

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/otvety-na-bilety/81009>

Тип работы: Ответы на билеты

Предмет: Стоматология

-

передние зубы верхней челюсти, премоляры обеих челюстей и клыки нижней челюсти.

Клиновидный дефект. Чаще всего наблюдается на клыках, премолярах, реже - резцах, молярах. Этиология до конца не выяснена, связывают с нарушениями эндокринной системы, ЦНС, пародонтозом и другими заболеваниями. Дефекты чаще всего располагаются симметрично вестибулярной поверхности зуба в его пришеечной области. Образуется пришеечной плоскостью, которая расположена горизонтально, и второй плоскостью, расположенной под острым углом. Стенки дефекта плотные, блестящие, гладкие, полость зуба никогда не вскрывается. Развиваются медленно и сопровождаются отложением заместительного дентина. По мере прогрессирования патологического процесса возникают боли при действии механических, химических и температурных раздражителей.

Патологическая стираемость. Прогрессирующий

Химический некроз. Профессиональные вредности оказывают значительное влияние на состояние эмали, дентина. Гиперестезия твердых тканей. Повышенная чувствительность твердых тканей зуба к механическим, температурным и химическим раздражителям, наблюдающаяся при кариозных и некариозных поражениях твердых тканей зубов и болезнях пародонта.

27. Определение "вкладка": показания, классификация вкладок.

Вкладка - микропротез, заполняющий дефект коронковой части зуба, восстанавливающий его анатомическую форму. В зависимости от степени разрушения коронковой части зуба и способа расположения микропротеза в твердых тканях вкладки могут замещать отсутствующие ткани в большей или меньшей степени. Выделяют четыре основных вида конструкций вкладок:

- инлей;
- онлей;
- оверлей;
- пинлей.

В зависимости от того, какой материал используется для изготовления вкладок, их подразделяют:

- на металлические;
- пластмассовые;
- керамические;
- композитные;
- комбинированные.

28. Правила препарирования полостей под вкладки.

При препарировании под вкладки витальных зубов очень высока вероятность повреждения пульпы, так что очень важно учитывать все особенности твердых тканей зуба и контролировать глубину препарирования;

-Осуществлять препарирование нужно прерывисто, острыми инструментами, под воздушно-водным охлаждением;

-Важно при препарировании соблюдать скоростные режимы для эмали и дентина;

-Чтобы не допустить вторичного кариеса нужно тщательно удалять инфицированный дентин;

-После окончания препарирования нужно защитить препарированный дентин.

29. Методы изготовления вкладок.

Клинический прямой метод (вкладки из композиционного материала)

После определения цвета будущей вкладки методика предусматривает препарирование и формирование полости с соблюдением принципа АВЛ. Все поднутрения и неровности выравниваются композиционным материалом с применением адгезионной технологии, дно выравнивается стеклоиномерным цементом

По правилу единственно возможного пути введения и выведения вкладки из полости определяется место и бондом фиксируется штифт. Удаляются клинья, матрица и слегка покачивающими движениями извлекается вкладка

Клинический непрямой метод (вкладки из композиционного материала)

Этапы работы:

1. Нормализация гигиены полости рта.
2. Электроодонтодиагностика.
3. Рентгенодиагностика.
4. Подбор цвета вкладки.
5. Обезболивание.
6. Препарирование кариозных тканей.
7. Формирование полости.
8. Предохранение пульпы посредством прокладки из СИЦ, коррекция стенок полости реставрационным материалом
9. Снятие двойного оттиска силиконовым материалом
10. Изготовление комбинированной разборной модели. После отверждения модель в области отпрепарированного зуба маркируют и покрывают изолирующим лаком и разделительным гелем. Послойно в полость вносят композит
11. Засвечивание всех доступных поверхностей и фиксация штифта
12. Извлечение вкладки из модели
13. Полученную конструкцию дополнительно в течение 4-6 минут засвечивают в фотобоксе. Этот этап доводит до конца реакцию полимеризации в глубоких слоях композита, обеспечивает полное связывание свободных радикалов, придает окончательную твердость и прочность вкладке
14. Припасовка вкладки в полости рта с использованием артикуляционной бумаги.
15. Полировка силиконовыми дисками окклюзионной поверхности.
30. Особенности моделирования окклюзионной поверхности вкладки.

Моделирование окклюзионной поверхности предполагает:

- использование артикулятора;
- правильное расположение моделей челюстей в пространстве между рамами артикулятора в соответствии с расположением челюстей у пациента в лицевом скелете;
- соответствие резцовых и суставных путей у пациента и в артикуляторе.

Основные принципы реконструкции окклюзионной поверхности:

- жевательное давление должно распределяться по оси зуба;
- ширина зуба должна быть больше окклюзионной поверхности;
- избегать плоскостных контактов зубов;
- на небной поверхности верхних резцов и клыков должны быть вогнутые площадки;
- в области центральных фиссури краевых ямок следует создавать небольшой горизонтальный участок для беспрепятственного движения опорного бугорка («свободная центральная окклюзия»);
- эффективное «клыковое и резцовое ведение», чтобы при боковых и передней окклюзиях разобщались боковые зубы;
- эффективное «клыковое ведение» — немедленное разобщение боковых зубов в самом начале бокового смещения нижней челюсти;
- до моделирования боковых зубов при отсутствии «клыкового ведения» в боковой окклюзии, «резцового ведения» в передней окклюзии необходимо произвести коррекцию и реконструкцию резцов и клыков.

В центральной окклюзии должен быть легкий контакт резцов. При обширной или полной реконструкции окклюзии, прежде чем препарировать естественные зубы, рекомендуется производить диагностическое восковое моделирование в артикуляторе. Это помогает определить особенности и объем препарирования, составить план лечения.

Стоматология детского возраста

1. Охарактеризуйте период временного прикуса.

Период временного прикуса. Этот период делится на два этапа:

- 1) формирующийся – от 6 – 8 мес. до 3 лет;
- 2) сформированный – 3 – 6 лет.

1 этап - формирование временного прикуса: инволюция органов, ранее обеспечивающих акт сосания.

Активно развивается альвеолярный отросток, утолщается базальная часть нижней челюсти, растут ее ветви, уменьшается нижнечелюстной угол. К 1 году прорезываются 8 зубов.

В полости рта в данном периоде: 20 временных зубов, отсутствие группы премоляров; отсутствие трем, диастем; хорошо выражены жевательные бугры и режущие края зубов; зубные ряды имеют форму полукруга; прикус ортогнатический с глубоким резцовым перекрытием; дистальные поверхности вторых временных моляров верхней и нижней челюстей располагаются в одной вертикальной плоскости;

Позадимоллярные площадки отсутствуют; ВНЧС – увеличение суставного бугорка, углубление суставной ямки, внутрисуставной диск двояковогнутой формы.

В данном периоде превалирует функция жевания, с прорезыванием временных резцов инфантильный тип глотания переходит в соматический, дыхание – носовое, происходит формирование функции речи. Сроки прорезывания временных зубов: I – 6 – 8 мес. II – 20 – 30 мес.

2 этап - сформированный временный прикус: подготовка к смене зубов, в данном периоде происходит активный рост челюстных костей, происходит стирание коронок временных зубов, продолжается внутрикостное развитие и минерализация 4, 5, 7 зубов.

В полости рта в данном периоде: 20 временных зубов; наличие физиологических трем, диастем; физиологическая стираемость жевательных бугров и режущих краев зубов; мезиальная ступень в области дистальных поверхностей вторых временных моляров (симптом Цилинского); удлинение зубных дуг за счет появления позадимоллярных площадок; формируется прямой «скользящий» прикус во фронтальном участке зубных.

2. Дайте понятие сменного прикуса, его особенности.

Период сменного прикуса. Длится с 6 до 12 лет (13-15 лет). В данном периоде также выделяют 2 этапа: ранний сменный прикус – 6-9 лет, поздний сменный прикус – 9-12 лет. В данном периоде в полости рта:

Наличие временных и постоянных зубов; Характерна подвижность временных зубов, связанная с рассасыванием их корней; Форма верхней зубной дуги – полуэллипс, нижней – парабола; Прикус – ортогнатический; Продолжается активная дифференцировка элементов ВНЧС; Активный рост челюстей; Формируются сагиттальная и трансверсальная окклюзионные кривые; Суставная головка ВНЧС перемещается кпереди и размещается в центре суставной ямки. Диск приобретает окончательную форму; Уменьшается функциональная площадь суставной ямки; Капсула приобретает форму усеченного конуса. Сроки прорезывания постоянных зубов (по Кронфельду): 1 – 6 – 8 лет; 2 – 7 – 9 лет; 3 – 11 – 12 лет; 4 – 10 – 11 лет; 5 – 10 – 12 лет; 6 – 6 – 7 лет; 7 – 12 – 13 лет; 8 – 17 – 21 год. В процессе формирования зубочелюстной системы выделяют этапы физиологического повышения прикуса:

I этап - прорезывание первых временных моляров;

II этап – прорезывание первых постоянных моляров;

III этап – прорезывание клыков;

IV этап – прорезывание вторых постоянных моляров.

Выделяют 3-и периода усиленного роста челюстей:

I - предшествует прорезыванию первых постоянных моляров;

II – прорезывание клыков, премоляров и вторых постоянных моляров;

III – прорезывание третьих постоянных моляров.

3. Признаки принадлежности временного зуба.

Каждый зуб имеет анатомические признаки, позволяющие определить его групповую принадлежность.

Таковыми признаками являются форма коронки, режущего края или жевательной поверхности, количество корней. Наряду с этим имеются следующие признаки принадлежности зуба к правой или левой стороне челюсти:

признак кривизны коронки - наибольшая выпуклость вестибулярной поверхности расположена медиально;

признак угла коронки - медиальная поверхность и режущий край резцов и клыков образует более острый угол, чем угол между режущим краем и латеральной поверхностью; признак

отклонения корня - корни резцов и клыков отклоняются в заднебоковом направлении, а премоляров и моляров - в заднем от продольной оси корня.

4. Временные зубы, их характеристика, отличия от постоянных зубов.

Временные зубы появляются у ребенка в возрасте от 6 месяцев до 2 лет, а прорезывание постоянных начинается с первого моляра в возрасте 6 лет.

1. Зубов во временном прикусе 20, в постоянном - 32.

2. В постоянном прикусе имеются резцы, клыки, премоляры, моляры, во временном - резцы, клыки, моляры, а премоляров нет.

3. Молочные зубы имеют голубовато - белый оттенок, а постоянные - желтоватый оттенок.

4. По величине коронка и корень молочного зуба всегда меньше, чем одноименного постоянного.

5. Ширина коронок молочных зубов более выражена по сравнению с их высотой.

6. Форма коронки временных зубов более выпуклая, чем постоянного, в силу чего коронка молочного зуба резче отграничивается от корня.

7. В области шейки молочного зуба есть эмалевый валик выступающее утолщение эмали. За счет этого наибольший диаметр коронки молочного зуба имеет в области шейки, а постоянного - в области экватора.

8. Толщина твердых тканей молочного зуба меньше, чем постоянного.

9. Твердые ткани молочных зубов меньше минерализованы по сравнению с постоянными, поэтому менее тверды.

10. Полость зуба молочных зубов обширнее полости зуба постоянных зубов.

11. Корневые каналы и апикальные отверстия молочных зубов, более широкие и свободно проходимые, чем постоянных, особенно в период формирования корней.

12. Корни молочных зубов менее округлы по сравнению с постоянными.

13. Корни молочных моляров широко расходятся в стороны, так как между ними располагается зачаток постоянного зуба.

14. В период смены на корнях молочных зубов видна резорбция (рассасывание).

15. Вследствие этого наблюдается подвижность молочных зубов, в то время как постоянные неподвижны.

16. В зубном ряду ребенка 5-6 лет появляются широкие межзубные промежутки, в постоянном прикусе в норме зубы плотно контактируют боковыми поверхностями, трем и диастем нет.

17. Отмечается к этому возрасту (5-6 лет) стертость бугров жевательной поверхности и режущего края, а постоянные зубы имеют хорошо выраженные бугры и бугорки.

5. Сроки прорезывания временных зубов.

Последовательность прорезывания временных зубов на каждой челюсти происходит в следующем порядке:

I - II - IV - III - V, а в целом в прикусе так: Iн - Iv - Iv - In - Ivн - Ivв - IIIв - IIIн - Vн - Vв. Представленный порядок прорезывания наиболее типичен, однако возможны также варианты, когда у ребенка вначале прорезываются боковые резцы, а в

-

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/otvety-na-bilety/81009>