

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА «ИПКСЗ»

Протокол ведения ортопедического больного с частичной вторичной адентией верхней/ нижней челюсти,
с полной адентией верхней/ нижней челюсти

« _____ » _____ 20 г. № медкарты _____

число _____ месяц _____

Ф.И.О. пациента _____

дата рождения _____

адрес _____

тел. _____

ЖАЛОБЫ: на частичное отсутствие зубов _____ челюсти, полное отсутствие зубов _____ челюсти, разрушение или дефект коронки зуба, изменение положения зуба, нарушение пропорций лица, затруднение при приеме пищи, боли в области ВНЧС, поломка протеза, боль под протезом, балансировка протеза, нарушение фиксации протез сбрасывание протеза при приеме пищи.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Причины потери зубов: кариес и его осложнения, пародонтит, травма, сроки потери зубов _____ лет.

Протезируется впервые, повторно.

Сроки пользования протезами: мостовидными _____, одиночными коронки _____ частично-съёмными _____, полным съёмным протезом _____.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ВИЗУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Внешний вид: асимметрия лица врожденная, приобретенная, лицо симметричное, носогубные и супраментальная складки выражены, не выражены губы смыкаются с напряжением, без напряжения регионарные лимфатические узлы не увеличены, увеличены _____; углы рта: норма, выражены трещины слева, справа; выражена мацерация слева, справа. Степень открывания рта _____ мм.

Движения нижней челюсти: плавные, толчкообразные, со сдвигом влево, со сдвигом вправо; затрудненные, свободные, болезненные, безболезненные.

Соотношение челюстей: ортогнатическое (нейтральное), прогеническое (мезальное), прогнатия (дистальное).

Прикус: ортогнатический, прогенический, прогнатия, фиксированный, нефиксированный.

Слизистая оболочка полости рта: бледно-розовая, гиперемированная диффузно, локализованно _____, влажная, сухая, без патологических элементов.

- атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти умеренная, незначительная, значительная, равномерная, неравномерная;

- атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти: умеренная, незначительная, значительная, равномерная, неравномерная.

Значение ИРОПЗ (индекс разрушенности окклюзионной поверхности зуба)

1.6 __, 1.7 __, 2.6 __, 2.7 __, 3.6 __, 3.7 __, 4.6, __ 4.7.

ПАЛЬПАЦИЯ: лимфоузлов ____, мышц _____

Уздечки губ выражены, не выражены.

Место прикрепления уздечек: у основания альвеолярного отростка, на середине альвеолярного отростка, у вершины альвеолярного отростка.

Слизистая оболочка верхней челюсти податливая, малоподатливая, неподатливая.

Слизистая оболочка нижней челюсти податливая, малоподатливая, неподатливая.

Слизистые бугры нижней челюсти выражены, не выражены.

Состояние альвеолярных гребней:

Форма альвеолярного гребня: пологая, крутая, грибовидная.

- атрофия верхней челюсти умеренная, незначительная, значительная, равномерная, неравномерная;

исследования на диагностических моделях челюстей _____

определение индексов гигиены полости рта _____

определение пародонтальных индексов _____

Одонтопародонтограмма:

		(11,5)					(7,5)					(11,5)						
Степень атрофии	Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Сумма	
	2/3 - 75%	0,12	0,19	0,19	0,11	0,11	0,09	0,06	0,08	0,08	0,06	0,09	0,11	0,11	0,19	0,19		
	1/2 - 50%	0,5	0,75	0,75	0,44	0,44	0,38	0,25	0,31	0,31	0,25	0,38	0,44	0,44	0,75	0,75		
	1/4 - 25%	1,12	1,69	1,69	0,98	0,98	0,84	0,56	0,7	0,7	0,56	0,84	0,98	0,98	1,69	1,69		
	N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	11,5	1,75	1,75	3,0	3,0		
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
Степень атрофии	N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,0	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0	Сумма	
	1/4 - 25%	0,12	1,69	1,69	0,98	0,98	0,84	0,56	0,56	0,56	0,84	0,98	0,98	1,69	1,69			
	1/2 - 50%	0,5	0,75	0,75	0,75	0,44	0,38	0,25	0,25	0,25	0,38	0,44	0,44	0,75	0,75			
	3/4 - 75%	0,12	0,19	0,19	0,11	0,11	0,09	0,06	0,06	0,06	0,09	0,11	0,11	0,19	0,19			
	Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		(11,5)	(7,5)					(11,5)										

DS: ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ ВСЛЕДСТВИЕ ИХ УДАЛЕНИЯ. КОД ПО МКБ-10 : К 08.01

ПЛАН ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

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

к. – коронка штампованная, з. – зуб, ф. – фасетка, ц/л – цельнолитой,
 м/к – металлокерамика, м/пл, мет.пластмассовая, обл. – коронка с
 облицовкой, шт.- штифт, вкл.- вкладка, п - спайка, ___-съемный
 протез

Ф.И.О. врача _____ Ф.И.О. зубного техника _____ № наряда _____

Дата	Запись о проделанной работе	Подпись врача

Исполнитель: Стеценко Е.Г., Гончар В.В., тел. 723-511