Российский Университет Дружбы Народов

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний

Зав. Кафедрой профессор Булгаков В.С.

История болезни

Острый очаговый пульпит

Выполнила: студентка 3 курса

Группы МС 304

Мартиросян Наринэ

Преподователи: Верескова М.А.

Шаповалова С.В.

Москва 2011

1. Общие сведения

1. ФИО - С\*\*\* Елена Аркадиевна

. Возраст - 59 лет

. Адрес - г.Москва

4. Телефон

5. Профессия - учитель

2. Диагноз

Зуб 1.6 глубокий кариес (caries profunda)

Зуб 3.5 средний кариес (caries media)

Зуб 3.4 острый очаговый пульпит (pulpitis acuta focalis)

Зуб 3.7 обострение хронического гранулематозного периодонтита

(periodontitis chronic granulans)

Частичная вторичная адентия нижней челюсти (у пациента отсутствуют все зубы кроме 3.4, 3.5, 3.7, 4.4, 4.5 ).

3. Жалобы при поступлении

) Пациент жалуется на сильные боли, в области 3.4 зуба. Боль возникает от всех видов раздражителя, чаще от холодного. Также может возникать самопроизвольно, обычно в ночное время. Болевой приступ длиться 10-20 минут.

2) Жалоба на кратковременные боли от механических, химических и термических раздражителей на верхней челюсти в области 1ого моляра справа, проходящие после устранения раздражителей.

3) В области нижней челюсти, слева, пациент отмечала постоянные боли и отек мягких тканей.

4) Жалоба на эстетический дефект твердых тканей 3.5 зуба и на кратковременные незначительные боли, появляющиеся при употреблении холодной и горячей пищи.

5) Жалоба на отсутствие зубов на нижней челюсти, нарушение функций жевания, речи и эстетический недостаток.

4. Анамнез жизни/Anamnesis vitae

1. Перенесенные и сопутствующие заболевания - ОРВИ, детские инфекции: ветрянка, корь, краснуха. Год назад перенесла инфаркт миокарда. Наблюдается у кардиолога. По основному заболеванию находится в стадии компенсации. Выполняет все указания врача. Принимает "ТромбоАсс" по 1 таблетке 3 раза в день.

. Наличие таких заболеваний, как туберкулез, сифилис, ВИЧ инфекции, психические заболевания, сахарный диабет, злокачественные новообразования, алкоголизм отрицает.

. Со слов пациента, аллергии не имеет.

Бытовой анамнез:

Живет с мужем в собственном доме, условия жизни хорошие, питается регулярно 3 раза в день.

Гигиена полости рта удовлетворительная, чистит зубы 2 раза в день, утром и вечером. Использует различные дополнительные средства гигиены: флоссы, зубной эликсир, жевательную резинку.

Работает в средней общеобразовательной школе учителем истории. Условия труда хорошие. На вредном производстве никогда не работала.

Наличие вредных привычек: курение, алкоголизм, употребление наркотиков отрицает.

Анамнез заболевания/Anamnesis morbi

В области 34 зуба боль появилась вечером, день назад. Возник сильный приступ после холодного раздражителя. Боль продолжалась приблизительно около 30 минут. Далее был безболезненный промежуток около 3-4 часов и к ночному времени снова возникла сильная боль. Данный зуб около года назад был ранее лечен по поводу глубокого кариеса.

На нижней челюсти справа в области 5 зуба болевых ощущений не было и не имеется.

Зуб 37 был лечен 2 года назад по поводу осложненного кариеса, через некоторое время зуб периодически болел при приеме твердой пищи, было ощущение дискомфорта, пациент не обращался к стоматологу, так как был занят личными делами. Через некоторые время боль прекратилась. Несколько дней назад зуб снова заболел, появилась болезненность в области десны, отек, также болезненность при надкусывании.

В области 16 зуба иногда возникают болевые ощущения. Обычно при приеме пищи или при потреблении холодных и горячих напитков. Как только устраняется раздражитель, боль сразу же прекращается.

5. Настоящее состояние больного

Внешний осмотр

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Рост - 185 см. Вес - 67 кг. Температура тела - 36,6\*С. Степень развития подкожно-жировой клетчатки -умеренная. Цвет кожных покровов в норме, кожа эластичная. Сухости, сыпи, расчесов, кровоизлияний, припухлостей, шелушений и язв на коже не выявлено. В уголках рта трещины, язвы, корок, чешуек отсутствуют. Красная кайма губ без патологических изменений. Болевых ощущений в суставе пациент не ощущает. Состояние височно-нижнечелюстных суставов при открывании, закрывании полости рта и в покое в норме. Хруста и болезненности нет, движение сустава плавные. Степень открывания рта в норме (свободное на ширину 3х пальцев: указательного среднего и безымянного). Трети лица равны.\*

\*Измерение трех отделов лица:

) верхнего: между границей волосистой части на лбу и линией, соединяющей брови;

)среднего: между линией, проходящей от надбровных дуг и основанием носа;

) нижнего: между линией основания носа и нижней точкой подбородка.

Пальпация\*: регионарные лимфатические узлы (подчелюстные, подбородочные, шейные) не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации.

\* При пальпации подбородочных лимфатических узлов, пациент сидит прямо. Врач II и III пальцы подводит под тело нижней челюсти в области подбородка, пальпирует лимфатические узлы.

При пальпации передних и задних шейных лимфатических узлов, врач позади пациента. II,III,IV пальцами по переднему и заднему краю грудино-ключично-сосцевидных мышц, от сосцевидного отростка книзу к ключице.

При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов, пациент сидит прямо, подбородок подведен к груди. Врач впереди и справа от пациента, правой рукой фиксирует голову пациента. II,III,IV пальцами левой руки, подведя под тело нижней челюсти, пальпирует лимфатические узлы.

Точки Валле без болезненны (точки места выхода ветвей тройничного нерва:

I ветвь-(n.ophthalmicus)n.frontalis из foramen supraorbitalis;ветвь-(n.maxillaris)n.infraorbitalis из foramen infraorbitalis;ветвь-(n.mandibularis)n.mentalis из foramen mentalis.)

Осмотр полости рта

Осмотр преддверия полости рта.

Слизистая оболочка внутренне поверхности щек и губ бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических изменений. В области верхушки корня 37 зуба обнаруживается гиперемия и отек слизистой оболочки. Короткая уздечка нижней губы - 6 мм. Преддверие полости рта (расстояние от шейки зуба до переходной складки) - нормальное - 8 мм. Прикус - по ортогнатическому типу. Диастем, трем, и других аномалий в зубном ряду не обнаружено. В проекции 16 и 26 зуба определены протоки околоушных желез. Состояния устья выводных протоков в норме, патологические изменения отсутствуют. Секрет прозрачный, жидкий.

Осмотр собственно полости рта.

Слизистая оболочка мягкого и твердого неба, языка, дна полости рта и десны бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических изменений. Небные миндалины не увеличены, гнойных пробок в лакунах не выявлено. При массировании в области расположения желез образуется "слюнная лужица" на дне полости рта в течении нескольких секунд. Слюна прозрачная, жидкой консистенции. Язык имеет нормальную величину, чистый, увлажнен, налета нет, отпечатков зубов на боковых поверхностях языка не обнаружено, что свидетельствует об отсутствии отека. Кончик языка свободно достает до твердого неба. Уздечка языка в норме, без патологий.

Некариозных поражений твердых тканей зубов не обнаружено.

Форма и величина зубов соответствует конфигурации, типу лица. Зубной ряд верхней челюсти имеет форму полуэллипса, нижний - параболы.

На зубе 35 при зондировании обнаружена небольшая кариозная полость в пришеечной области зуба с вестибулярной стороны, заполненная рязмягченным дентином. Кариозная полость не сообщается с полостью зуба. Зондирование болезненно на эмалево-дентинном соединении. Перкуссия вертикальная и горизонтальная безболезненная.

При зондировании 16 зуба выявлена глубокая кариозная полость, которая локализуется на окклюзионной(жевательной) поверхности в пределах околопульпарного дентина. Дентин размягченный, зондирование болезненно по всему дну, резкая реакция на холодовой раздражитель, боль проходит сразу после устранения раздражителя. Перкуссия безболезненная.

На зубе 34 при зондировании выявлена на жевательной поверхности глубокая кариозная полость в пределах околопульпарного дентина, пульповая камера не вскрыта, зондирование резко болезненно по всему дну, перкуссия вертикальная и горизонтальная безболезненна.

Формула зубных рядов.



P - пульпит

С - кариес

PT - периодонтит

П - пломба

П/C - пломба и кариес

И - искусственный зуб

К - коронка

- нет зуба

R - корень

А - пародонтоз

I, II, III - степени подвижности зубов\*

\*Степени подвижности зубов.

I степень - смешение зуба в вестибулооральном направлении

II степень - смещение зуба в вестибулооральном и боковом направлении

III степень - смещение зуба в вестибульрном, боковом направлениях и по оси (вертикально).

Дополнительные методы обследования.

Была проведена электроодонтодиагностика (определение реакции нервных рецепторов пульпы на электрический ток), термодиагностика (реакция на температурные раздражители) и рентгенологическое исследование (прицельный снимок и ортопантомограмма) .

В 34 зубе возникают боли от температурных раздражителей, главным образом от горячего, не прекращающиеся после устранения действия раздражителя. Электровозбудимость пульпы снижена до 20 мкА. Данные рентгенографии: кариозная полость расположена на жевательной поверхности зуба, не сообщается с полостью зуба, корневые каналы достаточно проходимы, резорбция костной ткани, окружающей зуб, отсутствует.

В зубе 16 возникают кратковременные боли от температурных раздражителей, но при устранении раздражителя боль проходит. Реакция пульпы на электровозбудимость снижена до 10 мкА. На прицельном снимке видна деструкция твердой ткани.

Зуб 35 на температурные раздражители не реагирует. Пульпа зуба реагирует на ток с силой 4 мкА.

На ортопантомограмме в периапикальной области 37 зуба определяется круглый очаг разрежения костной ткани с четкими ровными границами.

6. Дифференциальный диагноз

I. Острый очаговый пульпит необходимо дифференцировать с:

- глубоким кариесом

острым диффузным пульпитом

хроническим фиброзным пульпитом

папиллитом

Дифференциальная диагностика острого очагового пульпита и глубокого кариеса.

Общее:

) боли от всех видов раздражителей, особенно от холодного;

) пациент точно указывает на больной зуб, иррадиация болей отсутствует;

) имеется глубокая кариозная полость, полость зуба в обоих случаях не вскрыта;

4) изменения в периапикальных тканях нет;

) болезненность при зондировании;

) перкуссия безболезненна.

Различия:

) при остром очаговом пульпите боли могут возникать от более слабых раздражителей и не проходят сразу после устранения причины. Часто имеют место самопроизвольные боли с длинными безболевыми промежутками;

) зондирование при остром очаговом пульпите резко болезненно в проекции воспаленного рога пульпы, а при глубоком кариесе менее интенсивная болезненность выявляется по дентино-эмалевой границе и всему дну кариозной полости.

Дифференциальная диагностика острого очагового и острого диффузного пульпитов.

Общее:

1) боли от всех видов раздражителей;

) самопроизвольные боли, особенно в ночное время;

) наличие глубокой кариозной полости;

) полость зуба не вскрыта

Различия:

) при остром очаговом пульпите боли чаще возникают от холодного, а при остром диффузном пульпите при переходе в гнойную стадию боли появляются преимущественно от горячего. Холод боль успокаивает;

2) при остром очаговом пульпите безболевые промежутки гораздо длиннее болевых, а при остром диффузном пульпите самопроизвольные боли длительные (до нескольких часов), а "светлые" промежутки короткие;

) острый очаговый пульпит существует не более 1-2 суток, а острый диффузный пульпит - до 14 суток;

)при остром очаговом пульпите иррадиация боли нет, а острый диффузный пульпит протекает с иррадиацией болей, поэтому пациент не может точно указать больной зуб;

) зондирование при остром очаговом пульпите болезненно в проекции воспалительного рога пульпы, при остром диффузном пульпите - по всему дну;

) перкуссия при остром очаговом пульпите безболезненна, при остром диффузном - болезненна;

) показатели ЭОД при остром очаговом пульпите - до 20 мкА, при остром диффузном - до 30-45 мкА.

Дифференциальная диагностика острого очагового и хронического фиброзного пульпитов.

Общее:

) длительные боли, возникающие от раздражителей, особенно от холодного;

2) зондирование дна кариозной полости болезненное в одной точке.

Различия:

) при остром очаговом пульпите возникает самопроизвольная боль, что не характерно для хронического фиброзного пульпита, при котором самопроизвольная боль может возникнуть только при обострении процесса воспаления пульпы;

) при остром очаговом пульпите (за исключением травматического) нет сообщения кариозной полости с пульповой камерой;

) показатели ЭОД при остром очаговом пульпите - до 20 мкА, а при хроническом фиброзном - до 35-40 мкА;

) из анемнеза при остром очаговом пульпите не выявляются самопроизвольные боли в прошлом, в отличии от хронического фибринозного пульпита

) острый очаговый пульпит существует 1 - 2 суток, а хронический фибринозный - до нескольких лет. Если пульпит обнаружен при профилактических осмотрах, то он, как правило, является в хронической форме.

Дифференцировка острого хронического пульпита и папиллита.

Острый очаговый пульпит необходимо дифференцировать с папиллитом, при котором всегда выявляется гиперемированный десневой сосочек, кровоточащий при легком зондировании. Показатели ЭОД рядом стоящих зубов в норме. При папиллите боли не связаны с температурными и химическими раздражителями. Они больше зависят от попадания пищи между зубов и механической травмы зубодесневого сосочка.

II. Средний кариес дифференцируют :

. С клиновидным дефектом, который локализуется у шейки зуба, имеет плотные стенки и характерную форму клина, протекает бессимптомно;

. С глубоким кариесом, для которого характерна более глубокая кариозная полость с нависающими краями, располагающаяся в пределах околопульпарного дентина, зондирование дна болезненно, механические, химические и температурные раздражители вызывают боль, быстро проходящую после устранения раздражителя. Перкуссия зуба безболезненна.

Для среднего кариеса характерна небольшая полость, расположенная в пределах собственного дентина. Дно и стенки полости плотные, зондирование болезненно по эмалево-дентинному соединению.

3. С хроническим верхушечным периодонтитом, который может протекать так же бессимптомно, как и средний кариес: отсутствие болезненных ощущений при зондировании по эмалево-дентинной границе, отсутствие реакции на температурные и химические раздражители. Препарирование кариозной полости при среднем кариесе болезненно, а при периодонтите нет, так как пульпа некротизированна. Пульпа зуба при среднем кариесе реагирует на ток силой 2-6 мкА, а при периодонтите - на ток силой более 100 мкА. На рентгенограмме при хроническом верхушечном периодонтите обнаруживается равномерное расширение периодонтальной щели, деструктивные изменения костной ткани в области проекции верхушки корня.

III. Глубокий кариес необходимо дифференцировать с:

- средним кариесом

- острым очаговым пульпитом

хроническим фиброзным пульпитом

Дифференциальная диагностика глубокого кариеса и острого очагового пульпита.

Общее:

) боли от всех видов раздражителей, особенно от холодного. Боли локальные;

2) имеется глубокая кариозная полость, полость зуба в обоих случаях не вскрыта;

) болезненность при зондировании;

) перкуссия безболезненная;

) изменения в периапикальных тканях нет.

Различия:

1) при глубоком кариесе, при устранении причины раздражителе, боль отступает, а при остром очаговом пульпите боль продолжительная, приступообразная и самопроизвольные, без воздействия внешних раздражителей;

) зондирование при остром очаговом пульпите резко болезненно в проекции воспаленного рога пульпы, а при глубоком кариесе менее интенсивная болезненность выявляется по дентино-эмалевой границе и всему дну кариозной полости.

Дифференциальная диагностика глубокого и среднего кариеса.

Общее:

) жалобы на боли от раздражителей, быстропроходящие после устранения причины;

) кариозная полость не сообщается с полостью зуба

) перкуссия безболезненна

Различия:

) глубина поражения (у глубокого кариеса кариозный процесс приводит к значительному разрушению дентина, а при среднем разрушается эмалево-дентинное соединение).

2) зондирование ( при среднем кариесе зондирование безболезненно по стенкам зуба, при глубоком - по дну полости).

Дифференциальная диагностика глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита.

Общее:

) жалобы на боли от всех видов раздражителей, особенно от температурных;

)боли при зондировании;

) наличие глубокой кариозной полости;

) перкуссия безболезненна.

Различия:

) при глубоком кариесе, при устранении причины раздражителе, боль отступает, при хроническом фиброзном пульпите более продолжительные боли, приступообразные и самопроизвольные, без воздействия внешних раздражителей;

) при глубоком кариесе, в отличии от хронического фиброзного пульпита, кариозная полость не сообщается с полостью зуба;

3) Показатели ЭОД при глубоком кариесе будут равны 10-12мкА, а при пульпите 15-60 мкА.

IV. Хронический гранулематозный периодонтит необходимо дифференцировать с:

- средним кариесом

хроническим гангренозным пульпитом

хроническим фиброзным пульпитом

Дифференциальная диагностика хронического гранулематозного периодонтита с средним кариесом.

Общее:

) наличие кариозной полости;

2) возможное отсутствие жалоб;

)зондирование дна кариозной полости и перкуссия безболезненны.

Различия:

) У кариеса ЭОД 2-6 мкА

) при периодонтите изменение цвета зуба

) температурные пробы выражены

)изменений на рентгенограмме нет

Дифференциальная диагностика хронического гранулематозного периодонтита с хроническим гангренозным пульпитом:

Общее:

-зуб изменен в цвете;

зуб имеет кариозную полость;

кариозная полость сообщается с полостью зуба;

реакция на холод не выражена;

на рентгенограмме в 30-50% случаев выявляется деструкция костной ткани альвеолы у верхушек корней зубов.

Различия:

боли от горячего;

зондирование устьев каналов безболезненное;

горячее усиливает болевые ощущения;

ЭОД- 60-80 мкА;

изменения на рентгенограмме выявляются в 30-50% случаев.

Дифференциальная диагностика хронического гранулематозного периодонтита с хроническим фиброзным пульпитом:

Общее:

боли в зубе могут отсутствовать;

зуб имеет кариозную полость;

Различия:

имеются боли от воздействия механических,температурных раздражителей;

зондирование дна кариозной полости резко болезненное,пульпа кровоточит;

перкуссия может быть слабо выражена;

ЭОД - 20-30 мкА;

болевой приступ возникает,постепенно нарастает и постепенно стихает.

7. План лечения

1) Зуб 34. Лечение острого очагового пульпита с помощью эндодонтического лечения.

2) Зуб 37. Удаление. (обострения хронического периодонтита с полным разрушение коронки зуба).

3) Зуб 16. Лечение глубокого кариеса.

4) Зуб 35. Лечение среднего кариеса.

5) Ортопедическое лечение на нижней челюсти. Изготовления частичного съемного пластиночного протеза.

8. Дневник

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Дневник |
| 13.02.2010 | Состояние пациента удовлетворительное. Жалоба на боль, от всех видов раздражителя, чаще от холодного. Проводим лечение 34 зуба диагноз: острый очаговый пульпит 3.4 зуба Проведена инфильтрационная анестезия\* раствором "Mepivastesin(ESPE) 3%" 1,8 ml (Данный анестетик без содержания вазоконстриктора). Шаровидным бором предельно широко раскрыта кариозная полость 34 зуба, произведена некрэктомия(иссечение омертвевших тканей). Вскрыта полость зуба, удалены нависающие края шаровидным бором. Будем производить витальную экстирпацию(полное удаление пульпы) пульпэкстрактором с использованием антисептического 2% раствора хлорамина. Для раскрытия устья корневого канала, используюем инструмент Largo. Определена рабочая длина корневого канала (1,7 см) - Apex Locator \*. Инструментальная обработка корневого канала методом "Step back"\* Проведена антисептическая обработка корневого канала раствором 2% хлорамина. Высушивание корневого канала с помощью бумажных штифтов. Пломбирование корневого канала\* пастой "Endomethazone ivory". Cделан контрольный рентгеновский снимок. Канал плотно и однородно обтурирован на всю длину канала. Постановка временной пломбы из водного дентина. Замешиваем водный дентин на шероховатой поверхности стекла в течении 30 секунд. С помощью гладилки вводим полость одной порцией, уплотняем, уплотняем и проводим моделирование пломбы. Временная пломба должна герметично закрывать полость. Рекомендация: не есть не пить в течении 2х часов. Явка 15.02.2010г \*\*\* \*Инфильтрационная анестезия При проведении инфильтрационной анестезии обезболивающий раствор вводят в переходную складку преддверия полости рта, где имеется подслизистый слой: на верхней челюсти - несколько выше проекции верхушек зубов, на нижней - несколько ниже ее,в нашем случае это верхняя челюсть. Перед анестезией проводят антисептическую обработку полости рта (полоскание слабыми растворами таких антисептиков, как раствор перманганата калия, фурацилина, хлоргексидина и др.). Место вкола обезболивают аппликационными анестетиками. Шпателем или стоматологическим зеркалом отодвигают мягкие ткани щеки или губы. Шприц держат тремя авльцами (I, II, III) правой руки, I палец должен свободно доставать до дистального конца поршня. Иглу вводят под углом 40-45 градусов к кости альвеолярного отростка под слизистую оболочку переходной складки. Скос иглы должен быть обращен к кости. Анестетик в количестве 1,5-2 мл вводят медленно, так как при быстром введении его происходит расслаивание тканей и повреждение мелких нервных стволов, что может вызвать болевые ощущения. Для проведения инфильтрационной анестезии с язычной стороны, раствор анестетика вводят в место перехода слизистой оболочки альвеолярной части, на подъязычную область, при этом достигается выключение периферических ветвей язычного нерва и обезболивание слизистой оболочки альвеолярной части с язычной стороны. \* Apex Locator - электронный прибор для определения длины корневого канала по изменению сопротивления электрическому току. Показывает длину канала в миллиметрах, показывает точку апекса. \*Техника "Step Back" 1этап - прохождение корневого канала и определение рабочей длины Корневой канал проходят до физиологического верхушечного отверстия тонкими К-римерами. Для определения рабочей длины делают "измерительную" рентгенограмму с введенным в канал эндодонтическим инструментом. Рабочая длина фиксируется на инструментах стопорными дисками. 2этап - формирование апикального упора Цель данного этапа - создание в области физиологической верхушки уступа, являющегося упором, предотвращающим выход гуттаперчи и эндогерметика за верхушечное отверстие в процессе пломбирования. Выполнение данного этапа начинается с К-файла того же номера, что и номер инструмента которым удалось пройти канал до апикального отверстия, и который заклинивается в канал на апикальном уровне (в нашем случае №10). К-файл вводят в канал вращательными движениями на рабочую длину, а затем пилящими движениями вверх-вниз обрабатывают стенки канала на рабочую длину. После извлечения инструмента канал промывают раствором антисептика. Затем аналогичным образом канал обрабатывается тоже на рабочую длину К-файлом следующего номера (в нашем случае №15). Таким образом, последовательно увеличивая толщину инструментов, апикальную часть канала расширяют до физиологической верхушки на 3-4 номера больше первоначального инструмента (но не меньше, чем до №25). Проходимость апикального отверстия периодически контролируется файлами или римерами малых размеров - №06 или №08. при этом тактильно должно ощущаться заклинивание инструмента в апикальном сужении. В результате такой обработки апикальной части канала придается коническая форма, соответствующая конусности стандартного эндодонтического инструмента, а в области физиологического апикального отверстия создается уступ - апикальный упор. Канал в апикальной трети рекомендуется расширить на два-три номера эндодонтических инструментов, но не меньше, чем до №25. меньший размер не позволяет качественно очистить, промыть и запломбировать канал. 3этап - инструментальная обработка апикальной трети корневого канала. Цель данного этапа - придание каналу конусообразной формы. Расширение корневого канала продолжают К-файлом, размер которого на номер больше мастер-файла (в нашем случае - №30). Вводится этот инструмент на 11 мм меньше рабочей длины, а затем пилящими движениями ввех-вниз обрабатываются стенки канала. Следующий файл (№35) вводится на 2 мм меньше рабочей длины, следующий (№40) - на 3мм. После каждого нового инструмента возвращаются к мастер-файлу (в нашем случае - №25) для того, чтобы удостовериться, что апикальная часть канала не заблокирована дентинными опилками. Одновременно сглаживаются ступеньки, образовавшиеся на стенках канала в процессе проведения этого этапа. После применения каждого инструмента канал промывается раствором антисептика. 4этап - формирование средней и устьевой частей корневого канала. Цель проведения данного этапа - придание устьевой части канала воронкообразной формы для облегчения последующей медикаментозной обработки и пломбирования. Этот этап рекомендуется проводить инструментами типа "Gates Glidden", последовательно применяя их от меньшего номера к большему. Четких правил относительно того, инструменты какого размера следует при этом использовать, не существует. Всё зависит от индивидуальных особенностей: ширины, искривленности канала, толщины корня и т.д. Обычно последовательно применяют инструменты увеличивающего диаметра. При этом обрабатывают только прямолинейную часть канала, так как в изгибе "Gates Glidden" заклинивается и ломается. Заканчивается этот этап восстановлением проходимости канала "Мастер-файлом". 5этап - заключительное выравнивание стенок Цель данного этапа - сглаживание и выравнивание стенок канала, придание ему конусообразной формы от апикального упора до устья. На этом этапе производится окончательная механическая обработка корневого канала по всей его длине хедстрем-файлом, на один размер тоньше, чем мастер-файл. При этом инструментом совершаются возвратно-поступательные пилящие движения, канал обильно промывается растворами антисептиков. \*Пломбирование корневого канала. Пломбирование проводится до физиологического сужения канала, а именно до уровня физиологического верхушечного отверстия(на 1,0-1,5 мм не доходя до верхушки корня) независимо от диагноза и выраженности деструктивных изменений в периодонте. Наиболее распространены следующие методы пломбирования корневых каналов: Пломбирование одной пастой. Метод одного (центрального) штифта. Заполнение канала гуттаперчей. В нашем случае мы используем метод латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов. Используют гуттаперчевые штифты, калиброванные по стандартам ISP и имеющие цветовую маркировку. Вначале осуществляют припасовку центрального штифта(мастер-штифт). Затем тщательно изолируют зуб от слюны, проводят медикаментозную обработку и высушивают корневой канал бумажными штифтами. После этого в канал вводят жидко замешанную пасту (силер), покрывая тонким слоем его стенки. Основной штифт смазывают пастой и вводят до физиологического отверстия. Боковой уплотнитель(спредер) соответствующего диаметра вводят до упора и прижимают мастер-штифт к стенке канала. В образовавшийся промежуток между штифтом и стенкой канала вводят дополнительный гуттаперчевый штифт, который на 1-2 мм короче мастер-штифта. Дополнительный штифт также конденсируют спредером, прижимая его к раннее введенному штифту. Введение дополнительных штифтов и их боковое уплотнение продолжают до тех пор, пока спредер перестает погружаться в канал. Делаем контрольный рентгеновский снимок качества пломбирования, канал плотно и однородно обтурирован на всю длину канала. Выступающие части гуттаперчевых штифтов срезают разогретым инструментом (штопфер, гладилка). После пломбирования канала производят рентгенологический контроль. |
| 15.02.2010 | Состояние пациента удовлетворительное. Жалоб нет. диагноз: острый очаговый пульпит 3.4 зуба С помощью экскаватора удаляем временную пломбу. Проводим медикаментозную обработку полости. Полость промыта физиологическим раствором: 0,06% раствор хлоргексидина (Sol.Chlorhexidini 0,06 % - 50 ml). После промывки тщательно высушена. Зуб изолируем от ротовой жидкости с помощью ватных валиков. На дно полости зуба накладываем изолирующую прокладку Унифас. Восстанавливаем анатомическую форму зуба композитным пломбировочным материалом Z250. Определяем цвет пломбировочного материала. Протравливаем эмаль и дентин с помощью 37% фосфорной кислоты, сначала наносим на эмаль 15сек, потом на дентин 15-20сек, далее смываем водой. Просушиваем эмаль и дентин, эмаль становится матовой, теряет блеск. Дентин не пересушиваем, оставляем слегка увлажненной. Наносим адгезивную систему Single Bond V, дважды втирая кисточкой. Слой адгезивной системы распределяем воздушной струей и полимеризуем. Вносим композит Filtek горизонтальными слоями с фотополимеризацией каждого слоя 20с. При наложении последнего слоя формируем анатомическую форму зуба. Далее проводим окончательный этап реставрации - удаляем избыток матереала в поддесневой и наддесневой области, корректируем форму реставрации с помощью алмазных боров с увлажнением. Финирование и полировку проводим с помощью 34 гранных твердосплавких и алмазных боров, фетровых головок, полировочных дисков. Далее проводим Постбондинг, наносим "Opti Guard" (Kerr) на затвердевшую и отполированную пломбу герметика, с целью заполнения микротрещин. Явка 17.02.2010г |
| 17.02.2010 | Состояние пациента удовлетворительное. К хирургическому лечению подготовлен. В области 3.7 зуба пациента беспокоят постоянные боли, болезненную пальпация по переходной складке, коллатеральный отек мягких тканей. Диагноз - хронический гранулематозный периодонтит в стадии обострения. Было рекомендовано и совместно решено, провести хирургическое лечение - удаление зуба. Причины удаления зуба: - невозможность рационального протезирования 3.7 зуба, так как коронковая часть полностью разрушена. Лечение: 1. Полость рта обрабатываем слабым раствором антисептика - 0,1% раствор перманганата калия. 2. Проводим обезболивание в области нижнечелюстного возвышения по Вейсбрему - торусальную анестезию\* раствором "Mepivastesin(ESPE) 3%" 1,8 ml (Данный анестетик без содержания вазоконстриктора). 3. С помощью серповидной гладилки проводим сепарацию круговой связки зуба и десны примерно на 0,5см. (Врач находится справа и спереди от больного. Кресло опущено так, что уровень удаляемого зуба находится на уровне локтевого сустава опущенной руки врача. Голова больного имеет почти вертикальное положение). 4. Затем осуществляем наложение клювовидных щипцов, изогнутых по ребру со сходящимися щечками. Одну щечку щипцов накладываем на вестибулярную, другую на оральную сторону корня, так чтоб ось щечек совпадала с осью зуба. 5. Продвигаем щипцы под десну до, надавливая на них рукой. Смыкаем и прочно фиксируем корень в щипцах. 6. Проводим люксацию (раскачивание в вестибулярную и оральную стороны). Вывихивающие движения производим в оральном направлении, так как в области 2 моляра нижней челюсти щечная стенка альвеалярного отростка толще язычной из за наличия косой линии. 7. После потери связи корня зуба с альвеолой, плавно, без рывков проводим тракцию (извлечение из альвеолы). 8. Проводим кюретаж (выскабливание) с помощью кюретажной ложки и сглаживаем острые края. Кюретажной ложкой удаляем грануляционную ткань, костные отломки до полного очищения альвеолы 9. Сдавливаем края альвеолы пальцами с марлевыми тампонами, до заполнения кровяным сгустком, который препятствует проникновению инфекции из полости рта. Пациент сидит в кресле по наблюдением ещё 15-20 минут до полного образования в альвеоле удаленного зуба сгустка. Рекомендации: - не курить; - не принимать горячую пищу в течении суток; - не выполнять тяжелую физическую нагрузку; - соблюдать правила индивидуальной гигиены; - при необходимости можно принять обезболивающий препарат "КЕТАНОВ". Явка 19.02.2010г \*\*\* . \*Торусальная анестезия Анестетик вводят в область нижнечелюстного возвышения, который располагается выше и кпереди от костного язычка нижней челюсти. При торусальной анестезии выключаются 3 нерва: нижний альвеолярный, язычный и щечный. Пациента просят максимально открыть рот. Вкол иглы производят перпендикулярно к слизистой оболочке щеки, при этом шприц располагают на уровне моляров противоположной стороны. Точка вкола иглы находится на пересечении горизонтальной линии, проведенной на 0,5 см ниже жевательной поверхности третьего верхнего моляра, и вертикальной линии, проводящей между латеральным скатом крыловидно-нижнечелюстной складки и щеки. Иглу продвигают до кости (на глубину от 0,25 до 2см). Вводят основное количество анестетика блокируя нижний альвеолярный и щечный нервы. Затем иглу выводят в обратном направлении на несколько миллиметров, инъецируют оставшееся количество анестетика для выключения язычного нерва. Эффективная анестезия наступает через 10-15 минут. |
| 19.02.2010 | Состояние пациента удовлетворительное. Осложнений после удаления нет. Рана заживает вторичным натяжением. Процесс заживления протекает безболезненно и без патологий. Жалоба на кратковременные боли 1.6 зуба от механических, химических и термических раздражителей, после устранения причины боль сразу проходит. Зуб 1.6 - диагноз: глубокий кариес, I класс по Блэку (кариес в области фиссур и естественных анатомических углублений). 1 - Обезболевание. Проведена инфильтрационная анестезия\*(см выше 13.02.2010) раствором "Mepivastesin(ESPE) 3%" 1,8 ml (Данный анестетик без содержания вазоконстриктора). 2 - Раскрытие кариозной полости.\* Удалены нависающие края эмали. 3- Расширение полости.\* (по Блэку - профилактическое расширение кариозной полости) 4- Некроэктомия.\* Окончательно удалены пораженные ткани эмали и дентина. 5 - Формирование полости.\* Сформировано полость прямоугольной формы, плоское дно крипитирующее при зондировании. Угол между стенками и дном 90˚. 6 - Финирование полости. \* Края полости сглажены и оформлены. На уровне эмали сделан фальц. 7- Медикаментозная обработка кариозной полости. Полость промыта физиологическим раствором: 0,06% раствор хлоргексидина (Sol.Chlorhexidini 0,06 % - 50 ml). После промывки тщательно высушена. 8 - Наложение лечебной прокладки. На дно сформированной полости, в проекции рога пульпы, с помощью штопфера, точечно накладываем лечебную прокладку на основе гидроксида кальция "Dycal" 9 - Наложение изолирующей прокладки.\* В качестве изолирующей прокладки ставим стеклоиономерный цемент "Fuji 2" до эмалево-дентинной границы. 10 - Наложение постоянной пломбы. Постановка пломбы из компазитного материала Filtek Z 250. Полость очищена и высушена. Протравливаем эмаль и дентин с помощью 37% фосфорной кислоты, сначала наносим на эмаль 15сек, потом на дентин 15-20сек, далее смываем водой. Просушиваем эмаль и дентин, эмаль становится матовой, теряет блеск. Дентин не пересушиваем, оставляем слегка увлажненной. Наносим адгезивную систему Single Bond V, дважды втирая кисточкой. Слой адгезивной системы распределяем воздушной струей и полимеризуем. Далее в полость вносят пломбировочный материал и притирают штопфером к стенкам и дну каждую порцию. Затем гладилкой восстанавливают анатомическую форму зуба, фиссуры, бугры. Наложена постоянная пломба из светоотверждаемого композиционного материала Filtek (после послойное наложение пломбировочного материала, просвечиваем каждый слой 20 секунд). Путем накусывания по взаимодействию с антагонистом, с помощью артикуляционной бумаги устраняем излишки пломбы. 11 - Шлифовка и полировка пломбы Шлифовку производят алмазными борами с белой маркировкой хвостика, полировку - щеточками с полипластом, резиновыми кругами и чашечками. Явка 22.02.2010г \*\*\* \*Раскрытие кариозной полости Сводится к удалению нависающих краев эмали, не имеющих опоры на дентин. Цель - создание полного доступа ко всем некротизированным и деминерализованным тканям. Критерий - отсутствие подрытых краев эмали. Для иссечения нависающих краев эмали пользуются алмазные или твердосплавные боры, шаровидным или фиссурным борами небольших размеров. Шаровидный бор вводят в кариозную полость и движениями от дна полости кнаружи удаляют нависающий край эмали. При работе фиссурным бором его боковыми гранями снимают нависающие края до тех пор , пока стенки не станут отвесными. Дно полости следует формировать выпуклым, что соответствует топографии зуба. \* Расширение полости Осуществляется расширение полости борами больших размеров. Этот этап ставит целью удалить размягченный и пигментированный дентин, что необходимо для предупреждения дальнейшего распространения кариозного процесса. Расширение начинают с удаления распада тканей экскаватором. Более плотный дентин удаляют шаровидным бором или обратным конусом, осторожно на малых оборотах бормашины, чтобы не вскрыть полость зуба. Правильно обработанная полость не должна иметь пигментированного и размягченного дентина. \*Некрэктомия - это окончательное удаление пораженных тканей эмали и дентина. Целесообразно использовать фиссурные и шаровидные боры. Критерий - плотность при зондировании стенок и дна \* Формирование кариозной полости. - это создание наилучших условий для фиксации пломбировочного материала. Принципы формирования полости: · стенки кариозной полости должны быть отвесными и плотными · дно - плоское и крипитирующее при зондировании · угол между стенками и дном сформированной полости должен составлять 90 · сформированная полость может иметь самую разнообразную конфигурацию : треугольную, прямоугольную, гантелевидную, крестообразную, овальную и т.д. · любая сформированная кариозная полость должна иметь оптимальное количество ретенционных удерживающих пунктов, которые обеспечивали бы пломбе наилучшую фиксацию · препарирование должно вестись с соблюдением принципа биологической целесообразности. \* Финирование - это сглаживание краев эмали. Производят алмазным или фиссурным бором на всю глубину эмали под углом 45\* по периметру кариозной полости. Полученный фальц предохраняет пломбу от смещения при жевательном давлении. |
| 22.02.2010 | Состояние пациента удовлетворительное. Пациент жалуется на присутствие кариозной полостью на зубе 3.5 в пришеечной области с вестибулярной стороны, и на кратковременные незначительные боли, появляющиеся при употреблении холодной и горячей пищи. Диагноз - средний кариес 3.5, V класс по Блэку (кариозная полость, расположенная в пришеечной области всех зубов). Лечение: 1 - Обезболевание. Проведена инфильтрационная анестезия\*(см выше 13.02.2010) раствором "Mepivastesin(ESPE) 3%" 1,8 ml (Данный анестетик без содержания вазоконстриктора). 2 - Раскрытие кариозной полости Не требуется, это объясняется тем, что дефект в данном случае развивается на гладкой, выпуклой поверхности. Поэтому очаг кариозного поражения в большинстве случаев имеет не грушевидную, а кратерообразную форму. 3 - Расширение полости Проводится в медиодистальном направлении производится до закруглений коронки. Придесневую стенку расширяют до уровня десны. 4 - Некрэктомия Окончательно удалены пораженные ткани эмали и дентина. 5 - Формирование кариозной полости Полость формируем фиссурным бором с воздушно - водяным охлаждением. Полость создаем овальной формы, повторяя форму придесневого края. Придесневая стенка формируется под прямым углом к дну. Дно полости формируем выпуклой, учитывая топографию полости зуба. 6 - Финирование Края полости сглажены и оформлены. На уровне эмали сделан фальц. 7 - Зуб изолируем от ротовой жидкости с помощью Коффердама\* 8 - Проводим ретракцию десны. Вводим ретракционную нить в зубодесневую бороздку, для получения хорошего обзора и оперативного доступа к придесневой стенке полости. 9 - Проводим медикаментозную обработку и высушивание кариозной полости. 10 - Наложение изолирующей прокладки.\* В качестве изолирующей прокладки ставим стеклоиономерный цемент "Fuji 2" до эмалево-дентинной границы. 11 - Наложение постоянной пломбы. Реставрацию 35 зуба проводим композитом Filtek Z250 (3M ESPE). Определяем цвет пломбировочного материала. Протравливаем эмаль и дентин с помощью 37% фосфорной кислоты, сначала наносим на эмаль 15сек, потом на дентин 15-20сек, далее смываем водой. Просушиваем эмаль и дентин, эмаль становится матовой, теряет блеск. Дентин не пересушиваем, оставляем слегка увлажненной. Наносим адгезивную систему Single Bond V, дважды втирая кисточкой. Слой адгезивной системы распределяем воздушной струей и полимеризуем. Вносим композит Filtek горизонтальными слоями с фотополимеризацией каждого слоя 20с. При наложении последнего слоя формируем анатомическую форму зуба. Далее проводим окончательный этап реставрации - удаляем избыток матереала в поддесневой и наддесневой области, корректируем форму реставрации с помощью алмазных боров с увлажнением. Финирование и полировку проводим с помощью 34 гранных твердосплавких и алмазных боров, фетровых головок, полировочных дисков. Удаляем ретракционную нить. Далее проводим Постбондинг, наносим "Opti Guard" (Kerr) на затвердевшую и отполированную пломбу герметика, с целью заполнения микротрещин. Рекомендация: не есть, не пить 2 часа. Явка 25.02.2010г \*\*\* . \*Коффердам - пластинка из латекса предназначенная для изоляции одного или нескольких зубов от остальной полости рта во время лечения. В зависимости от работы в латексной пластинке проделывают от 1 (при эндодонтическом лечении одного зуба) до нескольких (при лечении кариеса) отверстий. Отверстия проделываются специальным устройством (дыроколом), имеющего 6 отверстий различного диаметра от 1 до 2 мм. Для фиксации коффердама на зубах применяются различные устройства. К ним относятся: 1. зажимы (клампы) - они бывают металлические и из пластмассы, 2. клинья, 3. резиновые кольца. Клампы коффердама закрепляются на зубах специальными щипцами. Для того, чтобы создать само операционное поле, используют рамки (металлические или пластиковые). Большинство рамок имеют U-образную форму, так что нижняя часть находится на подбородке, а открытая в области носа. Существует много способов наложения коффердама. Основным различием является наложение сначала клампа на зуб, а потом латекса, или же сначала фиксация латекса на клампе, и потом фиксация на зубе. Техника в основном зависит от формы клампа (с крыльями или без крыльев). |
| 25.02.2010 | Состояние пациента удовлетворительное. Жалоб нет. Диагноз: частичная вторичная адентия. Пациент проконсультировался по поводу ортопедического лечения. Было совместно решено начать ортопедическое лечение с 15.06.2010г. Явка 15.06.2010г |
| 15.06.2010 | Состояние пациента удовлетворительно. Жалоб нет. Диагноз: частичная вторичная адентия Было рекомендовано и совместно принято решение постановки частичных съемных пластиночных протезов. Больной с конструкцией ознакомлен и согласен. Первым клиническим этапом является снятие слепков (оттисков). С протезируемой челюсти снимается рабочий слепок, с противоположной - вспомогательный с помощью стандартных слепочных ложек и альгинатных слепочных масс. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества слепков (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.). Отливаются модели из простого гипса. Наносится рисунок базиса и фиксирующих элементов. Подготовленная модель передается в лабораторию для \*изготовления воскового базиса с окклюзионными валикоми (лабораторный этап). Явка 17.06.2010г \*\*\* . \*Лабораторный этап - изготовление воскового базиса с окклюзионными валиками. Рабочую гипсовую модель пропитывают холодной водой и приступают к изготовлению воскового базиса. Для этого одну сторону стандартной восковой пластинки подогревают над пламенем спиртовой или газовой горелки и противоположной стороной обжимают гипсовую модель. Постепенно прижимая воск к гипсовой модели, необходимо стремится к сохранению толщины восковой пластинки, избегать вытягивания и истончения воска в отдельных участках. Это позволяет сохранить равномерную толщину и плотное прилегание воскового базиса к гипсовой модели. Убедившись в точности повторения рельефа протезного ложа гипсовой модели, лишний воск отрезают строго по отмеченным границам. Скальпель или зуботехнических шпатель следует прижимать к воску без больших усилий, избегая повреждения гипсовой модели в области зубов и переходной складки, т.е. в тех участках где проходит граница базиса протеза.\* Все сохранившиеся зубы с оральной стороны должны перекрываться базисом на 2/3 (нижн. челюсть). Для придания прочности восковому базису его укрепляют проволокой, которую изгибают по форме орального ската альвеолярного отростка челюсти, нагрев её над пламенем горелки, погружают в восковую пластинку примерно к середине ската альвеолярного отростка. Далее изготавливаются окклюзионизные валики также из пластинки базисного воска. Для этого берут половину пластинки, разогревают ее над пламенем горелки с двух сторон и плотно сворачивают в рулон. Затем отрезают часть валика по длине дефекта зубного ряда, устанавливают его строго по середине альвеолярного отростка и приклеивают к восковому базису. Валику придают в поперечном сечении форму трапеции. Для этого окклюзионную поверхность делают плоской и распологают ее на 1-2 мм выше рядом стоящих зубов, ширина валика должна быть в переднем отделе 6-8 мм, а в боковом - до 10-12 ммю Боковые поверхности валика (язычная) должны иметь плавный переход в восковой базис. Однако поверхность между боковой и окклюзионной поверхностями должна быть четко обозначена в виде угла. Поверхность воскового базиса тщательно моделируется для придания ему гладкости. После охлаждения восковой базис снимают с модели, тщательно закругляют края горячим шпателем. Далее вновь устанавливают базис на гипсовую модель, проверяют его устойчивость (отсутствие балансирования), оплавляют поверхность воска пламенем паяльного аппарата или газовой горелки для придания базису идеальной гладкости и передают модель в клинику для определения центральной окклюзии челюстей. \*Границы базиса частичного съемного протеза. Границы протеза на верхнюю челюсть. Базис протеза на верхнюю челюсть имеет следующие максимальные границы. На щечной и губной сторонах в области отсутствующих зубов граница проходит по переходной складке, обходя подвижные щечные тяжи слизистой оболочки и уздечку верхней губы. На небной стороне базис прилегает к шейкам зубов, покрывая на 1/3 высоты коронки (включая небные бугорки) передних и на 2/3 -боковых зубов. На твердом небе граница базиса протеза доходит до линии А, проходящей через слепые ямки, расположенные между твердым и мягким небом, и проходит по задним краям бугров, что обеспечивает устойчивость протеза. При наличии торуса его перекрывают базисом, предварительно изолировав на гипсовой модели челюсти оловянной или другой фольгой. В таких случаях на небной поверхности базиса протеза образуется выемка. При большом количестве оставшихся зубов можно обойти торус, не покрывая его базисом протеза. Границы протеза на нижнюю челюсть. В области отсутствующих зубов, как и на верхней челюсти, граница базиса протеза проходит по переходной складке щечной и губной сторон, обходя подвижные тяжи слизистой оболочки и уздечки. С язычной стороны граница протеза проходит по переходной складке, обходит уздечку языка; в отличие от верхней челюсти базис протеза покрывает все оставшиеся зубы на 2/3 высоты коронок. Это устраняет возможность оседания протеза и предупреждает травмы слизистой оболочки. С вестибулярной стороны в области боковых зубов базис протеза заканчивается закруглениями по переходной складке. При концевых дефектах базис протеза перекрывает бугорки нижней челюсти полностью, если они плотные, или до половины их протяженности, если они подвижные. С язычной стороны альвеолярной части в области премоляров бывают костные выступы (экзостозы), которые изолируют на гипсовой модели оловянной фольгой подобно торусу на небе, а граница базиса обязательно должна пройти ниже костных выступов, покрывая полностью экзостозы. |
| 17.06.2010 | Состояние больного удовлетворительно. Жалоб нет. Диагноз: частичная вторичная адентия. Определяем центральную окклюзию челюстей, с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками, для сопоставления моделей в положении центральной окклюзии.\* Гипсовые модели, составленные в положении центральной окклюзии, передаем в зуботехническую лабораторию для гипсовки их в артикуляторе и постановке искусственных зубов (лабораторный этап)\*. Проводим выбор цвета, размера и формы пластмассовых зубов\* в соответствии с оставшимися зубами и индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица). Выбор цвета проводим при дневном свете, следует подвести пациента к окну и выключить искусственное освещение. Выбран цвет № А 3,5 \*\*\* . \* Окклюзия - смыкание зубных рядов при наличии большего или меньшего количества контактов, характеризующееся определенными суставными и мышечными признаками. В нашем случаи (контакты наблюдаются в 2х участках зубных рядов) определение центральной окклюзии заключается в припасовке окклюзионных валиков и фиксации мезиодистального положения нижней челюсти. При припасовке окклюзионных валиков воск с них срезают или наращивают, добиваясь их смыкания с зубами противоположной челюсти при одновременном контакте имеющихся пар зубов - антагонистов. \* Выбор цвета, размера и формы пластмассовых зубов. Зубы выпускаются в виде гарнитуров по 28 зубов и в виде планок с передними и боковыми зубами. Предлагают также альбомы зубов. В основу альбома положена система, позволяющая врачу подобрать оптимальный по размеру и фасону гарнитур зубов для протеза. Пользуясь схемой, можно составить любые гарнитуры зубов. Расцветка зубов предназначена для подбора цвета зубов. Явка 24.06.2010г \*\*\* . \*Лабораторный этап. Загипсовка моделей в артикулятор и постановка искусственных зубов. После гипсовки моделей в артикуляторе их освобождают от восковых базисов с окклюзионными валиками и изготавливают новые восковые базисы для укрепления на них искусственных зубов и кламмеров. В первую очередь устанавливаются кламмера. Для этого отросток кламмера подогревают над пламенем горелки и погружают его в воск базиса, чтобы расположить плечи кламмера на опорном зубе. Затем на базисе в области отсутсвующих зубов располагают невысокий восковой валик (толщиной 3-5 мм) так, чтобы наружный край валика был расположен на линии, прохдящей по вершине гребня альвеолярного отростка. Искусственные зубы на базисе протеза могут быть поставлены двумя способами - на приточке, когда искусственные зубы притачиваются непосредственно к беззубому альвеолярному отростку, и на искусственной десне, когда искусственные зубы устанавливаются на базисе протеза. Перед постановкой искусственных зубов следует подобрать необходимое их число и размер, а также сделать ориентировочную постановку. Для этого зубы расставляют в области дефекта зубного ряда и определяют точное место для установки переднего зуба и объем сошлифовывания. Подтачиванию подлежит внутренняя поверхность искусственных зубов, обращенная к альвеолярному отростку. Зубы должны восстанавливать форму зубной дуги, во время пришлифовки необходимо следить за сохранением анатомической формы зуба. После постановки искусственных зубов проводят моделирование базиса будущего протеза. Для этого сначало проверяют его толщину, соответствие границам, обозначение на гипсовой модели, плотное прилегание воскового базиса к модели. Затем базис как и восковой шаблон при изготовлении окклюзионных валиков, укрепляют ортодонтической проволокой, очищают искусственные зубы от воска и тщательно моделируют искусственную десну в области межзубных сосочков и десневой край со щечной и язычной стороны. Проверяют точность расположения элементов кламмеров на опорных зубах, снимают восковую репродукцию съемного протеза с модели, закругляют края базиса, вновь устанавливают её на модели, придают поверхности воска необходимую гладкость с помощью пламени паяльного аппарата или газовой горелки и направляют модели с артикулятором в клинику. |
| 24.06.2010 | Состояние пациента удовлетворительное. Жалоб нет. Диагноз: частичная вторичная адентия. Проверяем конструкцию протеза (постановки зубов на восковой конструкции, проведенной в условиях зуботехнической лаборатории) на восковом базисе для оценки правильности всех предыдущих клинических и лабораторных этапов изготовления протеза. Проверку начинаем с осмотра восковых моделей частичного съемного протеза, вначале в артикуляторе. Потом восковую конструкцию аккуратно снимаем с гипсовой модели, протираем тампоном, смоченным спиртом, ополаскиваем в холодной воде и осторожно накладывает протез в полость рта, обращая внимание на следующее: -Наличие равномерного, плотного контакта искусственных зубов с зубами антагонистами; -Плавное скольжение зубов при передних и боковых движениях челюсти; -Правильность постановки зубов (по центру альвеолярного гребня, соответствие формы зубов типу лица, соответствие цвету естественных зубов); -Правильное расположение кламмеров на опорных зубах. Плотность смыкания зубов проверяем шпателем, осторожно продвигая его между зубами. Никаких значительных ошибок в конструкции протеза не выявлено, он отправлен в лабораторию для окончательной моделировки и замены восковой модели на пластмассу (лабораторный этап). Явка 29.06.2010г \*\*\* . \*Лабораторный этап Окончательная моделировка базиса съемного протеза. После проверки восковой модели в полости рта, модель передают в лабораторию, где зубной техник устраняет обнаруженные дефекты, и затем переходят к подготовке восковых моделей для замены их пластмассой. Для этого восковой базис снова проверяют по толщине, форме и размерам. Край искусственной десны тщательно приклеивают у гипсовой модели хорошо расплавленным воском. Проволочную дугу удаляют из базиса и восстанавливают рельеф твердого неба или язычного ската альвеолярного отростка. В местах прилегания к естественным зубам восковой базис утолщают, а при наличии костных выступов на гипсовой модели предварительно устанавливают свинцовую фольгу толщиной в 0,5 мм для создания в базисе изоляционной камеры. На нижней челюсти базис делается несколько толще, ввиду малой площади протезного ложа. Для восстановления гладкости поверхность воскового базиса вновь оплавляется. Изготовление пластмассового базиса. После моделирования базиса, гипсовую модель отделяют от рамы артикулятора и обрезают её цокольную часть так, чтобы она свободно помещалась в кювете. Для гипсовки модели в кювете есть 2 способа: прямой и обратный. Разница заключается в том, что при прямом способе модель и искусственные зубы находятся в одной и той же части кюветы (в основании), а при обратном - модель остается в одной части, а зубы переходят в другую. Формовка протезных базисов из пластмассы. Приготовленную массу формуют в кювету. Очень важно перед закладкой пластмассового теста внутренние поверхности зубов смазать мономером. Затем массу накрывают влажным листом целлофана, сопоставляют обе половины кюветы и помещают под пресс. После прессования завинчивают кювету в бюгель и ставят в емкость с водой комнатной температуры. Проводят нагрев воды до кипения. Затем замечают время кипения и выдерживают, после чего нагрев прекращают и кювету оставляют в воде до охлаждения. Выемка протезов из кювет, отделка, шлифование, полирование. После охлаждения кювету вынимают из воды и разъединяют на две половины крышки и выдавливают в пресс гипс из каждой половины. Протез очищают от гипса, промывают в воде и насухо вытирают, после чего приступают к отделке. Отделку проводят на шлифмоторах с использованием боров, фрез. Поверхность (наружную) протеза обрабатывают различной формы карборундовыми головками, мелкозернистой наждачной бумагой, добиваясь, чтобы вся поверхность протеза была ровной и равномерной по толщине. Придание протезу полированной, блестящей поверхности достигается использованием различной формы войлочных фильцев, волосяных щеток. Кламмеры также полируются, концы их сглаживаются. |
| 29.06.2010 | Состояние пациента удовлетворительное. Жалоб нет. Диагноз: частичная вторичная адентия. Перед наложение протеза в ротовую полость, необходимо оценить качество базиса протеза (отсутствие пор, острых краев, выступов, шероховатостей). Неоднородный, мраморный цвет может указывать на недостаточную полимеризацию. Обработав протез спиртом и ополоснув в холодной воде, осторожно, без больших усилий накладываем протез в полость рта пациента. Проверяем плотность смыкания зубных рядов и фиксацию зубных протезов, точность прилегания базиса протеза к оральной поверхности в пришеечной области оставшихся зубов, правильность расположения кламмеров. Проверяем окклюзионное взаимоотношение. Изучаем окклюзионные контакты искусственных зубов с антагонистами в положении центральной окклюзии. С помощью копировальной бумаги выявили участки преждевременного окклюзионного контакта. Окклюзионные поверхности искусственных зубов стачиваются так, чтобы не нарушить их анатомической формы. Для этого используют специальные металлические фрезы и фасонные головки. После коррекции смыкания зубов в центральной окклюзии переходим к положениям при других окклюзиях - передней и боковых. Для этого используем копировальной бумагой, больной совершает жевательные движения. По отпечаткам на копировальной бумаге определяем характер окклюзионных контактов и проводим стачивание. Пациент результатом доволен и предупрежден, что период адаптации может длиться до 1,5 месяцев. Рекомендации: При появлении болей в области тканей протезного ложа, связанных с травмой слизистой оболочки, больному рекомендуют немедленно прекратить пользоваться протезом, явиться на прием к врачу, возобновив пользование протезом за 3 часа до посещения врача. При механическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв участки протеза в этих местах минимально сошлифовываются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома. Назначается медикаментозная терапия противовоспалительными средствами и средствами, ускоряющими эпителизацию слизистой оболочки полости рта. |

9. Эпикриз

Пациент, Скворцова Е.А., находилась на амбулаторном лечении с 13.02.10 по 29.06.10 с диагнозом: "Зуб 16 - глубокий кариес; Зуб 35- средний кариес; Зуб 34 - острый очаговый пульпит; Зуб 37 - обострение хронического периодонтита; Частичная вторичная адентия нижней челюсти". Во время прохождения, было проведено терапевтическое, хирургическое и ортопедическое лечение. На момент окончания лечения пациент доволен состоянием полости рта, изготовленными ортопедическими конструкциями, жалоб и претензий не предъявляет.

зубной пульпит кариес периодонтит

10. Прогноз

Прогноз благоприятный.