следить за их расположением по гребню альвеолярной части челюсти.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получены анатомические оттиски альгинатной массой «Ипин» с обеих челюстей для изготовления жёстких оттисковых ложек. *Вариант записи второго посещения*

Жёсткие оттисковые ложки припасованы на протезное ложе, получены функциональные оттиски силиконовой массой «*Xaniopren Grien*».

168 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

Вариант записи третьего посещения

Определено центральное соотношение челюстей при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками. При согласовании с пациентом выбраны стандартные фарфоровые зубы.

Вариант записи четвёртого посещения

Проверена конструкция протезов с постановкой фарфоровых зубов.

Вариант записи пятого посещения

Припасованы и наложены полные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти. Тщательно выверены окклюзионные контакты.

Вариант записи шестого посещения

Выполнена коррекция протезов, под контролем окклюзии на базис протеза на нижнюю челюсть наложена подкладка из пластмассы «Ма- лосил*». Даны рекомендации по пользованию зубными протезами.

Вариант записи седьмого посещения

Выполнена коррекция протезов.

План третьего варианта ортопедического лечения

- Провести альвеолотомию на альвеолярной части нижней челюсти для формирования оптимальной формы альвеолярного гребня.
- Используя ранее изготовленный протез, путём перебазировки изготовить имедиат-протез с подкладкой из эластичной массы на нижнюю челюсть.
- После адаптации и формирования протезного ложа изготовить новые пластиночные протезы на обе челюсти с учётом недостатков предыдущих протезов.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

После альвеолотомии на альвеолярной части нижней челюсти сформирована оптимальная форма альвеолярного гребня. Послеоперационная рана зажила полностью, пальпация безболезненна.

Вариант записи второго посещения

Используя ранее изготовленный протез, путём перебазировки изготовлен имедиат-протез с подкладкой из эластичной массы «Мол- лосил*» на нижнюю челюсть.

Вариант записи третьего посещения

Выполнена коррекция протеза на нижнюю челюсть.

Вариант записи четвёртого посещения

Получены анатомические оттиски массой «Инин» с обеих челюстей для изготовления жёстких оттисковых ложек.

Вариант записи пятого посещения

Припасованы жёсткие оттисковые ложки, получены функциональные оттиски силиконовой массой «*Xantopren Gr/еи*».

Вариант записи шестого посещения

Определено центральное соотношение челюстей при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками.

Вариант записи седьмого

посещения Проверена конструкция протезов.

Вариант записи восьмого посещения

Припасованы и наложены протезы на верхнюю и нижнюю челюсти.

Даны рекомендации по пользованию зубным протезом. *Вариант записи девятого посещения* Выполнена коррекция протезов.

Пример 52. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая дольчатой фибромой альвеолярных отростков (применены пластиночные протезы)

Больная М., 60 лет.

Жа.юбы. Боли в области удалённых верхних фронтальных зубов в течение последнего года.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Страдает ИБС, гипертонической болезнью. В анамнезе — нишевая аллергия.

История развития заболевания. Зубными протезами при полной потере зубов пользуется в течение 8 лет. За этот период протезы не переделывали. В последний год во время приёма пищи стала ощущать боль в области слизистой оболочки по переходной складке фронтального участка верхней челюсти.

Внешний осмотр. Отмечается асимметрия лица, снижение высоты нижнего отдела лица.

Данные объективного обследования

Значительная атрофия альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей. Края верхнего съёмного протеза погружены в слизистую оболочку, которая болезненна при пальпации, гиперемирована, отёчна в области фронтального участка верхней челюсти. При снятии верхнего протеза по переходной складке во фронтальном участке альвеолярного отростка отмечается травмированный участок слизистой оболочки: разъединение слизистой оболочки на «дольки». Зубы съёмных протезов стёрты, фиксация протеза на нижней челюсти недостаточна, на верхней челюсти — удовлетворительная. Цвет пластмассовых зубных протезов изменён.

Диагноз. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая дольчатой фибромой.

План лечения

- Консультация хирурга-стоматолога по поводу хирургического лечения дольчатой фибромы с гистологическим контролем.
- Рентгенография области фронтального участка альвеолярного отростка верхней челюсти.
- В случае хирургического вмешательства — изготовление съёмного имедиат-протеза на верхнюю и нижнюю челюсти с нормализацией высоты нижнего отдела лица.

Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте 171

- Повторная консультация стоматолога-ортопеда.
- Через 6 мес — изготовление новых пластиночных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти из бесцветной пластмассы со строгим соблюдением режима полимеризации.

- Рекомендации по гигиене полости рта и съёмных протезов.
- Диспансерное наблюдение.

Дневник ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Консультация хирурга по поводу иссечения дольчатой фибромы после недели воздержания от пользования протезами. Предварительное снятие оттисков с верхней и нижней челюстей альгинатной массой. Отливка диагностических моделей. Изучение диагностической модели; рентгеновские снимки верхней челюсти. Планирование хирургического вмешательства: на модели карандашом очерчивают участки иссечения дольчатой фибромы в области фронтального участка верхней челюсти.

Вариант записи второго посещения

Припасовка индивидуальных жёстких ложек из пластмассы на верхнюю и нижнюю челюсти. Перфорация отверстий в индивидуальной ложке на верхней челюсти в местах намеченного оперативного иссечения дольчатой фибромы. Снятие функциональных оттисков силиконовой массой (с верхней челюсти — разгружающий оттиск).

Вариант записи третьего посещения

Определение центрального соотношения челюстей при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками. Подбор цвета зубов при согласовании с пациентом. На верхней модели — удаление части гипса в области планируемой операции иссечения дольчатой фибромы (выполняет врач). Коррекция границы воскового базиса в области участка верхней челюсти (место планируемой операции; выполняет техник).

Вариант записи четвёртого посещения

Операция иссечения дольчатой фибромы. Наложение протезов в течение 20 мин, пока не наступил послеоперационный отёк. Рекомендации: протезы не снимать, принимать жидкую и тёплую пищу, явиться через день.

172 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

Вариант записи пятого посещения

Осмотр операционной зоны хирургом-стоматологом и стоматологом-ортопедом. Коррекция границы верхнего съёмного протеза в области иссечения дольчатой фибромы (по необходимости). Рекомендации по гигиене полости рта и съёмных протезов (полоскание раствором Corega®).

Пример 53. Частичная вторичная адентия, пародонтит средней степени тяжести, осложнённые гальванозом, красным плоским лишайём (экссудативно-гиперемическая форма), (применены съёмные пластиночные протезы)

Больная Д., 50 лет.
Жалобы. Жжение в области слизистой оболочки щёк справа и слева. чувство стянутости, привкус кислоты, боль при приёме горячей, острой или грубой пищи. Жжение появилось около года назад. Отмечает, что периодически жжение повторяется весной и осенью.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Страдает гипертонической болезнью в течение 7 лет, хроническим гастритом в течение 15 лет.

История развития заболевания. Штампованно-паяные мостовидные протезы из нержавеющей стали и пластиночный съёмный протез на нижнюю челюсть изготовлены 5 лет назад, после чего появились неприятные ощущения в полости рта (привкус кислоты). Терапевтического лечения не проводилось.

Внешний осмотр. Без видимых патологических изменений.

)>бная формула

		п									п	п			
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.4 ⁴⁵	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0	к	0	к	1	0	0	0	0	0	0	к	0	к		

Осмотр полости рта. В полости рта штампованно-паяные мостовидные протезы с опорой на зубы 3.5-3.7; 4.5-4.7. В местах соединения промежуточной части протеза и коронки видны тёмные окисные плёнки. Пластиночный протез устойчивый, передние и боковые окклюзионные движения свободны. В области контакта мостовидных протезов со слизистой оболочкой щёк справа и слева отмечаются участки выраженной гиперемии, отёчности, с многочисленными папулами, образующие сетчатый рисунок. Пальпация этих участков болезненна. При прикосновении языком к мостовидным протезам, прилегающим к слизистой оболочке, больная ощущает привкус кислоты.

Дополнительное обследование

- Измерение разности потенциалов между слизистой оболочкой полости рта (очаги воспаления) и металлом (СОПР-М = 132 мВ), между металлом и металлом (М-М=121 мВ).
- Определение pH слюны: реакция кислая (5,5).
- Спектральный анализ слюны: увеличение содержания составляющих компонентов нержавеющей стали: Ni, Fe, Mn, Si и др.
- Анализ слюны на ферментативную активность: снижение активности лактатдегидрогеназы, повышение активности кислой фосфатазы.
- Одонтопародонтограмма: отсутствие фронтальной группы зубов на нижней челюсти. Атрофия костной ткани на 1/2 в области зубов 3.5, 3.7, 4.5, 4.7. Верхний зубной ряд сохранён полностью, атрофия периапикальных тканей на 1/4.

Диагноз. Частичная вторичная адентия. пародонтит средней степени тяжести, осложнённые гальванозом, красным плоским лишаём (экссудативно-гиперемическая форма). Гипертоническая болезнь, хронический гастрит.

План лечения

- Замена мостовидных протезов из нержавеющей стали на цельнолитые мостовидные протезы из КХС. Бюгельный протез из КХС на нижнюю челюсть.
- Обследование и лечение у гастроэнтеролога.
- Терапевтическое лечение красного плоского лишая.
- Диспансерное наблюдение.

Дневник ортопедического лечения, первый вариант: замена мостовидных протезов из нержавеющей стали на цельнолитые мостовидные протезы из КХС

Вариант записи первого посещения

Сняты силиконовые оттиски для последующего изготовления временных пластмассовых коронок. Распилены и сняты мостовидные протезы из нержавеющей стали с опорой на зубы 3.5, 3.7, 4.5, 4.7. Рекомендовано антисептическое полоскание.

Вариант записи второго посещения

Зубы 3.5, 3.7, 4.5, 4.7 отпрепарированы под опоры металлокерамических мостовидных протезов. Временные пластмассовые коронки, изготовленные клиническим способом, зафиксированы на временный цемент.

Вариант записи третьего посещения

Припасованы цельнолитые каркасы мостовидных протезов, подобран цвет керамической облицовки.

Вариант записи четвёртого посещения

Припасованы цельнолитые мостовидные протезы с опорой на зубы 3.5, 3.7, 4.5, 4.7; протезы фиксированы на стеклоиономерный цемент «Fugl I». Даны рекомендации по гигиеническому уходу за полостью рта и зубными протезами.

Дневник ортопедического лечения, второй вариант: изготовление бюгельного протеза из КХС на нижнюю челюсть

Вариант записи первого посещения

Снятие оттисков с верхней и нижней челюстей альгинатной массой «Ипин» для изготовления цельнолитого бюгельного протеза на верхнюю челюсть.

Вариант записи второго посещения

Припасовка каркаса бюгельного протеза на верхнюю челюсть. Определение центральной окклюзии с помощью базиса с окклюзионными валиками. Подбор цвета зубов при согласовании с пациентом.

Вариант записи третьего посещения

Припасовка и наложение бюгельного протеза на верхнюю челюсть. Рекомендации по пользованию бюгельным протезом.

Пример 54. Полная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая синдромом дисфункции височно-нижней- челюстного сустава (применены съёмные пластиночные протезы)

Ж&юбы. Затруднение пережёвывания пищи, косметический дефект, боль в области левого ВНЧС, иррадиирующая в височную область.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Гастрит, ИБС, холецистит.

Развитие настоящего заболевания. Считает себя больной после проведённого ортопедического лечения, когда через 2 года появились боли в левом ВНЧС при открывании рта и жевании.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное. Пальпация левого ВНЧС резко болезненна, смещение нижней челюсти влево при открывании рта. Больная пользуется съёмными протезами на верхней и нижней челюстях, фиксация и стабилизация протезов удовлетворительная, на протезе верхней челюсти жевательные группы зубов расположены несимметрично (слева — выше), вследствие чего возможно ущемление диска. При восковой пробе (размягчённый воск наложен на жевательную группу зубов слева), больная сомкнула зубы — боль в суставе исчезла, движение нижней челюсти при открывании рта — без смещения.

Прикус. Ортогнатическое соотношение челюстей.

Состояние слизистой оболочки. Слизистая оболочка полости рта, дёсен, альвеолярных отростков и нёба бледно-розового цвета, нормально увлажнена; атрофия альвеолярных отростков 111 степени, нёбо глубокое.

Данные рентгенологических исследований. На рентгенограмме, сделанной с протезами при закрытом и максимально открытом рте, определяется сужение суставной щели в левом суставе.

Диагноз. Полная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая синдромом дисфункции ВНЧС.

План ортопедического лечения

Изготовить новые съёмные протезы на верхнюю челюсть, создат чёткие окклюзионные кривые, расположив жевательные группы зу-

бoвсимметрично с обеих сторон на протезе верхней челюсти. Временный съёмный протез на нижнюю челюсть изготовить, подняв высоту нижнего отдела лица на 2—3 мм ниже отдела лица в состоянии физиологического покоя и при смыкании в положении центральной окклюзии.

Дневник ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты оттиски с верхней и нижней челюстей для изготовления жёстких индивидуальных ложек.

Вариант записи второго посещения

Припасованы жёсткие индивидуальные ложки на верхнюю и нижнюю челюсти. Сняты дифференциальные оттиски с верхней и нижней челюстей для изготовления съёмных пластиночных протезов.

Вариант записи третьего посещения

Определено центральное соотношение челюстей (за счёт нижнего окклюзионного валика высоту нижнего отдела лица необходимо поднять на $\frac{2}{3}$ расстояния между высотой нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя и при смыкании в положении центральной окклюзии).

Вариант записи четвёртого посещения

Проверена конструкция протезов.

Вариант записи пятого посещения

Припасованы и наложены съёмные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти, выверены окклюзия и артикуляция (коррекцию положения головок нижней челюсти проводят раз в 7 дней за счёт съёмного протеза нижней челюсти).

Вариант записи шестого посещения

Жалоб на ВНЧС нет.

Вариант записи седьмого посещения

Снят оттиск с нижней челюсти для изготовления жёсткой индивидуальной ложки.

Вариант записи восьмого посещения. Припасовка жесткой индивидуальной ложки на нижнюю челюсть, снят дифференцированный оттиск для изготовления съёмного протеза и с верхней челюсти — вспомогательный.

178 Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте

Вариант записи девятого посещения

Определено центральное соотношение челюстей (высота нижнего отдела при смыкании должна соответствовать высоте, полученной после лечения дисфункции В МЧС).

Вариант записи десятого посещения

Проверена конструкция протеза на нижнюю челюсть.

Вариант записи одиннадцатого посещения

Припасован и наложен протез на нижнюю челюсть. Выверена окклюзия и артикуляция. Пациенту даны рекомендации по пользованию зубными протезами.

Пример 55. Полная вторичная адентия верхней челюсти, осложнённая снижением высоты нижнего отдела лица, частичная вторичная адентия на нижней челюсти (применение съёмных пластиночных протезов с армированным базисом)

Жалобы. Частые переломы полного съёмного пластиночного протеза, изготовленного ранее.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Ишемическая болезнь сердца.

Развитие настоящего заболевания. Зубы потерял вследствие пародонтита, кариеса и его осложнений. В течение 10 лет пользуется полным съёмным протезом на верхней челюсти. Последний протез изготовлен 2 года назад, в течение последнего года протез ломался несколько раз.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Высота нижнего отдела лица с протезами снижена. Отмечается атрофия верхней челюсти II степени. Верхняя губа западает. При осмотре ранее изготовленного протеза отмечается недостаточная фиксация и незначительный баланс на верхней челюсти. Прикус по ортогнатическому соотношению челюстей.

Зубная формула

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
0	к	к	Ф	к							к	Ф	к	0	0	

Прикус. Ортогнатическое соотношение челюстей.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений.

Диагноз. Полное вторичное отсутствие зубов верхней челюсти, осложнённое снижением высоты нижнего отдела лица; частичное вторичное отсутствие зубов на нижней челюсти (II класс по Кеннеди).

План лечения

Изготовить съёмный пластиночный протез верхней челюсти с литым армированным базисом.

Веление дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получены анатомические оттиски верхней и нижней челюстей альгинатной массой для изготовления индивидуальной ложки на верхнюю челюсть и вспомогательной модели нижней челюсти. *Вариант записи второго посещения*

Припасована пластмассовая индивидуальная ложка на верхнюю челюсть, снят функциональный оттиск вторым слоем силиконовой массы.

Вариант записи третьего посещения

Определено центральное соотношение челюстей при помощи воскового базиса с окклюзионными валиками. Определён и согласован с пациентом цвет и форма искусственных зубов.

Вариант записи четвёртого посещения

Проверена конструкция протеза верхней челюсти в полости рта.

Вариант записи пятого посещения

Припасован и наложен съёмный пластиночный протез с литым армированным базисом верхней челюсти. Выверены артикуляционно-окклюзионные соотношения зубов. Даны рекомендации по пользованию зубными протезами.

Вариант записи шестого посещения

Выполнена коррекция съёмного пластиночного протеза.

Пример 56. Полная вторичная адентия верхней челюсти, осложнённая атрофией альвеолярного отростка II степени. Частичная адентия нижней челюсти (применены пластиночные съёмные протезы с магнитными фиксаторами)

Жалобы. Недостаточная фиксация пластиночных протезов, изготовленных 5 лет назад, особенно на нижней челюсти; разрушение ранее имеющихся зубов и наличие корней на нижней челюсти.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Гипертония, ишемическая болезнь сердца, гастрит.

Развитие настоящего заболевания. Пользуется пластиночными протезами давно, последнее время протезы стали плохо фиксироваться и вызывать болезненные ощущения при пережёвывании пищи. Зубы начали разрушаться 2 мес назад (со слов пациента), после чего протез на нижнюю челюсть стал плохо фиксироваться.

Данные объективного обследования

Определяется полное отсутствие зубов на верхней челюсти с атрофией альвеолярного отростка II степени. На нижней челюсти присутствуют корни зубов 4.3 и 3.3 с атрофией на 1/2 их длины, находящиеся на уровне десны. Корни устойчивы в кости, их каналы запломбированы до верхушек. Деструктивные процессы в периодонте отсутствуют.

Слизистая оболочка протезного ложа на обеих челюстях бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Альвеолярные отростки седло-видной формы.

При осмотре последних протезов, которыми пользовался пациент, отмечается их неудовлетворительная фиксация, особенно протеза на нижнюю челюсть. Высота нижнего отдела лица с протезами в норме.

Диагноз. Полная вторичная адентия верхней челюсти, осложнённая атрофией альвеолярного отростка II степени. Частичная адентия нижней челюсти. Имеются корни зубов 4.3 и 3.3, запломбированных до верхушки, с атрофией альвеолярного отростка на 1/2 длины корней зубов.

План ортопедического лечения

Изготовить пластиночные протезы на обе челюсти. На нижней челюсти использовать корни зубов 4.3 и 3.3 для установки магнитных фиксаторов с границами, присущими пластиночным протезам при полном отсутствии зубов.

Веление дневника ортопедического лечения*Вариант записи первого посещения*

Подготовка твёрдых тканей корней под элемент магнитного фиксатора. Раскрытие каналов корней на 2/3 их длины. Припасовка штифта магнитных фиксаторов Фиксация магнитных фиксаторов в корни зубов 4.3 и 3.3 иономерным цементом.

Вариант записи второго посещения

Получение анатомических оттисков для изготовления индивидуальных оттисковых жёстких ложек: с верхней челюсти — альгинатной массой «Ипин*»; с нижней челюсти — термопластической массой.

Вариант записи третьего посещения

Припасовка индивидуальных жёстких ложек. Получение функциональных оттисков оттисковой массой «Хапюрген Гrien*». В оттиск нижней челюсти, в отпечатки площадок штифтов магнитных фиксаторов помещены аналоги корневой части магнитного фиксатора для последующей отливки гипсовой модели.

Вариант записи четвёртого посещения

Проверка конструкции протезов в полости рта.

Вариант записи пятого посещения

Припасовка и наложение протезов. Выверение окклюзии. Рекомендации по пользованию зубными протезами.

Вариант записи шестого посещения

Коррекции протезов.

Пример 57. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей (применены съёмные пластиночные протезы, изготовленные с использованием миографии)

Жалобы. Отсутствие зубов, боли под протезами, изготовленными месяц назад. Боли локали зуются, как правило, по гребню альвеолярной части нижней челюсти.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Ишемическая болезнь сердца, аллергия на прокаин.

Развитие настоящего заболевания. Пациентка П., 62 лет, теряла зубы постепенно, около 11 лет пользуется съёмными пластиночными протезами на верхнюю и нижнюю челюсти. В анамнезе у больной пародонтит. Последние зубы удалены около 5 лет назад. С этих пор пользуется пластиночными протезами вполне удовлетворительно. Последние протезы изготовлены более 4 лет назад. Последний год протезы стали плохо фиксироваться, плохо пережёвывать пищу. Новые протезы изготовлены месяц назад.

Данные объективного обследования

Определяется полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях. Отмечается атрофия верхней и нижней челюстей III степени Слизистая оболочка протезного ложа на обеих челюстях гиперемирована, умеренно увлажнена. Альвеолярные отростки седловидной формы, альвеолярная часть нижней челюсти узкая, остроконечной формы на всём протяжении.

При осмотре последних изготовленных протезов отмечается их удовлетворительная фиксация, однако множественный равномерный окклюзионный контакт зубов протезов верхней и нижней челюстей отсутствует. Клинически определено снижение высоты нижнего отдела лица с протезами.

Для уточнения диагноза и составления адекватного плана лечения проведена ЭМ Г жевательных мышц. Биполярные поверхностные электроды приклеивали на область мышечного пучка параллельно расположению мышечных волокон: на височной передней мышце — вертикально вдоль её переднего края; на жевательной мышце — параллельно мышечным волокнам. Место наложения электродов на кожу пациента предварительно очищали спиртом для уменьшения сопротивления кожного покрова, и запись проводили спустя 5-6 мин после хорошего увлажнения кожи проводящим гелем.

Показатели ЭМ Г записывали с использованием портативного электромиографа «*Freely*» компании «*De Gotzen*» (Милан. Италия), дополненного специальным программным обеспечением.

Диагноз. Полная вторичная адентия обеих челюстей, осложнённая отсутствием множественного равномерного фиссуно-бугоркового контакта между зубами протезов, блокирующим смыкание зубов.

Поданным ЭМ Г: снижение высоты нижнего отдела лица, ассиметричная работа жевательных мышц в положении статической окклюзии, преобладает активность височных мышц над жевательными, что характерно для смещения жевательного центра в область передних зубов.

План лечения

- Изготовить функционально полноценные протезы с использованием индивидуальных ложек и функциональных оттисков с восстановлением оптимального состояния мягких тканей, высоты нижнего отдела лица, артикуляционных и окклюзионных соотношений.
- При определении центрального соотношения челюстей — сеанс миорелаксации жевательных мышц в течение 45 мин при помощи аппарата «Миостим» (биотроник, Италия). При постановке зубов строго следить за их расположением по гребню альвеолярной части челюсти.
- Провести повторное ЭМ Г исследование жевательной мускулатуры для контроля симметричности смыкания зубов, нормализации высоты нижнего отдела лица, определения общей мышечной активности жевательных и височных мышц и достижения нейромышечного баланса.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получены анатомические оттиски альгинатной массой «Ипин» с обеих челюстей для изготовления жёстких индивидуальных ложек. ***Вариант записи второго посещения***

Применены жёсткие оттисковые индивидуальные ложки, получены функциональные оттиски силиконовой массой «*Xantopren Grien*». ***Вариант записи третьего посещения***

Определено центральное соотношение челюстей при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками. При согласовании с пациентом выбраны стандартные фарфоровые зубы.

Вариант записи четвёртого посещения

Проверена конструкция протезов с постановкой зубов.

Вариант записи пятого посещения

Припасованы и наложены пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти.

Вариант записи шестого посещения

Выполнена коррекция протезов.

Вариант записи седьмого посещения

Под контролем ЭМ Г жевательных мышц проведена коррекция съёмных протезов в положении центральной окклюзии, достигнуто нейромускульное равновесие зубочелюстной системы. Даны рекомендации по пользованию зубными протезами.

Пример 58. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти III степени и альвеолярной части нижней челюсти III степени (применение съёмных пластиночных протезов с использованием лицевой дуги и индивидуально настроенного артикулятора)

Жсиобы. Затруднение пережёвывания пищи вновь изготовленными протезами, и их недостаточная фиксация.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Хронический рино-генный гайморит.

Развитие настоящего заболевания. Съёмными зубными протезами пользуется давно. Последние протезы изготовлены 2 мес назад в связи с пришедшими в негодность старыми протезами. При нахождении в полости рта новые протезы причиняли боль. Адаптация проходила тяжело. Пациент выполнял указания лечащего врача и неоднократно являлся на назначаемые коррекции. Боли под протезами практически исчезли, однако фиксация протеза на верхней челюсти не улучшилась. Пациент испытывает неудобства при произнесении звуков и пережевывании пищи.

Данные объективного обследования

Определяется полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях.

Отмечается атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти III степени и альвеолярной части нижней челюсти III степени. Слизистая оболочка протезного ложа обеих челюстей бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, податлива.

При осмотре изготовленных протезов отмечено: границы протезов соответствуют топографии переходной складки, имеется объём краёв протезов. При смыкании челюстей с протезами обнаружено отсутствие множественных фиссуро-бугорковых контактов между искусственными зубами протезов.

Диагноз. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти III степени и альвеолярной части нижней челюсти III степени.

План лечения

- Повторно и изготовить съёмные пластиночные протезы на обе челюсти с созданием объёма границы протезов соответственно объёму переходной складки.

Для обеспечения множественных фиссуро-бугорковых контакте жду искусственными зубами съёмных протезов все работы уводить с использованием лицевой дуги и артикулятора, настроена индивидуальную функцию.

Ведение дневника ортопедического лечения

Бриант *записи первого посещения*

Получены анатомические оттиски альгинатной массой с обеих юностей для изготовления жёстких индивидуальных ложек-башсов : оккл юзионн ы м и вал и кам и.

Вариант записи второго посещения

Проведена припасовка жёстких индивидуальных ложек-базисов с окклюзионными валиками на протезное ложе. Определено центральное соотношение челюстей. Одномоментно в положении игрального соотношения челюстей при помощи ложек-базисов с окклюзионными валиками получены функциональные оттиски ^силиконовым материалом.

Смонтирована лицевая дуга для расположения моделей челюстей в межрамочном пространстве артикулятора.

При помощи механического аксиографа (Axiograph III, SAM) определён угол сагиттального суставного пути (25 °) и угол бокового суставного пути (5 °) для настройки артикулятора на индивидуальную функцию.

Вариант записи третьего посещения

Проверена конструкция съёмных протезов в полости рта.

Вариант записи четвёртого посещения

Припасованы и наложены съёмные пластиночные протезы в полости рта.

Даны рекомендации по пользованию зубными протезами.

Вариант записи пятого посещения

Выполнена коррекция протезов.

Пример 58. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти III степени и альвеолярной части нижней челюсти III степени (применение съёмных пластиночных протезов с использованием лицевой дуги и индивидуально настроенного артикулятора)

Жаюбы. Затруднение пережевывания пищи вновь изготовленными протезами, и их недостаточная фиксация.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Хронический рино- генный гайморит.

Развитие настоящего заболевания. Съёмными зубными протезами пользуется давно. Последние протезы изготовлены 2 мес назад в связи с пришедшими в негодность старыми протезами. При нахождении в полости рта новые протезы причиняли боль. Адаптация проходила тяжело. Пациент выполнял указания лечащего врача и неоднократно являлся на назначаемые коррекции. Боли под протезами практически исчезли, однако фиксация протеза на верхней челюсти не улучшилась. Пациент испытывает неудобства при произнесении звуков и пережевывании пищи.

Данные объективного обследования

Определяется полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях.

Отмечается атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти III степени и альвеолярной части нижней челюсти III степени. Слизистая оболочка протезного ложа обеих челюстей бледно-розового цвета, умеренно утолщена. податлива.

При осмотре изготовленных протезов отмечено: границы протезов соответствуют топографии переходной складки, имеется объём краёв протезов. При смыкании челюстей с протезами обнаружено отсутствие множественных фиссур-бугорковых контактов между искусственными зубами протезов.

Диагноз. Полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, осложнённая атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти III степени и альвеолярной части нижней челюсти III степени.

План лечения

- Повторно изготовить съёмные пластиночные протезы на обе челюсти с созданием объёма границ протезов соответственно объёму переходной складки.

- Для обеспечения множественных фиссуро-бугорковых контактов между искусственными зубами съёмных протезов все работы проводить с использованием лицевой дуги и артикулятора, настроенного на индивидуальную функцию.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Получены анатомические оттиски альгинатной массой с обеих челюстей для изготовления жёстких индивидуальных ложек-базисов с окклюзионными валиками.

Вариант записи второго посещения

Проведена припасовка жёстких индивидуальных ложек-базисов с окклюзионными валиками на протезное ложе. Определено центральное соотношение челюстей. Одномоментно в положении центрального соотношения челюстей при помощи ложек-базисов с окклюзионными валиками получены функциональные оттиски А-силиконовым материалом.

Смонтирована лицевая дуга для расположения моделей челюстей в межрамочном пространстве артикулятора.

При помощи механического аксиографа (Axvograph 111, SAM) определён угол сагиттального суставного пути (25 °) и угол бокового суставного пути (5 °) для настройки артикулятора на индивидуальную функцию.

Вариант записи третьего посещения

Проверена конструкция съёмных протезов в полости рта.

Вариант записи четвертого посещения

Припасованы и наложены съёмные пластиночные протезы в полости рта. Даны рекомендации по пользованию зубными протезами. ***Вариант записи пятого посещения*** Выполнена коррекция протезов.

Пример 59. Полная вторичная адентия нижней челюсти, осложнённая атрофией альвеолярной части IV степени. Несоответствие границ протеза нижней челюсти переходной складке и её объёму (применение съёмных протезов с опорой на имплантаты)

Жсиобы. Нарушение функции жевания и эстетики в связи с отсутствием зубов на нижней челюсти, уменьшением нижней части лица.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Серьёзной сопутствующей патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Со слов пациента, аллергией не страдает.

Развитие настоящего заболевания. Возраст пациента — 55 лет. Зубы на нижней челюсти терял постепенно в течение последних 10 лет в связи с неэффективностью лечения кариеса и его осложнений. По мере потери зубов изменялась конфигурация лица.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Конфигурация лица изменена, высота нижнего отдела лица снижена. Выражены носогубные складки, открывание рта в полном объёме, лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны, подвижны.

Обаедование полости рта. Нижний зубной ряд отсутствует. В области отсутствующих зубов альвеолярный отросток атрофирован, слизистая оболочка без патологических изменений.

Зубная формула

о	о	к	к	к	п.	и	и	п.	и	и	п.	к	к	к	о
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о

Прикус. Ортогнатическое соотношение челюстей.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка дёсен, нёба, тёк, языка и альвеолярных отростков без патологических изменений, бледно-розового цвета, равномерно увлажнена.

Данные рентгенологического обследования. На панорамной рентгенограмме отмечается равномерное уплотнение тела нижней челюсти.

Диагноз. Полная вторичная адентия нижней челюсти, осложнённая атрофией IV степени. Несоответствие границ протеза нижней челюсти переходной складке и её объёму.

План лечения

- Направить пациента для рентгенологического обследования и компьютерной томографии с оценкой плотности костной ткани челюсти.
- Изготовить диагностические модели.
- Восстановить физиологические размеры нижнего отдела лица и нижний зубной ряд при помощи временного съёмного пластиночного протеза.
- Изготовить хирургический шаблон (в индивидуально настроенном артикуляторе) с разметкой мест постановки будущих имплантатов.
- Провести операцию имплантации зубов.
- Изготовить съёмный протез на нижнюю челюсть с фиксацией на имплантаты (возможно два или четыре имплантата).

Ведение дневника ортопедического лечения № 1

Вариант записи первого посещения

Получены анатомические оттиски с помощью альгинатной массы с верхней и нижней челюстей для изготовления жёсткой ложки на нижнюю челюсть.

Вариант записи второго посещения

Припасована жёсткая индивидуальная оттискная ложка, получен функциональный оттиск силиконовой массой.

Вариант записи третьего посещения

Определено центральное соотношение челюстей при помощи воскового базиса с окклюзионным валиком.

Вариант записи четвёртого посещения

Проверена конструкция протеза в полости рта.

Вариант записи пятого посещения

Припасован и наложен временный съёмный протез на нижнюю челюсть. Даны рекомендации по пользованию зубным протезом.

Вариант записи шестого посещения

Коррекция протеза.

Вариант записи седьмого посещения

Припасован и наложен хирургический шаблон. Пациент направлен на операцию имплантации.

Вариант записи восьмого посещения

Установлены формователи десны. Выполнена коррекция временного съёмного протеза.

Вариант записи девятого посещения

Установлены абатменты (шаровидные), сняты оттиски индивидуальной ложкой для изготовления постоянного съёмного протеза с фиксацией на имплантаты. Выбран цвет и форма искусственных зубов.

Вариант записи десятого посещения

Проверена конструкция постоянного съёмного протеза, его постановка в полости рта.

Вариант записи одиннадцатого посещения

Припасован и наложен постоянный съёмный протезе фиксацией на имплантаты. Выверены окклюзионные контакты. Даны рекомендации по снятию и одеванию протеза, а также уходу за ним.

Вариант записи двенадцатого посещения

Проведена коррекция съёмного протеза. Рекомендовано обязательное динамическое наблюдение.

Ведение дневника ортопедического лечения № 2*Вариант записи первого посещения*

Получены анатомические оттиски с верхней и нижней челюстей альгинатной массой: с верхней челюсти — вспомогательный оттиск, с нижней челюсти — для изготовления жёсткой индивидуальной ложки.

Вариант записи второго посещения

Припасована жёсткая индивидуальная оттисковая ложка, получен функциональный оттиск силиконовой массой.

Вариант записи третьего посещения

Определено центральное соотношение челюстей при помощи воскового базиса с окклюзионным валиком.

Вариант записи четвёртого посещения Проверена конструкция протеза в полости рта.

Вариант записи пятого посещения

Припасован и наложен временный съёмный протез на нижнюю челюсть. Даны рекомендации по пользованию зубным протезом. *Вариант записи шестого посещения* Проведена коррекция протеза.

Вариант записи седьмого посещения

Припасован и наложен хирургический шаблон. Пациент направлен на операцию имплантации.

Вариант записи восьмого посещения

Установлены формирователи десны. Выполнена коррекция временного съёмного протеза.

Вариант записи девятого посещения

Установлены абатмнты (шаровидные), сняты слепки индивидуальной ложкой для изготовления постоянного съёмного протеза с фиксацией на имплантаты.

Вариант записи десятого посещения

Проверена балочная конструкция, опирающаяся на четыре имплантата; снят силиконовый оттиск вместе с балкой для изготовления постоянного съёмного протеза. Выбран цвет и форма искусственных зубов.

Вариант записи одиннадцатого посещения

Проверена конструкция постоянного съёмного протеза, его постановка в полости рта.

Вариант записи двенадцатого посещения

Припасован и наложен постоянный съёмный протезе фиксацией на имплантаты. Выверены окклюзионные контакты. Даны рекомендации по снятию и одеванию протеза, а также уходу за ним.

Вариант записи тринадцатого посещения

Выполнена коррекция съёмного протеза. Рекомендовано обязательное динамическое наблюдение.

Пример 60. Острый артрит левого височно-нижнечелюстного сустава

Жалобы на постоянные боли в области левого ВНЧС, усиливающиеся при движении нижней челюсти; ограничение движения нижней челюсти; припухлость и покраснение в области левого сустава, ощущение сдавливания и распираания.

Перенесенные и сопутствующие заболевания. Хронический пиелонефрит.

Развитие настоящего заболевания. 5 дней назад после сильного охлаждения организма появилась боль в левом ВНЧС, ограничение открывания рта, припухлость в области сустава. Температура тела — 38-38,5 °С. Обратился к хирургу-стоматологу (назначены антибиотики). Температура тела понизилась до 37 °С.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Припухлость и покраснение кожного покрова в области левого ВНЧС. резкое ограничение открывания рта до 1 см, пальпация в области височно-нижнечелюстного сустава слева резко болезненна.

Зубная формула

	п			п									п		
18	1.7	16	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	26	2.7	28
4.8	4.7	46	4.5	4.4	43	4.2	41	3.1	3.2	3.3	34	3.5	3.6	3.7	3.8
	h		i							п					

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка полости рта, дёсен, альвеолярных отростков и нёба розового цвета, нормально увлажнена, нёбо куполообразной формы, торус выражен незначительно.

Данные рентгенологических исследований. На томограмме левого ВНЧС суставная щель расширена, движение суставной головки ограничено до 1 см.

Диагноз. Острый артрит левого ВНЧС.

План лечения

- Повязка в состоянии физиологического покоя для ограничения движения нижней челюсти.

- Сульфаниламиды, антибиотики (после консультации с терапевтом, хирургом).
- Физиотерапевтическое лечение (микроволны на область сустава, импульсный ток — флюктуоризация на область жевательных мышц).
- Сантиметровые или дециметровые микроволны, оказывающие противовоспалительное действие, обезболивающая флюктуоризация (наиболее эффективно сочетание обоих методов).
- Инфракрасная лазермагнитотерапия, магнитотерапия (10- 15 процедур).
- В случае противопоказаний к физиолечению — спиртовые компрессы на ночь, компрессы из мази багульника или рус. обладающие сильным противовоспалительным действием (12 процедур).
- Препарат «мобилат»® в виде геля или мази, оказывающий противовоспалительное и анальгетическое действие, улучшающий обмен веществ и усиливающий процессы регенерации (втирание в кожу в области сустава 2-3 раза в день).

Пример 61. Хронический ревматоидный артрит височно-нижнечелюстного сустава

Жалобы. То усиливающиеся, то ослабевающие боли в области обоих ВНЧС, шумовые явления в виде хруста при движениях нижней челюсти и её вынужденное положение.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Ишемическая болезнь сердца, ревматизм.

Развитие настоящего заболевания. Возраст пациентки — 50 лет. Считает себя больной около 5 лет, когда после перенесённой ангины появилась боль в обоих ВНЧС, ограничение открывания рта, припухлость в области суставов. К врачу по поводу заболевания ВНЧС не обращалась. Позднее, со слов пациентки, после антибиотико-терапии боли в области ВНЧС ослабли, но появляется болезненное состояние при длительном жевании и нагрузках. Открывание рта увеличилось до 3 см. Такие обострения бывают 1-2 раза в год.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Пальпация в области ВНЧС болезненна с обеих сторон. Открывание рта ограничено.

Общедованение полости рта. Нарушение окклюзионной плоскости.

Зубная формула

	п		п							п		п			
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	47	46	45	4.4	43	42	4.1	3.1	32	33	3.4	35	36	37	38
	п											п			

Одонтопародонтограм ма

Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Сум ма
3/4 (75%)	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	30 5
1/2(50%)	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	2.5	1.0	
1/4 (25%)	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
N	20	30	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	
Степень атрофии	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	30.0
1/4 (25%)	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
1/2 (50%)	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	2.5	1.0	
3/4 (75%)	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Прикус. Фронтальная дезокклюзия, окклюзионные нарушения.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка в области дёсен, альвеолярных отростков и нёба в пределах нормы. Нёбо плоской формы.

Данные рентгенологических лабораторных исследований. На обзорных рентгенограммах ВНЧС определяется сужение суставной щели, при открывании рта головка останавливается у заднего ската суставного бугорка. Выявляются склеротические изменения.

Ревматоидная проба положительная. Рентгенологические исследования показывают поражение всех крупных суставов.

Диагноз. Хронический ревматоидный артрит ВНЧС.

План ортопедического лечения

- Лечение общего соматического заболевания.
- Избирательное пришлифовывание зубов.
- Изготовление пластмассовой релаксационной каппы на зубной ряд нижней челюсти.

- Миогимнастика (консультация специалиста ЛФК).

- Консультация физиотерапевта.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Проведено индивидуальное избирательное пришлифовывание зубов для снятия чрезмерных контактов и моментов, блокирующих движение нижней челюсти.

Вариант записи второго посещения

Определено центральное соотношение челюстей при помощи восковых базисов с окклюзионными валиками.

Вариант записи третьего посещения

Изготовлена и зафиксирована временная пластмассовая каппа на все зубы нижней челюсти. Выверены окклюзия и артикуляция.

196 Варианты записи истории болезни пациентов о медицинской карте

Вариант записи четвёртого посещения

Боль в области ВНЧС уменьшилась (коррекцию проводят раз в 7 дней).

Вариант записи пятого посещения

Проведена коррекция временной каппы. Болевой синдром в области ВНЧС купирован.

Вариант записи шестого

посещения Рациональное

протезирование

Пример 62. Артроз правого височно-нижнечелюстного сустава

Жалобы. Незначительный хруст, щёлканье, тугоподвижность, скованность сустава по утрам. Боль в суставе возникает в холодную, сырую погоду, после длительного разговора, при жевании твёрдой пищи.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Со слов пациента, практически здоров.

Развитие настоящего заболевания. Считает себя больным после проведённого ортопедического лечения. Через 6 мес после наложения зубных протезов появился хруст, щёлканье в правом суставе, смещение нижней челюсти в правую сторону при открывании рта, «стартовые» боли, боль в жевательных мышцах, челюстях, ухе на стороне поражённого сустава. Боль иррадиирует в височную, за- тылочную, скуловую и подчелюстную области, а также в плечо, нёбо и горло.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Пальпация ВНЧС безболезненная, нижняя челюсть при открывании рта смещается в правую сторону, определяется хруст. Открывание рта свободное.

Обследование полости рта. Больной пользуется несъёмными протезами на верхней челюсти, на протезах заметны окклюзионные нарушения: ассиметричные контакты справа и слева в положении центральной окклюзии, передних и боковых окклюзиях на рабочих сторонах: несоответствие поперечных и продольных размеров зубных рядов; суперконтакты на рабочей и балансирующей сторонах; асимметрия и дискоординация функции жевательных мышц.

Зубная формула

		0	0	п							п	0			
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
	п											п		п	

Одонтопародонтограмма

Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Сум- ма
3/4 (75%)	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	30.5
1/2 (50%)	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	2.5	1.0	
1/4 (25%)	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	
Степень атрофии	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	30.0
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	
1/4 (25%)	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
1/2 (50%)	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	2.5	1.0	
3/4 (75%)	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка розового цвета, нормально увлажнена, нёбо плоской формы с выраженным торусом.

Данные рентгенологических исследований. На обзорных рентгенограммах ВНЧС определяется уплощение суставной ямки, суставной головки и бугорка, укорочение шейки суставного отростка, экзофиты на суставных поверхностях. Суставная головка приобрела остроконечную форму, форму крючка с «изъеденной» передней поверхностью или экзофитом.

Диагноз. Деформирующий артроз правую ВНЧС.

План лечения

- Снять несъёмные протезы с зубов верхней челюсти.
- Провести избирательное пришлифовывание зубов.
- И изготовить временные пластмассовые несъёмные протезы на верхнюю челюсть вместо изготовленных ранее, создав чёткую окклюзионную кривую и расположив жевательные группы зубов симметрично с обеих сторон.

- Изготовить временную пластмассовую капу на все зубы нижнем челюсти для лечения ВНЧС, восстановив высоту нижнего отдела лица.

- Временные каппы на верхнюю и нижнюю челюсти фиксировать одновременно.

- Корректируя капу на нижней челюсти (раз в 7 дней), добиться правильного положения суставных головок в суставных ямках, движения нижней челюсти по прямой при открывании и закрывании рта, синхронного движения головок и дисков, перестройки миотатического рефлекса.

- Провести курс рефлексотерапии (РТ) для закрепления полученных результатов.

- Рекомендовать рациональное протезирование

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты несъёмные протезы с верхней челюсти с опорой на зубы 1.8, 1.7, 1.4—2.5,

2.7.

Вариант записи второго посещения

Проведена пришлифовка зубов.

Вариант записи третьего посещения

Получен оттиск альгинатной массой с верхней челюсти для изготовления

временных несъёмных пластмассовых протезов.

Вариант записи четвёртого посещения

Припасованы несъёмные временные пластмассовые протезы на зубы 1.8, 1.7,

1.4, 2.5, 2.7.

Вариант записи пятого посещения

Получен оттиск альгинатной массой с верхней челюсти вместе с временными протезами и с нижней челюсти для изготовления временной пластмассовой капы на зубы 4.8, 4.7, 4.6, 4.5, 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8.

Вариант записи шестого посещения

Определено центральное соотношение челюстей при помощи воскового базиса с окклюзионным валиком.

Вариант записи седьмого посещения

Припасована временная пластмассовая каппа на зубы нижней челюсти.

Вариант записи военного посещения

Временные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти фиксированы одновременно. Выверена окклюзия и артикуляция.

Вариант записи девятого посещения

Проведена коррекция каппы на нижней челюсти, достигнуто правильное положение суставных головок в суставных ямках, синхронное движение головок и дисков, движение нижней челюсти по прямой при открывании и закрывании рта (раз в неделю).

Вариант записи десятого посещения

Рациональное протезирование.

Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте 201

Пример 63. Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

Жалобы. Асимметрия нижней трети лица вследствие недоразвития нижней челюсти на стороне поражения, частичная неподвижность нижней челюсти, резкое ограничение открывания рта до 2-3 мм, нарушение прикуса.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Хронический бронхит.

Развитие настоящего заболевания. 10 лет назад появился хруст, тугоподвижность в правом ВНЧС, при открывании рта нижняя челюсть смещалась вправо. К врачу больная не обращалась. Возраст больной — 45 лет.

Данные объективного обследования

Внешний осмотр. Рот открывается на 2 мм. при пальпации ВНЧС движение мыщелковых отростков не определяется.

Прикус. Смещение центральной линии нижнего зубного ряда вправо. Зубные ряды интактные. Чрезмерные контакты и моменты, блокирующие движение нижней челюсти, не определяются.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка маргинальной десны огёчна и незначительно гиперемирована, определяются мягкие и твёрдые зубные отложения, гигиена полости рта нарушена.

Данные рентгенологических лабораторных исследований

На боковой томограмме правого ВНЧС шейка мыщелкового отростка и восходящая ветвь укорочены и резко расширены, склерозированные и деформированные отделы ветви нижней челюсти составляют единый костный массив с дном средней черепной ямы.

Диагноз. Костный анкилоз ВНЧС.

Рекомендации. Направляется на консультацию и лечение к челюстно-лицевому хирургу.

Пример 64. Частичное вторичное отсутствие зубов верхней челюсти (III класс по Кеннеди), подвывих правого височно-нижнечелюстного сустава (применён мостовидный металлокерамический протез с опорой на имплантаты, изготовленный с помощью электромиографии)

Жа.юбы. Отсутствие жевательных зубов нижней челюсти справа и слева, дискомфорт при приёме пищи, щёлканье в правом височно-нижнечелюстном суставе.

Перенесённые и сопутствующие заболевания. Стенокардия. Аллергии на медикаменты не наблюдалось.

Развитие настоящего заболевания. Зубы потерял около 4 лет назад вследствие кариеса и его осложнений.

Данные объективного исследования

Внешний осмотр. Без изменений.

Обследование полости рта. Поверхностный кариес 2.5, пломбы 1.7, 1.2, 1.1, 2.4. 3.5. металлокерамическая коронка 2.6, 4.3, зубы 1.8, 2.8, 3.6, 4.6 отсутствуют.

Зубная формула

о	п					п	п				п	с	к		о
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
		о		к								п	о		

Прикус. Ортогнатический.

Состояние слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений.

Данные рентгенологических исследований. На ортопантограмме зубных рядов определяется дистрофия костной ткани в области зубов 3.6, 4.6. На рентгенограмме ВНЧС отмечается сужение суставной щели и правого ВНЧС.

Диагноз. Частичное вторичное отсутствие зубов верхней челюсти, III класс по Кеннеди, подвывих правого ВНЧС.

План первого варианта ортопедического лечения

Изготовить металлокерамические мостовидные протезы с опорами на зубы 3.5. 3.7. 4.5. 4.7

Варианты записи истории болезни пациентов в медицинской карте 203

Веление дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Сняты альгинатные оттиски с верхней и нижней челюстей, отлиты модели. При помощи силиконовой массы зафиксировано положение челюстей в центральной окклюзии.

Вариант записи второго посещения

Зубы 3.7, 3.5, 4.5, 4.7 отпрепарированы. Изготовлены, перебазированы и припасованы провизорные пластмассовые мостовидные протезы. Проведена электромиография (ЭМГ) жевательных мышц с временными конструкциями. По результатам ЭМГ выполнена окклюзионная коррекция для достижения оптимально сбалансированной мышечной активности. Провизорные конструкции зафиксированы на временный цемент.

Вариант записи третьего посещения

Снята временная каппа. Проведена ретракция десны в области отпрепарированных зубов. Снят двуслойный силиконовый оттиск с нижней челюсти и альгинатный оттиск с верхней челюсти. Определена центральная окклюзия при помощи регистрата прикуса. Временные каппы с опорами на зубы 3.7, 3.5, 4.5, 4.7 зафиксированы на временный цемент.

Вариант записи четвёртого посещения

Снята временная каппа с зубов 3.7, 3.5, 4.5, 4.7. Проведена припасовка каркаса мостовидного протеза с опорами на зубы 3.7, 3.5, 4.5, 4.7. Цвет керамической облицовки определён и согласован с пациентом. Пластмассовая каппа с опорами на зубы 3.7, 3.5, 4.5, 4.7 зафиксирована на временный цемент.

Вариант записи пятого посещения

Снята временная каппа с опорами на зубы 3.7, 3.5, 4.5, 4.7. Проведена припасовка металлокерамического мостовидного протеза с опорами на зубы 3.7, 3.5, 4.5, 4.7. Мостовидный протез фиксирован на временный цемент.

Вариант записи шестого посещения

Проведена контрольная ЭМГ жевательных мышц, выполнена окклюзионная коррекция для достижения оптимального нейромышечного соотношения. Мостовидные протезы с опорой на зубы 3.7, 3.5, 4.5, 4.7 фиксированы на стеклоиономерный цемент. Пациенту даны практические рекомендации по уходу за протезами.

План второго варианта ортопедического лечения

- Консультация имплантолога для согласования вопроса о возможности имплантации в области зубов 3.6 и 4.6.
- Изготовление временного съёмного пластмассового протеза на нижнюю челюсть.
- Изготовление металлокерамических коронок на имплантаты в области зубов 3.6 и 4.6.

Ведение дневника ортопедического лечения

Вариант записи первого посещения

Снят временный пластиночный протез с нижней челюсти. На месте удалённых формирователей десны установлены трансферы, снят двуслойный силиконовый оттиск с нижней челюсти, снят альгинатный оттиск с верхней челюсти. Фиксировано положение челюстей в центральной окклюзии. Установлены формирователи десны, наложен съёмный пластиночный протез на нижнюю челюсть. Цвет керамического покрытия определён и согласован с пациентом.

Вариант записи второго посещения

На месте удалённых формирователей десны установлены абат-менты.

Припасованы и зафиксированы металлокерамические коронки на имплантаты в области зубов 3.7, 3.5, 4.5, 4.7.

Вариант записи третьего посещения

Через неделю после фиксации металлокерамических коронок на имплантатах проведена ЭМГ жевательных мышц, выверена окклюзия с учётом нейромышечного баланса. Даны рекомендации.

Компьютерные программы для ведения медицинской карты стоматологического больного

В настоящее время возможно, и многие компании предлагают, заполнение медицинской карты стоматологического больного с помощью компьютерных технологий. Для этого разрабатывают специальные программы. Информационно-коммуникационные технологии (ИКТ) в стоматологии внедряют через автоматизированные системы управления стоматологическими практиками (АСУСП). На российском рынке АСУСП заметна достаточно интересная тенденция: постепенный переход к ERP, SCM и CRM как стандартам «де-факто», причём этот переход проходит неосознанно для разработчиков, которые по-прежнему позиционируют их как специализированные системы для стоматологии.

Чрезвычайно важная концепция, позволяющая компании стать «электронной», то есть автоматизирующая все основные бизнес- процессы: менеджмент, маркетинг, финансы, управление человеческими ресурсами, производство — концепция ERP (*Enterprise Resource Planning* — планирование использования ресурсов предприятия). Эффективная и интегрированная ERP-система в состоянии включить фактически все бизнес-процессы на предприятии. Естественно, процесс внедрения такой системы обычно носит поэтапный характер, предполагая движение от наиболее актуальных бизнес-процессов, автоматизация которых максимально эффективна в краткосрочной перспективе, к бизнес-процессам, результаты автоматизации которых более отдалённые.

Модуль *Document Manager* (система управления документами клиники) позволяет работать с произвольными документами, привязывая их к пациентам (это могут быть рентгеновские снимки, полученные из различных источников: выписки, касающиеся данного пациента). При этом *Dental 4 Windows* охватывает все наиболее распространённые форматы файлов, что позволяет эффективно использовать этот инструментарий для упорядоченного хранения информации, относящейся к данному пациенту. Кроме того, возможно сканирование имеющихся снимков и документов непосредственно из *Dental 4 Windows* и помещение их в единую базу данных пациента.

Интерфейс выдержан в стиле проводника *Windows*, что позволяет добиться универсального представления произвольной информации о пациенте, включая заметки, снимки в любых форматах, сообщения и другие документы.

Модуль работы с образами и снимками *Media Suite* обеспечивает захват любой видеоинформации, её просмотр, каталогизацию, анализ и улучшение качества изображения. Он использует мощный и простой в применении редактор образов, который помогает существенно повысить точность диагностики.

Сегодня общепризнанным стандартом для медицинских программ считают HL 7 (*Health Level 7*) — стандарт обмена, управления и интеграции электронной медицинской информации.

Возможна работа в режиме он-лайн на единой базе данных с применением WAN (*Wide Area Network*) или глобальной сети передачи данных. Этот режим, использующий защищенную частную сеть VPN (*Virtual Private Network*), позволяет клиникам и филиалам, находящимся на любом удалении от основной базы данных, синхронно работать по интернет-каналам.

Ключевым показателем эффективности работы клиники служит обобщённый отчёт. Главная цель этого отчёта — представление ключевых показателей эффективности (КПЭ) за определённое время в табличной и графической форме. Будучи обобщённым, этот отчёт использует данные из различных частей D4W. При этом измеряют одиннадцать КПЭ:

- общее число часов в расписании клиники;
- общий объём оказанных услуг;
- объём оказанных услуг в час;
- данные о вновь поступивших пациентах;
- процент собираемости доходов (процент оплаченных счетов);
- процент повторно поступивших пациентов;
- объём оплаты услуг, приходящийся на одного пациента за последние 6 мес;
- среднее время, затрачиваемое на приём одного пациента;
- число активных пациентов за последние 18 мес;
- число основных лечебных процедур, выполненных для последних 100 пациентов (по времени обращения);

- коэффициент удержания пациентов клиникой (измеряется как процент пациентов, последний раз обратившихся в клинику 18 мес назад).

Ключевые показатели эффективности работы клиники

В этом отчёте представлены 36 КПЗ в табличной и графической формах.

Первые 29 показателей относятся к группе «-Типы КПЗ».

- Тридцатый показатель (и его составляющие) входит в группу «Применяемые лечебные процедуры» и основан на данных о процедурах, применявшихся в лечении.
- Показатели 31-33 входят в группу «Тип оплаты услуг» и основаны на данных об уровнях оплаты услуг пациентами и приносимом ими чистом доходе

Показатели 34-36 — часть группы «Тип страховой компании», в их основу заложены данные об уровнях оплаты услуг страховыми компаниями и приносимом ими чистом доходе

Анализ планов лечения

Цель данного отчёта — анализ состояния созданных планов лечения по степени их завершённости и соответствующим доходам: вновь созданные планы лечения; завершённые планы лечения; незавершённые планы лечения

Все вышеперечисленные аналитические отчёты допускают экспорт полученных показателей в таблицы *MS Excel*, что делает их доступными для дальнейшего персонифицированного анализа в каждой клинике. Данные отчёты, обобщающие опыт анализа деятельности стоматологической клиники и принятия на его основе обоснованных управленческих решений, прошли апробацию во многих лучших клиниках мира. Однако наличие этих отчётов еще не гарантирует их эффективного использования, поэтому высококвалифицированные специалисты Сентор Софтвэр готовы предоставлять новый вид услуг — консалтинговые услуги по всестороннему анализу деятельности клиники и выработке рекомендаций по её совершенствованию.

Тесты для самоконтроля знания некоторых терминов, употребляемых при ведении первичной медицинской документации

1. Ортогнатический прикус:
 - 1) максимальный плоскостной фиссуρο-бугорковый контакт;
 - 2) перекрытие верхними передними зубами нижних на 2-4 мм;
 - 3) расположение ре шов и клыков верхней челюсти впереди соответствующих зубов нижней челюсти;
 - 4) непосредственный контакт режущих поверхностей передних зубов;
 - 5) рас патожен не медиально-щечного бугра верхнего первого моляра в межбугороковой борозде нижнего первого моляра.
2. Физиологический приме:
 - 1) плотный контакт между всеми зубами-антоганистами;
 - 2) высту пание режущего края центральных резцов верхней челюсти из-под губы на 1-2 мм;
 - 3) положение срединной линии лица между центральными резцами верхней и нижней челюсти;
 - 4) наклон передних зубов верхней и нижней челюсти вперёд;
 - 5) расположение резцов и клыков нижней челюсти спереди от соответствующих зубов верхней челюсти.
3. Патологический прикус:
 - 1) нарушение речи, жевания и внешнего вида человека;
 - 2) наличие щели между фронтальной группой зубов;
 - 3) перекрытие верхних резцов нижними;
 - 4) расположение режущих поверхностей резцов нижней челюсти на уровне вогнутости язычной поверхности верхних резцов;
 - 5) перекрытие жевательными зубами верхней челюсти щёчных бугорков зубов нижней челюсти.
4. Патологическая подвижность зуба:
 - 1) заметное глазом смещение зуба от небольшого усилия;
 - 2) незаметные хтя глаза микроэкскурсии зубов во время жевания;
 - 3) смещение зуба в вестибуло-оральном направлении;
 - 4) выдвигание зуба в сторону отсутствующих зубов-антагонистов;
 - 5) вращение зуба вокруг своей оси.

III. Патологическая стёртость:

- 1) наличие режущей площадки на резцах верхней или нижней челюстей;
- 2) наличие гиперестезии твёрдых тканей зубов;
- 3) уменьшение высоты клинической коронки зуба более чем на 2/3;
- 4) наличие фасеток стирания в поверхностных слоях эмали;
- 5) наличие вертикальной щели между рядом стоящими зубами.

6. Анестезия:

- 1) в переводе с греческого «*anaesthesia*» — нечувствительность;
- 2) потеря чувствительности или ощущений, возникающая при некоторых заболеваниях нервной системы;
- 3) потеря чувствительности или ощущений, вызванная искусственно для обезболивания медицинских процедур путём введения лекарственных веществ-анестетиков;
- 4) потеря ориентации в пространстве и времени;
- 5) полная или частичная потеря памяти.

7. Атрофия:

- 1) в переводе с греческого «*atrophia*» — увядание;
- 2) уменьшение какого-либо органа или ткани, наблюдаемые в животном организме (например, при уменьшении притока крови к ним; длительном бездействии; нарушении связи с центральной нервной системой);
- 3) притупление, утрата какого-либо чувства, свойства;
- 4) резорбция кости, отмечаемая внутренне как снижение плотности и внешне как изменение формы;
- 5) потеря чувствительности или ощущений, возникающая при некоторых заболеваниях нервной системы.

8. Борозда десневая:

- 1) узкое щелевидное пространство глубиной 0,5-3 мм между зубом и десной, расположенное от края свободной десны до эпителия прикрепления;
- 2) парное дистальное окончание альвеолярного отростка верхней челюсти, расположенное в позадиомолярной области;
- 3) линия, объединяющая контур клинических шеек зубов всего зубного ряда;
- 4) область, где неприкреплённая десна переходит в прикреплённую;
- 5) место прикрепления уздечки верхней губы к десне.

9. Баше п роге л:

- 1) в переводе с греческого **basis*» — основание;
- 2) основа пластиночного съёмного протеза, представляющая полимерную или металлическую пластину, расположенную на тканях протезного ложа;
- 3) полимерная или металлическая пластина, на которой фиксируются искусственные зубы;
- 4) полимерная или металлическая пластина, восполняющая утраченные альвеолярные и десневые ткани;
- 5) материал, из которого изготовлен съёмный протез.

10. Межалвеолярная высота:

- 1) вертикальное расстояние между альвеолярным отростком верхней челюсти и альвеолярной частью нижней челюсти, удерживаемое в течение всей жизни зубам и-антагонистам и (фиксированная межалвеолярная высота).
- 2) окклюзионная высота (менее удачный синоним);
- 3) вертикальный размер альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти;
- 4) вертикальный размер костной лунки (альвеолы), в которой расположен корень зуба;
- 5) вертикальное расстояние между альвеолярным отростком верхней челюсти и альвеолярной частью нижней челюсти при широко открытом рте.

11. Прикреплённая десна:

- 1) узкое шелевидное пространство глубиной 0,5-3 мм между зубом и десной, расположенное от края свободной десны до эпителия прикрепления;
- 2) часть слизистой оболочки десны, жёстко и плотно соединённая с нал костной тканью, костью или зубами;
- 3) край десны, прилегающий к поверхности зуба и отделённый от неё узкой щелью (десневой бороздой);
- 4) разделительная линия между свободной и прикреплённой десной, параллельная десневому краю и проходящая на расстоянии 1-1.5 мм от него (по локализации примерно соответствует дну десневой борозды).
- 5) альвеолярная, или неподвижная, десна (термины-синонимы).

12. Свободная десна:

- 1) узкое шелевидное пространство глубиной 0,5-3 мм между зубом и десной, расположенное от края свободной десны до эпителия прикрепления;
- 2) масть слизистой оболочки десны, жёстко и плотно соединенная с надкостницей, костью или зубами;
- 3) край десны, прилегающий к поверхности зуба и отделённый от неё узкой щелью (десневой бороздой);
- 4) разделительная линия между свободной и прикреплённой десной, параллельная десневому краю и проходящая на расстоянии 1-1,5 мм от него (по локализации примерно соответствует дну десневой борозды).
- 5) десневой край, краевая десна (термины-синонимы).

13. Десневой желобок:

- 1) узкое щелевидное пространство глубиной 0,5-3 мм между зубом и десной, расположенное от края свободной десны до эпителия прикрепления;
- 2) масть слизистой оболочки десны, жёстко и плотно соединённая с надкостницей, костью или зубами;
- 3) край десны, прилегающий к поверхности зуба и отделённый от неё узкой щелью (десневой бороздой);
- 4) разделительная линия между свободной и прикреплённой десной, параллельная десневому краю и проходящая на расстоянии 1-1,5 мм от него (по локализации примерно соответствует дну десневой борозды).
- 5) воображаемая линия, соответствующая вершине свода преддверия полости рта.

14. Сопутствующее заболевание:

- 1) страдание, которое само по себе или посредством своего осложнения явилось причиной обращения за медицинской помощью, и на лечение которого направлено основное внимание врача;
- 2) расстройства функций органов и систем, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов;
- 3) болезнь пациента, не связанная с основным заболеванием этиологически и патогенетически, и имеющая номенклатурную рубрификацию;

- 1) **врачебное заключение о сущности и индивидуальном проявлении заболевания или патологического состояния, выраженное терминами, принятыми в современных медицинских номенклатурах и классификациях;**
 - 2) **патологический процесс и состояние, патологически связанное с основным заболеванием, но формирующее клинические синдромы, а также морфологические и функциональные изменения, качественно отличные от главных проявлений основного заболевания.**
12. **Осложнение:**
- 1) **страдание, которое само по себе или посредством своего осложнения явилось причиной обращения за медицинской помощью и на лечение которого направлено основное внимание врача;**
 - 2) **расстройства функций органов и систем, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов;**
 - 3) **болезнь пациента, не связанная с основным заболеванием этиологически и патогенетически и имеющая номенклатурную рубрификацию;**
 - 4) **врачебное заключение о сущности и индивидуальном проявлении заболевания или патологического состояния, выраженное терминами, принятыми в современных медицинских номенклатурах и классификациях;**
 - 5) **патологический процесс и состояние, патологически связанное с основным заболеванием, но формирующее клинические синдромы, а также морфологические и функциональные изменения, качественно отличные от главных проявлений основного заболевания.**
13. **Диагноз:**
- 1) **страдание, которое само по себе или посредством своего осложнения явилось причиной обращения за медицинской помощью и на лечение которого направлено основное внимание врача;**
 - 2) **расстройства функций органов и систем, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов;**
 - 3) **болезнь пациента, не связанная с основным заболеванием этиологически и патогенетически и имеющая номенклатурную рубрификацию;**

- 4) **врачебное заключение о сущности и индивидуальном проявлении заболевания или патологического состояния, выраженное терминами, принятыми в современных медицинских номенклатурах и классификациях;**
- 5) **патологический процесс и состояние, патологически связанное с основным заболеванием, но формирующее клинические синдромы, а также морфологические и функциональные изменения, качественно отличные от главных проявлений основного заболевания.**
17. **Основное заболевание:**
 - 1) **страдание, которое само по себе или посредством своего осложнения явилось причиной обращения за медицинской помощью и на лечение которого направлено основное внимание врача;**
 - 2) **расстройства функций органов и систем, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов;**
 - 3) **болезнь пациента, не связанная с основным заболеванием этиологически и патогенетически и имеющая номенклатурную рубрификацию;**
 - 4) **врачебное заключение о сущности и индивидуальном проявлении заболевания или патологического состояния, выраженное терминами, принятыми в современных медицинских номенклатурах и классификациях;**
 - 5) **патологический процесс и состояние, патологически связанное с основным заболеванием, но формирующее клинические синдромы, а также морфологические и функциональные изменения, качественно отличные от главных проявлений основного заболевания.**
18. **Заболевание психосоматическое:**
 - 1) **страдание, которое само по себе или посредством своего осложнения явилось причиной обращения за медицинской помощью и на лечение которого направлено основное внимание врача;**
 - 2) **расстройства функций органов и систем, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов;**
 - 3) **болезнь пациента, не связанная с основным заболеванием этиологически и патогенетически и имеющая номенклатурную рубрификацию;**

- 1) врачебное заключение о сущности и индивидуальном проявлении заболевания или патологического состояния, выраженное терминами, принятыми в современных медицинских номенклатурах и классификациях;
 - 2) патологический процесс и состояние, патологически связанное с основным заболеванием, но формирующее клинические синдромы, а также морфологические и функциональные изменения. качественно отличные от главных проявлений основного заболевания.
14. Иччедиат-иротез:
- 1) от английского **immediate** — непосредственный, немедленный;
 - 2) синоним термина «непосредственный протез»;
 - 3) протез, наложенный на протезное ложе в течение 24 ч после операции;
 - 4) протез, наложенный на протезное ложе в течение 2—12 сут после операции;
 - 5) протез, восстанавливающий анатомическую форму зуба, заполняя дефект в его коронке.
15. Свободное чежокклюзионное пространство:
- 1) вертикальное расстояние между верхним и нижним зубными рядами при функциональном покое жевательных мышц;
 - 2) вертикальное расстояние между альвеолярным отростком верхней челюсти и альвеолярной частью нижней челюсти, удерживаемое в течение всей жизни зубами-антагонистами (фиксированная межальвеолярная высота);
 - 3) вертикальное расстояние между верхним и нижним зубными рядами в положении центральной окклюзии;
 - 4) вертикальное расстояние между верхним и нижним зубными рядами в боковых отделах, образуемое при передней окклюзии;
 - 5) вертикальное расстояние между верхним и нижним зубными рядами при широко открытом рте.
16. З>бной камень:
- 1) кальцифицированные отложения на поверхности зубов, образуемые в виде наддесневых и поддесневых зубных отложений;
 - 2) мягкий зубной налёт на поверхности зубов, образуемый при неудовлетворительной гигиене полости рта;

- 3) тёмный зубной налёт в виде плёнки на поверхности зубов;
 - 4) кальцифицированные образования, формирующиеся в пульпе зубов;
 - 5) кальцифицированные образования, формирующиеся в подчелюстных слюнных железах.
17. Каркас зубного протеза:
- 1) металлический остов комбинированных коронок и мостовидных протезов;
 - 2) металлический остов бюгельных протезов и пластиночных протезов с литым металлическим базисом;
 - 3) остов из диоксида циркония или окислов алюминия в цельно-керамических зубных протезах;
 - 4) волокна из полимеров или стекловолокна, введенные в толщу полимерных или композитных протезов
 - 5) от итальянского «carcassa» — остов, жёсткое образование внутри конструкции.
18. Клиническая коронка зуба:
- 1) утолщенная часть зуба, покрытая эмалью;
 - 2) часть зуба, выступающая над десной;
 - 3) часть зуба, выступающая над десной после его препарирования для покрытия искусственной коронкой;
 - 4) протез, покрывающий все поверхности зуба, возвышающиеся над десной;
 - 5) защитные временные колпачки, защищающие ткани зуба после его препарирования.
19. Культия зуба:
- 1) остаток коронки зуба после его частичного разрушения патологическим процессом;
 - 2) остаток коронки зуба после его препарирования для покрытия искусственной коронкой;
 - 3) коронковая часть зуба, восстановленная штифтово-культевой конструкцией, подготовленная для её покрытия искусственной коронкой;
 - 4) зуб, покрытый искусственной коронкой;
 - 5) наддесневая часть дентального имплантата.
20. Протезное ложе:
- 1) ткани и органы, контактирующие с протезом;
 - 2) ткани и органы, на которых расположен зубной протез;

- 3) ткани и органы, воспринимающие функциональное давление протеза;
 - 4) сосуд или ёмкость для хранения протеза;
 - 5) поверхность съёмного пластиночного протеза, обращённая к слизистой оболочке.
21. Временная коронка:
- 1) несъёмный протез, покрывающий коронку зуба и восстанавливающий его анатомическую форму;
 - 2) несъёмный протезе опорами на два зуба или более;
 - 3) временная конструкция, используемая на время изготовления постоянной коронки для защиты твёрдых тканей зубов от повреждающего действия внешних факторов;
 - 4) съёмный протез, состоящий из базиса искусственных зубов и опорно-удерживающих элементов;
 - 5) несъёмный протез, состоящий из искусственной коронки и штифта, расположенного в корневом канале.
22. Фиксирующий цемент:
- 1) порошкообразное минеральное вещество, состоящее из окислов металлов, способное при замешивании с раствором кислоты образовывать пластичную массу, а после затвердевания — становиться камнеподобным;
 - 2) материал для восстаноазения анатомической формы зуба;
 - 3) материал, предназначенный для отображения тканей протезного ложа;
 - 4) материал, получаемый в результате обжига фарфоровой массы;
 - 5) материал для регистрации прикуса.
23. Жевание:
- 1) смыкание зубных рядов;
 - 2) симметричное двустороннее сокращение мышц выше подъязычной кости и двустороннее расслабление мышц, поднимающих нижнюю челюсть;
 - 3) механический процесс размельчения и растирания пищи в полости рта;
 - 4) всевозможные движения нижней челюсти по отношению к верхней;
 - 5) откусывание пищи передними зубами.

24. Прикус:

- 1) характер смыкания зубных рядов в положении центральной окклюзии;
- 2) всевозможные движения нижней челюсти по отношению к верхней;
- 3) смыкание зубных рядов;
- 4) механический процесс размельчения и растирания пищи в полости рта;
- 5) откусывание пищи передними зубами.

25. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба:

- 1) степень атрофии альвеолярного отростка;
- 2) выносливость пародонта зубов;
- 3) степень разрушения окклюзионной поверхности зубов;
- 4) выраженность кровоточивости десны;
- 5) гигиеническое состояние полости рта.

26. Межзубной контактный пункт:

- 1) точки соприкосновения контактных поверхностей зубов, в результате которых зубной ряд выступает как единое целое.
- 2) пространство между рядом стоящими зубами;
- 3) точки соприкосновения антагонизирующих зубов;
- 4) зона контакта корней рядом стоящих зубов;
- 5) зона соединения искусственной коронки с промежуточной частью мостовидного протеза.

27. Вкладка:

- 1) один из разновидностей микропротезов;
- 2) протез, замещающий дефект коронковой части зуба, расположенный только в области дефекта;
- 3) протез, восстанавливающий дефект зубного ряда при частичной адентии;
- 4) протез, замещающий дефект твёрдого нёба;
- 5) съёмный пластиночный протез, замещающий отсутствие одного зуба, не имеющий кламмеров.

28. Искусственная коронка:

- 1) один из разновидностей микропротезов;
- 2) протез, восстанавливающий дефект зубного ряда при частичной адентии;
- 3) несъёмный протез, покрывающий культю зуба, восстанавливающий клиническую коронку зуба, её размеры и функцию;

- 4) протез, восстанавливающий культю зуба при полном дефекте коронки зуба;
 - 5) часть зуба, высту пающая над десной после его препарирования для покрытия искусственной коронкой.
29. Мостовидный протез:
- 1) несъемный зубной протез, применяемый для замещения частичных включённых дефектов зубных рядов, который состоит из опорных элементов (вкладок, искусственных коронок, штифтовых зубов) и промежуточной части;
 - 2) ортопедическая конструкция, применяемая при полной адентии;
 - 3) ортопедическая конструкция, состоящая из двух и более искусственных коронок, соединённых друг с другом;
 - 4) несъёмный протез, покрывающий культю зуба, восстанавливающий клиническую коронку зуба, её размеры и функцию;
 - 5) протез, замещающий дефект коронковой части зуба и расположенный только в области дефекта.
30. Центральная окклюзия:
- 1) смыкание зубных рядов, характеризующееся контактами в области режущих краёв резцов;
 - 2) смыкание зубных рядов, характеризующееся множественными фиссуро-бугорковыми контактами, положением суставных головок нижней челюсти у основания ската суставного бугорка. равномерным напряжением мышц, поднимающих нижнюю челюсть;
 - 3) взаимоотношение верхнего и нижнего зубных рядов при расслабленных жевательных мышцах;
 - 4) контакт зубов верхнего зубного ряда с нижним при максимальном выдвижении нижней челюсти вперёд;
 - 5) контакт зубов верхнего зубного ряда с нижним в области щёчных бугров моляров при смещении нижней челюсти в сторону.
31. Дефлекции:
- 1) боковое отклонение нижней челюсти без выравнивания вплоть до максимального открывания рта;
 - 2) одностороннее ограничение при открывании рта;
 - 3) щелчок в суставе;
 - 4) отставание сустава *со щелчком-» при открывании рта. в то время как другой сустав движется беспрепятственно;

- 5) боковое движение нижней челюсти выравнивается к середине при продолжающемся открывании рта.
- 32. Пролапс диска:
 - 1) результат длительно существующего переднего неуправляемого смещения диска;
 - 2) фиксированное неуправляемое положение диска у его вершины или на передней поверхности суставного бугорка;
 - 3) резкое ограничение движения в суставе;
 - 4) смещение нижней челюсти в сторону, противоположную стороне поражения;
- 5) резкая боль при открывании рта.
- 33. Адгезивная фиксация несъемного протеза — фиксация:
 - 1) на стеклоиономерный цемент;
 - 2) с помощью замковых креплений;
 - 3) на цинкофосфатный цемент;
 - 4) с помощью предварительного протравливания и бондирования на поверхности разнородных фиксируемых материалов;
 - 5) на цинк-фосфатный цемент.
- 34. Межзубный сосочек:
 - 1) участок десны треугольной формы, заполняющий промежуток между соседними зубами;
 - 2) участок слизистой оболочки вокруг шейки зуба;
 - 3) участок слизистой оболочки в области отсутствующих зубов на вершине альвеолярного гребня;
 - 4) анатомическое образование слизистой оболочки в ретромолярной области;
 - 5) проток слюнной железы.
- 35. Патологический зубодесневой карман:
 - 1) круговая связка зуба;
 - 2) пространство, образованное вследствие разрушения зубодесневого соединения и круговой связки зуба;
 - 3) зубодесневое соединение;
 - 4) лунка после удаления зуба;
 - 5) перфорация в гайморову пазуху.
- 36. Деформация зубных рядов:
 - 1) осложнение различных патологических процессов в полости рта, сопровождающееся вертикальным или горизонтальным перемещением зубов;

- 2) множественные дефекты зубов, вызванные кариесом;
 - 3) смещение зубов, сопровождающееся вакантной гипертрофией альвеолярного отростка;
 - 4) врождённые аномалии;
 - 5) множественные дефекты зубов, полученные в результате травмы.
37. Гиперемия;
- 1) побледнение;
 - 2) отёк;
 - 3) жжение;
 - 4) покраснение;
 - 5) синюшность.
38. Дисгармония окклюзии:
- 1) нарушение межбугоркового контакта между зубами, способное предотвращать или ограничивать смыкание зубных рядов в устойчивом дистальном положении нижней челюсти;
 - 2) препятствие плавному движению нижней челюсти вперёд и в стороны в пределах контакта между зубами;
 - 3) изменение и нарушение функциональной согласованности нервно-мышечного аппарата;
 - 4) препятствие плавному движению нижней челюсти в крайне заднее положение;
 - 5) возможность боковых движений при крайне заднем положении нижней челюсти.
39. Вестибулярная поверхность зуба:
- 1) поверхность коронки зуба, обращённая в преддверие полости рта. к щеке или губе, вследствие чего её также называют губной или шёчной поверхностью;
 - 2) поверхность коронки зуба, обращённая к соседним зубам, вследствие чего её также называют мезиальной (медиальной) контактной и дистальной контактной поверхностью; устаревшее и упразднённое название контактной поверхности — «апроксимальная»;
 - 3) для отдельных зубов — синоним терминов «режущий край», «жевательная поверхность», «поверхность смыкания», для зубного ряда — совокупность окклюзионных поверхностей всех входящих в него зубов;

- 4) **зубная поверхность, обращённая в полость рта, к языку или нёбу, поэтому для верхних зубов носит синонимичное название «нёбная», нижних зубов — «язычная»;**
- 5) **воображаемая плоскость, делящая тело человека на правую и левую половины.**

45. Сагиттальная плоскость:

- 1) **поверхность коронки зуба, обращённая в преддверие полости рта, к щеке или губе, вследствие чего её также называют губной или щёчной поверхностью;**
- 2) **поверхность коронки зуба, обращённая к соседним зубам, вследствие чего её также называют мезиальной (медиальной) контактной и дистальной контактной поверхностью; устаревшее и упразднённое название контактной поверхности - «апрокси мольная»;**
- 3) **для отдельных зубов — синоним терминов «режущий край», «жевательная поверхность», «поверхность смыкания», для зубного ряда — совокупность окклюзионных поверхностей всех входящих в него зубов;**
- 4) **зубная поверхность, обращённая в полость рта, к языку или нёбу, поэтому для верхних зубов носит синонимичное название «нёбная», нижних зубов — «язычная»;**
- 5) **воображаемая плоскость, делящая тело человека на правую и левую половины.**

46. Контактная поверхность зуба:

- 1) **поверхность коронки зуба, обращённая в преддверие полости рта, к щеке или губе, вследствие чего её также называют губной или щёчной поверхностью;**
- 2) **поверхность коронки зуба, обращённая к соседним зубам, вследствие чего её также называют мезиальной (медиальной) контактной и дистальной контактной поверхностью; устаревшее и упразднённое название контактной поверхности — «апроксимальная»;**
- 3) **для отдельных зубов — синоним терминов «режущий край», «жевательная поверхность», «поверхность смыкания», для зубного ряда — совокупность окклюзионных поверхностей всех входящих в него зубов;**

- 1) зубная поверхность, обращенная в полость рта, к языку или небу, поэтому для верхних зубов носит синонимичное название «нёбная», нижних зубов — «язычная»;
 - 2) воображаемая плоскость, делящая тело человека на правую и левую половины.
40. Оклюзионная поверхность зуба:
- 1) поверхность коронки зуба, обращенная в преддверие полости рта, к щеке или губе, вследствие чего её также называют губной или щёчной поверхностью;
 - 2) поверхность коронки зуба, обращенная к соседним зубам, вследствие чего её также называют мезиальной (медиальной) контактной и дистальной контактной поверхностью; устаревшее и упразднённое название контактной поверхности — «апроксимальная*»;
 - 3) для отдельных зубов — синоним терминов «режущий край», «жевательная поверхность», «поверхность смыкания», для зубного ряда — совокупность окклюзионных поверхностей всех входящих в него зубов;
 - 4) зубная поверхность, обращенная в полость рта, к языку или небу, поэтому для верхних зубов носит синонимичное название «нёбная», нижних зубов — «язычная»;
 - 5) воображаемая плоскость, делящая тело человека на правую и левую половины.
41. Оральная поверхность зуба:
- 1) поверхность коронки зуба, обращенная в преддверие полости рта, к щеке или губе, вследствие чего её также называют зубной или щёчной поверхностью;
 - 2) поверхность коронки зуба, обращенная к соседним зубам, вследствие чего её также называют мезиальной (медиальной) контактной и дистальной контактной поверхностью; устаревшее и упразднённое название контактной поверхности — «апроксимальная»;
 - 3) для отдельных зубов — синоним терминов «режущий край», «жевательная поверхность», «поверхность смыкания», для зубного ряда — совокупность окклюзионных поверхностей всех входящих в него зубов;
 - 4) зубная поверхность, обращенная в полость рта, к языку или небу, поэтому для верхних зубов носит синонимичное название «нёбная», для нижних зубов — «язычная»;

- 5) воображаемая плоскость, делящая тело человека на правую и левую половины.

49. Небный торус:

- 1) синоним термина «валик нёбный*»;
- 2) костное возвышение по обе стороны от срединного нёбного шва, покрытое тонкой слизистой оболочкой,
- 3) часть слизистой оболочки полости рта, непосредственно окружающая зубы на верхней челюсти;
- 4) две симметричных ямки, расположенные на границе твёрдого и мягкого нёба;
- 5) поперечные нёбные складки, расположенные в переднем отделе неба.

50. Фасет кастирования:

- 1) отполированная до блеска площадка на окклюзионной поверхности зуба, образовавшаяся в местах соприкосновения с зубами-антагонистами;
- 2) поверхность коронки зуба, обращённая в преддверие полости рта, к щеке или губе;
- 3) часть зуба, выступающая над десной после его препарирования для покрытия искусственной коронкой;
- 4) остаток коронки зуба после его частичного разрушения пато логическим процессом;
- 5) степень разрушения окклюзионной поверхности зубов

Таблица правильных ответов

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
11	1; 2; 3	11	2; 5	21	1	31	1	41	1; 3
12	1; 2; 3; 4	12	3; 5	22	1; 2; 3; 5	32	1; 2	42	4
13	1; 2; 3	13	4	23	2	33	3	43	1; 2; 3
14	1; 5	14	3	24	1; 2; 3	34	1	44	1
15	3	15	5	25	2; 3	35	2	45	5
16	1; 2; 3	16	4	26	3	36	1; 2	46	2
17	1; 2; 3; 4	17	1	27	1	37	1; 2; 3; 5	47	3
18	1	18	2	28	3	38	4	48	4
19	1; 2; 3; 4	19	1; 2; 3	29	1	39	1	49	1; 2
10	1	20	1	30	3	40	2	50	1