

С.С.Ксембаев

СХЕМЫ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ



СХЕМЫ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Методические рекомендации

*3-е издание, дополненное
и переработанное*



**Казань
2012**

УДК 616.31
ББК 56.6
К86

Составители: д.м.н., проф. С.С.Ксембаев; д.м.н., проф. Р.З.Уразова; д.м.н., проф. Г.Т.Салеева; д.м.н., проф. Р.А.Салеев; д.м.н., доц. Е.В.Мамаева; к.м.н., доц. И.М.Андреев; к.м.н. Ю.В.Фазылова; к.м.н. С.И.Мушарапова; к.м.н. О.Е.Торгашова; к.м.н. А.К.Салахов; к.м.н. М.Г.Габдрахманова; к.м.н. З.Х.Яхина.

Рецензенты:

В.Ю.Хитров — д.м.н., проф. кафедры терапевтической и детской стоматологии Казанской государственной медицинской академии.

А.Х.Греков — к.м.н., главный стоматолог Управления здравоохранения г. Казани.

К86 **Схемы историй болезни стоматологических больных: Методические рекомендации.** — 3-е изд., доп. и перераб. / С.С.Ксембаев, Р.З.Уразова, Г.Т.Салеева и др.; под общ. ред. проф. С.С.Ксембаева. — Казань, 2012. — 112 с.

ISBN 978-5-85247-518-3

В методических рекомендациях, предназначенных для системы последипломного стоматологического образования, представлены схемы историй болезни по основным стоматологическим дисциплинам, необходимые врачам-интернам стоматологам общей практики, а также варианты записей нозологий, наиболее часто встречающихся в клинической стоматологической практике, и методик их лечения. Все диагнозы приведены в новой редакции — в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10).

Воспроизведение в полном объеме или фрагментарно любыми способами текстов, опубликованных в настоящем издании, за исключением случаев, установленных Законом об авторском праве и смежных правах, допускается только с письменного согласия обладателя исключительных имущественных прав на произведение. Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

УДК 616.31
ББК 56.6

ISBN 978-5-85247-518-3

© Ксембаев С.С., 2012
© Оформление, оригинал-макет
ИП «Мухаммадиев М.Э.», 2012

ОГЛАВЛЕНИЕ

Вступительное слово	4
Схема истории болезни терапевтического стоматологического больного.....	5
Схема истории болезни хирургического стоматологического больного.....	10
Схема истории болезни ортопедического стоматологического больного.....	15
Схема истории болезни по детской стоматологии	19
Варианты записей заболеваний и методик их лечения	24
Терапевтическая стоматология	24
Хирургическая стоматология	40
Ортопедическая стоматология	62
Стоматология детского возраста.....	71

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

История болезни — важнейшая составляющая любого лечебного процесса, начинающаяся с момента обращения пациента в поликлинику или поступления в стационар. Ее оформление всегда вызывает определенные трудности у молодого специалиста. Правильное и аккуратное ведение истории болезни, своевременность и полнота записей в ней прививают начинающим врачам клиническое мышление и повышают уровень ответственности за результаты лечебного процесса.

Кроме того, история болезни является основным определяющим документом в решении спорных правовых вопросов, касающихся юридической ответственности врача.

В настоящих методических рекомендациях представлены схемы историй болезни по основным стоматологическим дисциплинам, необходимые врачам-интернам стоматологам общей практики для их написания и защиты, а также варианты записей местного статуса и лечения стоматологических заболеваний, наиболее часто встречающихся в клинике терапевтической, хирургической, ортопедической и детской стоматологии.

Первое и второе издания имели большой успех и разошлись быстро, что побудило нас взяться за выпуск третьего издания. Все пожелания и замечания по содержанию методических рекомендаций были приняты нами с благодарностью. Ждем новых отзывов.

Профессор С.С. Ксембаев

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Фамилия, имя, отчество, пол, возраст, профессия, место работы, домашний адрес.

ЖАЛОБЫ

Как правило, главной жалобой стоматологических пациентов является боль, чаще в области зубов. Тем не менее нередки случаи и жалоб, связанных с патологией пародонта и слизистой оболочки полости рта. Учитывая, что обследование должно быть комплексным, врач обязан знать также и патологию ортопедического и хирургического профиля.

К основным жалобам следует отнести те, которые являются ведущими симптомами данного заболевания и указывают в той или иной мере на локализацию процесса. Необходимо выяснить следующие критерии болевого синдрома:

При кариесе и его осложнениях:

- локализация боли (боль в определенном зубе или разлитая);
- боль самопроизвольная или причинная (на горячее, холодное, усиление при перкуссии, облегчающие факторы);
- время проявления самопроизвольных болей, их продолжительность;
- характер и интенсивность боли (сверлящая, ноющая, пульсирующая, стреляющая);
- распространение (иррадиация) боли, зона иррадиации;
- длительность боли (кратковременная, постоянная);
- если нет болей, то указать, что больной зуб обнаружен во время осмотра.

Симптомы при болезнях пародонта и слизистой оболочки полости рта:

- кровоточивость и припухлость десен, подвижность зубов, степень подвижности, запах из полости рта, гноетечение; чувство жжения, пощипывания;
- онемение, болезненность и появление образований (пузырь, язва, эрозия и т.д.); ощущение сухости во рту; вкусовая чувствительность (полная потеря вкуса, понижение или извращение вкуса).

Выясняется общее состояние больного: жалобы на утомляемость, головную боль, головокружение, повышение температуры тела, которые могут быть симптомами сопутствующих и перенесенных заболеваний.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Начальные проявления заболевания, течение, последовательность развития до настоящего времени. Развитие симптомов заболевания описываются подробно в хронологическом порядке:

- когда пациент впервые отметил появление беспокоящей его проблемы;
- эта проблема существует постоянно или возникает периодически;
- если периодически, то как часто возникает;
- имеются инициирующие или облегчающие факторы;
- с момента возникновения наблюдается ухудшение, улучшение или все сохраняется в том же состоянии.

При хроническом течении заболевания необходимо выяснить периоды обострения, их частоту, причины, их вызывающие, связь со временем года или другими факторами, появление новых признаков заболевания.

Сведения о содержании предшествующего лечения — указать: где, когда, чем и как долго продолжалось лечение.

Выясняются время первого обращения за медицинской помощью и первый врачебный диагноз.

Проводилось или нет самолечение, какими средствами, его результат.

Мероприятия диагностического и лечебного характера по данным истории болезни, проведенные в других лечебных уч-

реждениях (рентгенологическое исследование, лабораторные данные и др.).

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Цель данного этапа заключается в установлении связи заболевания с внешними факторами, условиями жизни, сопутствующими и перенесенными заболеваниями, вредными привычками.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Внешний осмотр: общий вид, цвет кожи, конфигурация, наличие асимметрии и припухлости.

2. Состояние лимфатических узлов: затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные (размер, подвижность, болезненность, спаянность их с кожей или подлежащими тканями).

3. Виды прикуса: ортогнатия, нейтральный, прямой, бипрогнатия, прогнатия, прогения, глубокий, открытый, перекрестный.

Зубная формула:

общепринятые обозначения: стандартная квадратно-цифровая система Зигманди—Палмера

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Обозначения ВОЗ: 18, 17 ... 47, 48.

Условные обозначения: кариес (С), пульпит (Р), периодонтит (Рt), корень зуба (R), пломба (П), флюороз (Ф), гипоплазия (Г), клиновидный дефект (Кл), пародонтит (А), подвижность (I, II, III степень), отсутствующий зуб (О), искусственный зуб (И), искусственная коронка (К).

4. Осмотр преддверия полости рта: состояние слизистой губ, углов рта: цвет, образование чешуек, корок и т.д. Выраженность и прикрепление уздечек губ и языка, наличие мелкого преддверия полости рта.

5. Состояние слизистой оболочки собственно полости рта: щек, твердого и мягкого неба, дна полости рта, языка (цвет, увлажненность, состояние сосочков). При наличии

элементов поражения — их локализация, размер, количество, цвет.

6. Обследование тканей пародонта — оценивается состояние десны (цвет, консистенция, кровоточивость, глубина десневой борозды, сохранность зубодесневого соединения, состояние и выраженность межзубных сосочков, наличие пародонтальных карманов и выделения из них, наличие налета и зубных отложений, степень стирания и смещения коронок зубов, подвижность и др.).

Определение индексов: гигиены (ИГ), РМА, ПИ; проведение проб (Кулаженко, Шиллера—Писарева и др.).

7. Кариозные поражения зубов. Локализация кариозных поражений зубов, размер, глубина, состояние дна и стенок кариозной полости, окраска и плотность твердых тканей зубов, зондирование кариозной полости (болезненное, безболезненное), перкуссия (безболезненная, болезненная), реакция на температурные раздражители, наличие зубных протезов (описать конструкцию, отметить в зубной формуле).

8. Некариозные поражения зубов. Характер, локализация.

9. Обязательные дополнительные методы исследования.

- При кариесе и его осложнениях: ЭОД, температурная диагностика, рентгенография.

- При болезнях пародонта: ортопантомография либо панорамная рентгенография, клинический анализ крови, определение сахара в крови.

10. Описание рентгеновского снимка зубов: положение, форма, контуры, интенсивность, тени твердых тканей, коронки каждого зуба; полость коронки зуба: наличие, отсутствие, форма, величина, дентикли; корень зуба — число, величина, форма, стадия формирования; корневого канала — контуры четкие, ровные, полость корневого канала прослеживается, не прослеживается, искривленность, степень пломбирования корневого канала и плотность, локализация верхушечного отверстия; периодонтальная щель — ширина, равномерность просветления между корнем и кортикальной пластинкой зуба, патологические изменения, неравномерное расширение периодонтальной щели в области верхушки корня (хронический фиброзный периодонтит), четкое разрежение костной ткани в области верхушки корня (2—3 мм), окружен-

ное светлой полоской склерозированной ткани (хронический гранулематозный периодонтит); разрежение костной ткани с нечеткими контурами (хронический гранулирующий периодонтит); компактная пластинка альвеолы (наличие, отсутствие, ширина, нарушение целостности); окружающая костная ткань (остеопороз, деструкция, остеосклероз); межальвеолярные перегородки (расположение, форма, сохранность замыкательной пластинки, структура); структура кости (крупно-, средне-, мелкопетлистая).

II. Консультации врачей смежных специальностей (гематолога, эндокринолога, дерматовенеролога, инфекциониста и др.). При заболеваниях слизистой оболочки полости рта: клинический анализ крови, определение сахара в крови, при необходимости цитологическое, биохимическое, бактериоскопическое обследование, анализ крови на RW, HBS-антиген, биопсия.

ДИАГНОЗ

При диагностике оценивается значимость каждого симптома. Диагноз ставится на основании всего комплекса данных, полученных из анамнеза и при клиническом обследовании больного. Обосновываются все положения диагноза (характер жалоб и течение заболевания, стадия, степень активности, осложнения, степень функциональных нарушений и данные дополнительных методов обследования).

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Лечение должно быть комплексным, исходя из конкретного патологического процесса, его клиники, этиологии и патогенеза. В дневнике отражается динамика течения заболевания. При каждом посещении в краткой форме отмечают состояние пациента, все изменения, все лечебные вмешательства. Заносятся дополнительные сведения из анамнеза, вновь выявленные симптомы и реакция на проводимую терапию.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Фамилия, имя, отчество, пол, национальность, возраст, семейное положение, домашний адрес. Место работы и должность. Дата обращения за медицинской помощью. Диагноз направившего учреждения. Диагноз при поступлении. Название страховой организации и номер страхового полиса.

ЖАЛОБЫ (фиксируются со слов пациента или родственников)

Жалобы больного в момент обращения в клинику (основные и дополнительные жалобы).

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ (anamnesis morbi)

Начало заболевания (время и первые признаки заболевания; что из условий внешней среды, по мнению пациента, повлияло на возникновение заболевания и его развитие, обстоятельства травмы). Развитие симптомов заболевания (динамика развития: дата появления первых симптомов и их изменения). Где и каким специалистом оказывалась помощь ранее, какими препаратами лечился, эффект от лечения. Состояние за последнее время.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО (anamnesis vitae)

Социально-бытовые условия. Место рождения. Жилищные условия: помещение (сухое, сырое, светлое, темное, теплое, холодное), имеются ли водопровод, канализация.

Питание: регулярное, нерегулярное, достаточное, недостаточное, домашнее, в столовой. Курение: сколько сигарет в день, с какого возраста. Употребление алкоголя: употребляет систематически, сколько, с какого возраста (времени).

Профессиональный анамнез. Начало трудовой деятельности: с какого возраста. Перечисление занятий с начала трудовой деятельности, в хронологической последовательности с указанием: где, сколько времени и кем работает. Был ли на военной службе. Вредные моменты на работе: пыль, пары, грязь, перепады температуры, вибрация, шум, недостаточность освещения, вентиляции, поднимание тяжестей, хроническая травма и т.д.

Перенесенные и сопутствующие заболевания (вносятся данные как со слов пациента, так и из справок, консультативных заключений).

Перечислить заболевания: травмы, интоксикации, заболевания (дата болезни).

Диспансерное наблюдение (туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция и т.д.).

Наличие проявлений аллергии (пищевая, медикаментозная, препараты).

Проводились ли ранее гемотрансфузии и переливание препаратов крови (сроки, вид замещающего раствора).

Заболевания близких родственников.

У женщин: менструация с какого времени, беременности, роды, аборт, выкидыши. Сколько имеет детей, если дети умирали, то какова причина смерти.

Подвергался ли в прошлом прививкам, характер реакции после прививок.

Подвергался ли хирургическим вмешательствам, наблюдались ли после этого длительные кровотечения и бывают ли кровоизлияния на теле после легких ушибов.

ДААННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (status praesens)

Общее состояние больного. Сознание. Положение. Выражение лица. Телосложение, рост, вес. Температура тела. Озноб.

Кожа: зуд, потоотделение, окраска, пигментация, эластичность, наличие сыпи, рубцы, расчесы. Подкожная жировая клетчатка: степень развития, отеки.

Мышцы: боли, степень развития, атрофия, тонус.

Суставы: боли, конфигурация, припухлость, болезненность при ощупывании, активные и пассивные движения.

Лимфатические узлы: размер, подвижность, консистенция и т.д.

Система дыхания: дыхание через нос, отделяемое из носа, носовые кровотечения, боли в груди. Одышка, приступ удушья, кашель, мокрота, кровохарканье. Грудная клетка: форма, симметричность, деформация, окружность. Дыхание: симметричность дыхательных движений, глубина и ритм дыхания. Число дыханий в одну минуту. Пальпация грудной клетки. Перкуссия сравнительная и топографическая: верхние и нижние границы легких (по среднеключичной; среднеподмышечной и лопаточной линиям). Аускультация: характер дыхания; хрипы, шум трения плевры, бронхофония.

Сердечно-сосудистая система: сердцебиение, боли и другие неприятные ощущения в области сердца. Верхушечный толчок: локализация и характер. «Кошачье мурлыканье». Граница сердца: правая, верхняя, левая. Поперечник сердечной тупости, конфигурация сердца и больших сосудов: тоны, шумы. Пульс лучевых артерий: частота, ритм, напряжение. Наполнение вен: набухание и пульсация шейных и других вен. Варикозное расширение вен. Кровяное давление (максимальное и минимальное).

Система пищеварения: аппетит, жажда, жевание, глотание, прохождение пищи по пищеводу, отрыжка, изжога, тошнота, боли, чувство тяжести, распираания в подложечной области, в правом и левом подреберьях. Деятельность кишечника. Наличие признаков геморроя.

Живот (форма, видимая перистальтика кишечника, тонус брюшных мышц, окружность живота, асцит). Пальпация желудка и кишечника.

Печень: верхние и нижние границы и поперечник по правой среднеключичной линии, нижняя граница по средней линии, пальпация (край, поверхность, болезненность).

Селезенка: размеры, данные пальпации.

Мочеполовая система: мочеиспускание днем, ночью, дизурические явления, боли в области почек. Менструация, боли, бели.

Нейропсихическое состояние: сознание — ясное, спутанное, затемненное.

Настроение — ровное, спокойное, приподнятое, подавленное, тревожное и др. Наличие навязчивых, бредовых мыслей и их характер.

Сон: нормальный, нарушенный (характер нарушения).

Головные боли: шум в голове, головокружение, менингеальные симптомы.

Галлюцинации: слуховые, зрительные, обонятельные.

Черепно-мозговые нервы. Сухожильные рефлексы. Рефлексы со слизистых (конъюнктивальный, глоточный).

Двигательная сфера и координация движений (паралич, парез, сила и тонус мышц, походка).

Дермографизм. Патологические рефлексы.

Зрение: глазное яблоко, экзофтальм. Зрачковые рефлексы.

Слух.

МЕСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ (status localis)

Наружный осмотр. Следует отметить наличие асимметрии, припухлости, ее границы, цвет кожных покровов, характер припухлости при пальпации, состояние области височно-нижнечелюстных суставов. Наличие свищей, рубцов, их расположение. Отметить состояние лимфатических регионарных узлов. Деформации и дефекты челюстно-лицевого скелета, мягких тканей. Поражение черепно-мозговых нервов. Состояние слизистой оболочки полости рта, слюнных желез и их выводных протоков, наличие слюны или патологического отделяемого из протоков, гиперемии, свищей, рубцов, опухолей. Состояние зубного ряда — устойчивость зубов и расположение, изменение коронки зуба (цвет, целостность). Зубная формула. Тип взаимоотношений зубных рядов (прикус).

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данные рентгенографии челюстно-лицевого скелета (дать описание рентгенограммы).

Лабораторные исследования: анализы крови, мочи.

Результаты бактериологического исследования и др.

ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

С использованием данных жалоб, анамнеза, местных изменений и дополнительных методов исследования ставится диагноз.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Следует учитывать наличие некоторых общих признаков между двумя или более различными заболеваниями, а также симптомов, данных объективного и дополнительного исследования, позволяющих их различать (по литературным источникам).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Используя данные медицинской литературы, раскрыть современные представления об этиологии и патогенезе описываемого заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ

Описываются всевозможные варианты и методы лечения данного заболевания (лечение данного пациента будет отмечено в дневнике).

ПРОГНОЗ

Отметить все возможные исходы при данном заболевании (в отношении жизни, выздоровления и временной или постоянной потери трудоспособности с учетом работы и бытовых условий больного).

ДНЕВНИК

Следует отметить температуру, общее самочувствие, жалобы, местные изменения за прошедшее время, проводимые манипуляции, назначения за истекшее время с момента последнего осмотра пациента и их обоснование. Выдача листка нетрудоспособности (укажите его номер, срок и дату следующего посещения врача).

ЭПИКРИЗ

Фамилия, имя, отчество больного, дата поступления, диагноз при поступлении, какое обследование проведено. Кратко описать изменения в общем и местном состоянии пациента в момент поступления и проведенное лечение за период наблюдения или пребывания в клинике. Изменения после проведенного лечения. Исход заболевания при выписке.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Фамилия, имя, отчество, пол, возраст, профессия, место работы, домашний адрес.

ЖАЛОБЫ

Время и причины потери зубов, нарушение произнесения звуков, затрудненное откусывание, пережевывание пищи, расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта. Эстетическая неудовлетворенность из-за отсутствия зубов или неправильного их положения. Нарушение формы, цвета, подвижность и стертость зубов. Поломки несъемного или съемного протеза. Неудовлетворенность протезом: плохо фиксируется, не удобный в пользовании, не удовлетворяет эстетическим требованиям, искажает речь. Боль в области височно-челюстного сустава, затрудненное закрывание рта.

АНАМНЕЗ

Перенесенные общие заболевания, в том числе и органов полости рта. Заболевания в настоящее время. Причины потери зубов: постепенно разрушались вследствие подвижности, травмы и др. Связь потери зубов с общими заболеваниями и профессиональной вредностью. Время последнего удаления зубов. Пользовался ли ранее протезами? Удовлетворяли ли эти протезы? Причины и время поломки протезов.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

I. Внешний осмотр: асимметрия лица, западение или выпячивание губ, щек, укорочение или удлинение нижней трети лица, цвет слизистой оболочки губ.

2. Состояние подчелюстных, подбородочных и шейных лимфатических узлов.

3. Осмотр преддверия полости рта: состояние слизистой губ, щек, десен — гиперемия, синюшность, отечность, гипертрофия, гнойные выделения, наличие припухлости, уплотнений, пролежней и других изменений.

4. Состояние слизистой оболочки собственно полости рта: состояние слизистой оболочки дна полости рта, языка, твердого и мягкого неба, носоглотки, характер зубных отложений.

5. Виды прикуса: ортогнатия, нейтральной, прямой, би-прогнатия, прогнатия, прогения, глубокий, открытый, перекрестный.

6. Зубная формула: 18, 17 ... 47, 48.

Условные обозначения: С — кариес, П — пломба, К — корень, Рт — периодонтит, О — отсутствие зубов, К — коронка, Г — консольный протез, П — мостовидный протез, У — съемный протез (укажите систему фиксации).

7. Состояние зубов: определяется состояние каждого зуба в отдельности и записывается при помощи условных обозначений.

8. Описание рентгеновского снимка зубов: наличие костного кармана и расширения периодонтальной щели. Патологические изменения в области костной ткани с четкими и нечеткими границами, уплотнение костной ткани — стертость рисунка костной структуры (склеротические изменения, разрежение костной ткани). Состояние канала корня: облитерация, канал запломбирован не до верхушки, до верхушечного отверстия, за верхушку корня. Форма корня зуба: прямой, искривленный. Затемнения на коронке зуба (кариозная полость, место локализации).

9. Исследование полости при полном отсутствии зубов. Степень атрофии альвеолярных отростков и челюстей по И.М.Оксману: I, II, III, IV степени. Выраженность и форма альвеолярных бугров. Форма альвеолярных отростков: полукруглая, острая, уплощенная, грибовидная, фестончатая. Состояние костной основы альвеолярных отростков, наличие костных выступов, гребешков, шероховатостей, экзостозов. Степень выраженности небного торуса, ретромолярного пространства. Состояние слизистой оболочки альвеолярных от-

ростков и твердого неба, степень податливости слизистой на твердом небе по зонам, смещающаяся слизистая на альвеолярное гребне. Место прикрепления уздечек губ, языка, щечно-альвеолярных тканей: ближе к вершине альвеолярного отростка, к середине или к его основанию, в области передних зубов, премоляров, моляров и альвеолярных бугров.

10. Исследование височно-нижнечелюстного сустава. Степень максимального открывания рта, наличие боли или хруста в височно-нижнечелюстных суставах при движениях нижней челюсти, болезненные участки при пальпации в области суставов. Рентгенологическая картина сустава в положении центрального смыкания челюстей: положение суставной головки в суставной ямке — переднее, среднее и заднее; ширина суставной щели в переднем, верхнем и заднем участках, асимметрия в топографии и форме суставных элементов при сравнении правой и левой сторон. Структурные изменения костных элементов сустава при томографическом исследовании.

11. Исследование жевательной эффективности. Статистический метод по Оксману. Функциональный метод: жевательная проба и мастикациография по Рубинову, электромиография.

ДИАГНОЗ

Диагноз ставится на основании полученных субъективных и объективных данных исследования. Диагноз в ортопедической стоматологии должен отражать состояние слизистой оболочки полости рта, величину и топографию дефектов твердых тканей зубов и зубных рядов, а также сопутствующие заболевания зубочелюстной системы и их осложнения.

1. Дефект коронки зуба кариозного, некариозного или травматического происхождения (к некариозным заболеваниям относятся: гипоплазия эмали, клиновидные дефекты, флюороз, кислотный некроз и патологическая стертость; травма — острая и хроническая).

2. Дефект зубного ряда по Кеннеди: двусторонний концевой (I кл.), односторонний концевой (II кл.), включенный в области боковых зубов (III кл.), изолированный включенный в передней области (IV кл.). Осложнения: травматичес-

кая окклюзия, снижающийся прикус, вторичная деформация (феномен Годона–Попова).

3. Полное отсутствие зубов; степень атрофии по Оксману, податливость слизистой оболочки твердого неба.

4. Зубочелюстные дефекты: травматические, врожденные, послеоперационные.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Исходя из данных объективного исследования и диагноза составляется план ортопедического лечения. При этом необходимо рекомендовать наиболее рациональный вид протезирования с функциональной и эстетической точек зрения с учетом возраста, общего состояния больного и наличия сопутствующих заболеваний.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Фамилия, имя, отчество, возраст, дата и место рождения, детский сад (школа, класс), пол, группа здоровья, домашний адрес.

АНАМНЕЗ

1. Антенатальный анамнез: количество родов, режим питания, двигательная активность, вредные привычки, течение беременности, осложнения 1-й половины, осложнения 2-й половины.

2. Перинатальный анамнез:

- бактериальный вагиноз и мастит у матери;
- низкая оценка по шкале Апгар и наличие реанимационных мероприятий у новорожденного;
- позднее прикладывание к груди;
- длительное пребывание в родильном доме;
- физиологическая незрелость моторной функции кишечника;
- наличие малых гнойных инфекций у новорожденного.

3. Постнатальный анамнез:

- неблагоприятный преморбидный фон;
- раннее искусственное вскармливание;
- диспептические нарушения;
- частые ОРВИ;
- явления диатеза, рахита, анемии, гипотрофии;
- изменения в психоневрологическом статусе ребенка;
- инфекционная или соматическая патология.

4. Анамнез жизни:

- нерациональное питание;
- нахождение в закрытых коллективах;
- наличие хронических заболеваний;
- частые ОРВИ;

- аллергические реакции;
- вегетососудистая дистония;
- гормональная перестройка организма и эндокринопатии;
- кишечные инфекции;
- лечение антибактериальными препаратами;
- длительные гормонотерапия или лечение нестероидными противовоспалительными препаратами;
- оперативные вмешательства;
- стрессорное воздействие.

5. Генеалогический анамнез (кариес, некариозная патология, заболевания пародонта, ортодонтическая патология).

6. Аллергологический анамнез.

7. Наличие соматической патологии.

8. Клинический диагноз.

АНАМНЕЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. Жалобы.

2. Анамнез настоящего заболевания с уточнением его давности или времени появления первых признаков, характера течения; проводимое ранее лечение и его эффективность.

3. Вредные привычки: сосание пальцев, предметов, прикусывание губы, щеки, языка, сосание языка, давление языка на зубы, смещение челюсти.

ОБЪЕКТИВНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

1. Лицо (симметричное, асимметричное, отечное, пастозное, одутловатое, лунообразное).

2. Кожа лица (сухая, влажная, бледная, гиперемированная, цианотичная, потемневшая, с участками пигментации, гладкая, блестящая, шероховатая, стянутая, рубцово-измененная, спаянная с подлежащими тканями, атрофичная).

3. Лимфатические узлы.

4. Состояние уздечек верхней губы, нижней губы, языка.

5. Глубина преддверия полости рта.

6. Прикус.

7. Состояние слизистой оболочки полости рта.

8. Наличие элементов поражения (первичные, вторичные).

9. Состояние десневых сосочков (анемичные, атрофичные, цианотичные, гипертрофированные, отслаивающиеся от шеек зубов, гиперемированные, отечные, рыхлые с выбухающими грануляциями).

10. Пародонтальные карманы (нет, истинные, ложные), глубина (мм), выделяемое (нет, серозное, гнойное).

11. Индекс ОНI-S _____, СРITN _____, РМА _____%.

12. Степень кровоточивости: I, II, III.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рост, вес.

ЧСС, ЧД, АД лежа, АД стоя.

Рентгеновское исследование (дата, характер изменений). ЭОД, термометрия, витальное окрашивание зубов, исследование микрофлоры полости рта, лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ), биомикроскопия, периотестометрия, фотоплетизмография, полярография, гнатометрия, проба Кулаженко, эхоosteометрия, РПГ, исследование параметров десневой жидкости и т.д.

ОБЩИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Общий анализ крови.
2. Биохимический анализ крови.
3. Анализ крови на сахар.
4. Общий анализ мочи.
5. Иммунограмма.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАБОЛЕВАНИЯ

ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ:

1. Профессиональная гигиена.
2. Терапевтическое лечение.

3. Ортодонтическое лечение.
4. Хирургическое лечение.
5. Физиотерапия.
6. Общее лечение.
7. Рекомендации по уходу за полостью рта.

ДНЕВНИК:

1. Дата.
2. Жалобы.
3. Объективно.
4. Лечение.
5. Дата повторного осмотра.

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ.

ВАРИАНТЫ ЗАПИСЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ И МЕТОДИК ИХ ЛЕЧЕНИЯ

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

КАРИЕС ЗУБОВ (K02 по МКБ-10)

Хронический поверхностный дистальный кариес

Жалобы на застревание пищи.

Объективно: на дистальной поверхности 36 зуба кариозная полость с пологими краями в пределах эмали. Болевой реакции на зондирование, на действие химических и температурных раздражителей нет. ЭОД – 5 мкА.

Лечение: оперативная обработка кариозной полости, медикаментозная обработка 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, высушивание, пломба из КПМ Valux plus. Обработка поверхности пломбы. Обучение индивидуальной гигиене полости рта.

Острый средний фиссурный кариес

Жалобы на кратковременную боль от сладкого и температурных раздражителей в 16 зубе.

Объективно: на жевательной поверхности 16 зуба кариозная полость средних размеров с нарушением эмалево-дентинного соединения с узким входным отверстием и подрытыми отвесными краями. На дне и стенках полости размягченный, серого цвета дентин. Болевая реакция на зондирование эмалево-дентинного соединения. На холодной раздражитель – кратковременная болевая реакция. ЭОД – 6 мкА.

Лечение: обезболивание (при необходимости). Оперативная обработка кариозной полости (раскрытие кариозной полости, некрэктомия, формирование полости, обработка краев полости), медикаментозная обработка 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, высушивание, пломба из КПМ

Valux plus. Обработка поверхности пломбы. Обучение индивидуальной гигиене полости рта.

Хронический глубокий медиальный кариес

Жалобы на кратковременную боль во время приема пищи и от действия температурных раздражителей в области 36 зуба.

Объективно: на апроксимально-медиальной поверхности 36 зуба глубокая кариозная полость с пологими краями и широким входным отверстием. Полость зуба не вскрыта. На дне и стенках полости пигментированный, плотный дентин. Болевая реакция на зондирование эмалево-дентинного соединения на стенках кариозной полости. На холодной раздражитель — кратковременная болевая реакция. ЭОД — 15 мкА.

Лечение: обезболивание (при необходимости). Оперативная обработка кариозной полости (раскрытие кариозной полости, некрэктомия, формирование полости, обработка краев полости), медикаментозная обработка 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, высушивание, на дно полости наложены медикаментозная паста «Кальцидонт» («Кальра-дент», «Лайф», «Дикал», «Реокал», «Септокальцин ультра» и др.) пломба из КПМ Valux plus. Обработка поверхности пломбы. Обучение индивидуальной гигиене полости рта.

БОЛЕЗНИ ПУЛЬПЫ И ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ (K04 по МКБ-10)

Острый диффузный пульпит

Жалобы на интенсивные самопроизвольные приступообразные боли в области верхней челюсти слева, усиливающиеся в ночное время, с иррадиацией их в ухо, висок. Продолжительность иррадирующих приступов до 1,5 ч с короткими безболезненными промежутками в течение 3 сут.

Объективно: на жевательной поверхности 26 зуба глубокая кариозная полость, полость зуба не вскрыта. Зуб ранее не лечен. Зондирование болезненно по всему дну, на температурный раздражитель — приступ боли, который долго не прекращается после устранения действия раздражителя. Перкуссия безболезненна. ЭОД — 30 мкА.

На рентгенограмме (укажите дату): изменений в перидонте нет.

Лечение:

Первое посещение. Под инфльтрационной анестезией Sol. Ultracaini DS (2%) – 1,7 мл проведены оперативная обработка кариозной полости, раскрытие полости зуба, ампутация коронковой и экстирпация корневой пульпы, измерение длины корневых каналов, инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов 3,0% раствором гипохлорита натрия, высушивание, пломбирование верхушечной части корневых каналов силером, содержащим гидроокись кальция, obturация корневых каналов гуттаперчей. Временная пломба. Направление на контрольную рентгенографию.

Второе посещение. *Жалоб нет.* На рентгенограмме 26 зуба (укажите дату): корневые каналы запломбированы до физиологических верхушек. Пломба из КПМ Charisma. Обработка поверхности пломбы. Обучение индивидуальной гигиене полости рта.

Обострение хронического фиброзного пульпита

Жалобы: 45 зуб – появление приступообразных болей в области нижней челюсти справа, усиливающихся от действия температурных раздражителей и в ночное время в течение 2 дней.

Анамнез заболевания: 45 зуб ранее был лечен по поводу хронического среднего кариеса. Со временем пломба выпала, за медицинской помощью пациент не обращался, зуб не беспокоил. Около полугода назад отмечалась острая боль во время приема пищи, после удаления остатков которой боль постепенно проходила.

Объективно: 45 зуб – на медиальной поверхности (2-й класс по Блэку) глубокая кариозная полость с размягченным дентином. Полость зуба вскрыта. Зондирование резко болезненно в области вскрытого рога пульпы. На температурные раздражители зуб реагирует болезненно, боль долго не проходит после прекращения действия раздражителей. Перкуссия безболезненна. Слизистая оболочка в области 45 зуба бледно-розового цвета.

План лечения:

Вариант 1.

1. Сбор анамнеза.
2. Осмотр.
3. Обезболивание.
4. Препарирование, медикаментозная обработка кариозной полости 45 зуба.
5. Наложение Arsen на двое суток под временную пломбу из водного дентина.
6. Ампутация и экстирпация коронковой и корневой пульпы, медикаментозная обработка полости. Измерение длины корневого канала.
7. Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала.
8. Обтурация корневого канала под временную пломбу, контрольное рентгенологическое исследование.
9. Медикаментозная обработка полости, прокладка «Унифас», пломба-композит химического отверждения.
10. Шлифование, полирование.

Лечение:

Первое посещение. 45 зуб – обезболивание, препарирование, медикаментозная обработка кариозной полости 3,0% раствором перекиси водорода, наложение на рог пульпы пасты Arsen на двое суток под временную пломбу из водного дентина. Даны рекомендации. Явка через 2 дня.

Второе посещение. На этапе лечения жалоб нет. *Объективно:* 45 зуб – временная пломба отсутствует, перкуссия безболезненна, слизистая оболочка в области «причинного» зуба бледно-розового цвета. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации.

Проведены препарирование кариозной полости 45 зуба, раскрытие полости зуба, ампутация, медикаментозная обработка полости 3,0% раствором перекиси водорода, экстирпация корневой пульпы. Измерение длины корневого канала. Механическое и химическое расширение корневого канала раствором «Эндожи», механическая и медикаментозная обработка корневого канала, высушивание. Пломбирование корневого канала гуттаперчей. Наложение дентин-пасты. Больной направлен на контрольный рентгеновский снимок.

Третье посещение. На этапе лечения жалоб нет. *Объективно*: 45 зуб – временная пломба сохранена, перкуссия безболезненна. *На контрольной рентгенограмме* 45 зуба (укажите дату): корневой канал obturирован до физиологической верхушки.

Проведены удаление временной пломбы, препарирование, медикаментозная обработка полости, наложены прокладка «Унифас», пломба-композит химического отверждения. Шлифование, полирование. Даны рекомендации.

План лечения:

Вариант 2.

1. Сбор анамнеза.
2. Осмотр.
3. Инфильтрационная анестезия (ультракаин, убистезин, септанест).
4. Препарирование, медикаментозная обработка кариозной полости 45 зуба.
5. Ампутация и экстирпация коронковой и корневой пульпы, медикаментозная обработка полости. Гемостаз. Измерение длины корневого канала.
6. Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала.
7. Obturация корневого канала под временную пломбу, контрольное рентгенологическое исследование.
8. Медикаментозная обработка полости, прокладка «Унифас», пломба-композит химического отверждения.
9. Шлифование, полирование.

Лечение:

Первое посещение. Инфильтрационная (проводниковая) анестезия (растворы 2–4% ультракаина, убистезина, септанеста и др.). 45 зуб – препарирование, медикаментозная обработка кариозной полости 3,0% раствором перекиси водорода. Раскрытие полости зуба, ампутация, экстирпация пульпы. Гемостаз. Измерение длины корневого канала. Механическое и химическое расширение корневого канала раствором «Эндожи», механическая и медикаментозная обработка корневого канала, высушивание. Пломбирование корневого канала гуттаперчей. Наложение дентин-пасты. Пациентка направлена на контрольный рентгеновский снимок. Даны рекомендации. Явка на следующий день.

Второе посещение. На этапе лечения *жалоб* нет. *Объективно*: 45 зуб – временная пломба сохранена, перкуссия безболезненна. Слизистая оболочка в области «причинного» зуба бледно-розового цвета. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны.

На контрольной рентгенограмме 45 зуба корневой канал obturирован до физиологической верхушки.

Проведены удаление временной пломбы, препарирование, медикаментозная обработка полости, наложены прокладка «Унифас», КПМ Charisma. Шлифование, полирование. Даны рекомендации.

Острый гнойный верхушечный периодонтит

Жалобы на пульсирующие, ноющие боли в области верхней челюсти справа. Субфебрильная температура, головная боль, нарушен сон, затруднен прием пищи.

Анамнез заболевания: 2 нед. назад на верхней челюсти справа установлен мостовидный протез из драгоценного металла с опорой на 13 и 17 зубы, который был не совсем удобен. Все явления развились в течение последних 3 дней.

Объективно: 17 зуб под коронкой, подвижен. Перкуссия резко болезненна. Десна в области 17 зуба гиперемирована, отечна. Пальпация резко болезненна, в мягких тканях определяется инфильтрат. На слизистой оболочке и языке – бело-серый налет.

На рентгенограмме верхней челюсти справа (укажите дату) изменений со стороны костной ткани в области 17 зуба нет.

План лечения:

1. Рентгенография.
2. Обезболивание.
3. Снятие мостовидного протеза.
4. Вскрытие и разработка полости зуба.
5. Механическая и антисептическая обработка корневых каналов.
6. Дренирование экссудата из очага воспаления.
7. Противовоспалительное воздействие, включая физиотерапевтические методы и общее лечение.
8. Пломбирование (обтурация) корневых каналов.
9. Рентгенография.

10. Восстановление анатомической формы зуба.
11. Обучение и контроль гигиены полости рта.
12. Реабилитация в течение одного года.

Лечение:

Первое посещение. Рентгенография. Под инфльтрационной анестезией Sol. Ultracaini DS (2%) – 1,7 мл проведены снятие мостовидного протеза, вскрытие и раскрытие полости 17 зуба, прохождение корневых каналов. Определение длины корневых каналов. Удаление путридных масс. Механическая и антисептическая обработка корневых каналов. Зуб оставлен открытым.

Второе посещение. *Жалоб* нет. Корневые каналы чистые. Пломбирование (обтурация) корневых каналов гуттаперчей.

Контрольная рентгенограмма 17 зуба (укажите дату): корневые каналы obturированы до физиологической верхушки. Восстановление анатомической формы зуба КПМ Chagisma. Обработка поверхности пломбы. Обучение индивидуальной гигиене полости рта.

ГИНГИВИТ И БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА (K05 по МКБ-10)

Хронический катаральный гингивит

Жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов, откусывании жесткой пищи, а также возникающую спонтанно (беспричинно).

Анамнез заболевания: первые признаки кровоточивости десен появились несколько лет (месяцев) назад. Лечилась полосканиями (отвар коры дуба, настой травы шалфея). Эффект кратковременный. К врачам не обращалась. Ухудшение состояния десен наступило после возвращения из спортивного лагеря (отмечает нерегулярный гигиенический уход за полостью рта в этот период). В настоящее время использует мягкую зубную щетку, чистит зубы один раз в день, непродолжительно, щадяще.

Объективно: межзубные десневые сосочки верхней и нижней челюстей и маргинальный край отечны, застойно/ярко гиперемированы, с цианотичным оттенком, при зондировании кровоточат. Вершины сосочков куполообразно изменены, боковые скаты неровные, тургор сосочков снижен, фено-

мен стиплинга сохраняется очагами. Обильный мягкий налет в пришеечной области всех зубов. Индекс гигиены – 4 балла. Зубодесневое прикрепление в области всех зубов не нарушено. РМА – 52%.

План обследования:

1. Общий анализ крови с лейкоформулой.
2. Анализ крови на свертываемость.
3. Анализ крови на сахар.
4. Анализ крови на ВИЧ, гепатит В и С, RW.
5. При необходимости – ортопантомограмма.

Лечение:

Первое посещение. Мотивация к лечению, обучение гигиене полости рта. Подбор зубной пасты («Пародонтакс»), зубной щетки и других средств гигиены. Контроль гигиены.

Второе посещение. Под аппликационной анестезией Sol. Lidocaini 10% проведены инициальный скейлинг (супра- и субгингивальный), орошение 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, гемостаз – раствором капрофера, мягкая пародонтальная повязка с бетадиновой мазью на 10 мин. Явка (дата).

Общее лечение: аскорутин по 2 табл. 3 раза в день, раствор димефосфона 15% по 1 ст.л. 2–3 раза в день в течение 10 дней, капилар (биодобавка) по 2 табл. 3 раза в день.

Третье посещение. Оценка эффективности лечения (улучшение гигиенического состояния полости рта, уменьшение кровоточивости, усиление феномена стиплинга).

Назначение внутриротового пальцевого аутомассажа десны, гидромассажа. Постановка на диспансерный учет. Контрольный осмотр не реже 4 раз в год (при наличии соматической отягощенности).

Язвенно-некротический гингивит

Жалобы на слабость, головную боль, повышение температуры до 38 °С, резкую болезненность десны при приеме пищи и разговоре, запах изо рта.

Анамнез заболевания: 2 нед. назад болел ангиной, перенес на ногах.

Объективно: больной бледен, лицо с сероватым оттенком, запах изо рта. Подчелюстные лимфатические узлы увеличе-

ны, болезненны при пальпации. Температура тела 37,8 °С, слизистая оболочка десны гиперемирована, отечна, по десневому краю имеется кайма серого некротического налета, при снятии которой обнаруживается кровоточащая, болезненная поверхность, фестончатость десневого края нарушена. Обильные зубные отложения. Индекс гигиены по Федорову–Володкиной – 3,0.

План обследования:

1. Общий анализ крови с лейкоформулой.
2. Анализ крови на свертываемость.
3. Анализ крови на сахар.
4. Анализ крови на ВИЧ, гепатит В и С, RW.
5. При необходимости – ортопантомограмма.

Лечение: комплексное, последовательное (общее и местное), проводится по индивидуальной схеме с учетом степени тяжести.

План лечения:

Местное:

1. Аппликационная анестезия (спрей 10% лидокаина, гели «Лидоксор», «Камистад», «Геланес»).
2. Обработка полости рта антисептиками, содержащими кислород, 0,05% раствор хлоргексидина биглюконата, озонированным физиологическим раствором, протеолитическими ферментами (трипсин, химотрипсин, террилитин, химопсин) ежедневно до полного очищения десны от некротического налета.
3. Удаление некротического налета и зубных отложений.
4. Аппликации антибактериальными средствами (суспензия метронидазола, приготовленная ex tempore; мази – ируксол, бетадина; левосин; левомеколь).
5. Аппликации кератопластическими препаратами (мазь – метилурациловая, гели – актовегин и солкосерил, масло облепихи и т.д.).

Общее:

1. Антибактериальные препараты (ципрофлоксацин, цифран СТ, линкомицин) в течение 5–7 дней.
2. Нестероидные противовоспалительные средства (раптен – рапид, пироксикам, ибупрофен, нимесулид) в течение 5–7 дней.

3. Антигистаминные препараты (кларитин, фенкарол по 1 табл. 2–3 раза в день).

4. Поливитамины.

5. Детоксикационные средства: морс ягодный, фруктовый, медикаментозные препараты – раствор глюконата кальция 5%, 10% per os или внутривенно (внутримышечно).

Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести

Жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов и во время еды, подвижность зубов, кратковременную боль от температурных раздражителей, запах изо рта, изменение положения зубов.

Анамнез заболевания: впервые кровоточивость десен появилась около 4 лет назад. Для снижения кровоточивости пациентка использовала отвар коры дуба, настой ромашки, применение которых улучшало состояние десен на несколько месяцев. К врачу не обращалась. В последние 2 месяца кровоточивость десен усилилась, т.е. проявлялась не только при чистке зубов, но и во время приема пищи; появилась подвижность зубов.

Объективно: маргинальная и альвеолярная десна гиперемирована, отечна, рыхлая, при зондировании кровоточит. Десневые сосочки в области 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 47 зубов гиперемированы, цианотичны, бочкообразной конфигурации. Шейки зубов оголены на $\frac{1}{3}$ длины корня. Определяются обильные отложения над- и поддесневого зубного камня. Пародонтальные карманы в области 17, 16, 15, 25, 26, 35, 34, 44, 47 зубов – глубиной 3,5 мм, а в области 14, 13, 12, 11, 21, 22, 33, 32, 41, 42 зубов достигают 4,5–5,0 мм. Пародонтальные карманы выполнены вялыми цианотичными грануляциями, феномен стиплинга не выявляется. Подвижность 12, 22, 41, 42 зубов II степени.

На ортопантомограмме (укажите дату): деструкция костной ткани по смешанному типу с преобладанием вертикального типа деструкции, сопровождающаяся уменьшением высоты межальвеолярных перегородок на $\frac{1}{2}$ длины корня в области 22 и 21 и на $\frac{1}{3}$ длины корня – в области ос-

тальных зубов. Атрофия беззубых участков челюстей на $1/3$ высоты альвеолярного гребня. В теле челюсти очаги остеопороза переплетаются с очагами остеосклероза. В боковых отделах тела нижней челюсти очаги остеопороза имеют тенденцию к слиянию.

Имеющиеся в полости рта пломбы соответствуют клиническим требованиям (краевое прилегание не нарушено, контактные пункты восстановлены, по прикусу пломбы не завышены). Кратковременная болевая реакция на температурные раздражители.

Результаты дополнительных методов обследования: ИГ (по Федорову–Володкиной) – 2,6; ПИ (по Расселу) – 5,1. Положительная проба Шиллера–Писарева.

Лечение: комплексное (с учетом индивидуальных особенностей больного).

1. Обучение индивидуальной гигиене полости рта. Контроль гигиены.

2. Устранение местных раздражителей – зубных отложений под аппликационной и инфльтрационной анестезией с использованием ультразвуковых аппаратных комплексов.

3. Местная медикаментозная терапия с использованием раствора хлоргексидина биглюконата (0,05%), геля «Метрогил-дента», суспензии метронидазола, приготовленной *ex tempore*.

4. Кюретаж (закрытый) пародонтальных карманов.

5. Пародонтальные повязки на основе антибактериальных и противовоспалительных средств.

6. Для снижения чувствительности зубов – покрытие зубов фторлаком, назначение десенситайзеров различного механизма действия.

7. Общее лечение:

- антибиотики широкого спектра действия, обладающие остеотропным действием: линкомицин, цифран СТ, рокситромицин в течение 5–7 дней;
- нестероидные противовоспалительные средства (раптен – рапид, пироксикам, ибупрофен, нимесулид) в течение 5–7 дней.

- поливитамины с микроэлементами («Юникап», «Супрадин», «Олиговит» и др.);
- неспецифическая иммуномодулирующая терапия – настойка эхиноцеи, женьшеня, элеутерококка.

Проведенное лечение:

1. Профессиональная гигиена полости рта [скейлинг, полировка зубов с использованием пасты «Детартрин» («Септодонт», Франция)].

2. Под инфльтрационной анестезией Sol. Ultracaini DS (2%) – 1,7 мл закрытый кюретаж пародонтальных карманов (3–4 посещения).

3. Избирательное пришлифовывание зубов.

4. Ирригация зубодесневых карманов 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата с последующим введением в них суспензии метронидазола (трихопола).

5. Твердеющая пародонтальная повязка на основе индометациновой (бутадионовой) мази.

Даны рекомендации.

Явка на следующий день.

Реабилитационная программа:

1. Оклюзионная реабилитация.

2. Нормализация микроциркуляции.

3. Коррекция саливарного статуса.

4. Регуляция костного метаболизма (антиостеопоретическая терапия).

5. Диетотерапия.

6. Санаторно-курортное лечение.

Пародонтоз

Жалобы на обнажение корней зубов, повышенную чувствительность зубов от действия температурных и химических раздражителей, зуд в деснах.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: гипертония, атеросклероз.

Анамнез заболевания: боль в зубах от химических и температурных раздражителей беспокоит в течение 2 лет. К врачам не обращался. Отмечает постепенно увеличивающееся оголение корней 47, 46, 45, 44, 33, 34, 35, 36 зубов.

Объективно: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, хорошо увлажнена. Гигиена полости рта удовлетворительная (ИГР-У-1,6). В области шеек 47, 46, 45, 44, 33, 34, 35, 36 зубов незначительные зубные отложения в виде твердого зубного камня. Прикус глубокий. На 16, 15, 13, 14, 46, 45, 44, 33, 34, 35, 36 зубах клиновидные дефекты.

Десневой край бледно-розового цвета, плотный. Отмечается ретракция десны в области 44, 43, 42, 41, 33, 34, 35 зубов. При зондировании кровоточивость отсутствует, зубодесневое прикрепление сохранено, имеет место апикальный сдвиг зубодесневого прикрепления.

На ортопантомограмме (укажите дату): равномерное снижение высоты межзубных перегородок до $\frac{1}{3}$ с сохранением кортикальной пластинки. Отмечаются участки остеосклероза костной ткани альвеолярного отростка и тела нижней челюсти.

План обследования и лечения:

1. Определение гигиены полости рта, обучение гигиене (рекомендации по гигиене).
2. Лечение гиперестезии твердых тканей зуба.
3. Лечение клиновидных дефектов (пломбирование фотополимерными материалами).
4. Физиотерапевтическое лечение (электрофорез с 10% раствором глюконата кальция и 2% раствором фторида натрия), массаж десны (вакуум-массаж, гидромассаж).
5. Консультация терапевта.

Первое посещение. Проведена профессиональная гигиена полости рта. Даны рекомендации по индивидуальной гигиене полости рта.

Проведена реминерализующая терапия с 10% раствором глюконата кальция в течение 5 мин с последующей аппликацией 2% раствора фторида натрия (на 2–3 мин).

Второе посещение. Пациент отмечает уменьшение чувствительности зубов при воздействии температурных раздражителей. Проведена реминерализующая терапия.

Третье посещение. Чувствительность зубов уменьшилась. Проведена реминерализующая терапия.

Далее лечение проводится в соответствии с составленным планом.

ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ГУБ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА (K13 по МКБ-10)

Многоформная экссудативная эритема среднетяжелой степени

Жалобы на образование язв во рту, затрудненность приема пищи, общее недомогание, слабость и плохой сон.

Анамнез заболевания: заболела позавчера — повысилась температура до 38,0 °С, как будто простудилась, ломота в теле, боли в суставах. Вечером появились боли во рту, отеки губы. Принимала тетрациклин с нистатином и аспирин, температура снизилась, но за ночь появились язвы во рту и на губах. Ранее таких проявлений не было.

Объективно: губы отечны, в углах рта и по линии смыкания губ имеются гнойно-кровянистые корочки. На слизистой губ и по переходной складке в переднем отделе, под языком и на слизистой десны видны обширные эрозии, очень болезненные. Язык и десневой край покрыты белым налетом. Полость рта санирована. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Кожа: на тыльных поверхностях верхних конечностей имеются отечные плоские папулы розового цвета, слегка возвышающиеся над окружающей кожей.

Лабораторные исследования крови (укажите дату): СОЭ — 25 мм/ч, лейкоциты — 9000, эозинофилы — 3%, моноциты — 1%.

Цитология (укажите дату): в мазках-отпечатках: лейкоциты, слущенный эпителий, а также палочковидная и кокковые формы микроорганизмов.

План лечения: при тяжелом течении заболевания рекомендована госпитализация в аллергологический или дерматологический стационар.

1. Обезболивание.
2. Детоксикационная терапия.
3. Противовоспалительная терапия.
4. Десенсибилизирующие средства.
5. Кератопластики.
6. Витамины группы В, РР, С, аскорутин.
7. Кортикостероиды.
8. Консультация аллерголога и терапевта.
9. Обучение и контроль гигиены полости рта.

Красный плоский лишай, типичная форма

Жалобы на чувство стянутости слизистой оболочки щек, пощипывание во время приема острой и горячей пищи, нарушение сна.

Анамнез заболевания: болеет около года, перенесла стресс, не лечилась. Страдает гипертонией, сахарным диабетом.

Объективно: при осмотре полости рта видны бляшки белесоватого цвета, располагающиеся на слизистой обеих щек ближе к переходной складке. Папулы на слизистой оболочке не возвышаются над уровнем здоровой ткани и имеют перламутровый цвет. «Налет» не снимается при поскабливании. Слизистая вокруг и между папулами покрасневшая, отечная. Папулы образуют узоры с округлыми очертаниями (сетка Уикхема). Полость рта санирована, но отмечаются острые края верхних моляров. В области правых нижних моляров — протез из стали, слева на верхнем первом премоляре — коронка из драгоценного металла.

На коже изменений не обнаружено. Накожные аллергические пробы на золото и хром отрицательные.

План обследования:

1. Консультация дерматолога.
2. Общий анализ крови с лейкоформулой.
3. Анализ крови на свертываемость.
4. Анализ крови на сахар.
5. Анализ крови на ВИЧ, гепатит В и С, RW.

План лечения:

1. Устранение местных факторов.
2. Витамин А, Е, аевит, никотиновая кислота (компламин).
3. Делагил перорально.
4. Системная ферментная терапия (вобэнзим, флогэнзим).
5. Антиоксиданты перорально.
6. Кератопластики.
7. Седативные средства.
8. Обучение и контроль гигиены полости рта.

Эксфолиативный хейлит

Жалобы на сухость и небольшое жжение в области нижней губы, постоянное шелушение.

Анамнез заболевания: периодически больная скусывает или обрывает чешуйки. Болеет в течение 10 лет. Раздражительна, плохо спит.

Объективно: на красной кайме нижней губы плотно прикрепленные в центре и несколько отстающие по краям множественные чешуйки серого цвета, расположенные от угла рта до угла и от линии Клейна до середины красной каймы. Кожа не поражена. При насильственном отторжении чешуек эрозии не образуется.

Лечение: смазывание губ 1% эмульсией сангвиритрина. В упорных случаях новокаиновая блокада, аппликация с 1% раствором новокаина и кортикостероидными мазями. Диспансерный учет. Консультация эндокринолога (на предмет выявления заболеваний щитовидной железы).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

БОЛЕЗНИ ПУЛЬПЫ И ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ (K04 по МКБ-10)

Обострение хронического периодонтита (K04.6 по МКБ-10)

Жалобы на боль ноющего характера в области (укажите зуб), усиливающуюся при накусывании.

Анамнез заболевания: (укажите зуб) ранее лечен, периодически беспокоил. ____ дней назад (укажите зуб) заболел вновь, появилась болезненность в области челюсти (верхней или нижней), боль при накусывании на (укажите зуб) нарастала.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Местные изменения: при внешнем осмотре изменений нет. Поднижнечелюстные (укажите сторону) лимфатические узлы слегка увеличены, болезненны при пальпации. Рот открывается свободно. В полости рта: (укажите зуб) под пломбой, в цвете изменен, перкуссия его болезненна, имеется подвижность I–II степени. По переходной складке в проекции верхушек корней (укажите зуб) определяются гиперемия и небольшой отек слизистой оболочки. Пальпация переходной складки болезненна.

На рентгенограмме (укажите дату): (укажите зуб) — опишите изменения в околоверхушечных тканях (качество пломбирования каналов зубов, величину и контуры имеющегося разрежения костной ткани).

Диагноз: обострение хронического периодонтита (укажите зуб) (K04.6).

Лечение: под анестезией (укажите виды анестезии, название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) проведено удаление (укажите зуб). Кюретаж лунки; лунка заполнилась сгустком крови. Даны рекомендации (укажите).

Одонтогенная кистогранулема (K04.8 по МКБ-10)

Жалобы на периодически появляющуюся боль в (укажите зуб). Зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса с пломбированием канала (каналов).

Местные изменения: при внешнем осмотре конфигурация лица не нарушена. Поднижнечелюстные и околоушные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывается свободно. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. При пальпации альвеолярного отростка челюсти (верхней или нижней) с вестибулярной стороны определяется незначительное выбухание в области проекции верхушки (укажите зуб).

На рентгенограмме (укажите дату): в области верхушки (укажите зуб) имеется разрежение костной ткани округлой формы с четкими контурами диаметром _____ см. Канал (укажите зуб) запломбирован на $2/3$.

Диагноз: кистогранулема в области (укажите зуб) (K04.8 по МКБ-10).

Операция резекции верхушки корня

Под анестезией (укажите виды анестезии, название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) произведен разрез (полуовальный или трапециевидный) мягких тканей альвеолярного отростка до кости, основанием обращенный к переходной складке. Отслоен слизисто-надкостничный лоскут в области (укажите формулу зубов). При ревизии альвеолярного отростка обнаружена узора, которая расширена бором или долотом. С помощью фиссурного бора произведена резекция верхушки корня (укажите формулу зуба), которая удалена кюретажной ложкой вместе с кистогранулемой. Канал зуба ретроградно запломбирован амальгамой. Полость обработана 5% раствором йода. Лоскут уложен на место и фиксирован (укажите шовный материал) швами. Наложена давящая повязка. Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные больному, их дозировку). Даны рекомендации (укажите).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

Радикулярная киста челюсти (K04.8 по МКБ-10)

Жалобы на безболезненную припухлость в области _____ челюсти (укажите локализацию).

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: ранее периодически болел (укажите зуб), но пациент к врачу не обращался. Припухлость заметил около _____ месяцев назад. Отмечает постепенное ее увеличение. В настоящее время в связи с косметической неудовлетворенностью обратился к хирургу-стоматологу.

Местные изменения: при внешнем осмотре отмечается небольшая припухлость (укажите локализацию). Кожа под припухлостью обычной окраски, хорошо собирается в складку, при пальпации ткани мягкие, безболезненные. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное, безболезненное. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, достаточно увлажнена. Имеется ограниченная припухлость полуовальной формы с вестибулярной стороны альвеолярной части _____ челюсти в области (укажите зубы). Слизистая оболочка над припухлостью бледная с выраженным сосудистым рисунком. При пальпации припухлость податливая, умеренно плотная, безболезненная. В центре ее определяется слабовыраженный симптом пергаментного хруста. Коронки (укажите зуб) конвергируют, (укажите зуб) изменен в цвете.

На рентгенограмме альвеолярного отростка _____ челюсти (укажите дату): определяется разрежение костной ткани в области (укажите зубы) с ровными и четкими контурами округлой формы. Проведена ЭОД: (укажите зуб) не реагирует на токи свыше 200 мА.

Диагноз: радикулярная киста _____ челюсти в области (укажите зубы) (K04.8 по МКБ-10).

Операция цистэктомии

Корни зубов, у которых производится резекция верхушек, заранее пломбируются (накануне операции).

Под проводниковой (укажите какой) и инфильтрационной (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) анестезиями проведен полуовальный (или трапециевидный) разрез слизистой оболочки и надкостницы

до кости. Сформирован лоскут, основанием обращенный к переходной складке так, чтобы будущая костная рана была несколько меньше слизисто-надкостничного лоскута. Отслоен слизисто-надкостничный лоскут в области (укажите зубы). В истонченной и вздутой компактной пластинке кости альвеолярного отростка имелась узора, которая расширена борами. Обнаружена и полностью выделена оболочка радикулярной кисты, резецированы верхушки корней (укажите зубную формулу), которые удалены вместе с оболочкой радикулярной кисты. Фрезой сглажены острые края образовавшейся полости. Рана промыта растворами антисептиков, лоскут уложен на место, рана ушита (укажите шовный материал) швами. Наложена давящая повязка. Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные больному, их дозировку).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

Операция цистотомии

Под проводниковой (укажите какой) и инфильтрационной (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) анестезиями произведен полуовальный разрез так, чтобы он совпал с границами костной раны. Отслоен слизисто-надкостничный лоскут в области (укажите формулу зубов). Имелась узора кости, которая расширена бором и кусачками в пределах полного диаметра кисты. Обнаружена оболочка кисты и иссечена ее передняя стенка по границе костной раны. «Причинный» зуб (укажите) удален. Полость кисты промыта 3% раствором перекиси водорода. Слизисто-надкостничный лоскут уложен в полость кисты, в которую послойно плотно введен тампон, пропитанный мазью, фиксирующий лоскут (или край слизисто-надкостничного лоскута подшит к оболочке кисты). Наложена давящая повязка. Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ЧЕЛЮСТЕЙ (K10 по МКБ-10)

Острый гнойный периостит (K10.2 по МКБ-10)

Пример 1

Жалобы на припухлость щеки (справа или слева), боли в этой области, повышение температуры тела до ____ °С.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: ____ дней назад заболел (укажите зуб); через два дня появилась припухлость в области десны, а затем — в щечной области. Больной к врачу не обратился, делал теплые внутриротовые содовые ванночки, принимал (укажите лекарственные препараты), однако боль нарастала, припухлость увеличивалась, и пациент обратился к врачу-стоматологу.

Местные изменения: при внешнем осмотре определяется асимметрия лица за счет отека в щечной и подглазничной областях (справа или слева). Кожа над данными областями в цвете не изменена, пастозная при пальпации, собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы (справа или слева) увеличены, уплотнены, слабо болезненны при пальпации. Рот открывается свободно. В полости рта: (укажите зуб) — коронка разрушена, перкуссия его умеренно болезненна, подвижность I—II степени. Переходная складка в области (укажите зубы) сглажена, значительно выбухает, при пальпации болезненна, определяется флюктуация.

Диагноз: острый гнойный периостит верхней челюсти (справа или слева) в области (укажите зуб) (K10.2 по МКБ-10).

Пример 2

Жалобы на припухлость нижней губы и подбородка, распространяющуюся на верхний отдел подподбородочной области; ноющие боли в переднем отделе нижней челюсти, общую слабость, отсутствие аппетита; повышение температуры тела до ____ °С.

Анамнез заболевания: после переохлаждения ____ дней тому назад появилась самопроизвольная боль в ранее леченном (укажите зуб), боль при накусывании. На ____ -й день от начала заболевания боль в зубе значительно уменьшилась, но появилась припухлость мягких тканей нижней губы, которая

постепенно увеличивалась. Лечение больной не проводил. В поликлинику обратился на ___-й день заболевания.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Непереносимость (укажите медикаментозное средство).

Местные изменения: при внешнем осмотре определяется отек кожи в области нижней губы и подбородка. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Подподбородочные лимфатические узлы слегка увеличены, слабо болезненны при пальпации. Открывание рта не затруднено. В полости рта: переходная складка в области (укажите зубы) сглажена, слизистая оболочка ее отечна и гиперемирована. При пальпации определяются болезненный инфильтрат в этой области и положительный симптом флюктуации. Коронка (укажите зуб) частично разрушена, перкуссия его слабо болезненна, подвижность зуба I–II степени. Перкуссия (укажите зуб) безболезненна.

Диагноз: острый гнойный периостит нижней челюсти в области (укажите зуб) (K10.2 по МКБ-10).

Хирургическое вмешательство по поводу острого гнойного периостита

Под инфильтрационной (или проводниковой — в этом случае укажите вид анестезии) анестезией (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) удален (укажите зуб), произведен разрез по переходной складке в области (укажите формулу зубов) длиной 3 см до костной ткани. Получен гной (количество, консистенция). Рана дренирована резиновой полоской. Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку). Даны рекомендации (укажите).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

Перевязка после вскрытия поднадкостничного абсцесса при остром гнойном периостите

Состояние больного удовлетворительное. Отмечает улучшение (или ухудшение, или изменений нет). Боль в области челюсти уменьшилась (или усилилась, или остается такой же). При осмотре: припухлость околочелюстных тканей уменьши-

лась (или увеличилась, или сохраняется такой же), из раны выделяется небольшое количество гноя. Рана промыта 3% раствором перекиси водорода и раствором фурацилина в разведении 1:5000. В рану введены сорбент и резиновая полоска (или рана дренирована резиновой полоской).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

Пример 3

Жалобы на боль в области твердого неба (справа или слева) пульсирующего характера и наличие припухлости на нем. Боль усиливается при прикосновении к припухлости языком.

Анамнез заболевания: _____ дня назад появились боль в ранее леченном (укажите зуб), боль при накусывании, ощущение «выросшего зуба». Затем боли в зубе уменьшились, но появилась болезненная припухлость на твердом небе, которая постепенно увеличивалась в размерах.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Местные изменения: при внешнем осмотре конфигурация лица не изменена. При пальпации определяется увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов (справа или слева), которые безболезненны. Открывание рта свободное. В полости рта: на твердом небе соответственно (укажите зуб) имеется овальной формы выбухание с четкими границами, слизистая оболочка над ним гиперемирована, болезненна при пальпации. В центре его определяется флюктуация. (Укажите зуб) – коронка частично разрушена, глубокая кариозная полость. Перкуссия болезненна, подвижность зуба I–II степени.

Диагноз: острый гнойный периостит верхней челюсти (правой или левой). Небный абсцесс (K10.2 по МКБ-10).

Лечение: под небной и резцовой анестезиями (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) удален (укажите зуб). Проведено вскрытие абсцесса твердого неба с иссечением мягких тканей до кости в виде лоскута треугольной формы в пределах всего инфильтрата, получен гной. Рана дренирована резиновой полоской. Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку). Даны рекомендации (укажите).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

Острый одонтогенный остеомиелит (K10.2 по МКБ-10)

Жалобы на постоянные ноющие боли в области половины (правой или левой) нижней челюсти, резкую слабость, повышение температуры тела до ____°С, озноб, потливость, неприятный запах изо рта.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: ____ дней назад появились боли в ранее леченном (укажите зуб) при накусывании. Затем припухли десна и щека (справа или слева). Ночью больной отмечал озноб. Утром обратился к врачу. (Укажите зуб) был удален. Улучшения не наступило. Нарастали боли в челюсти, общая слабость; появились онемение кожи нижней губы (справа или слева), неприятный запах изо рта. Припухлость мягких тканей увеличилась, повысилась температура тела до ____°С.

Местные изменения: при внешнем осмотре определяется асимметрия лица за счет отека и инфильтрата в поднижнечелюстной и щечной областях (справа или слева). Кожа над ним гиперемирована, напряжена, в складку не собирается. Пальпация тканей болезненна. Тактильная и болевая чувствительность кожи нижней губы и подбородка (справа или слева) снижена (положительный симптом Венсана). Пальпация нижнего края тела нижней челюсти (справа или слева) резко болезненна. В полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти в области (укажите зубы) муфтообразно утолщена, гиперемирована и отечна. Перкуссия (укажите зубы) болезненна, зубы подвижны (укажите степень подвижности). Из лунки (укажите зуб) выделяется гной.

Диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти (справа или слева) (K10.2 по МКБ-10).

Лечение: под мандибулярной анестезией (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) удален (укажите зуб), проведены разрезы длиной ____ см до кости по переходной складке и с язычной стороны альвеолярного отростка нижней челюсти до кости в области (укажите зубы). Получен гной (количество и консистенция). Раны дрениро-

ваны резиновыми полосками. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

Альвеолит (K10.3 по МКБ-10)

Жалобы на постоянные ноющие боли в области лунки удаленного (укажите зуб), отдающие в ухо и висок, запах изо рта.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: (укажите зуб) удален 2 дня назад по поводу хронического периодонтита. На 2-й день появилась боль в области лунки (укажите зуб), которая постепенно усиливалась.

Местные изменения: при внешнем осмотре конфигурации лица не изменена. При пальпации определяются увеличенные до ____ см подвижные, слегка уплотненные и болезненные лимфатические узлы в поднижнечелюстной (правой или левой) области. Открывание рта свободное, безболезненное. В полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, достаточно увлажнена. Слизистая оболочка в области лунки (укажите зуб) слегка гиперемирована и отечна. Края лунки (укажите зуб) покрыты серым фибринозным налетом. При обследовании лунки (укажите зуб) определяется частично распавшийся кровяной сгусток.

Диагноз: альвеолит в области удаленного (укажите зуб) (K10.3 по МКБ-10).

Перевязка при альвеолите

Под проводниковой (укажите какой) и инфильтрационной (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) анестезиями с помощью шприца и тупой иглы произведено струйное промывание лунки (укажите формулу зуба) теплым 3% раствором перекиси водорода и раствором фурацилина в разведении 1:5000. Кюретажной ложкой из лунки аккуратно удален распавшийся кровяной сгусток с пищевыми остатками. Лунка вновь промыта антисептиками, затем она высушена марлевым тампоном и в нее введен (укажите лекарственное средство). Назначена медикаментозная

терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные больному, их дозировку).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ И ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ (K00 по МКБ-10)

Полуретенция и дистопия зубов (K01.0, K01.1, K07.3, K05.2 по МКБ-10)

Жалобы на периодические боли в области нижней челюсти (справа или слева) и затрудненное открывание рта.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: больным себя считает около _____ месяцев. В _____ месяце впервые почувствовал появление болезненной припухлости десны в области (укажите зуб) и некоторое затруднение при открывании рта. Обратился в стоматологическую поликлинику, где проводилось лечение (укажите какое). Указанные выше явления стихли. Направлен на консультацию к хирургу-стоматологу.

Местные изменения: при внешнем осмотре конфигурация лица не нарушена, при пальпации определяется увеличенный (____ см в диаметре), безболезненный, подвижный поднижнечелюстной лимфатический узел (справа или слева). Открывание рта свободное, безболезненное. В полости рта: слизистая оболочка преддверия рта бледно-розового цвета, достаточно увлажнена. (Укажите зуб) прорезался _____ буграми, смещен в _____ сторону (укажите зуб).

На рентгенограмме коронка (укажите зуб) смещена, медиальными буграми прилежит к корню (укажите зуб).

Диагноз: полуретенция и дистопия (укажите зуб) (K01.0 по МКБ-10).

Операция атипического удаления зуба

Под инфильтрационной или проводниковой (в этом случае укажите какой) анестезией (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) проведен углообразный (или трапецевидный, или полуовальный) разрез и отслоен слизисто-надкостничный лоскут в области (укажите зуб). Бо-

ром трепанирована компактная пластинка костной ткани альвеолы в области (укажите формулу удаляемого зуба) с вестибулярной стороны (при удалении 38 или 48 зуба — дополнительно в ретромолярной области). Костная ткань удалена бором.

Зуб вывихнут элеватором и удален щипцами. Рана промыта 3% раствором перекиси водорода. Лоскут уложен на место, рана ушита (укажите шовный материал) швами. Наложена давящая повязка. Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

Перикоронарит (K05.2 по МКБ-10)

Жалобы на боль в области (укажите зуб), боль при глотании, затрудненное открывание рта.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: боль и затрудненное открывание рта возникли ___ дней назад, постепенно нарастали. Прием внутрь анальгетиков улучшения не принес, и больной обратился к врачу.

Местные изменения: при внешнем осмотре отмечается небольшая припухлость в (укажите локализацию) поднижнечелюстной области за счет отека тканей. Кожа над припухлостью в цвете не изменена, в складку собирается свободно. При пальпации определяются увеличенные (до 2 см в диаметре), уплотненные, болезненные, ограничено подвижные поднижнечелюстные лимфатические узлы (справа или слева). Открывание рта ограничено (укажите степень открывания рта), болезненно. В полости рта: слизистая оболочка отечна, гиперемирована в ретромолярной области и по переходной складке в области (укажите зуб), а также и по передней небной дужке. (Укажите зуб) прорезался медиальными буграми. В области (укажите зуб) имеется капюшон слизистой оболочки, из-под которого выделилась капля гноя. Пальпация тканей в области (укажите зуб) резко болезненна. Миндалины не увеличены. Ткани челюстно-язычного желобка свободны.

Диагноз: перикоронарит в области (укажите зуб) (K05.2 по МКБ-10).

Операция рассечения капюшона

Под проводниковой (укажите какой) и (или) инфильтрационной (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) анестезиями рассечены ткани ретромолярной области до кости через середину капюшона. Края раны раздвинуты, получено небольшое количество гноя, рана промыта раствором фурацилина в разведении 1:5000 и в нее введены лекарственное средство и резиновая полоска. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

Операция иссечения капюшона

Под мандибулярной и (или) инфильтрационной (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) анестезиями произведено иссечение мягких тканей в области (укажите зуб), коронка зуба полностью освобождена от слизистой оболочки. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные больному, их дозировку).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДЕСНЫ И БЕЗЗУБОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО КРАЯ (K06 по МКБ-10)**Перфорация дна верхнечелюстной пазухи (J01.0 по МКБ-10)**

Жалобы на попадание жидкой пищи и жидкостей из полости рта в полость носа, невозможность надуть щеки.

Анамнез заболевания: 3 дня назад в стоматологической поликлинике был удален разрушенный (укажите зуб). Удаление было сложным, отмечалось сильное кровотечение. Через 2 дня во время приема пищи отметил попадание жидкостей в полость носа.

Перенесенные заболевания: (укажите).

Местные изменения: лицо симметричное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски, без высыпаний. Носовое дыхание затруднено. Отделяемое из полости носа (характер).

Движения нижней челюсти в полном объеме. В полости рта: лунка удаленного (укажите зуб) не заполнена кровяным сгустком. Носоротовая и ротовая пробы положительны. При зондировании лунки зонд проваливается в гайморову пазуху.

Зубная формула: (укажите).

На рентгенограмме придаточных пазух носа (укажите дату): в полуаксиальной проекции пневматизация гайморовых пазух не нарушена.

Диагноз: перфорация дна верхнечелюстной (правой или левой) пазухи в области лунки удаленного (укажите зуб) (J01.0 по МКБ-10).

Операция пластического закрытия перфорационного отверстия дна верхнечелюстной пазухи

Под туберальной (инфильтрационной) и небной анестезиями (укажите анестетик) проведено выкраивание трапециевидного лоскута в области лунки (укажите зуб), широким основанием обращенного к переходной складке. Распатором отслоен слизисто-надкостничный лоскут. По периметру лунки (укажите зуб) проведена дезэпителизация. Лоскут уложен на место с перекрытием лунки (укажите зуб). Лоскут фиксирован к слизистой оболочке узловыми швами из фтореста. Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку). Даны рекомендации (укажите).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

Острый край альвеолы

Жалобы на боль в области _____ челюсти (укажите локализацию).

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: (укажите зубы) были удалены _____ дней назад. Боль в области _____ челюсти появилась после изготовления и пользования съемным протезом.

Местные изменения: при внешнем осмотре конфигурация лица не нарушена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное, безболезненное. В полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета,

достаточно увлажнена. В области удаленных (укажите зубы) пальпируется резко болезненный острый край альвеолярного отростка, покрытый неизменной слизистой оболочкой.

Диагноз: острый край альвеолы в области удаленных (укажите зубы).

Лечение:

1. *Альвеолоэктомия.* Под проводниковой (укажите какой) и (или) инфильтрационной (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) анестезиями проведен углообразный (или полуовальный, или трапециевидный) разрез в области (укажите зубную формулу) и отслоен слизисто-надкостничный лоскут. Обнажен острый край альвеолы, который удален костными кусачками и сглажен с помощью фрезы. Лоскут уложен на место. Рана ушита кетгутом. Наложена давящая повязка.

2. *Альвеолотомия (по Я.З.Эпштейну).* Под инфильтрационной анестезией (укажите концентрацию и дозу вводимого анестетика) проведено с помощью распатора сглаживание (раздавливание) острого края альвеолы через пленку (типа рентгеновской).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ГУБ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА (K13 по МКБ-10)

Ретенционная киста слизистой оболочки полости рта (K11.6 по МКБ-10)

Жалобы на образование шаровидной формы в области слизистой оболочки нижней губы.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: около ____ месяцев назад во время еды больной прикусил нижнюю губу. Через несколько дней после этого заметил появление небольшого образования в толще губы, которое постепенно увеличивалось, не болело, но мешало при еде. Обратился к хирургу-стоматологу.

Местные изменения: при внешнем осмотре конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное, безболезненное. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, достаточно

увлажнена. На внутренней поверхности нижней губы (укажите локализацию) имеется новообразование округлой формы диаметром _____ см, по окраске отличающееся от окружающей слизистой оболочки. При бимануальной пальпации в толще нижней губы определяется округлой формы образование, мягкоэластичной консистенции, безболезненное, подвижное.

Диагноз: ретенционная киста нижней губы (К11.6 по МКБ-10).

Операция удаления оболочки ретенционной кисты нижней губы

Под инфильтрационной анестезией (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) двумя полуовальными сходящимися разрезами иссечена слизистая оболочка нижней губы. Оболочка ретенционной кисты полностью выделена и удалена, проведен гемостаз. Рана ушита (укажите шовный материал) швами. Наложена давящая повязка.

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

БОЛЕЗНИ ЯЗЫКА (К14 по МКБ-10)

Фиброма языка (К11.6 по МКБ-10)

Жалобы на новообразование на языке (укажите локализацию).

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: пациент заметил появление новообразования на языке (укажите локализацию) около _____ месяцев назад. Отмечал медленный рост новообразования.

Местные изменения: при внешнем осмотре нарушения конфигурации лица не отмечено. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное, безболезненное. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, хорошо увлажнена. На языке (укажите локализацию) имеется округлой формы новообразование диаметром _____ см, на широкой ножке, при пальпации – плотное, безболезненное, подвижное. Поверхность новообразования – гладкая.

Диагноз: фиброма языка (укажите локализацию) (К11.6 по МКБ-10).

**Операция иссечения доброкачественного новообразования
(фиброма, папиллома и др.)**

Под инфильтрационной анестезией (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) двумя полуовальными сходящимися разрезами произведено иссечение новообразования в пределах здоровых тканей до мышечного слоя. Рана ушита (укажите шовный материал) швами.

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

БОЛЕЗНИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ (К11 по МКБ-10)

Слюннокаменная болезнь (К11.5 по МКБ-10)

Жалобы на боль и припухлость в (укажите локализацию) поднижнечелюстной области, появляющиеся во время еды и исчезающие через несколько минут.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: припухлость в _____ поднижнечелюстной области появилась впервые _____ месяцев назад во время приема кислой пищи. Затем около _____ месяцев данных явлений не было. Около _____ дней назад вновь появилась припухлость поднижнечелюстной области после приема пищи, в связи с чем больной обратился к врачу.

Местные изменения: при внешнем осмотре конфигурация лица не нарушена. При пальпации определяется слегка увеличенная и уплотненная поднижнечелюстная (правая или левая) слюнная железа. Регионарные лимфатические узлы поднижнечелюстной (правой или левой) области увеличены (до 1 см в диаметре), мягкие, безболезненные при пальпации. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, достаточно увлажнена. При пальпации выявляется уплотнение по ходу выводного протока слюнной железы (справа или слева) в подъязычной области. Из выводного протока выделяется мутная слюна. При зондировании протока определяется инородное тело.

На рентгенограмме дна полости рта (укажите дату): отмечается тень конкремента справа размером ____ см.

Диагноз: слюннокаменная болезнь _____ поднижнечелюстной железы, камень выводного протока железы (К11.5 по МКБ-10).

**Операция удаления слюнного камня из протока
поднижнечелюстной слюнной железы**

Под (язычной, мандибулярной или торусальной) анестезией (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) произведена перевязка слизистой вместе с протоком дистальнее конкремента. Рассечена слизистая оболочка длиной 2 см над введенным в проток зондом в области локализации конкремента. Обнаружен и удален конкремент размером ____ см. Рана частично ушита (укажите шовный материал) швом. Резиновая полоска введена в проток. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

**СТОМАТИТ И РОДСТВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ (K12
по МКБ-10)**

Абсцессы челюстно-лицевой области (K12.2 по МКБ-10)

Пример 1. Абсцесс челюстно-язычного желобка

Жалобы на боль при глотании, затрудненное и болезненное открывание рта, повышенную температуру тела.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: (укажите зуб) неоднократно беспокоил ранее. Неделю назад вновь появилась боль в (укажите зуб). Больной обратился к врачу, был удален (укажите зуб). На следующий день появились боль при глотании и затрудненное открывание рта. Принимал (укажите препараты). Однако боль усиливалась, повысилась температура тела, в связи с чем пациент вновь обратился к врачу хирургу-стоматологу.

Местные изменения: при внешнем осмотре выявляется небольшая припухлость в подчелюстной области (укажите локализацию). Кожа над припухлостью в цвете не изменена, в складку собирается свободно. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Открывание рта болезненно, затруднено (укажите степень открывания рта). В полости рта: после анестезии по Берше—Дубову рот больному открыт. Обнаружено, что слизистая оболочка в заднем отделе подъязычной области отечна, гиперемирована, подъ-

язычный валик выбухает. При пальпации определяется болезненный инфильтрат с участком флюктуации в центре. (Укажите зуб) разрушен, перкуссия болезненна.

Диагноз: абсцесс _____ челюстно-язычного желобка (K12.2 по МКБ-10).

Операция вскрытия абсцесса челюстно-язычного желобка

Под мандибулярной (или язычной) анестезией (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) проведен разрез слизистой оболочки длиной 2 см в месте наибольшего выбухания в области челюстно-язычного желобка ближе к телу нижней челюсти. Кровоостанавливающим зажимом типа «Москит» осторожно разведены подлежащие ткани по направлению к диафрагме рта. Получен гной (укажите количество). Рана дренирована резиновой полоской. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

Пример 2. Абсцесс крыловидно-нижнечелюстного пространства

Жалобы на болезненное и затрудненное глотание, плохое открывание рта, повышение температуры тела до ____ °С.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (укажите).

Анамнез заболевания: ____ дней назад появилась боль при накусывании в области (укажите зуб), затем затрудненное открывание рта и болезненность при глотании, повысилась температура тела до ____ °С. Принимал (укажите медикаменты), но улучшения не наступало, в связи с чем больной обратился к врачу повторно.

Местные изменения: при внешнем осмотре имеется небольшая припухлость в заднем отделе поднижнечелюстной области. Кожа над припухлостью в цвете не изменена, собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (справа или слева), болезненны при пальпации. Открывание рта болезненно и затруднено (укажите степень открывания рта). Пальпация позади ветви нижней челюсти болезненна. После проведения анестезии по Берше–Дубову

рот стал открываться лучше и проведен осмотр полости рта: слизистая оболочка отечна и гиперемирована в области крыловидно-челюстной складки. При ее пальпации определяется болезненность. Пальпация области челюстно-язычного желобка и боковой стенки глотки слегка болезненна. (Укажите зуб) разрушен, перкуссия болезненна.

Диагноз: абсцесс _____ крыловидно-нижнечелюстного пространства (K12.2 по МКБ-10).

Операция вскрытия абсцесса крыловидно-нижнечелюстного пространства

Под анестезией по Берше—Дубову (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) проведен разрез несколько кнаружи от крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ей длиной 2 см на глубину 0,5 см. Подлежащие ткани разведены кровоостанавливающим зажимом «Москит», который продвинут в крыловидно-нижнечелюстное пространство до внутренней поверхности ветви нижней челюсти. Получен гной (укажите количество). Рана дренирована резиновой полоской. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

ПОВЕРХНОСТНАЯ ТРАВМА ГОЛОВЫ (S00 по МКБ-10)

ПЕРЕЛОМ ЧЕРЕПА И ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ (S02 по МКБ-10)

ВЫВИХ, РАСТЯЖЕНИЕ И ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЕ СУСТАВОВ И СВЯЗОК ГОЛОВЫ (S03 по МКБ-10)

Повреждения зубов и мягких тканей лица (S00.5 по МКБ-10)

Жалобы на кровотечение из лунки выбитого зуба и боли в области верхней губы, затрудненный прием пищи.

Анамнез заболевания: ____ часа назад (укажите обстоятельства травмы) был «выбит» (укажите зуб). Появилось кровотечение из лунки травмированного зуба. Больной обратился к врачу, с собой принес выбитый зуб.

Перенесенные заболевания: (укажите).

Местные изменения: при внешнем осмотре имеется припухлость верхней губы за счет отека и гематомы. Кожа и слизистая верхней губы синюшного цвета. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта свободное. При пальпации верхней губы определяется боль, на слизистой оболочке верхней губы имеется рвано-ушибленная рана длиной ___ см с неровными краями.

Лунка (укажите зуб) заполнена кровяным сгустком, слизистая оболочка десны в области (укажите зубы) гиперемирована, с участками кровоизлияний, пальпация альвеолярного отростка в этой области болезненна, наружная стенка альвеолы (укажите зуб) сохранена. Коронка и корень выбитого зуба целы.

Диагноз: полный вывих (укажите зуб), ушибленная рана верхней губы (S00.5 по МКБ-10).

Операция реплантации зуба и первичная хирургическая обработка раны верхней губы

Под инфильтрационной и резцовой анестезиями (укажите название, концентрацию и дозу вводимого анестетика) осторожно удален кюретажной ложкой кровяной сгусток из лунки (укажите зуб). (Укажите зуб) промыт раствором антисептиков, его верхушка резецирована и канал ретроградно запломбирован амальгамой, (укажите зуб) введен в лунку и фиксирован шиной-каппой. Рана в области верхней губы обработана 3% раствором перекиси водорода и ушита (укажите шовный материал) швами наглухо. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

Перелом скуловой кости (S02.4 по МКБ-10)

Жалобы на боли в _____ скуловой области, отек, гематому, кровотечение из носа, ограниченное открывание рта, онемение мягких тканей скуловой области и крыла носа.

Анамнез заболевания: укажите давность и обстоятельства травмы. Сознания не терял, головокружения, тошноты и рвоты не было. Отмечал кровотечение из носа.

Перенесенные заболевания: (укажите).

Местные изменения: лицо асимметрично за счет отека, гематомы в _____ скуловой области. Открывание рта ограничено до 1,5–2 см. При пальпации обнаруживается костная ступенька в области нижнеглазничного и наружного края орбиты и скулоальвеолярного гребня. При пальпации скуловой дуги определяется незначительная деформация. Отмечается снижение кожной чувствительности в подглазничной области и крыла носа. Прикус не нарушен. По переходной складке в области (укажите зубы) имеется кровоизлияние.

Зубная формула: (укажите).

На рентгенограмме придаточных пазух носа (укажите дату): в полуаксиальной проекции определяются снижение пневматизации гайморовой пазухи (гемосинус), нарушение целостности нижнеглазничного края орбиты, скуловерхнечелюстного шва, скулоальвеолярного гребня и скуловой дуги.

Диагноз: травматический перелом _____ скуловой кости со смещением (S02.4 по МКБ-10).

Операция открытой репозиции скуловой кости

Под премедикацией (укажите препараты), анестезией у подглазничного отверстия и внеротовой туберальной анестезией (укажите анестетик) проведен разрез кожи длиной 1 см по нижнему краю скуловой кости. В рану введен однозубый крючок Лимберга, острый конец которого подведен под скуловую кость. Скуловая кость репонирована движением по направлению вверх, наружу и кпереди. На кожу наложены швы фторестом. Асептическая повязка. Холод на скуловую область. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные больному, их дозировку).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

Перелом нижней челюсти (S02.6 по МКБ-10)

Жалобы на боль и припухлость в области нижней челюсти _____, болезненное открывание рта, невозможность пережевывания пищи, кровотечение изо рта.

Анамнез заболевания: укажите давность и обстоятельства травмы. Сознания не терял, головокружения, тошноты и рво-

ты не было. Укажите, куда пациент обращался и какая помощь была оказана. Больной направлен в отделение челюстно-лицевой хирургии БСМП.

Перенесенные заболевания: (укажите).

Местные изменения: при внешнем осмотре имеется асимметрия лица за счет отека, гематомы _____ цвета (укажите локализацию). Симптом «нагрузки» резко положителен в _____ области. Прикус нарушен за счет смыкания зубов в _____ отделе нижней челюсти. Определяется разрыв десны по переходной складке в области (укажите зубы), имеются кровоизлияние в слизистую оболочку и отек. Отмечается патологическая подвижность отломков нижней челюсти в области (укажите зубы).

Зубная формула: (укажите).

На рентгенограмме нижней челюсти (укажите дату): в фасной и _____ боковой проекциях определяется линия перелома нижней челюсти в области (укажите зубы, а также состояние зубов в линии перелома).

Диагноз: открытый травматический перелом нижней челюсти в _____ области со смещением отломков (S02.6 по МКБ-10).

Шинирование при переломе нижней челюсти

Под премедикацией (укажите препараты), анестезией по Берше–Дубову или внеротовой мандибулярной анестезией (укажите анестетик) на зубах верхней и нижней челюстей зафиксированы шины Тигерштедта с зацепными петлями. После репозиции отломков наложена резиновая тяга. Прикус восстановлен, имеется контакт всех зубов. Даны рекомендации (укажите). Назначена медикаментозная терапия (укажите лекарственные препараты, выписанные пациенту, их дозировку).

Выдан листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____. Явка _____ на перевязку.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Дефекты твердых тканей коронок зубов

Жалобы на эстетическую неудовлетворенность из-за отлома переднего зуба, боли при приеме горячей или холодной пищи, на застревание пищи между боковыми зубами на нижней челюсти справа, кровоточивость десны при чистке в области этих зубов.

Анамнез заболевания: 3 дня тому назад во время спортивных соревнований получил удар в лицо, вследствие чего откололась часть переднего зуба. Ранее к стоматологам не обращался, хотя около года тому назад обнаружил что-то неладное на боковом зубе нижней челюсти справа — он начал постепенно разрушаться. Считает себя здоровым, к врачам обращался только во время медицинских осмотров.

Объективно: лицо симметричное. Наблюдается незначительная отечность верхней губы. Видимые кожные покровы чистые, эластичные, умеренной влажности.

Открывание рта свободное, симметричное. Пальпация височно-нижнечелюстных суставов и мышц, поднимающих нижнюю челюсть, безболезненна. Окклюзионный звук синхронен.

Слизистая оболочка преддверия полости рта в области 12, 11, 21 и 22 зубов слегка гиперемирована, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Десневой сосочек между 46 и 47 зубами гипертрофирован и резко гиперемирован. Язык чистый, обычных размеров, сосочки языка выражены умеренно. Прикус ортогнатический.

Дистальный угол коронки 21 зуба отсутствует, линия перелома проходит под углом около 30° к режущему краю, отступя 2 мм от медиального края. Полость зуба не вскрыта. Окклюзионная и дистальная (ОД) поверхности 46 зуба разрушены вследствие кариозного процесса. Объем пораженной части составляет около $1/4$ величины коронки зуба. При зондиро-

вании кариозной полости 46 зуба глубина ее — около 3 мм, дно полости плотное.

На рентгенограмме (укажите дату): структура костной ткани около корней 46 зуба не изменена.

Диагноз: дефект твердых тканей 46 зуба кариозного происхождения, МКБ-10: K02.1; перелом коронки 21 зуба травматического происхождения без повреждения пульпы, МКБ-10: S02.51.

Лечение: по согласованию с пациентом принято решение восстановить анатомическую форму 21 зуба, изготовив армированную вкладку из композитного материала; 46 зуб восстановить цельнолитой вкладкой из золотосодержащего сплава.

С учетом топографии твердых тканей коронок зубов препарированы расположенные перпендикулярно друг к другу ретенционные каналы для армирования на 21 зубе и полость с фальцем для цельнолитой металлической вкладки на 46 зуб.

Получены двухслойный оттиск силиконовой массой с зубного ряда нижней челюсти и вспомогательный оттиск с зубного ряда верхней челюсти и отправлены в зуботехническую лабораторию для изготовления цельнолитой вкладки.

Подобрана ортодонтическая проволока, соответствующая по диаметру препарированным каналам на 21 зубе, создана шероховатая поверхность. Соответствующей длины штифты зафиксированы в созданных каналах с помощью специального цемента «Цемион-Ф». После этого произведено восстановление анатомической формы коронки 21 зуба с помощью светоотверждаемого композитного материала. Шлифовка и полировка вкладки.

В следующее посещение проведена припасовка цельнолитой вкладки на 46 зубе, и после полировки вкладка также зафиксирована на 46 зуб с помощью цемента «Цемион-Ф».

Дефекты зубных рядов

Жалобы на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на верхней и нижней челюстях с правой стороны, на эстетическую неудовлетворенность при улыбке — заметно отсутствие зубов на верхней челюсти справа.

Анамнез заболевания: зубы начали разрушаться 6–7 лет тому назад. Несмотря на неоднократное лечение, 3 мес. на-

зад были удалены четыре зуба с правой стороны: два — с верхней и два — с нижней челюсти.

Из перенесенных и сопутствующих заболеваний отмечает ОРВИ, последние 3—4 года страдает повышенным артериальным давлением. Гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает, аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: лицо симметричное. Кожные покровы лица чистые. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта свободное, симметричное. Слизистая оболочка преддверия и полости рта бледно-розового цвета. Пальпация жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава безболезненна, движения в суставе плавные. Прикус ортогнатический. Отсутствуют 14, 15, 45 и 46 зубы, 35 и 36 зубы запломбированы композитным материалом, пломбы восстанавливают треть жевательной поверхности зубов, состояние пломб удовлетворительное. Остальные зубы интактные.

Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти (I класс по Кеннеди). Дефект зубного ряда нижней челюсти (I класс по Кеннеди). По МКБ-10: K08.1.

Лечение: после обсуждения с больным был согласован следующий план лечения. Восстановление зубных рядов: изготовить металлокерамические мостовидные протезы с опорными коронками на 16, 13, 44 и 47 зубы. Проведено препарирование опорных зубов и сняты двухслойные оттиски с использованием силиконового материала.

Полное отсутствие зубов

Жалобы на изменение внешнего вида, а именно: уменьшение высоты нижней части лица, опущение углов рта, углубление морщин в области подбородка и губ, западение верхней и нижней губ; жалобы на невозможность пережевывания пищи (пациентка перетирает ее деснами) и боли в области желудка.

Анамнез заболевания: потерю зубов больная связывает с заболеванием десен. С ее слов, зубы выпадали «сами по себе» в течение 5 лет, ранее не протезировалась.

Объективно: имеется выраженность носогубных и подбородочных складок, высота нижней $1/3$ лица заметно снижена, верхняя и нижняя губы западают, отмечаются заседы в уголках рта.

Альвеолярный отросток верхней челюсти высокий, высокие верхнечелюстные бугры, выраженный свод неба, высокое расположение переходной складки и точек прикрепления уздечек и щечных тяжей; альвеолярный отросток нижней челюсти высокий, низкое расположение переходной складки. Альвеолярные отростки верхней и нижней челюстей, покрытые слегка податливой слизистой оболочкой, хорошо выражены. Небо также покрыто равномерным слоем слизистой оболочки, умеренно податливой в задней его трети. Естественные складки слизистой оболочки (губные, язычные, щечные тяжи) как на верхней, так и на нижней челюстях достаточно удалены от вершины альвеолярного отростка. При пальпации экзостозов острых краев не обнаружено.

Определение буферных зон по Гаврилову: слизистая оболочка, покрывающая альвеолярные отростки и часть твердого неба по сагиттальному шву, плотная, неподатливая. На участках слизистой оболочки, расположенных между основанием альвеолярного отростка и срединной зоной, податливость составляет 1—1,5 мм.

Диагноз: полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, атрофия альвеолярного отростка (I тип беззубой верхней челюсти и I тип беззубой нижней челюсти по Оксману), состояние слизистой оболочки (I класс по Супле). По МКБ-10: K00.0.1.

Лечение: снятие анатомического оттиска для изготовления индивидуальной ложки.

Патологическая стираемость зубов

Жалобы на «щелканье» в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС), плохое пережевывание пищи, неудобное положение нижней челюсти и нарушение эстетики.

Анамнез заболевания: зубы терялись постепенно по мере их разрушения. В течение года пациент имел 8 консультаций в стоматологических медицинских организациях, где предлагались различные методы лечения. В одной из них проведено эндодонтическое лечение оставшихся зубов.

Объективно: пальпация жевательных мышц и ВНЧС болезненна, открывание рта со щелчком с обеих сторон. В поло-

сти рта: патологическая стираемость горизонтальных, вертикальных поверхностей, деформация зубных рядов, снижение окклюзионной высоты нижнего отдела лица на 4 мм.

Проведены следующие исследования:

- томограммы ВНЧС;
- анализ окклюзии в полости рта и на моделях челюстей в артикуляторе;
- аксиография.

На томограммах ВНЧС (укажите дату): определено нормальное положение суставных головок при разобщении зубных рядов на 4 мм. При открытом рте — гипермобильность обеих головок, начальные артрозные изменения суставных головок.

На аксиограммах (укажите дату): типичная картина гипермобильности суставных головок, больше справа. Сагиттальные суставные углы: 26° справа, 16° слева, углы Беннетта соответственно 16° и 10°.

Диагноз: частичное отсутствие зубов, генерализованная стертость зубов со снижением межальвеолярного расстояния, деформация зубных рядов и альвеолярных отростков, гипермобильность суставных головок, мышечно-суставная дисфункция. По МКБ-10: K03.0, K08.1, K07.6.

Лечение: исходные модели челюстей изучают в артикуляторе в привычной окклюзии и при разобщении зубных рядов на 4 мм. Затем на моделях производят пробное восковое моделирование с целью:

- создания резцового и клыкового ведения, определения направления осей культевых штифтовых вкладок;
- получения ориентиров для последующего изготовления постоянных протезов.

Восковые реставрации зубных рядов дублируют, чтобы получить модели из супергипса. Эти модели используют для изготовления временных коронок (силиконовый слепок-ключ), для получения контура облицовочного слоя с вестибулярной стороны (силиконовый валик), а после установки суставных углов — для определения и фиксации резцовых путей и углов в резцовом столике.

Далее изготавливают культевые штифтовые вкладки, затем — временные пластмассовые коронки. Проводят наблюдение и коррекцию окклюзии.

Изготавливают постоянные протезы – металлокерамические коронки и съемные протезы на замковой фиксации.

Адаптация к протезам произошла быстро. Симптом «щелканья» в ВНЧС исчезли в период пользования временными коронками.

Ортопедическое лечение больных с заболеваниями пародонта

Жалобы на боли при откусывании и на холодное и горячее в области передних зубов, неприятный запах изо рта. Подвижность передних зубов нижней челюсти. Кровоточивость десен в области этих зубов.

Анамнез заболевания: больным себя считает около 2 лет, когда появились боли в области передних зубов нижней челюсти при откусывании твердой пищи, кровоточивость десен при чистке зубов и приеме пищи. Позднее появились гноетечение и неприятный запах изо рта, подвижность передних зубов нижней челюсти. Пациент обратился к врачу стоматологу-терапевту, была оказана помощь, проведена медикаментозная терапия, после чего признаки заболевания прошли. Сейчас (осень) признаки заболевания возобновились (боли при откусывании, кровоточивость десен, запах изо рта, чувствительность и подвижность передних зубов нижней челюсти), проведен курс лечения, воспаление снято. Направлен врачом стоматологом-терапевтом на консультацию и для составления плана лечения.

Объективно: лицо симметричное. Видимые кожные покровы чистые. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, равномерно увлажнена. Слизистая десны в области 32, 31, 41, 42 зубов гиперемирована, несколько отечна, наблюдается рецессия десневого края.

	0	п								п	п							
	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	п		0		

16, 24, 25, 36, 35, 47 зубы запломбированы, пломбы satisfactory, восстанавливают анатомическую форму зубов.

32, 31, 41, 42 зубы имеют II степень подвижности. Остальные зубы интактные.

На ортопантомограмме (укажите дату): наблюдается убыль костной ткани на $1/3$ длины корня зуба в области 32, 31, 41, 42 зубов.

Диагноз: пародонтит средней степени тяжести в области 32, 31, 41, 42 зубов (подвижность II степени). По МКБ-10: K05.3.

План лечения (пример 1): с согласия больного было принято решение шинировать 32, 31, 41, 42 зубы при помощи материала на основе неорганической матрицы (биоинертного стекла) Фибер Сплинт.

Проводим предварительную абразивную обработку поверхности зубов, затем наносим протравливающий гель на оральную поверхность 32, 31, 41, 42 зубов. После протравки на оральную поверхность наносим бонд (Фибер-Бонд) и поэтапно прикладываем ленту к зубному ряду (с заведением в межзубной промежуток) и засвечиваем каждый зуб галогеновой лампой. В завершение шина покрывается тонким слоем композита с последующей полировкой.

План лечения (пример 2): с согласия пациента было принято решение провести шинирование цельнолитой шиной с когтеобразными отростками на 32, 31, 41, 42 зубы и многозвеньевыми кламмерами на 34, 33, 43, 44 зубы.

Первое посещение. Снятие оттисков. Составление моделей в центральной окклюзии. Зарисовка каркаса цельнолитой шины с когтеобразными отростками на 32, 31, 41, 42 зубы и многозвеньевыми кламмерами на 34, 33, 43, 44 зубы.

Второе посещение. Припасовка цельнолитой шины с когтеобразными отростками на 32, 31, 41, 42 зубы и многозвеньевыми кламмерами на 34, 33, 43, 44 зубы.

Третье посещение. Припасовка и наложение цельнолитой шины с когтеобразными отростками на 32, 31, 41, 42 зубы и многозвеньевыми кламмерами на 34, 33, 43, 44 зубы. Даны рекомендации по использованию.

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава

Жалобы на «щелканье» в височно-нижнечелюстном суставе слева, возникающее при открывании рта, а также на быст-

рое утомление в области жевательных мышц при пережевывании пищи, периодическое стискивание челюстей.

Анамнез заболевания: считает себя здоровым, к врачам, в том числе и стоматологам, ранее не обращался. Указанные симптомы появились около 2 лет назад в связи с возникновением конфликтной ситуации в семье и на службе и с развитием вследствие этого хронического эмоционального стресса.

Объективно: лицо симметричное, высота нижнего отдела лица не изменена, кожные покровы чистые. При открывании рта нижняя челюсть смещается влево, затем зигзагообразно вправо. Степень открывания рта составляет 35–40 мм. При открывании отмечается щелчок в левом височно-нижнечелюстном суставе. При пальпации определяется гипертонус собственно жевательных мышц, по переднему краю которых имеются болевые точки. Боль появляется при проведении указательным пальцем вверх по крылочелюстным складкам. Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка преддверия и полости рта бледно-розового цвета. Зубные ряды интактные. При боковой окклюзии имеется точечный преждевременный контакт на вторых молярах справа. В передней окклюзии отмечаются контакты в области передних зубов верхней и нижней челюстей. В задней окклюзии регистрируются контакты в области дистально-щечных бугров 16 и 46, 26 и 36 зубов.

Лабораторные исследования: миотонометрия — повышенный тонус покоя (85–95 ед.) и напряжения (260–270 ед.) жевательных мышц. Электромиографические исследования указывают на гиперактивность мышц, в том числе и в покое. Данные компьютерной томографии показывают, что в аксиальной проекции толщина мышц, поднимающих нижнюю челюсть, достоверно больше с правой стороны, чем с левой, в положении центральной окклюзии наблюдается смещение левой головки нижней челюсти назад и центральное положение правой головки. Аксиография выявила несовпадение траекторий открывания и закрывания рта с левой стороны. В начале открывания рта регистрируется зигзагообразное искривление траектории движения вниз. В конце закрывания происходит искривление траектории движения вверх. С правой стороны траектории открывания и закрывания рта совпадают.

Диагноз: дисфункция височно-нижнечелюстного сустава — «щелкающая челюсть» слева. Гипертонус жевательных мышц. По МКБ-10: K07.61; K07.63.

Лечение: с больным обсужден и согласован следующий план лечения:

1. Психологическая коррекция: индивидуальные беседы с пациентом, аутотренинг.
2. Психофармакотерапия: психотерапевтом рекомендован за 1 ч до сна прием феназепама по 1 мг в течение 14 дней, после этого перейти на плацебо феназепама также на 14 дней.
3. Ненаркотические анальгетики: индометацин (25 мг) по 2 табл. 2 раза в день после еды в течение 7 дней.
4. Ортопедическое лечение: избирательное пришлифовывание зубов; применение релаксационной окклюзионной шины на нижний зубной ряд с точечными контактами небных бугорков сроком на 2 мес.

Проведены припасовка и наложение окклюзионной шины.

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

КАРИЕС ЗУБОВ (K02 по МКБ-10)

**Начальный кариеc (временных и постоянных зубов)
при высокой активности**

Жалобы на чувство оскoминны.

Объективно: на вестибулярной поверхности зубов в пришеечной области меловые пятна с матовым оттенком, без четких границ. Очаг поражения окрашивается 2% раствором метиленового синего.

Лечение: местная терапия с использованием различных реминерализующих средств. Рекомендуются общая патогенетическая терапия (лечение сопутствующей общей патологии, рациональное питание, регламентация режима дня), медикаментозное лечение с применением витаминно-минеральных комплексов и иммуномодуляторов.

Поверхностный кариеc (временных и постоянных зубов) (K02.0 по МКБ-10)

Жалобы на кратковременную боль от сладкого, кислого.

Объективно: при хроническом течении края дефекта плотные, пигментированные, а при остром — мягкие, легко удаляются экскаватором.

Лечение: при поражении апроксимальных поверхностей после предварительной реминерализации стенок и дна дефекта необходимо сформировать полость и восстановить анатомическую форму зуба. При хроническом течении и локализации патологии на вестибулярных поверхностях для ускорения процессов реминерализации — достаточно использовать лишь метод реминерализующей терапии.

Средний кариеc (временных и постоянных зубов) (K02.01 по МКБ-10)

Жалобы на боль от химических раздражителей — при острых формах, при хроническом течении — жалоб нет.

Объективно: при остром течении — эмаль хрупкая, края подрыты, дентин светлый, влажный, легко удаляется экскаватором; при хроническом — дно и стенки краев кариозной полости пологие, плотные, пигментированные. При остром и острейшем течении кариеса зондирование болезненно по линии эмаль — дентин; при хроническом — безболезненно. Перкуссия безболезненна.

Лечение: препарирование кариозной полости, наложение изолирующей прокладки и пломбирование.

Глубокий кариес (постоянных зубов) (K02.1 по МКБ-10)

Жалобы на кратковременную боль от температурных и механических раздражителей.

Объективно: глубокая кариозная полость в пределах околопульпарного дентина. Зондирование дна кариозной полости болезненно, перкуссия — безболезненна.

Лечение: анестезия, препарирование кариозной полости, с целью стимуляции репаративной функции пульпы (при высокой активности кариеса) наложение на дно сформированной полости одонтотропной лечебной повязки, затем — изолирующей прокладки и пломбы.

При острых формах глубокого кариеса рекомендуются общая патогенетическая терапия (лечение сопутствующей общей патологии, рациональное питание, регламентация режима дня), медикаментозное лечение с применением витаминно-минеральных комплексов и иммуномодуляторов.

БОЛЕЗНИ ПУЛЬПЫ И ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ (K04 по МКБ-10)

Острый серозный очаговый пульпит (постоянных зубов) (K04.01 по МКБ-10)

Жалобы на резкую кратковременную боль от раздражителей с длительными ремиссиями.

Объективно: глубокая кариозная полость, покрытая обильным размягченным дентином, полость зуба не вскрыта. Зондирование резко болезненно в одной точке, перкуссия безболезненна.

Лечение: консервативный метод, высокая ампутация или витальная ампутация (в зависимости от активности кариозного процесса и состояния здоровья ребенка).

Острый серозный диффузный пульпит (временных и постоянных зубов) (K04.01 по МКБ-10)

Жалобы: длительные самопроизвольные боли от раздражителей с короткими безболевыми промежутками, приступообразная ночная боль.

Объективно: глубокая кариозная полость в пределах околопульпарного дентина, полость зуба не вскрыта. Зондирование резко болезненно по всему дну, перкуссия болезненна.

Лечение: девитальная ампутация или экстирпация, витальная ампутация или экстирпация (в зависимости от времени обращения, сроков формирования корней зубов, локализации полости, активности кариозного процесса и состояния здоровья ребенка).

Острый гнойный пульпит (временных и постоянных зубов) (K04.01 по МКБ-10)

Жалобы: длительные самопроизвольные боли, иррадиирующие по ходу тройничного нерва (в постоянных зубах); ребенок не в состоянии указать на больной зуб.

Объективно: глубокая кариозная полость, полость зуба не вскрыта. Зондирование дна полости и экскавация кариозного дентина болезненны, при вскрытии полости зуба определяется кровоточащая пульпа с выделением капли гноя, перкуссия болезненна.

Лечение: девитальная ампутация или экстирпация, витальная экстирпация (в зависимости от времени обращения, сроков формирования корней зубов, локализации полости).

Хронический фиброзный пульпит (временных и постоянных зубов) (K04.03 по МКБ-10)

Жалобы на боль, возникающую после приема пищи и сохраняющуюся в течение длительного времени.

Объективно: глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта (при пульпите временных зубов пульповая камера

может быть не вскрыта). Зондирование болезненно, перкуссия безболезненна.

Лечение: консервативное (в зависимости от времени обращения и локализации полости, активности кариозного процесса и состояния здоровья ребенка), девитальная ампутация или экстирпация, витальная ампутация или экстирпация (в зависимости от сроков формирования корней зубов).

**Хронический гангренозный пульпит
(временных и постоянных зубов)
(K04.03.01 по МКБ-10)**

Жалобы: чувство тяжести в зубе, ноющая боль от горячего.

Объективно: глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование безболезненно, с характерным гнилостным запахом. Перкуссия безболезненна.

Лечение: девитальная ампутация или экстирпация, витальная экстирпация (в зависимости от сроков формирования корней зубов).

Методика проведения консервативного лечения пульпита:

1. Проведение местного обезболивания.
2. Удаление пораженного дентина.
3. Проведение медикаментозной обработки кариозной полости теплыми антисептиками малых концентраций.
4. При остром и обострении хронического пульпита нанести на дно сформированной полости противовоспалительные средства (антибиотики, гормоны, ферменты), герметично закрыть водным дентином. Явка через 1—3 дня.
5. Во второе посещение с целью оказания стимулирующего действия на функцию одонтобластов, усиления минерализации и отложения заместительного дентина применяются твердеющие пасты, содержащие гидроокись кальция — $\text{Ca}(\text{OH})_2$: Calcimol, Dycal, Reosar.
6. Герметичное закрытие прокладкой, пломбирование.

Методика проведения витальной ампутации:

1. Проведение местного обезболивания.
2. Удаление пораженного кариесом дентина.

3. Крыша полости зуба удаляется полностью, чтобы нависающий дентин не мешал удалению ткани пульпы.

4. Удаление коронковой части пульпы с помощью острого экскаватора или длинного, медленно вращающегося шаровидного бора. При этом необходимо избегать ослабления стенок полости зуба или перфорации.

5. Проведение медикаментозной обработки кариозной полости теплыми антисептиками малых концентраций.

6. Полость высушивается увлажненным ватным тампоном для уменьшения кровотечения и осмотра культи корневой пульпы. Уменьшение кровотечения можно считать индикатором здоровой корневой пульпы.

7. Входы в каналы закрываются ватным тампоном, смоченным гидроксидом кальция (в постоянных зубах) или раствором формокрезола (в молочных зубах). Через 5 мин ткань пульпы должна иметь темно-коричневую окраску. На дно полости зуба и культи пульпы наносится твердеющая цинк-оксид-эвгеноловая паста. Постоянные зубы пломбируют после наложения твердеющей пасты на основе гидроокиси кальция — $\text{Ca}(\text{OH})_2$.

8. Герметичное закрытие прокладкой, пломбирование.

Методика проведения девитализации пульпы:

1. Проведение местного обезболивания.

2. Небольшим шаровидным или фиссурным бором предельно широко раскрывают кариозную полость, которую затем экскаватором освобождают от размягченного дентина.

3. Зуб изолируют от слюны ватными валиками, полость высушивают, на дно накладывают тампон с анестетиком.

4. Вскрытие полости зуба для создания оттока экссудата, снятия болевого синдрома и наложение девитализирующей пасты под временную повязку на срок, соответствующий избранному средству. При этом используют пасты на основе мышьяка (мышьяковистая паста, мукарсен, девитализин, некронерв, арсодент, каустицин), параформальдегида (пульптокс, пульпекс Д, С, Р, каустинерв) или сильные антисептики, коагулирующие белки.

Для некротизации пульпы зуба применяют дозы 0,0006—0,0008 г, что соответствует размеру бора №1. Препараты

мышьяка накладывают на 24 ч в однокорневых зубах и на 48 ч – в многокорневых. Пасты на основе параформальдегида накладываются на 7–15 дней. Увеличение сроков приведет к интоксикации верхушечного периодонта мышьяковистой кислотой и продуктами распада пульпы, в результате чего может возникнуть токсический верхушечный периодонтит.

5. Поверх девитализирующей пасты на воспаленную пульпу накладывают небольшой ватный тампон, слегка увлажненный местнообезболивающими растворами (дикаин, тримекаин, анестезин и др.).

6. Полость зуба закрывают водным дентином. Его накладывают осторожно, без давления, чтобы не вызвать боли и не сместить девитализирующую пасту. Больного следует предупредить об усилении боли и необходимости обязательного повторного посещения врача в указанный срок.

Методика проведения мумификации пульпы (временных зубов):

1. Для мумификации корневой пульпы используются различные смеси (формиокрезол, трикресол, крезол, фенол, параформальдегид, резорцин-формалиновая смесь), которые вводят на тампоне и оставляют на 2–3 дня под водный дентин. Оставшаяся корневая пульпа пропитывается импрегнационной жидкостью.

2. Удаление временной пломбы, наложение мумифицирующей пасты (формиокрезол, трикресол, крезол, фенол, параформальдегид, резорцин-формалиновая паста).

3. Герметичное закрытие прокладкой, пломбирование.

Острый серозный верхушечный периодонтит (временных и постоянных зубов) при сформированных корнях (K04.4 по МКБ-10)

Жалобы на боли в зубе при накусывании, постепенно нарастающие по интенсивности.

Объективно: глубокая кариозная полость, широко сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование безболезненно. Перкуссия резко болезненна. Изменения на слизистой оболочки в области «причинного» зуба отсутствуют.

Лечение:

Первое посещение. Раскрытие полости зуба, удаление некротизированных масс, инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов (под контролем рентгеновского снимка). Зуб оставляют открытым, дают рекомендации.

Второе посещение. Пломбирование корневых каналов (под контролем рентгеновского снимка), наложение прокладки, пломбы.

Острый гнойный верхушечный периодонтит (временных и постоянных зубов) при сформированных корнях (K04.4 по МКБ-10)

Жалобы: постоянные ноющие боли, временами пульсирующая боль, усиливающаяся при прикосновении к зубу, возможна иррадиация боли. Зуб кажется «выросшим».

Объективно: глубокая кариозная полость, широко сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование безболезненно. Перкуссия резко болезненна. На слизистой оболочке в области «причинного» зуба — гиперемия, болезненность при пальпации.

Лечение:

Первое посещение. Раскрытие полости зуба, удаление некротизированных масс, инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов (под контролем рентгеновского снимка). Зуб оставляют открытым, дают рекомендации.

Второе посещение. Пломбирование корневых каналов (под контролем рентгеновского снимка), наложение прокладки, пломбы.

Хронический фиброзный периодонтит (временных и постоянных зубов) при сформированных корнях (K04.5 по МКБ-10)

Жалобы на наличие кариозной полости.

Объективно: зуб изменен в цвете, глубокая кариозная полость, широко сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование и перкуссия безболезненны. Реакция на раздражители — отрицательная.

На рентгенограмме: расширение периодонтальной щели.

Лечение: раскрытие полости зуба, удаление некротизированных масс, инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов (под контролем рентгеновского снимка), наложение прокладки, пломбы.

Хронический гранулематозный периодонтит (постоянных зубов) при сформированных корнях (K04.8 по МКБ-10)

Жалобы на незначительную болезненность при накусывании, сопровождающуюся чувством тяжести в зубе.

Объективно: коронка зуба может быть интактной или разрушенной, измененной в цвете. Зондирование безболезненно. Перкуссия незначительно болезненна. Слизистая оболочка в области «причинного» зуба не изменена. При пальпации ощущается безболезненное выбухание. Реакция на раздражители отрицательная.

На рентгенограмме: в области верхушки корня разрежение костной ткани округлой формы с ровными, четкими границами.

Лечение: раскрытие полости зуба, удаление некротизированных масс, инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов в 2 этапа (под контролем рентгеновского снимка):

I этап – после механической и медикаментозной обработки корневого канала на одну неделю следует оставить гуттаперчиво-кальциевые штифты или нетвердеющую пасту на основе гидроокиси кальция – $\text{Ca}(\text{OH})_2$: Endocal, Calasept, Calcisig, Calcipulpe, Calxyl;

II этап – окончательное пломбирование корневого канала, наложение прокладки, пломбы.

Хронический гранулирующий периодонтит (временных и постоянных зубов) при сформированных корнях (K04.6 по МКБ-10)

Жалобы на чувство распирания, тяжести в области «причинного» зуба, незначительную болезненность при накусывании. Периодическое образование на десне (в области проекции верхушки корня) свищевого хода.

Объективно: зуб разрушен или под пломбой, изменен в цвете. Зондирование болезненно. Перкуссия зуба и паль-

пация десны безболезненны. На слизистой оболочке в области «причинного» зуба ближе к переходной складке возможно наличие свищевого хода с разросшейся грануляционной тканью.

На рентгенограмме: в области верхушки корня очаг разрежения костной ткани с нечеткими границами в виде очагов пламени.

Лечение: раскрытие полости зуба, удаление некротизированных масс, инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов в 2 этапа (под контролем рентгеновского снимка):

I этап – после механической и медикаментозной обработки корневого канала на одну неделю следует оставить гуттаперчиво-кальциевые штифты или нетвердеющую пасту на основе гидроокиси кальция – $\text{Ca}(\text{OH})_2$: Endocal, Calasept, Calcisig, Calcipulpe, Calxyl;

II этап – окончательное пломбирование корневого канала, наложение прокладки, пломбы.

Проведение эндодонтического лечения временных зубов

1. Проведение местного обезболивания.

2. При раскрытии полости зуба нужно учитывать ее больший относительный размер при меньшей толщине и плотности твердых тканей, а также топографо-анатомические особенности пульповой полости в сравнении с постоянными зубами. Следует помнить о большой вариабельности корневых каналов временных зубов, значительном расхождении корней в молярах.

3. При определении рабочей длины зуба необходимо учитывать, что рабочая длина эндодонтического инструментария должна быть на 2 мм короче рентгенологической длины корневого канала.

4. Инструментальную обработку каналов во временных зубах надо проводить с особой осторожностью ввиду тонких стенок канала, меньшей степени минерализации дентина и широкого верхушечного отверстия и возможного повреждения зачатка постоянного зуба.

5. Ирригацию канала осуществляют без давления ввиду возможного проталкивания раствора через широкое апи-

кальное отверстие. В качестве раствора для промывания канала можно использовать стерильный изотонический раствор натрия хлорида, натрия гипохлорида, растворы на основе ЭДТА.

6. Обтурирующие материалы, применяемые для лечения временных зубов, должны быть не токсичными по отношению к зачатку постоянного зуба и рассасываться вместе с корнем. Следует применять пасты: нетвердеющие (цинкоксид-эвгеноловую, йодоформную) и мумифицирующие, материалы на основе гидроксида кальция. Пломбирование широких каналов во фронтальных зубах начинают с введения жидкой пасты по стенкам, затем с помощью плаггера или амальгамового конденсора вводят материал более плотной консистенции.

Проведение эндодонтического лечения постоянных зубов с несформированным корнем

1. Проведение местного обезболивания.
2. Раскрытие полости производят более широко, чем в сформированных зубах, учитывая ее больший объем, меньшую толщину и плотность стенок.
3. Рабочая длина соответствует длине сформированной части корня.
4. Ирригация канала затруднена из-за его обратного сужения и должна проводиться осторожно.
5. Очищение канала осуществляют осторожно, путем тщательного промывания и обработки стенок файлами средних размеров с затупленным концом.
6. Нетвердеющий эндодонтический пломбировочный материал (на основе гидроксида кальция — $\text{Ca}(\text{OH})_2$) можно вносить в канал с помощью плаггера, амальгамтрегера, каналонаполнителя или шприца; в процессе введения пасты игла движется по направлению к устью канала. После обтурации на введенную пасту оказывают легкое давление бумажным шариком.
7. При пульпите через каждые 3 месяца осуществляется замена эндодонтического материала (нетвердеющая паста на основе гидроксида кальция — $\text{Ca}(\text{OH})_2$). При этом пломбирование проводится до сформировавшейся части корня (рентгенологический контроль — через каждые 6 месяцев). Замену эндодонтического материала проводят до полного формиро-

вания корней (полного роста корней в длину, утолщения стенок корневого канала и закрытия апикального отверстия).

8. При периодонтите также проводят замену эндодонтического материала через каждые 3 месяца до образования перекорня остецементного барьера (при незавершенном его росте в длину). Рентгенологический контроль проводят через каждые 6 месяцев.

9. Окончательное эндодонтическое лечение проводят после образования остецементного барьера при периодонтите или полного формирования корней при пульпите.

ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННЫЕ ВИРУСОМ ГЕРПЕСА (V00 по МКБ-10)

Острый герпетический стоматит (легкой степени)

Жалобы на боли в полости рта, кровоточивость десен, повышение температуры до 37,5 °С.

Объективно: лицо симметричное, регионарные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с подлежащими тканями. Кожные покровы, красная кайма губ и углы рта без видимых изменений. Слизистая оболочка полости рта, передних небных дужек, миндалин и задней стенки глотки бледно-розового цвета, на которой отмечаются единичные афты (до 5), резко болезненные при пальпации и покрытые сероватым фибринозным налетом, при снятии которого обнажается эрозивная некровотокающая поверхность. Маргинальная десна гиперемирована и отечна, кровоточивость 2-й степени, РМА $\geq 80\%$. Изменения в формуле крови, как правило, не выявляются, иногда, лишь к концу болезни, обнаруживается незначительный лимфоцитоз.

Лечение: в период развития болезни — комплексное лечение с применением противовирусной местной и общей терапии, в период эпителизации — комплексное лечение с применением кератопластиков и пробиотиков.

Острый герпетический стоматит (среднетяжелой степени)

Жалобы на боли в полости рта, кровоточивость десен, головную боль, тошноту, повышение температуры тела до 39 °С, плаксивость, отказ от еды, плохой сон.

Объективно: лицо симметричное, подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Кожные покровы бледные с возможным наличием афт, при пальпации которых отмечается резкая болезненность. Красная кайма губ и углов рта слегка гиперемирована и отечна и нередко сопровождается проявлением хейлита и наличием афт. Слизистая оболочка полости рта, передних небных дужек, миндалин и задней стенки глотки несколько гиперемирована и отечна. Слюна вязкая, тягучая. Имеется множество афт (обычно от 10 до 25), резко болезненных при пальпации, покрытых сероватым фибринозным налетом, при снятии которого обнаруживается эрозивная некротоочащая поверхность. Маргинальная десна гиперемирована и отечна, кровоточивость 3-й степени, РМА $\geq 80\%$. При лабораторном исследовании обнаруживаются повышение СОЭ, нередко лейкопения, иногда незначительный лейкоцитоз и значительное увеличение числа лимфоцитов.

Лечение: в период развития болезни — комплексное лечение с применением противовирусной местной и общей терапии, в период эпителизации — комплексное лечение с применением кератопластиков и пробиотиков.

Острый герпетический стоматит (тяжелой степени)

Жалобы на боли в полости рта, кровоточивость десен, гнилостный запах изо рта, обильное слюноотделение, возможно с примесью крови; головную боль, тошноту, повышение температуры тела до 39°C , кожно-мышечную гиперестезию, покашливание, отказ от еды, плохой сон, плаксивость. Нередко у детей могут отмечаться судороги и диспептические расстройства.

Объективно: лицо симметричное, подчелюстные и шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Кожные покровы (приротовая область, кожа век, мочки ушей, пальцы рук, кожа груди) бледные с наличием афт, при пальпации которых отмечается резкая болезненность. Конъюнктивы глаз гиперемированы с возможным наличием афт. На фоне выраженной гиперемии в области красной каймы губ и углов рта отмечаются яркие, запекшиеся афты с легко отходящей корочкой. Слизистая оболочка носа

гиперемирована и отечна, с характерными выделениями с прожилками крови, иногда с носовыми кровотечениями. Слизистая оболочка полости рта, передних небных дужек, миндалин и задней стенки глотки резко гиперемирована и отечна. Отмечаются выраженное воспаление маргинальной десны, кровоточивость 3-й степени, РМА $\geq 80\%$. Слюна вязкая, тягучая, с возможной примесью крови. Отмечается наличие до 100 афт, которые часто группируются и образуют обширные участки некроза с неровными контурами, при пальпации резко болезненные.

При лабораторном исследовании обнаруживаются лейкопения, сдвиг формулы влево, эозинофилия, единичные плазматические клетки, юные формы нейтрофилов, в том числе зернистых.

Вкладыш к медицинской карте стоматологического больного с диагнозом острого герпетического стоматита

«___» _____ 20__ года. Страховой полис _____

Ф.И.О. _____ Дата рождения _____ Адрес _____

Паспорт (свид. о рожд.) _____ Шк./кл. _____

Тел. дом. _____ Тел. сот. _____ Тел. род. _____

Ф.И.О. родителей _____

1	Возраст	
2	Пол (м., ж.)	
Анамнез жизни		
3	Характер питания (1 – рациональное, 2 – нерациональное)	
4	Нахождение в закрытом помещении (1 – да, 2 – нет)	
5	Наличие хронической соматической патологии (1 – да, 2 – нет)	
6	Наличие стрессорных воздействий (1 – да, 2 – нет)	
7	Аллергия (1 – да, 2 – нет)	
8	Наличие оперативных вмешательств (1 – да, 2 – нет)	
9	Частые ОРВИ (1 – да, 2 – нет)	
10	Проводилось ли лечение антибиотиками (1 – да, 2 – нет)	

Продолжение вкладаша

11	Часто ли было назначение антибиотиков (1 – да, 2 – нет)	
12	Проводилось ли лечение гормонотерапией или нестероидными противовоспалительными препаратами (1 – да, 2 – нет)	
13	Имеются ли в анамнезе заболевания ЖКТ (1 – да, 2 – нет)	
14	Имеется ли в анамнезе вегетососудистая дистония (1 – да, 2 – нет)	
Анамнез стоматологического заболевания		
15	Лечился ли ранее по поводу данного заболевания (1 – да, 2 – нет)	
16	Проводилось ли самолечение до обращения к врачу (1 – да, 2 – нет)	
Данные объективного исследования		
17	Температура (1 – до 37,5 °С, 2 – 37,5–38,5,3 °С, 3 – больше 38,5 °С)	
18	Имеются ли признаки острого инфекционного заболевания (1 – да, 2 – нет)	
19	Имеются ли признаки интоксикации (1 – да, 2 – нет)	
20	Имеются ли в полости рта афты (1 – да, 2 – нет)	
21	Стадия развития афты (1 – афта в острый период, 2 – эпителизирующаяся афта)	
22	Имеются ли афты на коже (1 – да, 2 – нет)	
23	Количество афт (1 – до 10, 2 – от 10 до 30, 3 – больше 30)	
24	Острый генерализованный катаральный гингивит (1 – да, 2 – нет)	
25	Кровоточивость (1 – да, 2 – нет)	
Микробиологическое исследование полости рта (кол-во в единицах)		
26	Пиогенный стрептококк (В)	
27	Пневмококк	
28	Зеленящий стрептококк	
29	Бифидобактерии	
30	Молочнокислый стрептококк	

Продолжение вкладаша

31	Лактобактерии	
32	Энтерококки	
33	E. Coli типичные	
34	E. Coli лактозонегативные	
35	E. Coli гемолитические	
36	Другие УПБ	
37	Стафилококк золотистый	
38	Стафилококк (S. epidermidis, S. saprophyticus)	
39	Грибы Candida	
40	Неферментирующие бактерии (Pseudomonas, Acinetobacter)	

Лечение: в период развития болезни – комплексное лечение с применением противовирусной местной и общей терапии, в период эпителизации – комплексное лечение с применением кератопластиков и пробиотиков.

Методика лечения острого герпетического стоматита

При лечении острого герпетического стоматита (ОГС) у детей рекомендуется использовать различные лекарственные препараты, которые следует назначать в соответствии с клинической картиной заболевания и установленным диагнозом, особенностями аллергологического и иммунного статуса ребенка, а также с рекомендациями фирм – производителей используемых препаратов.

1. Аппликационное обезболивание слизистой оболочки полости рта с целью уменьшения боли при дотрагивания до афт, при этом не следует применять препараты в виде аэрозолей.

2. Антисептическая обработка с целью освобождения слизистой оболочки от налета. Не рекомендуется промывать слизистую оболочку, так как это приводит к вымыванию естественных факторов иммунитета. Нельзя применять сильнодействующие, раздражающие и прижигающие средства.

3. В стадии клинических проявлений местная терапия должна включать в себя:

– обезболивание (камистад-гель, анестезин на персиковом масле, лидокаин – 2,5–5% мазь или 10% аэрозоль);

- антисептики группы окислителей (калия перманганат, перекись водорода) и нитрофуранового ряда («Фурацилин»), катионные детергенты («Мирамистин», «Хлоргексидин»);
 - противовирусные мази – 0,25% оксолиновая, 0,25% теброфеновая, 2% алпизариновая, 0,5% флореналева, 1% бонафтоновая.
4. В стадии эпителизации рекомендуется использовать:
- кератопластические препараты – масляный раствор витамина А, «Каротолин», «Винизоль», «Полиминерол», «Олазоль», «Аэкол», а у детей, склонных к обильному слюноотделению, – масло шиповника.
5. В зависимости от тяжести заболевания и возраста ребенка назначается симптоматическая и общая противовирусная терапия с использованием:
- противовирусных препаратов – «Фамвир», «Панцикло-вир», «Фоскарнет», «Зидовудин», «Ацикловир» и др.;
 - адаптогенов и иммуномодуляторов – растворы лимонника, элеутерококка, заманихи, розеолы розовой, эхинацеи, «Циклоферон», «Полиоксидоний» и др.;
 - поливитаминов – «Центрум детский», «Поливитбэби», «Пиковит», «Киндербиовиталь-гель» и др.;
 - пробиотиков («Линекс», «Бифидумбактерин форте», «Хилак форте», «Бифиформ» и др.).
6. Проведение противоэпидемиологических мероприятий в домашних условиях, соблюдение постельного режима.
7. На всех стадиях развития ОГС необходимо соблюдать строгую диету с употреблением нераздражающей пищи (овсяной каши, киселей, незрелых бананов и др.), с исключением кислых, сладких, соленых, острых и пряных продуктов, и обильное питье.
8. В случаях ухудшения общего состояния ребенка при тяжелых формах ОГС рекомендована госпитализация.

КАНДИДОЗНЫЙ СТОМАТИТ (В37.0 по МКБ-10)

Острый псевдомембранозный кандидозный стоматит (В37.0 по МКБ-10)

Жалобы: ребенок отказывается от еды, плохо спит, в полости рта – наличие творожистого налета.

Объективно: слизистая оболочка полости рта гиперемирована и отечна. На спинке языка, слизистых оболочках щек, неба, губ имеется творожистый налет, при удалении которого обнажается болезненная, кровоточащая, эрозивная поверхность.

Лечение: для создания щелочной среды в полости рта и препятствия размножению грибов проводят промывание 2–4% раствором пищевой соды, возможно использование иодиола, анилиновых красителей на водной основе (1% метиленовая синь, 1% бриллиантовая зелень), жидкости для обработки полости рта «Кандид» (1% клотримазол). Соблюдение санитарно-гигиенического режима.

ГИНГИВИТ И БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА (K05 по МКБ-10)

Острый генерализованный катаральный гингивит (K05.0 по МКБ-10)

Жалобы на боль, зуд в полости рта, самопроизвольную кровоточивость десневого края.

Объективно: слизистая оболочка десневого края резко гиперемирована и отечна, кровоточивость 3-й степени. Индекс РМА >80%.

Вкладыш к медицинской карте стоматологического больного с диагнозом гингивита и пародонтита

«__» _____ 20__ года. Страховой полис _____
 Ф.И.О. _____ Дата рождения _____ Адрес _____
 Паспорт (свид. о рожд.) _____ Шк./кл. _____
 Тел. дом. _____ Тел. сот. _____ Тел. род. _____
 Ф.И.О. родителей _____

1	Возраст	
2	Пол (м., ж.)	
3	Национальность	
4	Группа здоровья (1, 2, 3)	
5	Группа крови (1, 2, 3, 4)	
6	Резус-фактор (+, -)	
Анамнез жизни		
7	Какой ребенок в семье	

Продолжение вкладаша

8	Тип вскармливания (1 – грудное, 2 – смешанное, 3 – искусственное)	
9	Занятия в спортивных секциях (1 – да, 2 – нет)	
10	Наличие соматической патологии (1 – да, 2 – нет)	
11	Частые ОРВИ (1 – да, 2 – нет)	
12	Наличие стрессорных воздействий (1 – да, 2 – нет)	
13	Наличие оперативных вмешательств (1 – да, 2 – нет)	
14	Аллергия (1 – да, 2 – нет)	
15	Вредные привычки (1 – да, 2 – нет)	
16	Социальные условия (1 – хорошие, 2 – плохие)	
17	Успеваемость (1 – хорошая, 2 – плохая)	
Анамнез стоматологического заболевания		
18	Лечился ли ранее по поводу заболевания пародонта (1 – да, 2 – нет)	
19	Было ли улучшение (1 – да, продолжительное, 2 – непродолжительное, 3 – не было)	
Объективное исследование		
20	Состояние жевательных мышц (1 – норма, 2 – тонус повышен, 3 – спазм, 4 – бруксизм)	
21	Уздечки верхней и нижней губы, языка (1 – средние, 2 – сильные, 3 – слабые)	
22	Глубина преддверия полости рта (1 – мелкое, 2 – среднее, 3 – глубокое)	
23	Индекс КПУ (балл)	
24	Индекс ОНІ-S (балл)	
25	Индекс СРІТN (0, 1, 2, 3)	
26	Индекс РМА (%)	
27	Степень кровоточивости (0, 1, 2, 3)	
28	Состояние десневых сосочков (1 – норма, 2 – анемичны, 3 – цианотичны, 4 – гиперемированы, 5 – отечны, 6 – атрофичны, 7 – гипертрофированы, 8 – отслаиваются от шеек зубов)	

Продолжение вкладки

29	Наличие ПК (1 – нет, 2 – есть)	
30	Глубина ПК (мм)	
31	Резорбция (мм)	

Пародонтологический диагноз _____

Лечение: при детских инфекциях и соматических заболеваниях рекомендуется общее лечение у педиатра. Местно – проведение симптоматического лечения.

Хронический генерализованный катаральный гингивит (К.05.1 по МКБ-10)

Жалобы слабо выражены.

Объективно: слизистая оболочка десневого края цианотична, утолщена. Ограниченные очаги десквамации. Индекс РМА положителен.

Лечение: при наличии соматических заболеваний рекомендуются общее лечение у педиатра и консультация ортодонта. Местно – проведение симптоматического лечения.

Гипертрофический гингивит (К05.1 по МКБ-10)

Жалобы на косметическую неудовлетворенность, кровоточивость при приеме пищи.

Объективно: слизистая оболочка десневого края утолщена, десневые сосочки гипертрофированы и отечны, отстают от шеек зубов и перекрывают коронки зубов на 1/2 их длины. Ложные пародонтальные карманы без нарушения зубодесневого прикрепления в области определенных групп зубов. Кровоточивость 2-й степени. Индекс РМА положителен.

Лечение должно включать обучение индивидуальной гигиене полости рта с использованием современных основных и вспомогательных средств гигиены, осуществление профессиональной гигиены полости рта, устранение вторичной деформации и проведение мероприятий по нормализации окклюзии.

При осуществлении профессиональной гигиены полости рта возможно использование метода миниинвазивной тера-

**Вкладыш к медицинской карте стоматологического больного
с диагнозом гипертрофического гингивита**

«___» _____ 20__ года. Страховой полис _____
 Ф.И.О. _____ Дата рождения _____ Адрес _____
 Паспорт (свид. о рожд.) _____ Шк./кл. _____
 Тел. дом. _____ Тел. сот. _____ Тел. род. _____
 Ф.И.О. родителей _____

1	Возраст	
2	Пол (м., ж.)	
3	Menarche (лет)	
4	Регулярность mensis (1 – регулярны, 2 – не регулярны)	
5	Наличие соматической патологии (1 – нет, 2 – да)	
6	Аллергия (1 – нет, 2 – да)	
7	Дополнительные нагрузки (1 – нет, 2 – занятия спортом, 3 – художественная школа, 4 – музыкальная школа, 5 – прочие)	
8	Социальные условия (1 – хорошие, 2 – плохие)	
Данные объективного исследования		
9	Степень кровоточивости (0, 1, 2, 3)	
10	Наличие привычки сосания (1 – нет, 2 – пальцев, 3 – губ, щек, предметов, 4 – языка)	
11	Глубина преддверия полости рта (1 – мелкое, 2 – среднее, 3 – глубокое)	
12	Уздечки верхней и нижней губы, языка (1 – средние, 2 – сильные, 3 – слабые)	
13	Наличие тяжей (1 – нет, 2 – да)	
14	Степень подвижности зубов (1, 2, 3)	
15	Состояние прикуса (1 – ортогнатический, 2 – дистальный, 3 – мезиальный, 4 – перекрестный, 5 – глубокий, 6 – открытый, 7 – тесное положение зубов, 8 – диастемы и тремы, 9 – аномалии положения отдельных зубов)	
16	Окклюзионная перегрузка зубов (1 – нет, 2 – да)	
17	Съемные ортодонтические аппараты (1 – нет, 2 – да)	
18	Несъемные ортодонтические аппараты (1 – нет, 2 – да)	

Продолжение вкладаша

19	Наличие хронической механической травмы (1 – нет, 2 – да)	
20	Наличие зафиксированных неправильно протекающих функций (1 – нет, 2 – нарушение жевания, 3 – неправильное глотание и привычка давления языком на зубы, 4 – ротовое дыхание, 5 – неправильная речевая артикуляция)	
21	Наличие пародонтального кармана (1 – нет, 2 – истинные, 3 – ложные)	
22	Индекс CRITN (0, 1, 2, 3)	
23	Индекс ONI-S (балл)	
24	Индекс PMA (%)	
25	Индекс GI (степени тяжести 0, I, II, III)	
26	Индекс кровоточивости сосочков PVI (I, II, III, IV)	
Статус гипертрофии		
27	Цвет десневых сосочков (1 – норма, 2 – цианотичны, 3 – гиперемированы)	
28	Состояние десневых сосочков (1 – норма, 2 – гипертрофированы, 3 – отслаиваются от шеек зубов, 4 – атрофичны)	
29	Форма десневого сосочка (1 – норма, 2 – усеченный, 3 – гипертрофированный)	
30	Формы гипертрофии (1 – отечная, 2 – фиброзная)	
31	Степень гипертрофии (1, 2, 3)	
32	Локализация гипертрофии в зависимости от сегмента (1–6)	
33	Локализация гипертрофии в зависимости от поверхности зуба (1 – вестибулярная, 2 – оральная, 3 – межзубная)	
34	Анатомическая высота коронки зуба – расстояние от эмалево-цементной границы до режущего края (мм)	
35	Клиническая высота коронки зуба – расстояние от десневого края до режущего края (мм)	
36	Глубина зондирования зубодесневой борозды – расстояние от края десны до наиболее апикальной точки дна зубодесневой борозды (мм)	

пии ультразвуковой системой Vector, которая способствует достижению выраженного противовоспалительного эффекта, обладает антибактериальным, противовирусным, фунгицидным, антиэкссудативным действием.

Работа с Vector-системой проводится только после этапа профессиональной гигиены. Однако данную систему можно использовать и на начальном этапе, имея в своем арсенале скайлер. Одновременно все поверхности зуба полируются специальными суспензиями Vector Fluid Polish, содержащими частицы гидроксиапатита. Обработка маргинальной десны в области всех зубов верхней и нижней челюстей ультразвуковой системой Vector, как правило, проводится в одно посещение. Так как инволюция патологического процесса при гипертрофическом гингивите у подростков происходит только после окончания всего пубертатного периода, профессиональную гигиену полости рта таким больным рекомендуется назначать один раз в три месяца.

При невозможности осуществления качественного терапевтического и ортодонтического лечения методом выбора может являться хирургическая коррекция гипертрофированной десны — гингивэктомия. При этом в протокол лечебных мероприятий следует включать:

- 1) инфильтрационную анестезию;
- 2) маркировку вестибулярной десны;
- 3) проведение непрерывного косоугольного разреза под углом 45° к прикрепленной десне;
- 4) высвобождение тканей у основания сосочков с отсечением их от межзубных участков;
- 5) обработку и полировку обнаженных поверхностей корней зубов;
- 6) коррекцию среза мягких тканей;
- 7) остановку кровотечения;
- 8) наложение повязки на 7—10 дней;
- 9) послеоперационный инструктаж пациента.

Язвенно-некротический гингивит (A69.10 по МКБ-10)

Жалобы на болезненность десен при приеме пищи и разговоре, неприятный запах изо рта, изменение цвета десны. Слабость, повышение температуры тела.

Объективно: бледность кожных покровов. Лимфатические подчелюстные и подбородочные узлы увеличены, болезненны при пальпации. Неприятный запах изо рта. Десневой край резко гиперемирован и отечен, по краю определяется некроз в виде серого налета. При дотрагивании – болезненность десны. Кровоточивость 3-й степени. Индекс РМА положителен.

Лечение: общее лечение по индивидуальной схеме после консультации педиатра с применением антипротозойных препаратов. Местно – проведение симптоматического лечения.

Ювенильный пародонтит

Жалобы на боли в полости рта, кровоточивость десен при чистке зубов и приеме пищи.

Объективно: десневой край гиперемирован и отечен, при прикосновении кровоточит, десневые сосочки бочкообразной конфигурации. Пародонтальные карманы до 4–5 мм в области симметрично расположенных центральных резцов и первых моляров. Индекс РМА положителен.

На рентгенограмме: прогрессирующая деструкция костных структур пародонта.

Лечение: общее лечение по индивидуальной схеме после консультации педиатра. Рекомендованы консультации ортодонта и хирурга-стоматолога. Местно – симптоматическое лечение с проведением кюретажа и медикаментозной обработки пародонтальных карманов, по показаниям – лоскутные операции.

Рецессия десны (K06.0 по МКБ-10)

Жалобы: у детей и подростков рецессия десны сопровождается гиперестезией зубов, а в более старшем возрасте на смену ей приходят пришеечные дефекты. В ряде случаев жалобы отсутствуют, и наличие тех или иных симптомов удастся выяснить только после целенаправленного опроса и дальнейшего объективного исследования.

Объективно: у детей и подростков с рецессией десны на вестибулярной поверхности зубов (чаще в области клыков) можно видеть валикообразные утолщения маргинальной десны – гирлянды McCoils, сопутствующие рецессии дес-

ны и сопровождающиеся гиперестезией. Со временем гирлянды исчезают, обнажая корень. При обострениях заболеваний пародонта, сопровождающихся воспалением, кровоточивостью, образованием пародонтальных карманов, при обильных зубных отложениях у пациентов встречаются щели Стильмана. Они представляют собой щелевидные образования, придающие зубчатость и рассеченность десневому краю. Длина щелей Стильмана колеблется от 1 до 6 мм и более. Они бывают простыми (идущими в одном направлении) и сложными (идущими сразу в нескольких направлениях).

Травматическая локализованная рецессия (K06.00 по МКБ-10) обычно диагностируется на вестибулярной поверхности единичных зубов (нижних резцов, верхнего клыка и премоляра). Величина ее незначительна (1–2 мм). Легко выявляются предрасполагающие факторы — анатомические аномалии в области одного сегмента. Как правило, травматическая локализованная рецессия десны встречается при хорошей гигиене полости рта.

Травматическая генерализованная рецессия (K06.01 по МКБ-10) встречается на вестибулярной поверхности ряда зубов (нижних резцов, верхнего клыка и премоляра). Величина рецессии незначительная, отмечаются гирлянды McCoils. Гигиена полости рта хорошая. Легко выявляются предрасполагающие факторы — анатомические аномалии в области более чем одного сегмента.

Симптоматическая локализованная рецессия (K06.00 по МКБ-10) наблюдается на любой поверхности одного из зубов. Если больной плохо соблюдает гигиену полости рта, то симптоматическая локализованная рецессия десны сочетается с гингивитом или пародонтитом, наличием зубного камня, кровоточивостью, отечностью и гиперемией десны. Часто причинами данной патологии являются предшествующее лечение кариеса, особенно в полостях II, IV, V классов по Блэку, неполноценное протезирование, хирургическое лечение пародонтита, ортодонтическое лечение или окклюзионная травма.

Симптоматическая генерализованная рецессия (K06.01 по МКБ-10) является одним из симптомов гингивита или па-

**Вкладыш к медицинской карте стоматологического больного
с диагнозом рецессии десны**

«___» _____ 20__ года. Страховой полис _____
 Ф.И.О. _____ Дата рождения _____ Адрес _____
 Паспорт (свид. о рожд.) _____ Шк./кл. _____
 Тел. дом. _____ Тел. сот. _____ Тел. род. _____
 Ф.И.О. родителей _____

1	Возраст	
2	Пол (м., ж.)	
3	Тип вскармливания (1 – грудное, 2 – смешанное, 3 – искусственное)	
4	Наличие соматической патологии (1 – да, 2 – нет)	
Данные объективного исследования		
5	Жевательные мышцы (1 – норма, 2 – тонус повышен, 3 – спазм, 4 – бруксизм)	
6	Глубина преддверия полости рта (1 – мелкое, 2 – среднее, 3 – глубокое)	
7	Уздечки верхней и нижней губы, языка (1 – средние, 2 – сильные, 3 – слабые)	
8	Наличие тяжей (1 – да, 2 – нет)	
9	Состояние десневых сосочков (1 – норма, 2 – анемичны, 3 – атрофичны, 4 – отслаиваются от шеек зубов)	
10	Состояние гигиены полости рта – индекс ОНІ-S (балл)	
11	Степень подвижности зубов (1, 2, 3)	
12	Окклюзионная перегрузка зубов (1 – да, 2 – нет)	
13	Площадь окклюзионных контактов (см ²)	
14	Состояние прикуса (1 – ортогнатический, 2 – дистальный, 3 – мезиальный, 4 – перекрестный, 5 – глубокий, 6 – открытый, 7 – тесное положение зубов, 8 – диастемы и тремы, 9 – аномалии положения зубов)	
15	Наличие хронической механической травмы (1 – да, 2 – нет)	
16	Наличие привычки сосания (1 – пальцев, 2 – губ, щек, предметов, 3 – языка, 4 – нет)	

Продолжение вкладаша

17	Наличие зафиксированных неправильно протекающих функций (1 – нарушение жевания, 2 – неправильное глотание и привычка давления языком на зубы, 3 – ротовое дыхание, 4 – неправильная речевая артикуляция, 5 – нет)	
18	Наличие зафиксированных рефлексов, определяющих неправильное положение частей тела в покое (1 – позы тела и нарушение осанки, 2 – положения нижней челюсти и языка в покое, 3 – нет)	
Статус рецессии		
19	Степень распространенности рецессии (по Миллеру) (I, II, III, IV)	
20	Фенотип десны (1 – тонкий, 2 – толстый)	
21	Глубина рецессии (мм)	
22	Ширина рецессии (мм)	
23	Зона прикрепленной кератинизированной десны	
24	Глубина зондирования зубодесневой борозды (мм)	
25	ИР по Stahl, Morris	
26	ИР по Леусу–Казенко	

родонтита, с сопутствующим остеопорозом костной ткани. Поражение локализуется у одной или нескольких групп зубов на вестибулярной, оральной поверхностях.

Этапы начального лечения рецессии десны:

- 1) обучение гигиене полости рта с проведением коррекции методики чистки зубов;
- 2) устранение местных раздражителей, профессиональная гигиена полости рта;
- 3) избирательное пришлифовывание;
- 4) хирургическая коррекция недостаточной ширины прикрепленной десны, высокого положения уздечек губ и языка, а также мелкого преддверия полости рта;
- 5) ортодонтическое лечение с устранением травматической окклюзии;

б) общее лечение (стимуляция процессов регенерации и общеукрепляющая терапия).

Этиотропная терапия рецессии десны:

- устранение микробного налета и предупреждение его образования;
- пломбирование кариозных полостей с восстановлением контактных пунктов;
- избирательное пришлифовывание зубов с целью выравнивания окклюзионной поверхности и устранения травматической окклюзии;
- устранение дефектов зубных рядов и коррекция некачественных ортопедических конструкций;
- исправление аномалий положения зубов и прикуса;
- устранение вредных привычек;
- лечение соответствующими специалистами имеющихся заболеваний органов и систем.

Патогенетическая терапия рецессии десны:

- воздействие на сосуды микроциркуляторного русла, улучшение обменных процессов, нормализация сосудисто-тканевой проницаемости;
- воздействие на патологический процесс в костной ткани альвеолярного отростка с целью стимуляции репаративного остеогенеза;
- устранение симптомов заболевания (лечение рецессии с учетом вида и степени тяжести, укрепление подвижных зубов и устранение дефектов зубных рядов);
- общеукрепляющее лечение (витамины, иммуностимуляторы и закаливание), направленное на повышение реактивности организма.

Этапы реабилитации рецессии десны:

- 1) профессиональная и индивидуальная гигиена полости рта;
- 2) контроль окклюзионной функции;
- 3) мотивация и инструктаж пациента;
- 4) соблюдение сбалансированного, рационального режима питания;

- 5) соблюдение режима труда и отдыха, ведение здорового образа жизни (закаливание организма и устранение вредных привычек).

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫЕ АНОМАЛИИ (K07 по МКБ-10)

Сужение верхней челюсти, небное положение 21 зуба

Жалобы на косметический недостаток.

Объективно: небное положение 21 зуба, его блокирование нижними зубами. Расстояние между 11 и 22 зубами – 8 мм; ширина 21 зуба – 10 мм; молярный индекс Пона – 56, премолярный – 74.

Лечение: расширение верхней челюсти; снятие блока нижних зубов; перемещение 21 зуба в зубной ряд.

Конструкция аппарата – верхнечелюстная пластинка с расширяющим винтом, протракционной пружиной под 21 зуб, с накусочными площадками в области боковых зубов.

Супраокклюзия 13 и 23 зубов

Жалобы на косметическую неудовлетворенность.

Объективно: 13, 23 зубы расположены щечно и выше окклюзионной плоскости. Расстояние между 14 и 12 зубами – 1 мм, а между 22 и 24 – 2 мм. Ширина 13 и 23 зубов – по 11 мм, ширина 14 и 24 – по 8,5 мм.

Лечение: удаление 14, 24 зубов, расширение верхней челюсти с целью создания места для клыков; перемещение 13, 23 зубов в зубной ряд.

Конструкция аппарата – верхнечелюстная пластинка с расширяющим винтом, рукообразными пружинами на 13, 23 зубы для их дистального перемещения и вестибулярной дугой с М-образными изгибами на губную поверхность 13 и 23 зубов.

АНОМАЛИИ СООТНОШЕНИЯ ЗУБНЫХ ДУГ (K07.2 по МКБ-10)

Дистальная окклюзия

Жалобы на косметическую неудовлетворенность.

Объективно: нарушение смыкания зубов в сагиттальном направлении за счет дистального расположения нижних зу-

бов по отношению к верхним, которому обычно сопутствуют изменения в трансверзальном и вертикальном направлениях.

Формы дистальной окклюзии: зубоальвеолярная, функциональная, скелетная (истинная), верхнечелюстная макрогнатия, нижнечелюстная микрогнатия.

Лечение: выбор конструкции ортодонтических аппаратов зависит от периода формирования прикуса и разновидности дистальной окклюзии. Однако есть мероприятия, являющиеся общими для лечения различных форм дистальной окклюзии:

- 1) устранение тормозящего влияния неправильно функционирующих мышц губ, щек, языка на рост и формирование челюстей;
- 2) нормализация функций зубочелюстной системы — дыхания, глотания, речи, жевания и, в первую очередь, закрывания рта;
- 3) исправление положения зубов, формы зубных рядов и прикуса;
- 4) стимулирование роста апикальных базисов зубных дуг в тех участках, где отмечается задержка их развития;
- 5) сдерживание роста верхней челюсти и стимулирование роста нижней челюсти.

Мезиальная окклюзия

Жалобы на косметическую неудовлетворенность.

Объективно: нарушение смыкания зубов в сагиттальном направлении за счет мезиального расположения нижних зубов по отношению к верхним, несоответствия величины и формы челюстей.

Формы мезиальной окклюзии: истинная, ложная (передняя, принужденная).

Лечение направлено на стимулирование роста верхней челюсти или задержку развития нижней челюсти и зависит от формы мезиальной окклюзии и возраста пациента. Любую форму мезиальной окклюзии необходимо выявлять как можно раньше и лечить, начиная с временного прикуса. Раннее лечение способствует правильному формированию лицевого скелета, височно-нижнечелюстных суставов, мышц и предупреждению артропатий.

Перекрестный прикус

Жалобы на косметическую неудовлетворенность.

Объективно: клиническая картина зависит от разновидности и формы перекрестного прикуса.

Разновидности перекрестного прикуса: зубоальвеолярный, гнатический, суставной. Формы перекрестного прикуса: буккальный, лингвальный, сочетанный (буккально-лингвальный).

При перекрестном прикусе нарушается форма лица, затруднены трансверзальные движения нижней челюсти. Некоторые больные жалуются на прикусывание щек, неправильное произнесение звуков вследствие несоответствия размеров зубных дуг. Нередко нарушается функция височно-нижнечелюстных суставов, особенно когда имеет место смещение нижней челюсти в сторону.

Лечение зависит от его разновидностей, причин развития, а также возраста пациента. В основном нормализуют ширину верхнего и нижнего зубных рядов путем одностороннего или двустороннего их расширения, сужения, установления нижней челюсти в правильное положение. Устранять перекрестный прикус необходимо как можно раньше во избежание асимметричного развития лицевого скелета и височно-нижнечелюстных суставов.

Открытый прикус (вертикальная резцовая дизокклюзия)

Жалобы на затрудненное откусывание пищи, косметическую неудовлетворенность.

Объективно: удлинение нижней трети лица, носогубные складки сглажены, верхняя губа укорочена, смыкание зубов затруднено, при смыкании губ выражен симптом «наперстка». Не смыкаются передние или передние и боковые зубы. Величина вертикальной щели различна как по вертикали, так и по горизонтали. Соотношение первых постоянных моляров бугорково-фиссурное.

Лечение зависит от периода формирования прикуса и клинико-морфологической разновидности открытого прикуса, величины и протяженности вертикальной щели. Необходимы раннее выявление и лечение открытого прикуса, так как в постоянном прикусе этот процесс более длительный и трудоемкий и не всегда дает положительный эффект.

Глубокий прикус (глубокая резцовая окклюзия, глубокая резцовая дизокклюзия)

Жалобы на косметическую неудовлетворенность, затрудненное пережевывание пищи.

Объективно: укорочение нижней трети лица, выраженность подбородочной складки, нижняя губа может быть вывернута кнаружи. Верхние фронтальные зубы перекрывают нижние более чем на одну треть, при этом происходит потеря режуще-бугоркового контакта. Соотношение первых постоянных моляров бугорково-фиссурное.

Формы глубокого прикуса: зубоальвеолярная; скелетная.

Лечение зависит от периода формирования прикуса, формы глубокого прикуса и причин, приведших к его формированию. Наиболее эффективно оно в периоды прорезывания молочных зубов, первых постоянных моляров, смены временных резцов постоянными, прорезывания вторых постоянных моляров. Лечение должно быть направлено на устранение причин, препятствующих зубоальвеолярному удлинению в области боковых зубов и разобщению их; создание препятствий для зубоальвеолярного удлинения в области передних зубов; исправление формы зубных дуг, положения отдельных зубов и их групп; проведение мероприятий по нормализации положения нижней челюсти и роста обеих челюстей.

**Магазин «Медицинская книга»
высылает наложенным платежом книги**



НОРМА ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Т.Б. Мёллер
288 с.
Обложка
Стандарт 14 экз.
Формат: 60×90/16 (140×210 мм)
ил.
2011 г.
ISBN: 978-5-98322-770-5

В иллюстрированном справочнике представлены нормальные значения при рентгенологических исследованиях, систематизируется подход врача к анализу рентгеновских снимков, предлагаются шаблоны заключений. Книга четко структурирована, снабжена иллюстрациями с обозначением основных измерений, необходимых для вынесения правильного заключения и постановки диагноза.

Книга предназначена рентгенологам, врачам различных специальностей, для которых анализ рентгенограмм входит в состав повседневной клинической практики, студентам медицинских вузов и факультетов.



ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ

С.Н. Терещенко, Н.Ф. Плавун, ред.
208 с.
Переплет
Стандарт 20 экз.
Формат: 60×90/16 (140×210 мм)
ил.
2011 г.
ISBN: 978-5-98322-777-4

Книга посвящена актуальной проблеме современной кардиологии – диагностике и лечению гипертонических кризов с позиции последних российских и международных рекомендаций.

Одним из самых сложных вопросов в изучении гипертонических кризов является тактика лечения. Учитывая неоднородность клинических проявлений и наличие различных патогенетических вариантов, гипертонические кризы требуют дифференцированного подхода к лечению этих пациентов. Именно с этой позиции изложен материал.

Книга предназначена для широкого круга врачей, клинических ординаторов, интернов, студентов.



МИГРЕНЬ

Патогенез, клиника, фармакотерапия
Руководство для врачей
А.В. Амелин, Ю.Д. Игнатов, А.А. Скоромец, А.Ю. Соколов
256 с.
Переплет
Стандарт 16 экз.
Формат: 60×90/16 (140×210 мм)
ил.
2011 г.
ISBN: 978-5-98322-764-4

В книге рассмотрены исторические и современные нейрофизиологические, нейрохимические и клинические аспекты мигрени. Проанализированы основные проблемы диагностики мигрени и других острых и хронических головных болей. Обсуждены причины гипердиагностики симптоматических головных болей и необоснованного применения некоторых методов инструментальной диагностики. На основе международных исследований и собственного опыта проведен сравнительный анализ эффективности и безопасности лекарственных средств, используемых при лечении мигрени, сформулированы рекомендации по их рациональному выбору.

Книга предназначена для неврологов, терапевтов, клинических фармакологов, нейрофизиологов.



ТОКСИКОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ

Учебник для студентов фармацевтических вузов и факультетов

Т.Х.Вергейчик

400 с.

Переплет

Стандарт 6 экз.

Формат: 70×100/16 (165×240 мм)

ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-780-4

Учебник составлен в соответствии с Государственным образовательным стандартом и программой по токсикологической химии для специальности 060108 «Фармация», утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2003 г. В учебнике представлены общие вопросы биохимической и аналитической токсикологии. Рассмотрены вопросы токсикокинетики, биотрансформации чужеродных соединений в организме человека и превращения их в трупе. Приведены характеристики объектов химико-токсикологического анализа и способы подготовки их к изолированию, современные методы изолирования чужеродных соединений из различных объектов и способы очистки получаемых вытяжек, теоретические основы и возможности использования современных и ранее применяемых методов анализа при химико-токсикологическом исследовании.

Для студентов фармацевтических вузов и фармацевтических факультетов.



ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА нервных болезней

Л.Р.Зенков, М.А.Ронкин

488 с.

Переплет

Стандарт 5 экз.

Формат: 60×84/8 (205×295 мм)

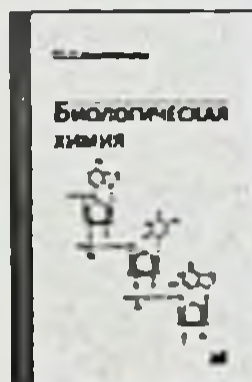
ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-772-9

В издании в систематическом виде представлены электрофизиологические, нейроанатомические и биофизические основы электроэнцефалографии, электронейромиографии, реоэнцефалографии, ультразвуковой диагностики сосудистых заболеваний нервной системы, эхоэнцефалографии и др. Даны методические указания по проведению исследований, описаны возможности их использования при многочисленных заболеваниях нервной системы.

Для врачей-неврологов, нейрохирургов, клинических нейрофизиологов, врачей функциональной диагностики.



БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ

Учебное пособие

Ю.К.Василенко

432 с.

Переплет

Стандарт 6 экз.

Формат: 60×90/16 (140×210 мм)

ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-775-0

В учебном пособии на современном уровне науки рассмотрены основные разделы биохимии – вопросы статической, динамической, функциональной и фармацевтической биохимии. Материал изложен в соответствии с программой по биологической химии и с учетом междисциплинарных связей этого предмета с другими дисциплинами. Особое внимание уделено медико-биологической и фармацевтической направленности материала, необходимой для изучения некоторых разделов практической фармации и медицины.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских и фармацевтических вузов.



ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ (вертеброневрология)

Я.Ю.Попелянский

672 с.

Переплет

Стандарт 2 экз.

Формат: 60×84/8 (190×280 мм)

ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-779-8

В руководстве представлены морфология и патология позвоночника, других отделов опорно-двигательного аппарата и механизмы управления им нервной системой, все известные синдромы (вертебральные и экстравертебральные: компрессионные, рефлекторные и миоадаптивные).

Книга предназначена для неврологов, ортопедов, нейрохирургов, ревматологов, мануальных и иглотерапевтов, врачей ЛОР, лучевой диагностики и других клинических специальностей.



УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Том 1. Акушерство

Э.Мерц

Пер. с англ.

720 с.

Переплет

Стандарт 2 экз.

Формат: 60×90/8 (225×290 мм)

ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-751-4

Данное издание является наиболее полным иллюстрированным руководством по ультразвуковой диагностике в акушерстве и гинекологии. Авторы постарались охватить все известные на сегодняшний день режимы УЗИ, но тем не менее основной акцент делается на наиболее доступных методиках, технике, глубоком анализе результатов. Результаты ультразвуковых исследований приводятся в тесной корреляции с клиническими и лабораторными данными, что значительно повышает ценность диагностической информации и формирует у врача клиническое мышление.

Первый том посвящен УЗИ в акушерстве. Рассматриваются ультразвуковые параметры матери и плода на разных сроках гестации, различные варианты патологии беременности. Отдельные главы посвящены ультразвуковой доплерографии и трехмерному УЗИ в режиме реального времени, ультразвуковой поддержке инвазивных диагностических и лечебных процедур. В приложении дается подробная справочная фетометрическая информация.

Книга предназначена для акушеров-гинекологов, специалистов по ультразвуковой диагностике женских консультаций и акушерских стационаров, студентов медицинских вузов и факультетов.



ЛАЗЕРЫ В ЭНДСКОПИИ

Н.Е.Чернеховская, А.В.Гейниц, О.В.Ловачева, А.В.Поваляев

144 с.

Обложка

Стандарт 16 экз.

Формат: 70×100/16 (165×240 мм)

ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-755-2

В работе освещены современные представления о принципах устройства медицинских лазеров и их влиянии на биологические ткани, применении лазеров в комплексном лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта и органов дыхания, при лапароскопических операциях, для удаления доброкачественных опухолей трахеобронхиального дерева и лечения стенозов полых органов, для флуоресцентной диагностики и фотодинамической терапии раннего рака желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева.

Рассчитано на эндоскопистов, хирургов, эндохирургов, фтизиатров, пульмонологов, терапевтов. В книге 140 рисунков, графиков и таблиц, библиография – 150 наименований.



ПРОПЕДЕВТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Учебное пособие

М. М. Соловьев

272 с.

Переплет

Стандарт 12 экз.

Цена опт. 450 руб.

Формат: 60×90/16 (140×210 мм)

ил.

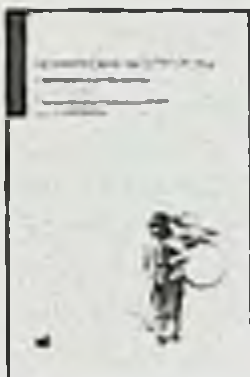
2011 г.

ISBN: 978-5-98322-759-0

Учебное пособие составлено в соответствии с учебной программой и учебным планом для студентов стоматологических факультетов. Оно дополняет сведения, содержащиеся в существующих учебниках по хирургической стоматологии, рекомендованных в РФ для студентов стоматологических факультетов. В частности, в нем приводится описание и излагается методика применения современных материалов, инструментов и аппаратов, используемых в хирургической стоматологии. В главе «Обследование больного» изложены принципы синдромального подхода к обследованию и диагностике заболеваний.

Особое внимание уделено изложению современного подхода к операции удаления зуба как хирургическому вмешательству, ориентированному на создание оптимальных условий для реабилитации жевательно-речевого аппарата путем традиционного протезирования и протезирования на имплантатах. С этих позиций изложены основы биомеханики операции удаления зуба, знание которых необходимо врачу для снижения травматичности подобного хирургического вмешательства, предупреждения возможных осложнений.

Для облегчения самоподготовки студентов к практическим занятиям и производственной практике пособие содержит более 200 рисунков.



ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А. Б. Смудевич, ред.

720 с.

Переплет

Стандарт 6 экз.

Формат: 60×90/16 (140×210 мм)

ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-756-9

Монография, выполненная в междисциплинарной традиции, предполагающей анализ проблем современной психосоматической медицины в клинических, психопатологических, психологических и эпидемиологических аспектах, раскрывает психосоматические соотношения при психических расстройствах, возникающих как в непосредственной связи с соматической патологией (сердечно-сосудистой, онкологической, дерматологической и др.), так и реализующихся в соматической сфере вне такой связи.

В работе представлены оригинальная психопатологическая модель и клиническая систематика психосоматических расстройств, приводятся данные о распространенности психических расстройств в общей медицине. Большое внимание уделяется вопросам дифференциальной диагностики, методам лечения, потребности в психофармакотерапии и совместимости психо- и соматотропных средств, а также организации помощи изученному контингенту.

Книга адресована широкому кругу медицинских работников, занятых как в сфере научной и преподавательской деятельности, так и в практическом здравоохранении: психиатрам, терапевтам, кардиологам, онкологам, дерматологам, а также врачам других специальностей, клиническим психологам, организаторам здравоохранения.

Издание может быть рекомендовано в качестве учебного пособия для слушателей системы последиplomного образования.



ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА. ГОЛОВНОЙ МОЗГ

К.Зартор
Пер. с англ.
320 с.
Обложка
Стандарт 10 экз.
Формат: 60×90/16 (140×210 мм)
ил.
2011 г.
ISBN: 978-5-98322-758-3

Книга открывает серию «Dx-Direct», посвященную визуализационным методам диагностики различных органов и систем. Все книги серии построены по единой схеме, которая предусматривает обзор важнейших заболеваний и патологических состояний с кратким описанием их этиологии, патогенеза и клинических проявлений, тактики лечения и прогноза. В каждом разделе подробно представлены визуализационные методы инструментальной диагностики (рентгеновское исследование, УЗИ, КТ, МРТ и т.п.), необходимые проекции и режимы для диагностики той или иной патологии, радиологические симптомы, дифференциальная диагностика.

Практическое руководство «Лучевая диагностика. Головной мозг» будет полезно врачам-рентгенологам, неврологам, а также студентам, клиническим ординаторам, аспирантам медицинских вузов и факультетов.

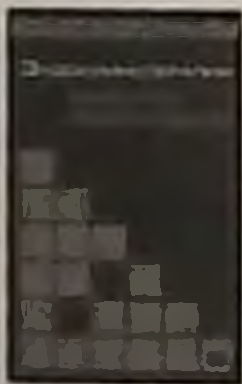


КЛИНИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ

с элементами эпилептологии
Л.Р.Зенков
356 с.
Обложка
Стандарт 12 экз.
Формат: 60×90/16 (140×210 мм)
ил.
2011 г.
ISBN: 978-5-98322-731-6

В книге в систематизированном виде представлены нейрофизиологические и биофизические основы электроэнцефалографии, дана методология анализа ЭЭГ и электроэнцефалографическая семиотика. Излагаются принципы клинической интерпретации ЭЭГ при неврологической патологии и основных заболеваниях ЦНС. Значительное место уделено эпилепсии и ее диагностике. Рассматриваются основные аспекты компьютерных методов анализа ЭЭГ, их возможности и адекватность применения в клинической практике.

Для клинических нейрофизиологов, невропатологов, психиатров, врачей функциональной диагностики, студентов, аспирантов и специалистов, занимающихся изучением функций мозга.



ЭНДОКРИНОТЕРАПИЯ РАННЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Руководство
В.Ф.Семиглазов, В.В.Семиглазов, Г.А.Дашян
96 с.
Обложка
Стандарт 40 экз.
Формат: 60×90/16 (140×210 мм)
ил.
2011 г.
ISBN: 978-5-98322-749-1

Книга посвящена применению гормональных препаратов в лечении рака молочной железы. Детально рассмотрены различные классы гормональных препаратов в адъювантной и неoadъювантной терапии рака молочной железы у женщин с различным репродуктивным статусом, результаты сравнительных исследований эндокринотерапии с химиотерапией и овариэктомией. В отдельном разделе приводятся актуальные клинические рекомендации ASCO по адъювантной эндокринотерапии.

Книга предназначена для врачей-онкологов, студентов и преподавателей медицинских вузов.



ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЦА

Под общ. ред. проф. В. Е. Сеницына
М. Телен, Р. Эрбел, К.-Ф. Крейтнер, Й. Баркхаузен

Пер. с нем.

408 с.

Переплет

Стандарт 6 экз.

Формат: 70×100/16 (165×240 мм)

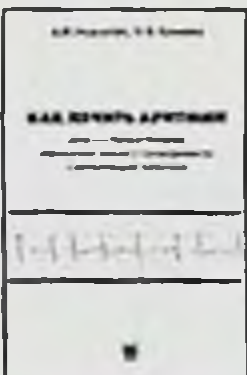
ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-754-5

В данном издании изложены основные аспекты современной лучевой кардиодиагностики. Оно разделено на две части: в первой представлены технические аспекты отдельных методов визуализации; во вторую вошли различные методы диагностики важнейших заболеваний сердца и магистральных сосудов. Все его разделы четко структурированы, прекрасно иллюстрированы и включают самый современный визуализационный материал.

Эта книга предназначена прежде всего для врачей-рентгенологов, но будет интересна и врачам других специальностей и студентам медицинских вузов, так как обстоятельно знакомит читателей с возможностями и ограничениями современных методов визуализации.



КАК ЛЕЧИТЬ АРИТМИИ

**Диагностика и терапия нарушений ритма и проводимости
в клинической практике**

А. В. Недоступ, О. В. Благова

368 с.

Обложка

Стандарт 16 экз.

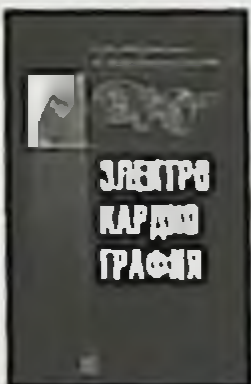
Формат: 84×108/32 (125×200 мм)

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-763-7

Монография посвящена в первую очередь вопросам современной диагностики и лечения основных видов нарушений ритма и проводимости в широкой клинической практике; особое внимание при этом уделяется возможностям установления этиологии аритмий и проведения этиотропного лечения; приводятся сведения не только об известных, но и о редких причинах нарушений ритма, в том числе о генетически детерминированных аритмогенных заболеваниях. Вопросы терапии излагаются с учетом как собственного опыта и оригинальных исследований авторов, так и принципов медицины, основанной на доказательствах. В конце глав приводятся результаты наиболее важных многоцентровых исследований, повлиявших на определение тактики лечения. Отдельно анализируются деонтологические проблемы и наиболее частые ошибки антиаритмической терапии, поскольку для врачей, не являющихся узкими специалистами в области аритмологии, проведение грамотной антиаритмической терапии нередко представляет большие сложности.

Для интернистов, кардиологов широкого профиля, в том числе начинающих, а также для специалистов в области терапевтической аритмологии.



ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ

В. В. Мурашко, А. В. Струтынский

320 с.

Обложка

Формат: 60×90/16 (140×250 мм)

Стандарт 12 экз.

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-735-4

В учебном пособии с современных позиций рассмотрены изменения электрокардиограммы при нарушениях функций автоматизма, возбудимости и проводимости, при гипертрофии предсердий и желудочков, а также при поражении миокарда различной этиологии.



ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА. СЕРДЦЕ

Под общ. ред. докт. мед. наук Р.Н.Хайруллина

Клаус Д.Клауссен

Пер. с англ.

320 с.

Обложка

Формат: 60×90/16 (140×210 мм)

Стандарт 6 экз.

ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-724-8

Книга входит в серию «Dx-Direct!», посвященную визуализационным методам диагностики различных органов и систем. Все книги серии построены по единой схеме, которая предусматривает обзор важнейших заболеваний и патологических состояний с кратким описанием их этиологии, патогенеза и клинических проявлений, тактики лечения и прогноза. В каждом разделе подробно представлены визуализационные методы инструментальной диагностики (рентгеновское исследование, УЗИ, КТ, МРТ и т.п.), необходимые проекции и режимы для диагностики той или иной патологии, радиологические симптомы, дифференциальная диагностика.

Практическое руководство «Лучевая диагностика. Сердце» будет полезно врачам-рентгенологам, кардиологам, а также студентам, клиническим ординаторам, аспирантам медицинских вузов и факультетов.



ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА. АРТЕРИИ И ВЕНЫ

Под общ. ред. Т.В.Алекперовой

Карл-Юрген Вольф Жарко Грозданович, Томас Альбрехт, Йенс О. Хайденрайх, Андреас Шиллинг, Франк Вакер

Пер. с англ.

320 с.

Обложка

Формат: 60×90/16 (140×210 мм)

Стандарт 12 экз.

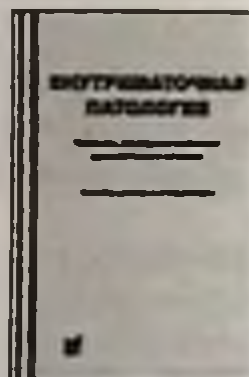
ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-725-5

Книга входит в серию «Dx-Direct!», посвященную визуализационным методам диагностики различных органов и систем. Все книги серии построены по единой схеме, которая предусматривает обзор важнейших заболеваний и патологических состояний с кратким описанием их этиологии, патогенеза и клинических проявлений, тактики лечения и прогноза. В каждом разделе подробно представлены визуализационные методы инструментальной диагностики (рентгеновское исследование, УЗИ, КТ, МРТ и т.п.), необходимые проекции и режимы для диагностики той или иной патологии, радиологические симптомы, дифференциальная диагностика.

Практическое руководство «Лучевая диагностика. Артерии и вены» будет полезно врачам-рентгенологам, нейрохирургам, сосудистым хирургам, флебологам, а также студентам, клиническим ординаторам, аспирантам медицинских вузов и факультетов.



ВНУТРИБРЮШНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Клиника, гистероскопическая диагностика и лечение

Под ред. Е.Б.Рудаковой

80 с.

Обложка

Формат: 60×90/16 (140×210 мм)

Стандарт 20 экз.

ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-717-0

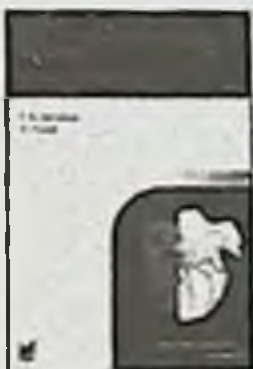
В предлагаемом учебно-методическом пособии использованы как данные источников литературы, так и собственный опыт авторов. Все микрофотографии выполнены авторами. Предназначено для врачей акушеров-гинекологов, интернов и клинических ординаторов.



АТЛАС ПО УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

П. Дубиле
Пер. с англ.
328 с.
Переплет
Формат: 70×100/16 (165×240 мм)
Стандарт 5 экз.
ил.
2011 г.
ISBN: 978-5-98322-734-7

В настоящем атласе авторы представили основные элементы эхографии, включая динамический аспект этого исследования, проводимого в режиме реального времени. Особый интерес представляет эта книга в связи с тем, что возможности эхографии для диагностики различной акушерской и гинекологической патологии имеют очень большое значение. С помощью эхографии можно выявить различную акушерскую патологию, что позволяет своевременно провести необходимые лечебные мероприятия во время беременности и в родах. Ультразвуковое исследование позволяет не только диагностировать разнообразную гинекологическую патологию, но также под контролем этого исследования проводить терапевтические мероприятия и хирургические вмешательства. Авторы считают, что этот атлас будет полезен и для клинической практики акушеров и гинекологов в качестве справочного руководства, и для учебного процесса как пособие для самостоятельного изучения предмета.



АТЛАС СЕКЦИОННОЙ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА на примере КТ- и МРТ-срезов

Том 2. Внутренние органы
Т.Б. Мёллер
Пер. с англ.
256 с.
Обложка
Формат: 60×90/16 (140×210 мм)
Стандарт 10 экз.
ил.
2011 г.
ISBN: 978-5-98322-743-9

Атлас содержит основные сведения о нормальной анатомии внутренних органов человека, позволяющие правильно интерпретировать результаты современных послойных методов визуализации – компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Сопоставление полученных послойных изображений с данными анатомии исследуемых срезов облегчает процесс диагностики.

Предназначен для специалистов, профессионально занимающихся компьютерной и магнитно-резонансной томографией, а также совершенствующихся в этой области.



ОСНОВЫ СЕМИОТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

А.В. Струтынский, А.П. Баранов, Г.Е. Ройтберг, Ю.П. Гапоненков
304 с.
Обложка
Формат: 70×100/16 (165×240 мм)
Стандарт 10 экз.
ил.
2011 г.
ISBN: 978-5-98322-746-0

Книга посвящена механизмам возникновения симптомов и синдромов заболеваний систем органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочеотделения и системы крови. Особое внимание уделено технике выполнения той или иной врачебной манипуляции, клинической трактовке получаемых результатов, а также наглядному их представлению с помощью многочисленных оригинальных иллюстраций, таблиц, схем, облегчающих овладение практическими навыками непосредственного обследования больного, понимание механизмов возникновения симптомов болезней.

Для студентов медицинских вузов.



ОНКОМАРКЕРЫ

Методы определения • Референтные значения • Интерпретация тестов

В.С.Камышников

128 с.

Обложка

Формат: 90×60/32 (140×95 мм)

Стандарт 80 экз.

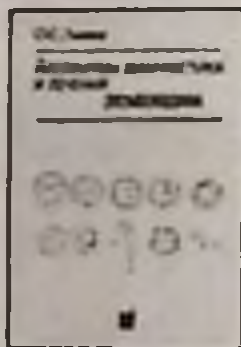
ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-730-9

Справочник содержит необходимые врачу и пациенту сведения об онкомаркерах и о возможностях, которые предоставляет их исследование как для раннего (доклинического) выявления онкологического заболевания, так и для повышения эффективности лечения больных со злокачественными заболеваниями. Также включает в себя общие представления об онкогенезе, онкомаркерах, методах и способах их оценки, конкретную информацию об основных онкомаркерах, используемых для ранней диагностики и мониторинга онкологических заболеваний, а также выдержки из Федеральных стандартов РФ, касающиеся протоколов лабораторных исследований онкологических больных.

Справочник рассчитан как на практических врачей всех специальностей, прежде всего онкологов, специалистов клинической лабораторной диагностики, так и на студентов медицинских вузов.



АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕМЕНЦИИ

О.С.Левин

192 с.

Обложка

Формат: 70×100/32 (115×160 мм)

Стандарт 20 экз.

ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-745-3

В данном издании в алгоритмизированной форме рассмотрены современные подходы к диагностике и лечению пациентов с деменцией. Материал представлен в соответствии с логикой диагностического и лечебного процесса: от скринингового когнитивного тестирования к развернутому клинико-нейропсихологическому исследованию, позволяющему уточнить синдромальный и нозологический диагноз и оптимально выстроить схему терапии. Подробно изложены методики краткого нейропсихологического тестирования, современные критерии диагностики основных заболеваний, приводящих к деменции, описаны принципы их дифференциальной диагностики. Рассмотрены проблемы формулирования диагноза и его кодирования в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра.

В качестве иллюстраций приведена серия клинических примеров.

Издание предназначено для неврологов, психиатров, психологов, геронтологов, всех врачей, оказывающих помощь пожилым пациентам, студентов медицинских вузов, может использоваться в системе последипломного образования врачей.



КРАНИАЛЬНАЯ ОСТЕОПАТИЯ: техника и протоколы лечения

А.Бертон

Пер. с франц.

184 с.

Переплет

Стандарт 12 экз.

Формат: 70×100/16 (165×240 мм)

ил.

2010 г.

ISBN: 978-5-98322-646-3

В данной книге приводятся техника и протоколы лечения основных видов краниальной патологии. Представлена информация о возникновении нарушений, основных факторах, влияющих на их развитие, систематизации краниальных структур и различных типах боли при их патологии.

Издание будет полезно для врачей-osteопатов, неврологов, а также врачей общей практики и студентов старших курсов медицинских вузов.



ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗУБОВ СВЕТОТВЕРЖДАЕМЫМИ КОМПОЗИТНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ

Практическое руководство для врачей стоматологов-терапевтов

И.М.Макеева, А.И.Николаев

368 с.

Переплет

Формат: 60×90/16 (140×210 мм)

Стандарт 10 экз.

ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-98322-720-0

Руководство посвящено эстетическим, медицинским и технологическим аспектам реставрации зубов светоотверждаемыми композитными материалами.

В книге подробно рассмотрены современные стоматологические реставрационные материалы и методики их клинического применения. Детально описаны технологические этапы эстетической реставрации зубов светоотверждаемыми композитами, особенности препарирования и пломбирования полостей различных классов. Отдельная глава посвящена наиболее типичным ошибкам и осложнениям при применении композитных материалов.

Издание рассчитано на практических врачей стоматологов-терапевтов, а также студентов стоматологических факультетов медицинских вузов, клинических ординаторов и врачей-интернов.

В книге 30 таблиц, 371 рисунок, библиография – 32 названия.



РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ В КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Под ред. Эдварда У.Оделла

Пер. с англ.

384 с.

Переплет

Формат: 70×100/16 (165×240 мм)

Стандарт 4 экз.

ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-91713-069-9

Книга построена по принципу разбора конкретных клинических ситуаций в виде ответов на вопросы, возникающие у врача в типовых ситуациях. Спектр примеров включает практически все разделы стоматологической практики: терапевтическую стоматологию, заболевания слизистой оболочки рта, пародонтологию, эндодонтию, ортопедию, детскую стоматологию и т.д. Каждая клиническая ситуация разбирается по единому плану, четко соответствующему алгоритму клинического ведения пациента: от первичного сбора анамнеза до финальной стадии лечения и последующего наблюдения. Все случаи содержат исчерпывающий иллюстративный материал.

Книга будет полезна широкому кругу врачей-стоматологов, может рассматриваться в качестве факультативного учебного пособия для студентов стоматологических вузов и факультетов, начинающих врачей.



ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В, С и D

Руководство для врачей

Д.Ш.Еналеева, В.Х.Фазылов, А.С.Созинов

464 с.

Обложка

Формат: 84×108/32 (125×200 мм)

Стандарт 8 экз.

ил.

2011 г.

ISBN: 978-5-85247-474-2

Книга предназначена для инфекционистов, гастроэнтерологов, врачей общей практики (семейных врачей), эпидемиологов, студентов старших курсов, интернов и ординаторов высших учебных медицинских заведений, а также для врачей различных специальностей, интересующихся современным состоянием проблемы вирусных гепатитов.

Для получения книг просим отправить заявку.

Количество и ассортимент книг не ограничиваются.

Почтовый адрес: 420088, г. Казань, а/я 73,

Интернет-магазин: www.med-knigi.ru

Электронная почта: erudit@med-knigi.ru

СХЕМЫ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Методические рекомендации

Корректор: *Г. М. Боровых*
Компьютерный набор и верстка: *Д. Р. Исхакова*
Дизайн обложки: *Д. Ю. Смыков*

Подписано в печать 17.10.2011. Формат 84×108/32.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Объем 3,5 п.л.
Гарнитура Ньютон. Тираж 3000 экз.
Заказ № Р-1804

ИП «Мухаммадиев М.Э.»
ОГРНИП 304166034200351
Россия, 420088, г. Казань, а/я 73.
E-mail: erudit@med-knigi.ru
www.med-knigi.ru

Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленного электронного оригинал-макета
в типографии филиала ОАО «ТАТМЕДИА»
«ПИК «Идел-Пресс».
420066, г. Казань, ул. Декабристов, 2.
E-mail: idelpress@mail.ru

188

188

188

188

188

188

188

188

188

188

188

188

188

188