

Электронная цифровая подпись

Буланов Сергей Иванович  F C 9 3 E 8 6 7 C 8 C 2 1 1 E 9
Завалко Александр Федорович  3 8 8 2 1 B 8 B C 4 D 9 1 1 E A

Утверждено "29" февраля 2024 г.
Протокол № 2

председатель Ученого Совета Буланов С.И.
ученый секретарь Ученого Совета Завалко А.Ф.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Стоматология общей практики»
Блок 1
Обязательная часть

Специальность: 31.08.72 Стоматология общей практики
Направленность (профиль): Стоматология общей практики
Квалификация выпускника: Врач – стоматолог
Форма обучения: очная
Срок обучения: 2 года

**Оценочные средства для текущего контроля успеваемости
по дисциплине «Стоматология общей практики»**

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику, направлять на обследования пациентов с целью выявления стоматологических заболеваний

ОПК-5 Способен назначать и проводить лечение и контроль его эффективности и безопасности у пациентов со стоматологическими заболеваниями

ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения

ОПК-7 Способен проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения с целью профилактики стоматологических заболеваний

Цель текущего контроля - формирование компетенций в процессе освоения дисциплины

Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

№	Компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7	1.Основы стоматологической помощи.	1.Принципы организации стоматологической помощи населению. 2. Профилактика стоматологических заболеваний. 3. Материаловедение 4.Методы обследования в стоматологии. 5.Методы обезболивания в стоматологии.
2	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7	Стоматология детская	6.Стоматологические заболевания у детей. 7.Особенности клинического течения и лечения поражений слизистой оболочки рта у детей. 8.Одонтогенные очаги инфекции. 9.Онкологическая настороженность. 10.Травмы ЧЛЮ.
3	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7	Стоматология терапевтическая	11.Наследственные и врождённые пороки развития твёрдых тканей зубов. 12.Болезни зубов: кариес. 13.Заболевания пульпы зуба. 14.Заболевания пародонта. 15.Заболевания слизистой оболочки полости рта. 16.Травма зубов в стоматологии терапевтической

4	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7	Стоматология хирургическая	17. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. 18. Онкологическая стоматология. 19. Травматология челюстно-лицевой области. 20. Дефекты, деформации и аномалии развития челюстно-лицевой области.
5	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7	Стоматология ортопедическая	21. Основы стоматологии ортопедической. 22. Типы дефектов зубного ряда. 23. Дефекты твердых тканей зубов кариозного и некариозного происхождения. 24. Патологическая стираемость естественных зубов. 25. Частичное отсутствие зубов. 26. Перестройка органов челюстно-лицевой области приспособительного и патологического характера в связи с полной потерей зубов. 27. Ошибки и осложнения при изготовлении полных съемных протезов. 28. Восстановление дефектов зубных рядов мостовидными протезами. 29. Восстановление дефектов зубов и зубных рядов керамическими, металло-керамическими и металлопластмассовыми протезами. 30. Ортопедические методы лечения заболеваний пародонта. 31. Челюстно-лицевая ортопедия. 32. Восстановительная челюстно-лицевая ортопедия. 33. Ортопедическое лечение с использованием имплантов

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Раздел 1. Основы стоматологической помощи. Выберите один или несколько правильных ответов

Тесты

1. Для запечатывания фиссур постоянных зубов применяют:

- 1) силидонт
- 2) компомеры
- 3) силанты
- 4) амальгаму
- 5) силиции

Правильный ответ: 3

2. Метод витальной окраски выявляет очаговую деминерализацию при:

- 1) эрозии эмали
- 2) белом кариозном пятне
- 3) пятнистой форме гипоплазии
- 4) кариозном пигментированном пятне
- 5) флююорозе

Правильный ответ: 2

3. Методом высокой ампутации проводят лечение:

- 1) всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня
- 2) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы
- 3) всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах
- 4) хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах
- 5) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах в первые 48 часов после травмы

Правильный ответ: 2

4. В качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе применяют:

- 1) прокладки на основе гидроокиси кальция
- 2) пасту с гормональными препаратами
- 3) пасту с антибиотиками
- 4) резорцин-формалиновую пасту
- 5) имудон

Правильный ответ: 1

5. Болезненность при препарировании среднего кариеса выражена:

- 1) на дне кариозной полости в одной точке
- 2) по стенкам кариозной полости
- 3) по всему дну кариозной полости
- 4) по стенкам кариозной полости и всему дну
- 5) отсутствует

Правильный ответ: 2

6. При кариесе в стадии пятна эмаль:

- 1) гладкая, зондирование болезненно
- 2) гладкая, зондирование безболезненно
- 3) шероховатая, зондирование болезненно

4) шероховатая, зондирование безболезненно

5) легко удаляется экскаватором

Правильный ответ: 2

7. Резорцин-формалиновая паста состоит из:

1) 20% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина

2) 20% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка

3) 40% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина

4) 40% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка

5) 40% формалина, резорцина до насыщения

Правильный ответ: 4

8. Метод девитальной экстирпации показан при лечении всех форм пульпита в зубах:

1) только в сформированных постоянных

2) в любых сформированных временных

3) в сформированных постоянных зубах и в однокорневых временных

4) в однокорневых несформированных постоянных и сформированных временных

5) в однокорневых несформированных постоянных при отломе коронки с обнажением пульпы

Правильный ответ: 3

9. При остром токсическом периодонтите следует:

1) удалить повязку, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания

2) удалить повязку, коронковую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания

3) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания

4) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, ввести в канал обезболивающий препарат под повязку

5) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, канал запломбировать пастой на масляной основе

Правильный ответ: 4

10. Основным симптомом перелома верхней челюсти является:

1) головная боль

2) носовое кровотечение

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

Правильный ответ: 4

11. Под действием тяги жевательных мышц смещение малого фрагмента нижней челюсти при ангулярном переломе происходит:

1) книзу и кзади

2) кверху и вперед

3) медиально и вперед

4) латерально и кверху

5) сагиттально и вниз

Правильный ответ: 4

12. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о:

1) переломе нижней челюсти

- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) суборбитальном переломе верхней челюсти
- 4) переломе альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5) переломе костей носа

Правильный ответ: 2

13. Основным симптомом перелома нижней челюсти является:

- 1) головная боль
- 2) носовое кровотечение
- 3) патологическая подвижность нижней челюсти
- 4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
- 5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

Правильный ответ: 3

14. Под действием тяги мышц смещение центрального фрагмента нижней челюсти при двустороннем ангулярном переломе происходит:

- 1) книзу и кзади
- 2) кверху и вперед
- 3) медиально и вперед
- 4) латерально и кверху
- 5) сагиттально и вниз

Правильный ответ: 1

15. Нарушение функций черепно-мозговых нервов, как правило, происходит при:

- 1) отрыве альвеолярного отростка верхней челюсти
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) суборбитальном переломе верхней челюсти
- 4) переломе скуловой дуги
- 5) переломе костей носа

Правильный ответ: 2

16. Остеосинтез по Макиенко проводится:

- 1) спицей
- 2) минипластинами
- 3) стальной проволокой
- 4) бронзо-алюминиевой лигатурой
- 5) компрессионно-дистракционным аппаратом

Правильный ответ: 1

17. После наложения бимаксиллярных шин с зацепными петлями резиновые кольца (тягу) меняют:

- 1) ежедневно
- 2) ежемесячно
- 3) еженедельно
- 4) 3 раза в месяц
- 5) 2 раза в неделю

Правильный ответ: 3

18. Искусственная коронка должна

- 1) не иметь контакта с антагонистом
- 2) разобщать прикус
- 3) иметь контакт с зубом - антагонистом

- 4) соответствовать пожеланиям пациента
 - 5) иметь контакт только в жевательных отделах
- Ответ 3

19. Форма культи зуба, подготовленной под цельнолитую коронку, должна иметь вид
- 1) цилиндра
 - 2) конуса
 - 3) усеченного конуса
 - 4) обратноусеченного конуса
 - 5) шара
- Ответ 3

20. Главное преимущество литых коронок по сравнению со штампованными
- 1) высокая точность
 - 2) простота изготовления
 - 3) эстетичность
- Ответ 1

21. Если больному вводится имплантат по каналу зуба в кость и он представляет собой штифт с разными элементами для его фиксации, то как называется эта имплантация?
- 1) эндодонто-эндооссальная,
 - 2) эндооссальная;
 - 2) субпериостальная;
 - 4) эндооссально-субпериостальная.
- Ответ: 1

22. Больному проведена имплантация пластиночным имплантатом. Как называется эта имплантация?
- 1) эндодонто-эндооссальная;
 - 2) эндооссальная;
 - 3) субпериостальная;
 - 4) эндооссально-субпериостальная
- Ответ: 2

23. После скелетирования альвеолярного отростка челюсти больному снят слепок и по рельефу кости изготовлен металлический имплантат с опорными лентами. Какая имплантация будет проведена данному больному?
- 1) эндодонто-эндооссальная,
 - 2) эндооссальная;
 - 3) субпериостальная;
 - 4) эндооссально-субпериостальная.
- Ответ: 3

24. Глубина зубодесневого кармана при пародонтите легкой степени?:
- 1) до 2,0 мм;
 - 2) до 3,5 мм;
 - 3) до 5,0 мм.
- Ответ: 2

25. На этапах медицинской эвакуации в условиях ЧС проводится диагностика и лечение пародонтита:
- 1) на этапе квалифицированной медицинской помощи

- 2) на этапе специализированной медицинской помощи
 - 3) не проводится
- Ответ: 3

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.



Рис. 1



Рис. 2

На рентгенограммах представлены этапы эндодонтического лечения.

На рентгенограмме 1 виден моляр нижней челюсти с введенными в корневые каналы стержневыми инструментами.

На рентгенограмме 2 виден моляр верхней челюсти после пломбирования корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации.

Задания:

1. Цель выполнения рентгеновского снимка - 1 (рис. 1).
2. Расскажите о методах определения длины корневого канала.
3. Цель определения длины корневого канала.
4. Укажите осложнения, которые предупреждает формирование апикального уступа.
5. Укажите количество рентгенограмм, выполняемых по стандартам эндодонтического лечения, их назначение.

Ответ.

1. Рентгенограмма со стержневыми инструментами в корневых каналах выполняется для определения длины корневых каналов и степени их прохождения.
2. Длину корневых каналов можно определить при помощи апекслокатора, специальных таблиц.
3. Для качественного пломбирования.
4. Формирование апикального уступа препятствует выведению пломбировочного материала за пределы канала.
5. Стандарты рентгенологического исследования:
 - 1 - диагностический снимок;
 - 2 - измерение рабочей длины корня зуба (с мастерфайлами);
 - 3 - контроль положения центрального штифта;
 - 4 - контроль качества пломбирования корневого канала.

Ситуационная задача №2.

У пациента 25 лет, 1 год назад получившего гражданство РФ, провели исследование следующих зубов:

- | | |
|---------------------|------------------------------------|
| 1.7- зубной камень | 2.7- зубной налет |
| 1.6- зубной камень | 2.6- зубной камень, кровоточивость |
| 1.5- зубной налет | 2.5- зубной налет |
| 1.4- зубной налет | 2.4- кровоточивость |
| 1.2- зубной налет | 2.2- нет признаков |
| 1.1- зубной налет | 2.1- зубной налет |
| 4.7- зубной налет | 3.7- зубной налет |
| 4.6- зубной налет | 3.6- зубной налет |
| 4.5- кровоточивость | 3.5- нет признаков |
| 4.3- зубной налет | 3.3- зубной налет |
| 4.2- кровоточивость | 3.2- зубной камень |
| 4.1- кровоточивость | 3.1- зубной камень |

Задания: Какие индексы можно рассчитать по представленным данным?

Ответ: Грина-Вермиллиона, КПИ, СРІТN.

Ситуационная задача №3.

Пациент К. 20 лет обратился в клинику с жалобами на эстетический недостаток, кратковременные боли от химических раздражителей, прекращающиеся после их устранения. При осмотре: на медиальных контактных поверхностях зубов 1.2 и 2.1 определяются старые пломбы с краевой пигментацией; на медиальной контактной поверхности зуба 2.2 – кариозная полость средних размеров (см. Рис. 1).



Рис.1



Рис. 2

Задания:

1. Расскажите о причинах развития краевой пигментации вокруг пломб.
2. Укажите класс представленных на Рис. 1 кариозных полостей.
3. Расскажите о классификациях кариеса и кариозных полостей.
4. Опишите особенности препарирования кариозных полостей данного класса.
5. Эстетическая реставрация. Назовите пломбировочные материалы, используемые для эстетической реставрации (Рис. 2).

Ответы

1. Причиной развития краевой пигментации может быть нарушение краевого прилегания и развитие вторичного кариеса.
2. Кариозные полости, представленные на рис. 1, относятся к III классу классификации Блэка.
3. Классификация ММСИ, основанная на глубине поражения (кариозное пятно, кариес поверхностный, средний, глубокий), международная классификация кариеса в соответствии с МКБ-10 (кариес эмали, дентина, цемента и т.д.)
4. Кариозные полости III класса препарируются в пределах контактной поверхности с уда-

лением нависающей эмали и созданием фальца. Эстетические реставрации требуют полного удаления измененного в цвете дентина.

Ситуационная задача №4.

Больной 21 год, жалуется на повышение температуры тела до 38С, слабость, недомогание, головную боль. Болен 3 день. На третий день заболевания на слизистой оболочке щек, губ, языка, появились эрозии, болезненные при разговоре, глотании. Усилилось слюноотделение, изо рта появился запах. При осмотре больного выявлена кровоточивость и гиперемия десен, на слизистой оболочке щек, губ, языка афты в количестве 10. Увеличены и болезненны поднижнечелюстные лимфатические узлы.

Задания:

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Назначьте лечение, профилактику рецидивов.

Ответ

1. Диагноз: острый герпес средней степени тяжести.
2. Лечение: противогерпетическая терапия, антисептическая обработка полости рта, кера-топластики. Иммунокоррекция.

Ситуационная задача №5.

Пациенту Е. 68 лет изготавливается полный съемный протез на нижнюю челюсть. На этапе припасовки и наложения съемного протеза из зуботехнической лаборатории в клинику поступил протез с неоднородностью окраски базиса («мраморность»).

Задания

1. Укажите название представленного дефекта базиса съемного протеза.
2. Укажите наиболее вероятную причину подобного дефекта базиса протеза.
3. Укажите возможные осложнения, связанные с указанным дефектом, которые могут возникнуть при пользовании таким съемным протезом.
4. Укажите на возможность или невозможность исправления данной технической ошибки.
5. Назовите действия врача в подобной клинической ситуации.

Ответ

1. Гранулярная пористость.
2. Причиной гранулярной пористости («мраморное») протеза является нарушение соотношения пропорций мономера и полимера.
3. Поломки протеза - трещины и переломы базиса.
4. Исправить данную ошибку невозможно.
5. Получить оттиски для изготовления нового протеза.

Раздел 2. Стоматология детская.

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания:
- 1) творог
 - 2) яблоки
 - 3) конфеты
 - 4) овощи
 - 5) мясо

Правильный ответ: 3

2. Для профилактической обработки эмали прорезавшихся постоянных зубов у кариесвосприимчивых детей применяется:

- 1) 30% раствор нитрата серебра
- 2) 10% раствор глюконата кальция, 1-2% раствор фторида натрия
- 3) 2% раствор питьевой соды
- 4) сафарейт
- 5) йодид калия

Правильный ответ: 2

3. Для профилактической обработки эмали прорезавшихся постоянных зубов у кариесвосприимчивых детей применяется:

- 1) сафарейт
- 2) фторлак
- 3) 2% раствор метиленового синего
- 4) 40% раствор глюкозы
- 5) р-р Шиллера-Писарева

Правильный ответ: 2

4. Для запечатывания фиссур постоянных зубов применяют:

- 1) силидонт
- 2) компомеры
- 3) силанты
- 4) амальгаму
- 5) силиции

Правильный ответ: 3

5. Герметизацию фиссур первых постоянных моляров рекомендуется проводить в возрасте:

- 1) 6-7 лет
- 2) 8-9 лет
- 3) 10-11 лет
- 4) 12-13 лет
- 5) любом

Правильный ответ: 1

6. Проницаемость эмали понижается под действием:

- 1) ультрафиолетового облучения
- 2) глюконата кальция, ремодента
- 3) лазерного облучения
- 4) углеводистой пищи
- 5) citrusовых

Правильный ответ: 2

7. Задача врача при диспансеризации детей до 1 года в I диспансерной группе состоит в:

- 1) устранении факторов риска
- 2) предупреждении возникновения факторов риска
- 3) повышении уровня здоровья
- 4) назначении корригирующих (лечебных) мероприятий
- 5) выявлении факторов риска

Правильный ответ: 2

8. Полоскание полости рта растворами фторидов для профилактики кариеса рекомендуется детям в возрасте:

- 1) 2 лет
- 2) 4 лет
- 3) 6 лет
- 4) 8 лет
- 5) 10 лет

Правильный ответ: 3

9. Эндогенную профилактику кариеса временных зубов наиболее целесообразно проводить:

- 1) в антенатальном периоде
- 2) в первом полугодии жизни
- 3) во втором полугодии первого года; жизни
- 4) на втором году жизни
- 5) на третьем году жизни

Правильный ответ: 1

10. Назначьте средства гигиены ребенку с III степенью активности кариеса:

- 1) соленые зубные пасты
- 2) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора
- 3) Лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав
- 4) гигиенические зубные эликсиры
- 5) гигиенические зубные пасты и эликсиры

Правильный ответ: 2

11. При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять:

- 1) эвикрол
- 2) стеклоиономерные цементы
- 3) силидонт
- 4) силиции
- 5) амальгаму

Правильный ответ: 2

12. Для поверхностного кариеса характерно:

- 1) боль при зондировании в одной точке дна кариозной полости
- 2) безболезненное зондирование
- 3) боль при препарировании стенок кариозной полости
- 4) зондирование болезненно по всему дну кариозной полости
- 5) боль при накусывании на зуб

Правильный ответ: 2

13. Болевые ощущения при зондировании по эмалево-дентинной границе характерны для:

- 1) кариеса в стадии пятна
- 2) поверхностного кариеса
- 3) среднего кариеса
- 4) глубокого кариеса
- 5) хронического пульпита

Правильный ответ: 3

14. Метод витальной окраски выявляет очаговую деминерализацию при:

- 1) эрозии эмали
- 2) белом кариозном пятне
- 3) пятнистой форме гипоплазии
- 4) кариозном пигментированном пятне
- 5) флююорозе

Правильный ответ: 2

15. Болезненность при препарировании среднего кариеса выражена:

- 1) на дне кариозной полости в одной точке
- 2) по стенкам кариозной полости
- 3) по всему дну кариозной полости
- 4) по стенкам кариозной полости и всему дну
- 5) отсутствует

Правильный ответ: 2

16. Кариозные пятна выявляются на поверхности зубов:

- 1) вестибулярной
- 2) контактной
- 3) жевательной
- 4) в области режущего края
- 5) небной/язычной

Правильный ответ: 1

17. При кариесе в стадии пятна эмаль:

- 1) гладкая, зондирование болезненно
- 2) гладкая, зондирование безболезненно
- 3) шероховатая, зондирование болезненно
- 4) шероховатая, зондирование безболезненно
- 5) легко удаляется экскаватором

Правильный ответ: 2

18. Препарирование молочных зубов показано при:

- 1) кариесе в стадии пятна при быстротекущем кариесе
- 2) поверхностном кариесе
- 3) среднем кариесе
- 4) кариесе в стадии пятна при медленнотекущем кариесе
- 5) любой форме кариеса

Правильный ответ: 3

19. При лечении кариеса временных моляров можно без прокладки применять:

- 1) амальгаму
- 2) силидонт
- 3) стеклоиономерные цементы
- 4) композитные материалы
- 5) силиции

Правильный ответ: 3

20. В качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе применяют:

- 1) прокладки на основе гидроокиси кальция
- 2) пасту с гормональными препаратами
- 3) пасту с антибиотиками
- 4) резорцин-формалиновую пасту
- 5) имудон

Правильный ответ: 1

21. Стеклоиономерные цементы используют при лечении среднего кариеса зубов:

- 1) только молочных несформированных
- 2) только молочных сформированных
- 3) только постоянных несформированных
- 4) только постоянных сформированных
- 5) всех молочных и постоянных зубов

Правильный ответ: 5

22. При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять:

- 1) амальгаму
- 2) силидонт
- 3) стеклоиономерные цементы
- 4) композитные материалы
- 5) силиции

Правильный ответ: 3

23. Методика лечения постоянных зубов при кариесе в стадии меловидного пятна:

- 1) препарирование с последующим пломбированием
- 2) аппликация раствора фторида натрия
- 3) аппликация раствора глюконата кальция
- 4) аппликация раствора глюконата кальция и затем фторида натрия
- 5) импрегнация 30% р-ром нитрата серебра

Правильный ответ: 4

24. Диагностика и лечение кариеса зубов у детей проводится на этапе медицинской эвакуации при ЧС:

- 1) первая врачебная медицинская помощь
- 2) специализированная медицинская помощь
- 3) квалифицированная медицинская помощь
- 4) не проводится

Ответ 3

25. Интенсивность поражения кариесом в период сменного прикуса определяется индексом:

- 1) СРТИН
- 2) КПУ
- 3) ГИ
- 4) ПМА
- 5) КПУ+кп

Правильный ответ: 5

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1.



К стоматологу обратился пациент В. 16 лет с жалобами на болезненность и кровоточивость десен при чистке зубов, приеме грубой пищи. При осмотре полости рта: Зубная формула

п	п п к
17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37
у	у

Имеется большое количество видимых мягких и твердых зубных отложений. Десна гиперемирована, отечна, кровоточит при зондировании.

Индекс CRITN:

2	X.	2
1	2	1

Задания:

1. Определите индекс интенсивности кариеса зубов.
2. Оцените результаты обследования по индексу CRITN и определите необходимость в профилактических мероприятиях.
3. Подберите средства индивидуальной гигиены полости рта данному пациенту.
4. Перечислите факторы риска развития заболеваний пародонта у данного пациента.
5. Укажите способы удаления зубных отложений при проведении профессиональной гигиены.

Ответ.

1. КПУ = 6
2. По индексу CRITN у пациента выявлены кровоточивость десен и зубной камень. Пациент нуждается в коррекции индивидуальных навыков по уходу за полостью рта и проведении профессиональной гигиены.
3. Рекомендуется использовать зубные пасты и ополаскиватели противовоспалительного действия, содержащие антисептики (хлоргексидин, триклозан), - в течение 10-14 дней. После стихания воспалительных явлений - чередование паст противовоспалительного (с экстрактами лекарственных растений, соевыми добавками) и противокариозного действия. В период обострения воспалительных явлений - зубная щетка с мягкой щетиной, в дальнейшем - щетка средней жесткости. Необходимо использование флоссов, ополаскивателей для полости рта преимущественно противовоспалительного действия (с экстрактами лекарственных растений).
4. Наличие зубного налета и зубного камня.
5. Способы удаления зубного камня: ручной (механический с помощью стоматологических инструментов), ультразвуковой и звуковой (с помощью ультразвуковых аппаратов), содоструйный (методика Air Flow), химический.

Удаление мягкого зубного налета - с помощью резиновых колпачков, вращающихся щеток, профилактической пасты разной степени дисперсности, флоссов.

Ситуационная задача 2.

В стоматологическую поликлинику обратился пациент С., 15 лет с целью санации полости рта. Врач-стоматолог выяснил жалобы пациента: на наличие кариозной полости в зубе верхней челюсти. В разделе «Развитие настоящего заболевания» врач записал: «Со слов больного кариозную полость он обнаружил полгода назад, периодически наблюдались кратковременные боли от термических раздражителей. Ранее этот зуб не лечился»

Задания:

1. Назовите следующие этапы обследования стоматологического больного.
2. Определите основные методы обследования.
3. Назовите дополнительные методы обследования.
4. Дайте название диагноза, который ставится с помощью основных методов обследования.
5. Определите название диагноза, который ставится с помощью основных и дополнительных методов обследования.

Ответ.

1. Anamnesis vitae, осмотр, дополнительные методы обследования.
2. Опрос, осмотр (внешний осмотр, осмотр полости рта, пальпация, зондирование, перкуссия).
3. ЭОД, рентгенография, лабораторные методы исследования.
4. Предварительный.
5. Окончательный.

Ситуационная задача 3.

В клинику стоматологии терапевтической обратилась больная К., 15 лет, с жалобами на кратковременные боли в 17 зубе при приеме пищи. Пять дней назад 17 зуб был лечен по поводу среднего кариеса, пломба выполнена из материала «Эвикрол», прокладка из фосфатного цемента «Унифас». Из анамнеза: в 6 месяцев проведена операция хейлопластика, находится на диспансерном наблюдении.

Объективно: на жевательной поверхности 17 зуба пломба. Перкуссия 17 безболезненна.

1. Каковы причины жалоб пациентки?
2. Перечислите, врачебные ошибки, которые могли привести к данной клинической ситуации.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Какой класс кариозной полости по Блэку?
5. Тактика врача в этой ситуации.

Ответ.

1. Нарушение краевого прилегания пломбировочного материала (разгерметизация пломбы), «открытые» участки твердых тканей зуба в кариозной полости.
2. Препарирование кариозной полости без охлаждения, не правильное наложение изолирующей прокладки (не изолирует всей поверхности дентина), нарушение технологии работы с пломбировочным материалом.
3. Термодиагностика, электроодонтодиагностика.
4. I класс по Блэку.
5. Удаление ранее наложенной пломбы, наложение изолирующей прокладки, пломбирование.

Ситуационная задача 4.



Пациенту А. 16 лет. Находится на лечении у ортодонта с применением брекет-системы. При осмотре: визуально выявляется мягкий зубной налет в области фиксации брекетов, пришеечной области, межзубных промежутках. После удаления зубного налета на зубах 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3 в пришеечной области обнаружены меловидные пятна с шероховатой поверхностью, блеск эмали в области очагов поражения отсутствует. Десневые сосочки и маргинальная десна гиперемированы, отечны. Индекс РМА = 33%. Пациент чистит зубы 2 раза в день зубной щеткой с ровной подстрижкой щетины и фторидсодержащей зубной пастой.

Задания:

1. Назовите заболевание твердых тканей зубов, которому соответствует данная клиническая картина.
2. Оцените степень воспаления десны.
3. Назовите факторы, которые привели к патологии твердых тканей зубов и тканей пародонта.
4. Подберите средства ухода за полостью рта данному пациенту.
5. Укажите периодичность проведения профессиональной гигиены данному пациенту.

Ответ.

1. Очаговая деминерализация эмали.
2. Гингивит средней степени тяжести.
3. Наличие зубного налета, к накоплению которого привело наличие в полости рта брекет-системы, неудовлетворительный гигиенический уход за полостью рта вследствие неправильно подобранных средств гигиены.
4. Зубная щетка ортодонтическая с V-образным углублением, средней жесткости, противокариозные и противовоспалительные зубные пасты (чередование), суперфлоссы, зубные ершики, монопучковые щетки, ополаскиватели для полости рта противокариозного и противовоспалительного действия, ирригаторы для полости рта.
5. Профессиональную гигиену пациентам с брекет-системами рекомендуется проводить 1 раз в 2-3 месяца.

Ситуационная задача 5.

В клинику стоматологии терапевтической обратился больной К., 14 лет, с жалобами на кратковременные боли в 37 зубе при приеме пищи. Боли появились 2 месяца назад. При объективном осмотре на апроксимально-дистальной поверхности 37 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

Ответ.

1. Глубокий кариес 37.
2. II класс по Блэку.
3. Термометрия, электроодонтодиагностика.
4. Со средним кариесом, острым и хроническим пульпитом, хроническим верхушечным периодонтитом.
5. Анестезия, препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка кариозной полости, наложение лечебной прокладки (по показаниям), наложение изолирующей прокладки, пломбирование.

Раздел 3. Стоматология терапевтическая.

Тесты

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Болевые ощущения при зондировании дна кариозной полости в одной точке характерны для:

- 1) среднего кариеса
- 2) глубокого кариеса
- 3) хронического фиброзного пульпита
- 4) хронического гангренозного пульпита
- 5) хронического периодонтита

Правильный ответ: 3

2. У детей, в отличие от взрослых, в воспалительный процесс могут вовлекаться окружающие зуб ткани (периодонт, кость, надкостница), региональные лимфоузлы и мягкие ткани лица при пульпите:

- 1) остром диффузном
- 2) хроническом гангренозном вне стадии обострения
- 3) хроническом гипертрофическом
- 4) остром очаговом
- 5) хроническом фиброзном

Правильный ответ: 1

3. Показанием к методу девитальной ампутации являются все формы пульпита в:

- 1) сформированных молочных резцах
- 2) молочных молярах независимо от стадии развития корня
- 3) молочных молярах независимо от стадии развития и в несформированных постоянных молярах
- 4) сформированных постоянных молярах
- 5) несформированных постоянных молярах

Правильный ответ: 3

4. Резорцин-формалиновая паста состоит из:

- 1) 20% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина
- 2) 20% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка
- 3) 40% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина
- 4) 40% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка
- 5) 40% формалина, резорцина до насыщения

Правильный ответ: 4

5. Форма пульпита, при которой кариозная полость всегда сообщается с полостью зуба:

- 1) острый очаговый пульпит
- 2) острый диффузный пульпит
- 3) хронический фиброзный пульпит
- 4) хронический гангренозный пульпит
- 5) хронический гипертрофический пульпит

Правильный ответ: 5

6. Хронический гипертрофический пульпит является следствием пульпита:

- 1) острого очагового
- 2) острого диффузного
- 3) хронического фиброзного
- 4) хронического гангренозного
- 5) хронического гангренозного в стадии обострения

Правильный ответ: 3

7. При атоническом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать:

- 1) антибактериальную терапию
- 2) десенсибилизирующую терапию
- 3) антигрибковую терапию
- 4) противовирусную терапию
- 5) антисептическую обработку

Правильный ответ: 2

8. При лечении молочных моляров методом девитальной ампутации во второе посещение:

- 1) раскрывают полость зуба, удаляют коронковую пульпу и оставляют на несколько дней тампон с резорцин-формалиновой смесью под дентинную повязку
- 2) удаляют пульпу из коронки зуба и корневых каналов, пломбируют каналы цементом
- 3) после ампутации пульпы накладывают резорцин-формалиновую пасту, прокладку и пломбу
- 4) после ампутации пульпы оставляют пасту на основе гидроокиси кальция, прокладку и пломбу
- 5) после ампутации пульпы оставляют цинк-эвгеноловую пасту под дентинную повязку

Правильный ответ: 1

9. Методом высокой ампутации проводят лечение:

- 1) всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня
- 2) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы
- 3) всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах
- 4) хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах
- 5) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах в первые 48 часов после травмы

Правильный ответ: 2

10. При лечении зуба методом высокой ампутации на оставшуюся в канале часть корневой пульпы воздействуют лекарственными веществами с целью:

- 1) прекращения воспалительного процесса
- 2) прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования корня
- 3) обеспечения дальнейшего формирования корня
- 4) прекращения дальнейшего формирования корня

5) ускорения формирования корня

Правильный ответ: 2

11. Метод девитальной экстирпации показан при лечении всех форм пульпита в зубах:

- 1) только в сформированных постоянных
- 2) в любых сформированных временных
- 3) в сформированных постоянных зубах и в однокорневых временных
- 4) в однокорневых несформированных постоянных и сформированных временных
- 5) в однокорневых несформированных постоянных при отломе коронки с обнажением пульпы

Правильный ответ: 3

12. Симптомы, характерные для острого диффузного пульпита:

- 1) боли самопроизвольные, ночные, приступообразные, длительные, с короткими светлыми промежутками, иррадирующие
- 2) боли постоянные, усиливающиеся при накусывании на зуб
- 3) переходная, складка свободная, безболезненная при пальпации
- 4) боли от раздражителей, приступообразные, с короткими болевыми приступами и длительными светлыми промежутками, локальные
- 5) боли и кровоточивость при попадании пищи в кариозную полость

Правильный ответ: 1

13. Метод девитальной экстирпации показан при:

- 1) отломе коронки с обнажением пульпы в сформированных однокорневых постоянных зубах в первые сутки после травмы
- 2) отломе коронки с обнажением пульпы в несформированных однокорневых постоянных зубах в первые 48 часов после травмы
- 3) отломе коронки с обнажением пульпы в несформированных однокорневых постоянных зубах спустя 48 часов после травмы
- 4) лечении всех форм пульпита в сформированных постоянных и молочных однокорневых зубах
- 5) лечении всех форм пульпита в молочных зубах независимо от стадии формирования корней

Правильный ответ: 4

14. Клинические проявления острого периодонтита:

- 1) боль при накусывании на зуб и отек мягких тканей лица
- 2) боль от температурных раздражителей
- 3) свищ на десне с гнойным отделяемым
- 4) кратковременные приступообразные боли с длительными светлыми промежутками
- 5) длительные приступообразные боли с короткими светлыми промежутками

Правильный ответ: 1

15. При остром токсическом периодонтите следует:

- 1) удалить повязку, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания
- 2) удалить повязку, коронковую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания
- 3) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания
- 4) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, ввести в каналы обезболивающий препарат под повязку

5) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, канал запломбировать пастой на масляной основе

Правильный ответ: 4

16. Лечение хронического гранулирующего периодонтита постоянного резца с несформированным корнем вне стадии обострения:

- 1) удалить распад пульпы и грануляции из раструба канала, запломбировать его в то же посещение
- 2) из канала удалить распад пульпы, зуб оставить открытым
- 3) из канала удалить только некротизированную пульпу, грануляции не удалять, заполнить пастой свободную от грануляций часть канала, наложить пломбу
- 4) из канала удалить распад пульпы, в канале оставить турунду с антисептиком под повязку
- 5) из канала удалить распад пульпы, в канале оставить турунду с протеолитическими ферментами

Правильный ответ: 1

17. Острый токсический периодонтит развивается:

- 1) при передозировке и при несвоевременном удалении пульпы после наложения мышьяковистой пасты
- 2) при выведении за верхушку пломбировочного материала
- 3) после проведения резорцин-формалинового метода
- 4) при медикаментозной обработке канала 3% гипохлоритом натрия
- 5) после травмы зуба

Правильный ответ: 1

18. При хроническом гранулирующем периодонтите на рентгенограмме выявляется:

- 1) очаг разрежения костной ткани разных размеров без четких границ
- 2) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером до 5 мм
- 3) расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба
- 4) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером свыше 1 см в диаметре
- 5) остеосклероз у верхушки корня

Правильный ответ: 1

19. Основным клиническим признаком хронического периодонтита в любом возрасте:

- 1) пульпа болезненна только в устьях корневых каналов
- 2) пульпа некротизирована в коронковой и корневой части полости зуба
- 3) боль при накусывании на зуб
- 4) кариозная полость на контактной поверхности моляра, препарирование безболезненно
- 5) отек мягких тканей лица

Правильный ответ: 2

20. При обострении хронического периодонтита назначают:

- 1) леворин и физиотерапию
- 2) бонафтон и физиотерапию
- 3) антибиотики, сульфаниламиды и теплые ротовые ванночки раствором пищевой соды
- 4) супрастин и теплые ротовые ванночки раствором пищевой соды
- 5) клотримазол и теплые ротовые ванночки раствором пищевой соды

Правильный ответ: 3

21. Для дифференциальной диагностики острого периодонтита и обострения хронического периодонтита используют:

- 1) ЭОД
- 2) окрашивание зубов раствором Шиллера-Писарева
- 3) рентгенологический метод
- 4) анамнез
- 5) перкуссию зуба

Правильный ответ: 3

22. Хронический гранулематозный периодонтит на рентгенограмме определяется в виде:

- 1) разрежения костной ткани округлой формы с четкими контурами до 5 мм в диаметре
- 2) расширения периодонтальной щели на ограниченном участке
- 3) расширения периодонтальной щели на всем протяжении
- 4) разрежения костной ткани с нечеткими контурами
- 5) разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими контурами свыше 1 см в диаметре

Правильный ответ: 1

23. Клинические проявления острого инфекционного периодонтита:

- 1) боль при накусывании на зуб, отек мягких тканей лица
- 2) иррадиирующие приступообразные боли
- 3) свищ на десне с гнойным отделяемым
- 4) ЭОД до 20мкА
- 5) боли от температурных раздражителей

Правильный ответ: 1

24. Медикаментозные средства для антисептической обработки каналов:

- 1) йодинол
- 2) эфир
- 3) раствор Шиллера-Писарева
- 4) физиологический раствор
- 5) спирт

Правильный ответ: 1

25. Эпителизация элементов при герпангине происходит через:

- 1) 1-2 дня
- 2) 3-4 дня
- 3) 5-6 дней
- 4) 7-9 дней
- 5) 10-12 дней

Правильный ответ: 5

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

Пациент Н. 19 лет обратился с жалобами на периодически возникающие боли при накусывании на зуб 2.6. При осмотре на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование безболезненно, перкуссия слабо болезненна. На рентгенограмме в области верхушки небного корня определяется очаг деструкции кости с четкими границами размером 5 мм в диаметре. В области верхушек щечных корней - расширение периодонтальной щели.

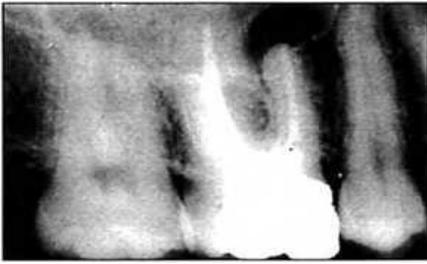
Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что позволяет установить рентгенографический метод?
3. Расскажите о цели выполнения рентгенограммы с введенными в канал стержневыми инструментами (Рис. 1).
4. Расскажите о свойствах пломбировочных материалов для временного пломбирования каналов и цели их использования (Рис. 2).
5. Расскажите о сроках восстановления костной ткани при хроническом апикальном периодонтите (Рис. 3).

Ответ.

1. Учитывая клиническую картину, в данной ситуации можно предварительно поставить диагноз обострения хронического апикального периодонтита.
2. Рентгенографический метод исследования позволяет определить форму хронического апикального периодонтита, размеры поражения.
3. Рентгенограмма зуба с введенными в корневые каналы стержневыми инструментами позволяет определить рабочую длину каналов, степень их прохождения.
4. Основой временных пломбировочных материалов для корневых каналов является гидроокись кальция. В материал может быть введен йодоформ и обязательно сульфат бария для рентгеноконтрастности. Временное пломбирование корневых каналов повышает эффективность медикаментозной обработки корневых каналов.
5. Костная ткань при хроническом апикальном периодонтите может восстанавливаться в сроки от 9 до 24 месяцев. В течение этого времени пациент требует динамического наблюдения. При отсутствии эффекта консервативного лечения следует использовать хирургические методы или их сочетание.

Ситуационная задача 2.



Представлена рентгенограмма зуба 1.6 пациентки М. 20 лет, обратившейся в клинику с жалобами на сильные боли, возникающие при накусывании на зуб, появление чувства «выросшего зуба», изменение конфигурации лица за счет припухлости в области верхней челюсти справа, повышение температуры тела до 38 градусов. Из анамнеза: зуб был лечен 2 года тому назад.

Задания:

1. Опишите представленную рентгенограмму (вид снимка, участок челюсти, характер изменений структуры костной ткани).
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план лечения, учитывая общее состояние пациентки.
4. Назовите консервативно-хирургические методы амбулаторных зубосохраняющих операций.

Расскажите о пломбировочных материалах для временного пломбирования каналов

Ответ.

1. Прицельная контактная рентгенограмма зуба 1.6, ранее леченного эндодонтически. Дефект коронки восполнен пломбой, каналы запломбированы до апикального отверстия. В области верхушки переднего щечного корня очаг деструкции костной ткани с четкими границами.
2. Обострение хронического периодонтита, осложненное периоститом.
3. В зависимости от состояния пациентки может быть рекомендовано удаление зуба или произведен разрез с последующим проведением гемисекции после устранения острых воспалительных явлений. Местное лечение должно сопровождаться общей противовоспалительной и антибактериальной терапией.
4. Резекция верхушки корня, гемисекция, ампутация корня, короно-радикулярная сепарация.

Основой временных пломбировочных материалов для корневых каналов является гидроокись кальция. В материал может быть введен йодоформ и обязательно сульфат бария для рентгеноконтрастности. Временное пломбирование корневых каналов повышает эффективность медикаментозной обработки корневых каналов.

Ситуационная задача 3.



Рис. 1

Рис. 2.

На рентгенограммах представлены этапы эндодонтического лечения.

На рентгенограмме 1 виден моляр нижней челюсти с введенными в корневые каналы стержневыми инструментами.

На рентгенограмме 2 виден моляр верхней челюсти после пломбирования корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации.

Задания:

6. Цель выполнения рентгеновского снимка - 1 (рис. 1).
7. Расскажите о методах определения длины корневого канала.
8. Цель определения длины корневого канала.
9. Укажите осложнения, которые предупреждает формирование апикального уступа.
10. Укажите количество рентгенограмм, выполняемых по стандартам эндодонтического лечения, их назначение.

Ответ.

6. Рентгенограмма со стержневыми инструментами в корневых каналах выполняется для определения длины корневых каналов и степени их прохождения.
7. Длину корневых каналов можно определить при помощи апекслокатора, специальных таблиц.
8. Для качественного пломбирования.
9. Формирование апикального уступа препятствует выведению пломбировочного материала за пределы канала.
10. Стандарты рентгенологического исследования:
 - 5 - диагностический снимок;
 - 6 - измерение рабочей длины корня зуба (с мастерфайлами);
 - 7 - контроль положения центрального штифта;
 - 8 - контроль качества пломбирования корневого канала.

Ситуационная задача 4.



У юноши С. 18 лет жалобы на кровоточивость десен во время чистки зубов и при откусывании жесткой пищи. При осмотре выявлена отечность и гиперемия десневого края у передних зубов нижней челюсти, отложение мягкого налета на зубах.

Задания:

1. Оцените результаты проведенного метода исследования (см. фото).
2. Выскажите предположение о диагнозе.
3. Составьте план обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Составьте план лечения.

Ответ.

1. Результат обследования выявляет наличие гликогена при воспалении десны.
2. Хронический катаральный гингивит.

3. Рентгенография, индекс ПМА и СРІТN, анализ крови на сахар, консультация педиатра, консультация эндокринолога и ортодонта.
4. Дифференциальная диагностика проводится с хроническим пародонтитом на основании данных пародонтальных индексов и рентгенологического исследования.
5. Обучение гигиене полости рта, санация полости рта, обезболивание десны, профессиональная гигиена, аппликация противовоспалительных препаратов (раствор хлоргексидина, Метрогил-дента), лечебная повязка на десну, физиотерапевтическое лечение, пальцевой массаж десен.

Ситуационная задача №5.



Пациент К. 22 лет, состоит на учете в наркологическом диспансере, обратился к стоматологу с жалобами на шероховатость, чувство стянутости и наличие белого пятна на языке. Изменения на языке заметил год назад. Белесоватость очага за последнее время усилилась. Из анамнеза: курит с 16 лет, страдает хроническим гастритом, вырос в неблагополучной семье.

При осмотре: регионарные лимфоузлы не увеличены. Вторичная частичная адентия. На боковой поверхности языка справа имеется обширная бляшка белого цвета с четкими контурами, возвышающаяся над уровнем слизистой оболочки, не удаляющаяся при поскабливании. Пальпация очага поражения безболезненная, уплотнения в основании нет.

Задания:

1. Перечислите возможные причины заболевания.
2. Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.
5. Составьте план лечения. Прогноз.

Ответы

1. Возможные причины заболевания:

- хроническая механическая травма;
 - патология желудочно-кишечного тракта.
2. Методы обследования для подтверждения диагноза:
- бактериоскопический (для исключения кандидоза);
 - консультация других специалистов (гастроэнтеролога, стоматолога-ортопеда);
 - гистологическое исследование.

3. Веррукозная лейкоплакия боковой поверхности языка.

4. Дифференциальную диагностику проводят:

- с гиперкератотической формой плоского лишая;
- с хроническим гиперпластическим кандидозом;
- раком слизистой оболочки рта;
- с сифилисом (сифилитическими папулами).

5. План лечения:

- санация полости рта, рациональное протезирование, устранение хронической механической травмы;

- наблюдение и лечение у гастроэнтеролога;
- нераздражающая диета;
- удаление очага поражения в пределах здоровых тканей при помощи хирургического лазера или криодеструкции;
- при отсутствии своевременного лечения возможно озлокачествление (факультативный предрак).

Ситуационная задача №6.

У пациента 25 лет, 1 год назад получившего гражданство РФ, провели исследование следующих зубов:

1.7- зубной камень	2.7- зубной налет
1.6- зубной камень	2.6- зубной камень, кровоточивость
1.5- зубной налет	2.5- зубной налет
1.4- зубной налет	2.4- кровоточивость
1.2- зубной налет	2.2- нет признаков
1.1- зубной налет	2.1- зубной налет
4.7- зубной налет	3.7- зубной налет
4.6- зубной налет	3.6- зубной налет
4.5- кровоточивость	3.5- нет признаков
4.3- зубной налет	3.3- зубной налет
4.2- кровоточивость	3.2- зубной камень
4.1- кровоточивость	3.1- зубной камень

Задания: Какие индексы можно рассчитать по представленным данным?

Ответ: Грина-Вермиллиона, КПИ, СРITN.

Раздел 4. Стоматология хирургическая.

Тесты.

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Основным симптомом перелома верхней челюсти является:

- 1) головная боль
- 2) носовое кровотечение
- 3) патологическая подвижность нижней челюсти
- 4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
- 5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

Правильный ответ: 4

2. Основным симптомом перелома нижней челюсти является:

- 1) головная боль
- 2) носовое кровотечение
- 3) патологическая подвижность нижней челюсти
- 4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
- 5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

Правильный ответ: 3

3. Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти:

- 1) ЭОД
- 2) биопсия
- 3) рентгенография

- 4) радиоизотопное исследование
 - 5) цитологическое исследование
- Правильный ответ: 3

4. Под действием тяги мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит:

- 1) книзу и кзади
- 2) кверху и вперед
- 3) медиально и вперед
- 4) латерально и кверху
- 5) сагиттально и кверху

Правильный ответ: 1

5. Под действием тяги жевательных мышц смещение малого фрагмента нижней челюсти при ангулярном переломе происходит:

- 1) книзу и кзади
- 2) кверху и вперед
- 3) медиально и вперед
- 4) латерально и кверху
- 5) сагиттально и вниз

Правильный ответ: 4

6. Под действием тяги мышц смещение центрального фрагмента нижней челюсти при двустороннем ангулярном переломе происходит:

- 1) книзу и кзади
- 2) кверху и вперед
- 3) медиально и вперед
- 4) латерально и кверху
- 5) сагиттально и вниз

Правильный ответ: 1

7. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о:

- 1) переломе нижней челюсти
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) суборбитальном переломе верхней челюсти
- 4) переломе альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5) переломе костей носа

Правильный ответ: 2

8. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:

- 1) отрыве альвеолярного отростка
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) суборбитальном переломе верхней челюсти
- 4) переломе мыщелкового отростка
- 5) переломе костей носа

Правильный ответ: 2

9. Нарушение функций черепно-мозговых нервов, как правило, происходит при:

- 1) отрыве альвеолярного отростка верхней челюсти
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) суборбитальном переломе верхней челюсти
- 4) переломе скуловой дуги

5) переломе костей носа

Правильный ответ: 2

10. Обязательным симптомом перелома основания черепа является:

- 1) ликворея
- 2) кровотечение из носа
- 3) патологическая подвижность нижней челюсти
- 4) патологическая подвижность верхней челюсти
- 5) кровотечение из наружного слухового прохода

Правильный ответ: 1

11. Осложнение воспалительного характера при переломах челюстей:

- 1) периостит
- 2) фурункулез
- 3) рожистое воспаление
- 4) нагноение костной раны
- 5) актиномикоз

Правильный ответ: 4

12. Характерный симптом при одностороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти:

- 1) открытый прикус
- 2) кровотечение из носа
- 3) разрыв слизистой альвеолярного отростка
- 4) изменение прикуса моляров со стороны перелома
- 5) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

Правильный ответ: 5

13. Характерный симптом при двустороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти:

- 1) открытый прикус
- 2) кровотечение из носа
- 3) разрыв слизистой альвеолярного отростка
- 4) изменение прикуса моляров со стороны перелома
- 5) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

Правильный ответ: 1

14. Остеосинтез по Макиенко проводится:

- 1) спицей
- 2) минипластинами
- 3) стальной проволокой
- 4) бронзо-алюминиевой лигатурой
- 5) компрессионно-дистракционным аппаратом

Правильный ответ: 1

15. После наложения бимаксиллярных шин с зацепными петлями резиновые кольца (тягу) меняют:

- 1) ежедневно
- 2) ежемесячно
- 3) еженедельно
- 4) 3 раза в месяц
- 5) 2 раза в неделю

Правильный ответ: 3

16. Минипластины к отломкам челюстей фиксируют:

- 1) спицей
- 2) винтами
- 3) проволочной лигатурой
- 4) брекетами
- 5) гайками

Правильный ответ: 2

17. Основным симптом перелома костей носа:

- 1) гематома
- 2) подкожная эмфизема
- 3) затруднение носового дыхания
- 4) патологическая подвижность костей носа
- 5) кровотечение из носовых ходов

Правильный ответ: 4

18. Симптомы перелома скуловой кости:

- 1) гематома скуловой области
- 2) деформация носа, гематома
- 3) симптом «ступени», диплопия
- 4) кровоизлияние в нижнее веко
- 5) кровотечение из носа, головокружение

Правильный ответ: 3

19. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости:

- 1) гематома
- 2) смещение отломков
- 3) воспалительная реакция
- 4) травма жевательных мышц
- 5) артрит височно-нижнечелюстного сустава

Правильный ответ: 2

20. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости:

- 1) травма глазного яблока
- 2) воспалительная реакция
- 3) смещение глазного яблока
- 4) травма зрительного нерва
- 5) интраорбитальная гематома

Правильный ответ: 3

21. Длительность периода нетрудоспособности при закрытом переломе нижней челюсти без смещения :

1. 10-11 дней
2. 20-21 день
3. 30-31 день

Правильный ответ: 2

22. Иммобилизация отломков лицевого скелета у больных с сочетанными кранио-фациальными повреждениями необходимо проводить:

- 1) как можно раньше после травмы;

- 2) не ранее, чем через 3-4 дня после травмы,
- 3) не ранее, чем через 7 дней после травмы;
- 4) не ранее, чем через 14 дней после травмы

Правильный ответ: 1

23. В какой группе больных летальность выше?

- 1) у больных с нетяжелыми челюстно-лицевыми повреждениями, сочетающимися с тяжелой черепно-мозговой травмой;
- 2) у больных с тяжелой челюстно-лицевой и тяжелой черепно-мозговой травмами.

Правильный ответ: 1

24. Для профилактики стойкой контрактуры жевательных мышц в комплекс лечения больных с переломами челюстей включают:

- 1) антибиотикотерапию;
- 2) витаминотерапию,
- 3) иммунотерапию
- 4) лечебную физкультуру;
- 5) дыхательные упражнения.

Правильный ответ: 4

25. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

- 1) напоить раненого
- 2) наложить повязку
- 3) перенести в укрытие
- 4) оформить медицинскую карточку
- 5) временная остановка кровотечения

Правильный ответ: 5

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Больной Н. 20 лет, обратился с жалобами на припухлость нижней и верхней губ, на приступообразные боли иррадиирующего характера в области фронтальных зубов верхней челюсти.

Из анамнеза выявлено, что 5 часов тому назад получил удар в лицо. Сознание не терял, тошноты не было.

Объективно: отек мягких тканей верхней и нижней губы. На красной кайме верхней губы - рана глубиной около 1 см. Рот открывается в полном объеме. Перелом коронки 21 зуба в области латерального угла коронки, корневая пульпа обнажена, резкая боль от прикосновения, на температурные раздражители. 11 смещен в небную сторону, резкая боль при перкуссии, из-под десны сукровичное отделяемое. Скол медиального угла режущего края в пределах дентина 12 зуба, зондирование болезненно. Клыки, премоляры и моляры верхней челюсти устойчивы, интактны. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений.

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

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование.

3. Окажите неотложную помощь.
4. Спланируйте реставрацию фронтальных зубов верхней челюсти.
5. Профилактика столбняка

Ответ.

1. Рвано – ушибленная рана верхней губы. Перелом коронки 21, 12. Острый травматический пульпит 21. Неполный вывих, дистопия 11.
2. Обследование: рентгенологическое и ЭОД.
3. ПХО раны верхней губы. Репозиция 11, фиксация фронтальных зубов верхней челюсти шиной-каппой, проволочной шиной и др. 21 - экстирпация пульпы, пломбирование корневого канала, его подготовка для реставрации или последующего протезирования.
4. 12 - восстановление анатомической формы, цвета фотокомпозитом. 21 - восстановление культевой вкладкой с последующим покрытием керамической или пластмассовой коронкой. Или восстановление анатомической формы фотокомпозитом на стекловолоконном штифте.
5. Профилактику столбняка: 1. введение противостолбнячного анатоксина (БСА) под лопатку подкожно 1 мл без проведения пробы или 2. введение противостолбнячной сыворотки (БСС) в плечо подкожно 3000МЕ после проведения пробы.

Ситуационная задача №2.

В клинику обратился больной 28 лет с жалобами на боль в области тела нижней челюсти справа, усиливающиеся при ее движении, жевании, неправильное смыкание зубов. Из анамнеза: 5 часов назад избит неизвестными, сознание не терял, рвоты, тошноты не было, ретроградной амнезии не определяется. Общее состояние больного удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 76 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Травматических повреждений опорно-двигательного аппарата не выявлено. При наружном осмотре челюстно-лицевой области определяется нарушение конфигурации лица, за счет травматического отека мягких тканей в области тела нижней челюсти справа. При открывании рта подбородок смещается вправо от средней линии. При осмотре полости рта обнаружен разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка между 46 и 45. 45 розового цвета, перкуссия резко болезненна. Перелом коронки 44 со вскрытием полости зуба, пульпа зияет, резкая боль при зондировании. Бугорковый контакт жевательных зубов нижней челюсти справа, в центральном отделе нижней челюсти контакт между зубами антагонистами отсутствует.

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
С Р	П

На ОПГ определяется линия просветления тела нижней челюсти между 46 и 45, и линия просветления в косом направлении корня 44.

- 1.Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
- 2.За счет каких мышц произошло смещение отломков?
- 3.Назовите консервативные методы иммобилизации отломков.
- 4.Определите объем стоматологического вмешательства.
- 5.Укажите оптимальные сроки и метод протезирования.

Ответ.

1. Перелом тела нижней челюсти справа между 46 и 45 зубов кривой перелом корня, острый травматический периодонтит 45 зуба. Перелом коронки, острый травматический пульпит 44 зуба
2. Меньший отломок смещается вверх под действием мышц, поднимающих нижнюю челюсть, и внутрь за счет медиальной крыловидной мышцы. Большой отломок сместится

вниз под действием мышц, опускающих нижнюю челюсть, и собственной массы и в сторону перелома под действием одностороннего сокращения латеральной крыловидной мышцы и частично медиальной, а также мышц дна полости рта.

3. Назубные шины: гнутые проволочные шины Тигерштедта, ленточная шина Васильева. Назубо-десневые шины.

4. Местное обезболивание, удаление 45, депульпирование 44, шинирование.

5. После консолидации отломков костной ткани в области перелома изготовить мостовидный протез с опорой на коронку 46 и штифтовую вкладку 44.

Ситуационная задача №3.

Больной 65 лет после длительного лечения зуба под анестезией не может закрыть рот. Из анамнеза: направлен на депульпирование 27 при подготовке к протезированию. После анестезии долго сидел с широко открытым ртом, так как хотел закончить лечение в одно посещение. При попытке закрыть рот появилась резкая боль в височно-нижнечелюстных суставах.

При пальпации переднего края ветви нижней челюсти со стороны полости рта пальпируется сместившийся кпереди венечный отросток. Прикус открытый. На боковой рентгенограмме черепа определяются головки нижней челюсти, расположенные на переднем скате суставного бугорка.

O O		O O	O
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	
O O		O O	O O O

27. выдвинут, на жевательной поверхности трепанационное отверстие, в полости зуба – тампон с запахом гвоздичного масла, раскрыты устья каналов. На внутриротовой рентгенограмме щечные корни 27 искривлены, каналы облитерированы в околоверхушечной трети.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. В чем тактическая ошибка врача?
3. Окажите неотложную помощь.
4. Как спланировать лечение 27?
5. Выберите рациональные ортопедические конструкции.

Ответ.

1. Двусторонний передний вывих нижней челюсти. Феномен Попова – Годона 27.
2. С учетом возраста и состояния зубо-челюстного аппарата (отсутствие жевательных зубов) врач не должен был перегружать ВНЧС, спланировать лечение 27 поэтапно.
3. Вправление вывиха методом Гиппократова, подбородочная праща на 2-3 недели. Щадящий режим откусывания и жевания. Согревающие компрессы на область суставов с 3-х суток. При повторных вывихах применение ортопедических аппаратов, ограничивающих открывание рта (Петросова, Бургундского и Ходоровича и др.)
4. 1 посещение: обезболивание, трепанация, ампутация пульпы. Раскрытие устьев каналов, девитализация корневой пульпы. Повязка. 2 посещение: удаление повязки, хемомеханическое прохождение, расширение каналов, трансканальный электрофорез с препаратами йода при неполной проходимости каналов. Пломбирование проходимой части каналов, повязка. Рентгенологический контроль. 3 посещение: замена повязки на пломбу.
5. Изготовление коронок на опорные зубы, бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти.

Ситуационная задача №4.

Больной К., 23-х лет, спортсмен, обратился с жалобами на подвижность 11 и 12, множественные сколы на передних зубах верхней челюсти.

Анамнез: три дня назад после удара, появилась резкая боль, подвижность 12, приступ боли от холодной и горячей пищи, при накусывании, покачивании зуба, а также в ночное время. Внешний осмотр: незначительная деформация верхней губы справа за счет отека мягких тканей и гематомы. На слизистой оболочке верхней губы – ссадины.

Местный статус: 12 - розового цвета, подвижность коронки II степени, при пальпации – боль в десне на 3 – 4 мм выше десневого края, резкая боль от холодного, при перкуссии. Множественные трещины, сколы эмали 12, 11.

На внутриротовой рентгенограмме линия просветления на твердых тканях проходит в косом направлении средней трети корня 12.

С Р

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

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. С помощью какого метода исследования можно определить витальность пульпы травмированных зубов?
3. Определите тактику врача – стоматолога.
4. Укажите способы фиксации отломков и сроки консолидации отломков.
5. Как провести лечение сколов и трещин эмали, восстановить естественный цвет 12 зуба?

Ответ.

1. Перелом корня 12. Острый травматический пульпит 12. Сколы эмали 12 и 11. Гематома верхней губы.
2. ЭОД – электроодонтодиагностика. Показатель жизнеспособности до 40 мкА.
3. Под инфильтрационной анестезией провести эндодонтическое лечение.
4. Шинирование отломков корня серебряным штифтом. Изготовление пластмассовой шины – каппы на 321, связывание зубов композитом. Сроки образования цементной мозоли – 3 – 4 недели.
5. Под обезболиванием эмалепластика композитом; реминерализирующая терапия, покрытие фторлаком; назначение внутрь препаратов кальция, поливитаминового комплекса. Провести эндодонтическое отбеливание зуба, при неудаче - покрыть вениром.

Ситуационная задача №5.

Пациент М. 27 лет обратился в клинику с жалобами на ограничение открывания рта, онемение кожи левой подглазничной области и верхней губы слева, диплопию. В анамнезе травма левой половины лица, произошедшая 7 дней назад. Сохраняется отечность левой подглазничной области и гематома нижнего века левого глаза. Признаков воспаления нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите причины, обуславливающие жалобы пациента.
3. Виды оперативного вмешательства, показанные в данном случае.
4. Назовите типы хирургического лечения, проводимые при неправильно сросшихся переломах скуло-орбитального комплекса.
5. Перечислите возможные виды фиксации фрагментов.

Ответ.

1. Перелом левой скуловой кости со смещением.
2. Перечисленные симптомы обусловлены смещением кости и травмой окружающих структур (подглазничного нерва, собственно жевательной мышцы, изменением положения глазного яблока, давлением на венечный отросток нижней челюсти).
3. Репозиция скуловой кости крючком Лимберга или элеватором Карапетяна. Радикальная синусотомия с репозицией фрагментов скуло-орбитального комплекса. Фиксация их может

- осуществляться на йодоформном тампоне, титановыми минипластинами, проволочными швами, скобами с памятью формы или комбинацией вышеперечисленных способов.
4. По истечении длительного срока и консолидации скуловой кости в неправильном положении показана операция: остеотомия и остеосинтез с применением титановых минипластин, фиксируемых шурупами.
 5. Все вышеперечисленное.

Раздел 5. Стоматология ортопедическая.

Тесты.

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Искусственная коронка должна
 - 1) не иметь контакта с антагонистом
 - 2) разобщать прикус
 - 3) иметь контакт с зубом - антагонистом
 - 4) соответствовать пожеланиям пациента
 - 5) иметь контакт только в жевательных отделахОтвет 3
2. Искусственная коронка должна
 - 1) погружаться в зубодесневой карман на 1 мм
 - 2) погружаться в зубодесневой карман на расстояние не более 0,2 мм или соприкасаться с десной
 - 3) не соприкасаться с десной
 - 4) отступать от десныОтвет 2
3. Штампованная металлическая коронка должна охватывать культю зуба
 - 1) плотно
 - 2) с зазором 0,2 мм
 - 3) с зазором для фиксирующего материала
 - 4) не имеет значения
 - 5) в различных участках по-разномуОтвет 1
4. Форма культи зуба, подготовленной под цельнолитую коронку, должна иметь вид
 - 1) цилиндра
 - 2) конуса
 - 3) усеченного конуса
 - 4) обратноусеченного конуса
 - 5) шараОтвет 3
5. Главное преимущество литых коронок по сравнению со штампованными
 - 1) высокая точность
 - 2) простота изготовления
 - 3) эстетичностьОтвет 1

6. Если больному вводится имплантат по каналу зуба в кость и он представляет собой штифт с разными элементами для его фиксации, то как называется эта имплантация?

- 1)энтододонто-эндооссальная,
- 2)эндооссальная;
- 2)субпериостальная;
- 4)эндооссально-субпериостальная.

Ответ:1

7. Больному проведена имплантация пластиночным имплантатом. Как называется эта имплантация?

- 1)энтододонто-эндооссальная;
- 2)эндооссальная;
- 3)субпериостальная;
- 4)эндооссально-субпериостальная

Ответ:2

8. После скелетирования альвеолярного отростка челюсти больному снят слепок и по рельефу кости изготовлен металлический имплантат с опорными лентами. Какая имплантация будет проведена данному больному?

- 1)энтододонто-эндооссальная,
- 2)эндооссальная;
- 3)субпериостальная;
- 4)эндооссально-субпериостальная.

Ответ:3

9. Больному предлагается проведение имплантации с помощью цилиндрического керамического имплантата. Как называется эта имплантация?

- 1)энтододонто-эндооссальная;
- 2)эндооссальная;
- 3)субпериостальная;
- 4)эндооссально-субпериостальная.

Ответ:2

10. Диспансерное наблюдение за пациентами с протезами на имплантатах следует проводить:

- 1)не реже 1 раз в 2 года;
- 2)не реже 1 раза в год,
- 3) не реже 2 раз в год

Ответ:3

11. Глубина зубодесневого кармана при пародонтите легкой степени?:

- 1) до 2,0 мм;
- 2) до 3,5 мм;
- 3) до 5,0 мм.

Ответ: 2

12. На этапах медицинской эвакуации в условиях ЧС проводится диагностика и лечение пародонтита:

- 1) на этапе квалифицированной медицинской помощи
- 2) на этапе специализированной медицинской помощи
- 3) не проводится

Ответ: 3

13. Патологическая подвижность зубов I-II степени наблюдается при пародонтите:

- 1) легкой степени;
- 2) средней степени;
- 3) тяжелой степени.

Ответ: 2

14. Резорбция костной ткани межзубной перегородки при пародонтите средней степени составляет:

- 1) 1/5 высоты перегородки;
- 2) 1/4 высоты перегородки;
- 3) от 1/4 до 1/3 высоты перегородки;
- 4) от 1/3 до 1/2 высоты перегородки;
- 5) от 1/2 до 2/3 высоты перегородки.

Ответ: 4

15. Формы клинического течения гингивита:

- 1) катаральная, эрозивная, язвенная, гипертрофическая;
- 2) катаральная, язвенная, гипертрофическая;
- 3) катаральная, эрозивная, язвенная;
- 4) эрозивная, язвенная, гипертрофическая.

Ответ: 2

16. Показанием к кюретажу является глубина зубодесневого кармана:

- 1) до 2 мм;
- 2) до 3 мм;
- 3) до 4 мм;
- 4) до 5 мм;
- 5) до 6 мм.

Ответ: 3

17. Показанием к гингивотомии могут ли являться одиночные пародонтальные абсцессы?:

- 1) нет, не могут;
- 2) могут.

Ответ: 2

18. Недостаток гингивотомии?

- 1) проводится без визуального контроля;
- 2) ретракция десневого края;
- 3) частые кровотечения;
- 4) инфицированность послеоперационной раны.

Ответ: 2

19. Показания к радикальной гингивэктомии:

- 1) наличие зубодесневых карманов глубиной более 3 мм;
- 2) отсутствие костных карманов;
- 3) неравномерная резорбция альвеолярного отростка с наличием десневых и костных карманов;
- 4) горизонтальная атрофия кости;
- 5) гипертрофический гингивит.

Ответ: 3

20. При какой гингивэктомии разрез делают на 2 мм ниже глубины костных карманов?

- 1) простой гингивэктомии по Губману в модификации Гликмана;
- 2) частичной гингивэктомии по В.Е Крекшиной;
- 3) радикальной гингивэктомии по Мюллеру.

Ответ: 3

21. Наиболее благоприятная форма альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти при ортопедическом лечении после полной утраты зубов

- 1) отлогая
- 2) отвесная
- 3) с навесами

Ответ 2

22. Для получения функционального слепка при полной утрате зубов применяется

- 1) стандартная ложка
- 2) индивидуальная ложка

Ответ 2

23. Физико-биологический метод фиксации полного съемного протеза обеспечивается

- 1) адгезией
- 2) функциональной присасываемостью
- 3) адгезией и функциональной присасываемостью

Ответ 3

24. При лечении переломов челюстей у лиц с полным отсутствием зубов на нижней челюсти на этапах эвакуации в условиях ЧС применяется

- 1) комплект Збаржа
- 2) аппарат Шура
- 3) шина Ванкевич
- 4) аппарат Катца
- 5) аппарат Курляндского

Ответ 3

25. Граница съемного протеза при полном отсутствии зубов должна

- 1) покрывать пассивно-подвижную слизистую оболочку, контактировать с куполом переходной складки
- 2) проходить по своду переходной складки
- 3) заканчиваться на границе пассивно-подвижной и неподвижной слизистых оболочек

Ответ 1

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.

Пациент К. 60 лет обратился в отделение стоматологии ортопедической с жалобами на затрудненный прием пищи из-за невозможности пользования съемным пластиночным протезом на нижнюю челюсть в связи с болевыми ощущениями под протезом в покое и во время жевания и неудовлетворительной его фиксацией.

Из общих заболеваний пациент указал на хронический панкреатит, которым он страдает в течение 8 лет.

Зубы на верхней и нижней челюстях были удалены в связи с их подвижностью. В районной поликлинике 3 месяца назад были изготовлены съемные протезы: на верхнюю челюсть -

при частичном отсутствии зубов, на нижнюю челюсть - при полном отсутствии зубов. После многократных коррекций адаптация к верхнему пластиночному протезу была достигнута, но к нижнему съемному протезу пациент так и не смог привыкнуть из-за боли в различных участках протезного ложа и неудовлетворительной его фиксации.

При осмотре полости рта: слизистая оболочка сухая, малоподатливая; имеется резкая неравномерная атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти. Фиксация съемного протеза на верхней челюсти удовлетворительная.

В отделении стоматологии ортопедической Стоматологического комплекса пациенту был изготовлен протез, изображенный на рисунке. Функции жевания и речи восстановлены, фиксация протеза на нижней челюсти удовлетворительная.

Задания:

1. Перечислите показания к применению эластичных подкладок.
2. Укажите требования к эластичным подкладкам.
3. Назовите места нанесения эластичного слоя мягкой подкладки.
4. Объясните назначение мягкой подкладки.
5. Перечислите способы применения эластичных подкладок.

Ответ

1. Показания к применению эластичных подкладок.
 - Резкая неравномерная атрофия альвеолярных отростков с сухой малоподатливой слизистой оболочкой;
 - Наличие острых костных выступов (экзостозов) на протезном ложе, острой внутренней кривой линии и противопоказания для хирургической подготовки, вследствие чего твердый базис протеза вызывает сильные болевые ощущения;
 - Изготовление сложных челюстно-лицевых протезов;
 - Изготовление имедиат-протезов с удалением большого количества зубов;
 - Хронические заболевания слизистой оболочки в полости рта;
 - Аллергические реакции на протезы из акрилатов;
 - Повышенная болевая чувствительность слизистой оболочки.
2. Требования к эластичным подкладкам: прочно соединяться с жестким базисом, длительное время сохранять эластичность, обладать низкой гигроскопичностью, не растворяться в среде полости рта, не менять цвет, хорошо обрабатываться, не вызывать аллергических реакций.
3. Места нанесения эластичного слоя мягкой подкладки в зависимости от поставленной цели: как по всему базису протеза, так и в определенных участках его или только по краю протеза.
4. Мягкая пластмасса призвана как бы восполнять недостающий подслизистый слой слизистой оболочки и ослаблять, амортизировать жевательное давление на ткани протезного ложа.
5. Эластичные подкладки можно наносить на жесткий базис протеза в зуботехнической лаборатории либо в условиях клиники, когда протез вводится в полость рта пациента, и пациент смыкает зубные ряды в процессе полимеризации подкладки

Ситуационная задача №2

Пациент Ф., 38 лет, 2 года назад получил гражданство РФ, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на стреляющие боли в 16 зубе, отдающие в ухо, висок в ночное время. Также беспокоит образование на нижней губе слева.

Из анамнеза: 16 зуб лечен по поводу глубокого кариеса, 2 месяца назад пломба выпала, появились боли на температурные раздражители. Накануне появились приступы боли в ночное время, которые купировал анальгетиками. После прикусывания слизистой оболочки нижней губы месяц назад рана на губе зажила самостоятельно, на месте травмы появилось образование, возвышающееся над слизистой оболочкой.

Объективно: конфигурация лица без видимых изменений. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. Рот открывает в полном объеме. На слизистой оболочке нижней губы справа имеется образование округлой формы синюшного цвета, эластичной консистенции, безболезненное при пальпации около 1,5 см в диаметре. Прикус ортогнатический.

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

На жевательной поверхности 16 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином, полость зуба вскрыта в одной точке, резкая боль при зондировании, реакция на холодное длительная, перкуссия безболезненная, ЭОД – 25 мкА.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Окажите неотложную стоматологическую помощь при острой боли.
4. Проведите дифференциальную диагностику новообразования.
5. Выберите рациональный способ протезирования.

Ответ:

1. Обострение хронического пульпита 16 зуба. Ретенционная киста нижней губы справа. Частичная вторичная верхнечелюстная и нижнечелюстная адентия III класса по Кеннеди.
2. Санация полости рта, лечение 16 зуба. Удаление ретенционной кисты нижней губы справа в пределах здоровых тканей, гистологическое исследование.
3. Под инфилтративной анестезией раскрыть полость зуба, провести ампутацию, экстирпацию, определить рабочую длину корневых каналов расширить и запломбировать корневые каналы под контролем рентгенограммы, восстановить дефект твердых тканей зуба пломбированием.
4. Дифференцировать с гемангиомой, лимфангиомой, опухолями малых слюнных желез. Анамнестические данные о прикусывании нижней губы, сроки образования, локализация, цвет, округлая форма, отсутствие болезненности характерны для ретенционной кисты. Сосудистые опухоли не всегда имеют четкие контуры, не связаны с травматическими повреждениями. Кавернозные гемангиомы меняют свои размеры при наклоне головы.
5. Металлокерамические мостовидные протезы с опорой на 24 и 26, 34 и 36 зубы. При наличии показаний – металлокерамические коронки с опорой на имплантатах.

Ситуационная задача №3

Пациентка Б., 38 лет, обратилась с жалобами на нарушение фонетики и чувство тошноты при ношении съемного протеза на верхней челюсти.

Из анамнеза: 2 года носит съемный протез. Хронические соматические заболевания отрицает. 5 лет назад перенесла операцию по смене пола.

Объективно: лицо обычной конфигурации. Прикус – ортогнатический. 11 зуб изменен в цвете, на небной поверхности глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта, зондирование, перкуссия безболезненны. На внутриротовой рентгенограмме 11 зуба отмечается наличие округлого дефекта коронки, полость зуба и корневой канал свободны от пломбировочного материала, у верхушки корня 11 зуба – очаг деструкции округлой формы с четкими контурами размерами до 3 мм.

Альвеолярный отросток во фронтальном отделе верхней челюсти средней высоты и ширины. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

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

О	П												П		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Перечислите показания и противопоказания к проведению дентальной имплантации.
3. Проведите необходимые дополнительные исследования.
4. Опишите последовательность этапов лечения 11 зуба.
5. Выберите материал для изготовления коронок на имплантатах. Нужно ли связывать коронки между собой и соседними зубами?

Ответ:

1. Частичная вторичная адентия верхней челюсти I класс по Кеннеди. Хронический гранулематозный периодонтит 11 зуба.
2. Отсутствие зубов: отсутствие одного зуба во фронтальном отделе, наличие ограниченных включенных дефектов зубных рядов, наличие концевых двусторонних или односторонних дефектов зубного ряда, отсутствие 3 зубов и более, полного отсутствия зубов, непреносимость съемных протезов.

Абсолютные противопоказания: хронические заболевания организма (туберкулез, ревматическая болезнь, сахарный диабет в стадии декомпенсации, стоматиты и др.), болезнь кровеносных органов, заболевание центральной и периферической нервной системы, злокачественные опухоли. Относительные противопоказания: генерализованный пародонтит, предраковые заболевания, заболевание височно-нижнечелюстного сустава, бруксизм, патологический прикус.

3. Общий анализ крови, кровь на сахар. Ортопантомография или компьютерная томография.
4. Препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба, инструментальную и медикаментозную обработку корневого канала, расширение канала с созданием апикального уступа, пломбирование канала до верхушечного отверстия, восстановление анатомической формы пломбировочным материалом. Операция: резекция верхушки корня с гранулемэктомией.
5. Желательно изготовить коронки из керамики, металлокерамики или металлокомпозита, связывать между собой и с соседними зубами не следует, т.к. при достаточно выраженном альвеолярном отростке достаточно опоры на имплантат.

Ситуационная задача №4.

В клинику стоматологии ортопедической обратился пациент И. 47 лет с жалобами на самопроизвольные кровотечения из десны в области верхних последних зубов слева, неприятный запах изо рта. Пациент считает себя здоровым человеком, аллергологический анамнез не отягощен. Неоднократно обращался к стоматологу при появлении полостей в зубах с целью их пломбирования. При внешнем осмотре асимметрии не выявлено, высота нижнего отдела лица не изменена. Открывание рта в полном объеме. Лимфоузлы не увеличены. Осмотр полости рта. Состояние слизистой оболочки полости рта. Маргинальная десна у всех групп зубов умеренно гиперемирована, отечна. На слизистой оболочке щеки слева на уровне смыкания зубов соответственно зубу 2.8 определяется очаг гиперкератоза. Зубная формула.

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

Коронковая часть зуба 3.7 изменена в цвете (розовый оттенок), восстановлена пломбой, высота коронковой части ниже нормы, форма жевательной поверхности не соответствует

нормальной рельефности (отсутствуют щечные бугры и фиссуры). Определяется зубоальвеолярное удлинение в области зуба 2.7. Зубы 2.7 и 2.8 смещены также в щечную сторону и имеют бугорково-бугорковый контакт с зубами-антагонистами. Патологической подвижности смещенных зубов не выявлено. Имеются твердые зубные отложения. Прикус ортогнатический.

Результаты рентгенологического исследования. На обзорной рентгенограмме зубных рядов в боковой проекции определяется резорбция костной ткани альвеолярного отростка в области моляров обеих челюстей слева, на длины корней. Имеется костный карман между зубами 2.7 и 2.8. Определяется также очаг разрежения в периапикальных тканях зуба 3.7, корневые каналы не пломбированы.

1. Назовите основной недостаток пломб из композитного материала при их расположении на жевательной группе зубов.
2. Перечислите причины деформаций зубных рядов.
3. Укажите причину пародонтита у данного пациента.
4. Назовите возможное последствие хронического травмирования слизистой оболочки щеки смещенным в щечную сторону зубом 2.8.
5. Предложите способ наиболее рационального устранения патологического кармана между зубами 2.7 и 2.8, который обуславливает хронические кровотечения.

Ответ

1. На жевательной группе зубов композитные материалы истираются быстрее эмали зубов. Если пломба занимает большую площадь на окклюзионной поверхности, по мере ее истирания может развиваться деформация зубного ряда.

2. Причины деформаций зубных рядов:

- дефекты коронковой части зубов (кариес и его осложнения, травмы коронок зубов, повышенное стирание твердых тканей зубов);
- частичное отсутствие зубов;
- заболевания пародонта;
- опухоли челюстно-лицевой области;
- воспалительные процессы челюстно-лицевой области;
- травмы челюстей и других костей черепа.

3. Причиной пародонтита у данного пациента является функциональная (окклюзионная) перегрузка в области зубов 2.7, 2.8, 3.7, 3.8, обусловленная деформацией зубных рядов, и неравномерное распределение нагрузки на рядом стоящие зубы.

4. Хроническое травмирование слизистой оболочки щеки смещенным в щечную сторону зубом 2.8 привело к формированию очага гиперкератоза (лейкоплакии); если не устранить причину травмирования, имеется вероятность его малигнизации.

5. Учитывая значительное смещение коронковой части зуба 2.8 в щечную сторону, отсутствие фиссурно-бугоркового контакта с зубом-антагонистом и наличие патологического кровоточащего кармана между зубами 2.7 и 2.8, целесообразно удаление зуба 2.8.

6. На жевательной группе зубов композитные материалы истираются быстрее эмали зубов. Если пломба занимает большую площадь на окклюзионной поверхности, по мере ее истирания может развиваться деформация зубного ряда.

7. Причины деформаций зубных рядов:

- дефекты коронковой части зубов (кариес и его осложнения, травмы коронок зубов, повышенное стирание твердых тканей зубов);
- частичное отсутствие зубов;
- заболевания пародонта;
- опухоли челюстно-лицевой области;
- воспалительные процессы челюстно-лицевой области;
- травмы челюстей и других костей черепа.

8. Причиной пародонтита у данного пациента является функциональная (окклюзионная) перегрузка в области зубов 2.7, 2.8, 3.7, 3.8, обусловленная деформацией зубных рядов, и не-

равномерное распределение нагрузки на рядом стоящие зубы.

9. Хроническое травмирование слизистой оболочки щеки смещенным в щечную сторону зубом 2.8 привело к формированию очага гиперкератоза (лейкоплакии);

если не устранить причину травмирования, имеется вероятность его малигнизации.

10. Учитывая значительное смещение коронковой части зуба 2.8 в щечную сторону, отсутствие фиссурно-бугоркового контакта с зубом-антагонистом и наличие патологического кровотока между зубами 2.7 и 2.8, целесообразно удаление зуба 2.8.

Ситуационная задача №5.

В клинику стоматологии ортопедической обратилась пациентка К. 36 лет с жалобами на периодически возникающую кровоточивость десен во время чистки зубов.

Со слов пациентки практически здорова; аллергических реакций на пищевые продукты либо лекарственные препараты не выявлено.

К стоматологу ранее обращалась при разрушении зубов с целью пломбирования кариозных полостей.

При внешнем осмотре: асимметрии лица нет; регионарные лимфоузлы при пальпации безболезненны, подвижны.

При осмотре полости рта маргинальная десна у зубов 1.4, 1.3, 2.2, 3.3 незначительно гиперемирована, в остальных участках - бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Зубная формула

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

Патологической подвижности зубов нет.

Прикус ортогнатический. Высота нижнего отдела лица не изменена. При анализе окклюзионных взаимоотношений в полости рта и на диагностических моделях в пространстве артикулятора выявлены преждевременные контакты в центральной и боковых окклюзиях.

На ортопантограмме: равномерная резорбция костной ткани альвеолярных отростков на длины корней зубов.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Предложите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

3. Укажите, какой метод ортопедического лечения показан в данном случае.

4. Назовите методы выявления суперконтактов.

5. Сформулируйте возможные ошибки и осложнения при проведении избирательного пришлифовывания зубов.

Ответ

1. Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести.

2. Контактные внутриротовые рентгенограммы зубов 1.4, 2.4, 4.6 - для оценки качества эндодонтического лечения.

3. Избирательное пришлифовывание зубов.

4. Методы выявления суперконтактов:

- визуальный метод;
- с помощью артикуляционной бумаги;
- с помощью диагностических моделей;
- окклюдодиаграмма (окклюзиограмма);
- спрей-диагностика.

5. Возможные ошибки и осложнения при проведении избирательного пришлифовывания зубов:

- снижение высоты нижнего отдела лица.

- гиперестезия твердых тканей зубов.
- усугубление окклюзионных нарушений.
- травматический пульпит при шлифовании без учета положения зуба в зубном ряду и анатомической формы зуба.
- шлифование без учета защитных и опорных бугров.

**Оценочные средства для промежуточной аттестации
по дисциплине «Стоматология общей практики»**

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

ОПК-4 Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты

ОПК-5 Способен организовывать и проводить профилактические (скрининговые) исследования, участвовать в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях

Цель промежуточной аттестации - определение уровня сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины.

Результаты обучения по дисциплине соотнесенные с установленными в программе ординатуры индикаторами достижения компетенций.

В результате освоения дисциплины (модуля) «Стоматология общей практики» запланированы следующие результаты обучения в соотнесении с установленными в программе ординатуры индикаторами достижения компетенций

Код компетенции	Результаты освоения ОПОП, содержание компетенции	Оценочные средства
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	тестовый контроль, собеседование, решение ситуационных задач
Код индикатора достижения компетенции	Содержание индикатора достижения компетенции/ Планируемые результаты обучения по дисциплине	
иУК-1.1	Знает: теорию системного подхода; последовательность и требования к осуществлению поисковой и аналитической деятельности для решения поставленных задач; возможные варианты и способы решения задачи; способы разработки стратегии достижения поставленной цели	
иУК-1.2	Умеет: находить, критически анализировать и выбирать информацию, необходимую для решения поставленной задачи; выделять этапы решения и действия по решению задачи; рассматривать различные варианты решения задачи, оценивая их преимущества и риски; грамотно, логично, аргументировано формулировать собственные суждения и оценки; определять и оценивать практические последствия возможных решений задачи; разрабатывать последовательность действий решения поставленных задач	
иУК-1.3	Владеет: методами системного и критического анализа проблемных ситуаций; навыками разработки способов решения поставленной задачи;	

	методами оценки практических последствий возможных решений поставленных задач
Планируемые результаты обучения	<p>По завершению обучения по дисциплине демонстрирует следующие результаты:</p> <p>В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - готов сформулировать проблему, обосновывать гипотезу, выделить ключевые цели и задачи; - применяет навыки клинического мышления, основываясь на достижениях в медицине и фармации; - готов планировать и осуществлять свою профессиональную деятельность исходя из возможностей и способов применения достижения в области медицины и фармации; - умеет обобщать и использовать полученные данные.

Код компетенции	Результаты освоения ОПОП, содержание компетенции	Оценочные средства
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику, направлять на обследование пациентов с целью выявления стоматологических заболеваний	тестовый контроль, собеседование, решение ситуационных задач
Код индикатора достижения компетенции	Содержание индикатора достижения компетенции/ Планируемые результаты обучения по дисциплине	
иОПК-4.1	<p>Знает:</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях.</p> <p>Клинические рекомендации по вопросам оказания стоматологической помощи пациентам.</p> <p>Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, оказываемой при лечении пациентов с заболеваниями, требующими стоматологических методов лечения.</p> <p>Биологическую роль зубочелюстной области, биомеханику жевания, возрастные изменения челюстно-лицевой области, особенности воздействия на нее внешней и внутренней среды.</p> <p>Основные принципы диагностики инфекционных заболеваний, медицинские показания к госпитализации пациентов с инфекционными заболеваниями.</p> <p>Топографическую анатомию головы, челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения, иннервации и лимфатической системы, строение зубов, эмбриология зубочелюстной области, основные нарушения эмбриогенеза.</p> <p>Этиологию, патогенез, диагностика стоматологических заболеваний.</p> <p>Взаимосвязь строения и функционирования зубочелюстной</p>	

	<p>системы с нарушениями со стороны носоглотки, дыхательной и пищеварительной систем, опорно-двигательного аппарата.</p> <p>Основные вопросы нормальной и патологической физиологии зубочелюстной системы, ее взаимосвязь с функциональным состоянием других систем организма и уровни их регуляции.</p> <p>Методы диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желез у детей и взрослых.</p> <p>Нормальное строение зубов, челюстей и нарушения строения при зубочелюстных, лицевых аномалиях.</p> <p>Клиническая картина, методы диагностики, классификация заболеваний:</p> <ul style="list-style-type: none"> - зубов, - пародонта, - слизистой оболочки полости рта, - губ, - костной ткани челюстей, - периферической нервной системы ЧЛЮ, - височно-нижнечелюстного сустава, - слюнных желез. <p>Клиническая картина, методы диагностики, классификация врожденных, приобретенных аномалий зубов, зубных рядов, альвеолярных отростков, челюстей, лица .</p> <p>Нормальное функционирование зубочелюстной системы и нарушение ее функций при аномалиях прикуса.</p> <p>Методы лабораторных, инструментальных и лучевых исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания и противопоказания к их проведению у пациентов со стоматологическими заболеваниями.</p> <p>Медицинские изделия, применяемые в стоматологии МКБ; алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ;</p> <p>Состояния, требующие медицинской помощи в экстренной и неотложной формах.</p> <p>Санитарно-эпидемиологические требования и вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний.</p> <p>Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате лабораторных исследований и инструментальных обследований у пациентов со стоматологическими заболеваниями.</p>
<p>иОПК-4.2</p>	<p>Умеет</p> <p>Осуществлять сбор жалоб, анамнеза у пациентов (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями, интерпретировать и анализировать информацию.</p> <p>Интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования пациентов со стоматологическими заболеваниями .</p>

	<p>Диагностировать заболевания твердых тканей зубов, болезни пульпы и периодонта, пародонта, заболевания слизистой оболочки рта и губ, дефекты зубов, зубных рядов; зубочелюстные деформации, аномалии зубов и челюстей, полное отсутствие зубов и предпосылки их развития, травмы зубов, костей лицевого скелета и мягких тканей ЧЛО.</p> <p>Выявлять факторы риска онкологических заболеваний ЧЛО.</p> <p>Обосновывать необходимость и планировать объем инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований у пациентов со стоматологическими заболеваниями.</p> <p>Обосновывать необходимость направления на консультации к врачам-специалистам, интерпретировать и анализировать результаты .</p> <p>Обосновывать необходимость и объем дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов (включая рентгенологические методы).</p> <p>Проводить внутриротовую рентгенографию (радиовизиографию) с помощью аппарата с цифровым приемником изображения (радиовизиографа).</p> <p>Интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования.</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику стоматологических заболеваний.</p> <p>Распознавать состояния, возникающие при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.</p>
<p>иОПК-4.3</p>	<p>Владеет</p> <p>Навыками сбора жалоб , анамнеза, выявления факторов риска и причин развития стоматологических заболеваний;</p> <p>Навыками осмотра и физикального обследования пациентов со стоматологическими заболеваниями твердых тканей зубов, пульпы, периодонта, пародонта, заболеваний слизистой оболочки и губ, дефектов зубов, зубных рядов; зубочелюстных деформаций, выявление аномалий зубов и челюстей, полного отсутствия зубов, предпосылок их развития, травмы зубов, костей лицевого скелета и мягких тканей ЧЛО.</p> <p>Навыком выявления факторов риска онкопатологии.</p> <p>Формулировкой предварительного диагноза и навыком составления плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов;</p> <p>Навыком направления пациентов со стоматологическими заболеваниями на инструментальные, лабораторные и дополнительные исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Интерпретацией и клинической оценкой результатов лабораторных и инструментальных обследований; (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых</p>

	носителях). Интерпретацией результатов осмотров врачами-специалистами; Навыком установления диагноза пациентам в соответствии с МКБ.
Планируемые результаты обучения	По завершению обучения по дисциплине демонстрирует следующие результаты: В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты: Знает порядок оказания медицинской помощи по профилю специальности; Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов, выявляет факторы риска и причины развития стоматологических заболеваний; Формулирует предварительный диагноза и составляет план проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями; Интерпретирует данные дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов (включая рентгенологические методы); Выявляет факторы риска онкологических заболеваний; Направляет на консультацию к врачам-специалистам, интерпретирует полученные результаты; Устанавливает диагноз с учетом МКБ пациента с стоматологическими заболеваниями; Проводит дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ;

Код компетенции	Результаты освоения ОПОП, содержание компетенции	Оценочные средства
ОПК-5	Способен назначать и проводить лечение и контроль его эффективности и безопасности у пациентов со стоматологическими заболеваниями	тестовый контроль, собеседование, решение ситуационных задач
Код индикатора достижения компетенции	Содержание индикатора достижения компетенции/ Планируемые результаты обучения по дисциплине	
иОПК-5.1	Знает Клинические рекомендации по вопросам оказания стоматологической помощи. Порядки оказания медицинской помощи населению при стоматологических заболеваниях. Стандарты медицинской помощи при стоматологических заболеваниях. Методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания и противопоказания к применению медицинских изделий при стоматологических заболеваниях.	

	<p>Группы лекарственных препаратов, их фармакокинетика, фармакодинамика, механизм действия, совместимость лекарственных препаратов.</p> <p>Клиническую картину, основные методы лечения (медицинские показания, противопоказания, осложнения) заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ.</p> <p>Клиническую картину, основные методы лечения (медицинские показания, противопоказания, осложнения) заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы ЧЛЮ, височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>Клиническую картину, основные методы ортопедического лечения патологии твердых тканей, заболеваний пародонта, патологической стираемости, патологии височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>Клиническую картину, основные методы лечения (медицинские показания, противопоказания, осложнения) заболеваний слюнных желез, врожденных, приобретенных аномалий зубов, зубных рядов, альвеолярных отростков, челюстей, лица.</p> <p>Методы лечения зубочелюстных, лицевых аномалий.</p> <p>Принципы, приемы и методы обезболивания, подбор вида местной анестезии при лечении стоматологических заболеваний.</p> <p>Принципы устройства и правила эксплуатации медицинских изделий (стоматологического оборудования).</p> <p>Материаловедение, технологии, оборудование, медицинские изделия (аппаратура, инструментарий и материалы), применяемые в стоматологии.</p> <p>Принципы и методы оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам.</p> <p>Признаки эффективности и безопасности действия назначенной терапии.</p>
<p>иОПК-5.2</p>	<p>Умеет</p> <p>Разрабатывать план лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия (в том числе стоматологические материалы), диетическое питание, лечебно-оздоровительный режим для лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Определять медицинские показания и противопоказания к проведению методик местной анестезии ЧЛЮ в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Проводить местную анестезию (аппликационную, инфильтрационную, проводниковую) у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями .</p>

	<p>Оценивать возможные осложнения, вызванные применением местной анестезии у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями.</p> <p>Выполнять терапевтические, хирургический, ортопедический медицинские вмешательства.</p> <p>Направлять пациентов на стационарное лечение при стоматологических заболеваниях в установленном порядке.</p> <p>Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и(или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения.</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность назначенного лечения.</p> <p>Оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах при острых стоматологических заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента или без явных признаков угрозы жизни пациента.</p>
<p>иОПК-5.3</p>	<p>Владеет:</p> <p>Навыком разработки плана лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями.</p> <p>Навыком назначения, оценкой эффективности и безопасности лекарственных, медицинских изделий (в том числе стоматологических материалов) для лечения стоматологических заболеваний.</p> <p>Назначением диетического питания, лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов.</p> <p>Выполнением терапевтических, хирургических, ортопедических медицинских вмешательств пациентам.</p> <p>Оценкой результатов медицинских вмешательств.</p> <p>Определением медицинских показаний и противопоказаний к проведению методик местной анестезии ЧЛЮ.</p> <p>Подбором вида и проведением местной анестезии у пациентов со стоматологическими заболеваниями.</p> <p>Методами профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения на стоматологическом приеме.</p> <p>Оказанием медицинской помощи пациентам в неотложной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи</p>
<p>Планируемые результаты обучения</p>	<p>По завершению обучения по дисциплине демонстрирует следующие результаты:</p> <p>В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты:</p> <p>Разрабатывает план лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Назначает лекарственные, медицинские изделия (в том числе стоматологических материалов) для лечения стоматологических заболеваний у детей и взрослых</p> <p>Назначает диетическое питание, лечебно-оздоровительного ре-</p>

	<p>жима при заболеваниях полости рта и зубов у детей и взрослых в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Определяет медицинские показания и противопоказания к проведению методик местной анестезии ЧЛЮ;</p> <p>Подбирает вид и выполняет местную (аппликационную, инфильтрационную, проводниковую) анестезию в челюстно-лицевой области;</p> <p>Выполнять медицинские вмешательства, в том числе терапевтические, у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обучение гигиене полости рта и зубов индивидуальное, подбор средств и предметов гигиены полости рта; - контролируемая чистка зубов; - профессиональная гигиена полости рта и зубов; - инъекционное введение лекарственных препаратов в ЧЛЮ; - местное применение реминерализующих препаратов в области зуба; - глубокое фторирование эмали зуба; - запечатывание фиссуры зуба герметиком; - профессиональное отбеливание зубов; - сошлифовывание твердых тканей зуба; - восстановление зуба пломбой с использованием стоматологических цементов, материалов химического отверждения, фотополимеров; - восстановление зубов с нарушением контактного пункта; - восстановление зуба пломбировочным материалом с использованием анкерных штифтов; - наложение девитализирующей пасты; - пульпотомия (ампутация коронковой пульпы); - экстирпация пульпы; - инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала; - временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала; - пломбирование корневого канала зуба пастой, гуттаперчевыми штифтами; - распломбировка корневого канала ранее леченного пастой - удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба (ручным методом); - ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба; - закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба; - наложение лечебной повязки при заболеваниях пародонта в области одной челюсти; - назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов; - назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов; - ультразвуковая обработка пародонтального кармана в области зуба;
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - избирательное шлифование твердых тканей зуба; - временное шинирование при заболеваниях пародонта; - гингивотомия; <p>Выполнять медицинские вмешательства, в том числе хирургические, у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лечение перикоронита (промывание, рассечение и (или) иссечение капюшона); - удаление зуба; - удаление временного зуба; - удаление постоянного зуба; - вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса; - остановка луночкового кровотечения без наложения швов методом тампонады; - наложение шва на слизистую оболочку рта; - наложение иммобилизирующей повязки при вывихах (подвывихах) зубов; - вправление вывиха нижней челюсти⁴ <p>Выполнять медицинские вмешательства, в том числе ортопедические, у взрослых со стоматологическими заболеваниями:</p> <ul style="list-style-type: none"> - получение анатомических и функциональных оттисков - восстановление зуба вкладками, виниром, полукоронкой - восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки - восстановление зубов штифтовыми зубами - восстановление зуба коронкой - восстановление целостности зубного ряда несъемными мостовидными протезами - восстановление целостности зубного ряда съемными мостовидными протезами - протезирование частичными съемными пластиночными протезами - коррекция съемной ортопедической конструкции - снятие несъемной ортопедической конструкции - протезирование полными съемными пластиночными протезами <p>Способен предотвратить осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения на стоматологическом приеме.</p> <p>Готов оценить эффективность и безопасность назначенного лечения;</p> <p>Оказывает медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме пациентам со стоматологическими заболеваниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</p>
--	--

Код компетенции	Результаты освоения ОПОП,	Оценочные средства
------------------------	----------------------------------	---------------------------

	содержание компетенции	
ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения	тестовый контроль, собеседование, решение ситуационных задач
Код индикатора достижения компетенции	Содержание индикатора достижения компетенции/ Планируемые результаты обучения по дисциплине	
иОПК-6.1	<p>Знает Нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов; Принципы диспансерного наблюдения в различных категориях пациентов и среди населения. Особенности специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний. Санитарно-эпидемиологические нормы и требования Правила проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий;</p>	
иОПК-6.2	<p>Умеет Нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов; Принципы диспансерного наблюдения в различных категориях пациентов и среди населения. Особенности специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний. Санитарно-эпидемиологические нормы и требования Правила проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий;</p>	
иОПК-6.3	<p>Владет Нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов; Принципы диспансерного наблюдения в различных категориях пациентов и среди населения. Особенности специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний. Санитарно-эпидемиологические нормы и требования Правила проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий;</p>	
Планируемые результаты обучения	<p>По завершению обучения по дисциплине демонстрирует следующие результаты: В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты: Знает этиологию, патогенез, клинику, основные принципы диагностики и лечения инфекционных заболеваний; Способен проводить санитарно-просветительную работу по</p>	

	<p>формированию здорового образа жизни, профилактике осложненного течения заболеваний и (или) патологических состояний;</p> <p>Консультирует пациентов по вопросам навыков здорового образа жизни, профилактики осложненного течения заболеваний и (или) патологических состояний;</p> <p>Готов проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия, направленные на предупреждение возникновения инфекционных заболеваний, используя знания об эпидемическом процессе ;</p> <p>Способен определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями;</p> <p>Способен определять продолжительность ограничительных мероприятий при возникновении различных инфекционных заболеваний, сроки диспансерного наблюдения за переболевшими и лицами, контактировавшими с больными;</p> <p>Использует принципы и особенности диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями и (или) патологическими состояниями;</p> <p>Готов разрабатывать и рекомендовать профилактические и оздоровительные мероприятия пациентам различного возраста и состояния здоровья, контролировать их выполнение и оценивать эффективность профилактической работы</p>
--	--

Код компетенции	Результаты освоения ОПОП, содержание компетенции	Оценочные средства
ОПК-7	Способен проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения с целью профилактики стоматологических заболеваний	тестовый контроль, собеседование, решение ситуационных задач
Код индикатора достижения компетенции	Содержание индикатора достижения компетенции/ Планируемые результаты обучения по дисциплине	
иОПК-7.1	<p>Знает</p> <p>Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни;</p> <p>Основные критерии здорового образа жизни и методы его формирования.</p> <p>Социально-гигиенические и медицинские аспекты алкоголизма, наркоманий, токсикоманий, основные принципы их профилактики.</p> <p>Особенности специфической и неспецифической профилактики стоматологических заболеваний.</p> <p>Основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующие укреплению здоровья и профилактике возникновения общих и стоматологических заболеваний.</p>	

иОПК-7.2	<p>Умеет</p> <p>Проводить санитарно-гигиеническое просвещение пациентов с целью формирования здорового образа жизни и профилактики стоматологических заболеваний.</p> <p>Формировать у пациентов (их законных представителей) поведения, направленного на сохранение и повышение уровня соматического и стоматологического здоровья.</p> <p>Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, психотропных веществ.</p> <p>Разрабатывать план профилактических мероприятий и осуществлять методы групповой и индивидуальной профилактики основных стоматологических заболеваний.</p> <p>Назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе онкологических.</p> <p>Проводить подбор и назначение лекарственных препаратов и немедикаментозных методов для профилактики стоматологических заболеваний у детей и взрослых.</p> <p>Проводить профилактику заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ, костной ткани челюстей, периферической нервной системы ЧЛЮ, височно-челюстного сустава, слюнных желез.</p> <p>Использовать методы первичной и вторичной профилактики</p>
иОПК-7.3	<p>Владеет</p> <p>Навыками осуществления санитарно-просветительской работы с населением, направленной на пропаганду здорового образа жизни и профилактику стоматологических заболеваний;</p> <p>Методами борьбы с вредными привычками;</p> <p>Назначением лекарственных препаратов и немедикаментозных методов для профилактики стоматологических заболеваний.</p> <p>Выполнением профилактических процедур стоматологических заболеваний.</p> <p>Проведением профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ, в том числе первичной и вторичной профилактики онкологических новообразований, за исключением специализированного приема по лечению предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и губ.</p> <p>Подбором медицинских изделий для профилактики стоматологических заболеваний.</p> <p>Навыком оценки эффективности профилактической работы.</p>
Планируемые результаты обучения	<p>По завершению обучения по дисциплине демонстрирует следующие результаты:</p> <p>В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты:</p> <p>Способен проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни ;</p> <p>Готов разработать и рекомендовать профилактические и оздоровительные мероприятия пациентам различного возраста и</p>

	<p>состояния здоровья, в том числе программы здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, психотропных веществ, физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела;</p> <p>Выполнением профилактических процедур стоматологических заболеваний.</p> <p>Проведением профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ, в том числе первичной и вторичной профилактики онкологических новообразований, за исключением специализированного приема по лечению предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и губ.</p> <p>Подбором медицинских изделий для профилактики стоматологических заболеваний.</p> <p>Способен контролировать выполнения профилактических мероприятий и оценивать эффективность профилактической работы с пациентами.</p>
--	--

Процедура оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Компоненты контроля и их характеристика

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	Традиционный
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	Преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, Индивидуальный
5.	Метод контроля	Собеседование (устный опрос), проверка практических навыков, стандартизированный контроль (тестовые задания с эталонами ответа, ситуационные задачи)

Критерии оценки методов контроля представлены в положениях о текущем контроле и промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации – экзамен

Вопросы к промежуточной аттестации

1. Организация стоматологической помощи населению (оснащение стоматологической клиники, работа с электронной историей болезни, медико-статистические показатели) контроль качества стоматологических услуг, оформление медицинской документации)
2. Клинические и лабораторные этапы изготовления штампованных коронок
3. Задачи восстановительной хирургии челюстно-лицевой. Методы обследования в челюстно-лицевой хирургии стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) Принципы реабилитации больных в восстановительном периоде.
4. Организация деятельности стоматологической поликлиники (критерии и порядок оказания медицинской помощи населению, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения)
5. Виды слизистой оболочки протезного ложа по Суппле.

6. Основные методы пластических операций. Подходы к лечению пациентов с учетом их социокультурных традиций. Оценка возможности оказания платных услуг. Нормативная регламентация предоставления платных услуг стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения)
7. Стоматологическое просвещение. Методы подготовки учебно-методических материалов по стоматологии общей практики
8. Травматическая и центральная окклюзия. Виды
9. Первичная хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области (ПХО) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи /клиническими рекомендациями, тактика ведения больных. Использование приемов первой помощи, методов защиты в условиях чрезвычайных ситуациях. Возможные осложнения. Просвещение пострадавших о здоровом образе жизни. Гигиена полости рта после ПХО
10. Принципы врачебной этики и деонтологии. Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций.
11. Методы подготовки учебно-методических материалов по ортопедической стоматологии для среднего профессионального образования
12. Транспортная иммобилизация при переломах челюстей. Методы и средства оказания помощи стоматологическим больным при неотложных состояниях, чрезвычайных ситуациях, эпидемиях и в очагах массового поражения.
13. Обследование стоматологического больного. Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций.
14. Адентия зубов. Виды. Этиология и патогенез
15. Консервативная иммобилизация при переломах в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Использование шин Тигерштедта, Васильева. Гигиена полости рта. Реабилитация, методика ЛФК. Оценка возможности оказания платных услуг. Нормативная регламентация предоставления платных услуг. Экспертиза временной нетрудоспособности
16. Гигиена полости рта. Современные предметы и средства гигиены полости рта: основные, дополнительные. Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций. Особенности ухода за полостью рта пациентов в зависимости от возраста и состояния полости рта.
17. Вторичная адентия. Клиника, лечение
18. Хирургическая иммобилизация при переломах челюстей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Маршрутизация пациента в рамках оказания первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи. Оценка возможности оказания платных услуг. Нормативная регламентация предоставления платных услуг. Экспертиза временной нетрудоспособности
19. Асептика и антисептика в стоматологии. Виды, методы
20. Классификация беззубых челюстей
21. Переломы нижней челюсти. Классификация. Клиника, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Реабилитация, методика ЛФК. Возможные осложнения
22. Кариес зуба. Эпидемиологические показатели. Современная концепция этиологии кариеса. Особенности клинической картины. Диагностика
23. Обследование больного с полной вторичной адентией
24. Переломы верхней челюсти. Классификация. Клиника, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Реабилитация, методика ЛФК.
25. Этапы лечения кариеса оперативным путем. Варианты препарирования кариозных полостей по Блэку в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Подходы к лечению пациентов с учетом их социокультурных традиций.

26. Характеристика анатомических слепков при полной вторичной адентии
27. Переломы и вывихи зубов. Классификация. Клиника, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Применение дефектологических знаний в рекомендациях
28. Некариозные поражения твердых тканей зубов. Классификация. Клиника. Принципы лечения Современный научный взгляд на этиологию. Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций. Обучение пациента гигиене полости рта.
29. Методы фиксации съемных протезов
30. Вывихи нижней челюсти. Классификация. Клиника, лечение . Маршрутизация пациента в рамках оказания первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи. Возможные осложнения
31. Классификации заболеваний пульпы. Анатомо-физиологические особенности строения эмали и дентина. Перечислить мероприятия, направленные на сохранение и предупреждение возникновения и (или) распространения осложнений кариеса как инфекционного процесса
32. Понятие о стабилизации протезов. Реабилитация, методика ЛФК.
33. Переломы скуловой кости. Клиника, лечение. Просвещение пострадавших о здоровом образе жизни
34. Принципы и методы лечения пульпита. Факторы, влияющие на выбор тактики лечения согласно клиническим рекомендациям СТАР. в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций.
35. Протезы с металлическим базисом. Характеристика
36. Методы подготовки учебно-методических материалов по челюстно-лицевой хирургии для среднего профессионального образования
37. Периодонтит. Анатомо-физиологические особенности строения периодонта. Классификация, Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика периодонтита.
38. Адаптация к пластинчатым протезам. Изменения дикции. Применение дефектологических знаний в рекомендациях. Гигиена полости рта
39. Комбинированные поражения челюстно-лицевой области. Методы оказания помощи стоматологическим больным при неотложных состояниях, чрезвычайных ситуациях, эпидемиях и в очагах массового поражения. Взаимодействие с другими врачами-специалистами для решения вопроса о лечении. Маршрутизация пациента в рамках оказания первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи.
40. Тактика ведения стоматологического пациента с острым периодонтитом пульпарного происхождения согласно клиническим рекомендациям СТАР в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Подходы к лечению пациентов с учетом их социокультурных традиций
41. Ортопедические аппараты, их классификация
42. Абсцессы полости рта.
43. Материалы для пломбирования корневых каналов. Выбор способа obturation системы корневого канала в зависимости от клинической ситуации в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. Критерии качества obturation корневых каналов.
44. Диагностика в ортопедической стоматологии
45. Одонтогенный остеомиелит челюстей. Патоморфологическая картина. Современный научный взгляд на этиологию и патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.
46. Повторное эндодонтическое лечение (принципы дезobturation системы корневого канала. Показания к извлечению инородных тел из просвета корневого канала), в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.
47. Основные лечебные средства, применяемые в ортопедической стоматологии. Реабилитация, методика ЛФК.

- 48 Общие принципы лечения абсцессов, флегмон челюстно-лицевой области, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Взаимодействие с другими врачами-специалистами для решения вопроса о лечении.
49. Профилактика осложнений на этапах эндодонтического лечения.
50. Ортопедическое лечение при частичном разрушении коронок зубов (вкладки, искусственные коронки). Классификация искусственных коронок. Оценка возможности оказания платных услуг. Нормативная регламентация предоставления платных услуг.
51. Абсцесс и флегмона подглазничной области, глазницы. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями..
52. Восстановление анатомической коронки зуба после эндодонтического лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Возможные осложнения
53. Лечение при отсутствии коронки с помощью штифтовых зубов Оценка возможности оказания платных услуг. Нормативная регламентация предоставления платных услуг
54. Абсцесс и флегмона щечной области. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и 79. Абсцесс и флегмона подподбородочной и поднижнечелюстной области. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.
55. Одонтогенный очаг хронической инфекции. Современный научный взгляд на этиологию.
56. Патологическая стираемость зубов. Причины возникновения, клинические проявления, принципы лечения.
57. Абсцесс и флегмона поджевательного пространства. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.
58. Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта. Проявление СПИДа в полости рта.
59. Маршрутизация пациента в рамках оказания первичной медикосанитарной и первичной специализированной медицинской помощи.
60. Патологическая стираемость зубов. Принципы лечения
61. Анатомо-физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта Травматические поражения слизистой оболочки полости рта
62. Кламерная система. Классификация
63. Одонтогенная флегмона дна полости рта. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и лечение в в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.
64. Инфекционные заболевания слизистой оболочки полости рта. Взаимодействие с другими врачами-специалистами для решения вопроса о лечении. Маршрутизация пациента в рамках оказания первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи. Экспертиза временной нетрудоспособности
65. Феномен Попова – Годона
66. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.
67. Грибковые заболевания полости рта. Современный научный взгляд на этиологию
68. Лечение частичной вторичной адентии. Подходы к лечению пациентов с учетом их

- социокультурных традиций. Оценка возможности оказания платных услуг. Нормативная регламентация предоставления платных услуг. Возможные осложнения
69. Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Сепсис, ме-
диастенит, тромбоз лицевых вен и пещеристого синуса. Клинические проявления, прин-
ципы лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помо-
щи/ клиническими рекомендациями. Взаимодействие с другими врачами-специалистами
для решения вопроса о лечении.
70. Аллергические заболевания слизистой оболочки рта. Взаимодействие с другими вра-
чами-специалистами для решения вопроса о лечении.
71. Основные элементы съемных протезов
72. Эпидемический паротит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение Подходы к
обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций.
73. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Причины возникновения, клини-
ческие проявления, принципы лечения.
74. Ортопедическое лечение артрозов височного нижнечелюстного сустава. Подходы к
обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций. Оценка возможности
участия пациента в соревновательном процессе, с точки зрения состояния и получаемого
лечения, с учетом требования всемирного антидопингового комитета. Реабилитация, ме-
тодика ЛФК. Оценка возможности оказания платных услуг. Нормативная регламентация
предоставления платных услуг
75. Слюно-каменная болезнь: клинические проявления, лечение Подходы к обследованию
пациентов с учетом их социокультурных традиций. Оценка возможности участия паци-
ента в соревновательном процессе, с точки зрения состояния и получаемого лечения, с
учетом требования всемирного антидопингового комитета.
76. Хейлиты. Классификация, клинические проявления, принципы лечения
77. Метод избирательного шлифования зубов.
78. Фурункулы и карбункулы челюстно-лицевой области. Клиника, лечение
79. Глосситы Классификация, клинические проявления, принципы лечения
80. Метод временного шинирования при заболеваниях пародонта
81. Специфические воспаления челюстно-лицевой области (Актиномикоз, сифилис, ту-
беркулез). Возбудители. Клинические проявления, принципы лечения
82. Пародонтит. Этиология, патогенез Дифференциальная диагностика. Лечение. Реабилитация
больных с заболеваниями пародонта. Проведение экспертизы временной нетрудос-
пособности
83. Топографические особенности беззубых челюстей
84. Диагностика и неотложная помощь на амбулаторном приеме врача-стоматолога
85. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта. Классифика-
ция, клинические проявления, принципы лечения. Реабилитация больных Оценка воз-
можности участия пациента в соревновательном процессе, с точки зрения состояния и
получаемого лечения, с учетом требования всемирного антидопингового комитета. Вза-
имодействие с другими врачами-специалистами для решения вопроса о лечении.
86. Постоянные шинирующие аппараты и протезы, применяемые при заболеваниях пародон-
та
87. Одонтогенный острый и хронический гайморит. Перфорация и свищ верхнечелюстно-
го синуса. Причины. Клиника, диагностика, тактика врача при перфорации верхнече-
люстного синуса, способы оперативного закрытия перфорации Подходы к обследованию
пациентов с учетом их социокультурных традиций.
88. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта. Классифика-
ция, клинические проявления, принципы лечения. Реабилитация больных Оценка воз-
можности участия пациента в соревновательном процессе, с точки зрения состояния и
получаемого лечения, с учетом требования всемирного антидопингового комитета. Вза-
имодействие с другими врачами-специалистами для решения вопроса о лечении.

89. Постоянные шинирующие аппараты и протезы, применяемые при заболеваниях пародонта
90. Одонтогенный острый и хронический гайморит. Перфорация и свищ верхнечелюстного синуса. Причины. Клиника, диагностика, тактика врача при перфорации верхнечелюстного синуса, способы оперативного закрытия перфорации Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций.
91. Одонтогенный острый и хронический гайморит. Перфорация и свищ верхнечелюстного синуса. Причины. Клиника, диагностика, тактика врача при перфорации верхнечелюстного синуса, способы оперативного закрытия перфорации Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций.
92. Гематогенный остеомиелит у детей. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Взаимодействие с другими врачами-специалистами для решения вопроса о лечении. Реабилитация, методика ЛФК. Применение дефектологических знаний в рекомендациях
93. Анатомо-физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей в различные возрастные периоды. Анатомо-физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей в различные возрастные периоды.
94. Кандидоз у детей. Этиология, патогенез, клиника. Оценка возможности участия пациента в соревновательном процессе, с точки зрения состояния и получаемого лечения, с учетом требования всемирного антидопингового комитета.
95. Особенности обследования, клиники, диагностики и лечения кариеса дентина во временных зубах у детей. Возможные осложнения
96. Особенности обследования, клиники, диагностики и лечения кариеса эмали в постоянных зубах с несформированными корнями у детей.
97. Кламерная система. Классификация
98. Метод временного шинирования при заболеваниях пародонта
99. Язвенно-некротический гингивит у детей. Причины возникновения, клиника, диагностика, принципы
100. Патологическая стираемость зубов. Принципы лечения
101. Абсцесс и флегмона щечной области. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и 79. Абсцесс и флегмона подподбородочной и поднижнечелюстной области. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.
102. Роль питания в этиологии кариеса. Пропаганда здорового образа жизни
103. Протезы с металлическим базисом. Характеристика
104. Методы подготовки учебно-методических материалов по челюстно-лицевой хирургии для среднего профессионального образования
105. Характеристика анатомических слепков при полной вторичной адентии

БИЛЕТЫ К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Билет 1

1. Организация стоматологической помощи населению (оснащение стоматологической клиники, работа с электронной историей болезни, медико-статистические показатели) контроль качества стоматологических услуг, оформление медицинской документации)
2. Клинические и лабораторные этапы изготовления штампованных коронок
3. Задачи восстановительной хирургии челюстно-лицевой. Методы обследования в челюстно-лицевой хирургии стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) Принципы реабилитации больных в восстановительном периоде.
4. Ситуационная задача

Билет 2

1. Организация деятельности стоматологической поликлиники (критерии и порядок оказания медицинской помощи населению, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения)
2. Виды слизистой оболочки протезного ложа по Суппле.
3. Основные методы пластических операций. Подходы к лечению пациентов с учетом их социокультурных традиций. Оценка возможности оказания платных услуг. Нормативная регламентация предоставления платных услуг стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения)
4. Ситуационная задача

Билет 3

1. Стоматологическое просвещение. Методы подготовки учебно-методических материалов по стоматологии общей практики.
2. Травматическая и центральная окклюзия. Виды
3. Первичная хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области (ПХО) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи /клиническими рекомендациями, тактика ведения больных. Использование приемов первой помощи, методов защиты в условиях чрезвычайных ситуациях. Возможные осложнения. Просвещение пострадавших о здоровом образе жизни. Гигиена полости рта после ПХО
4. Ситуационная задача

Билет 4

1. Принципы врачебной этики и деонтологии. Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций.
2. Методы подготовки учебно-методических материалов по ортопедической стоматологии для среднего профессионального образования
3. Транспортная иммобилизация при переломах челюстей. Методы и средства Методы оказания помощи стоматологическим больным при неотложных состояниях, чрезвычайных ситуациях, эпидемиях и в очагах массового поражения.
4. Ситуационная задача

Билет 5

1. Обследование стоматологического больного. Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций.
2. Адентия зубов. Виды. Этиология и патогенез
3. Консервативная иммобилизация при переломах в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Использование шин Тигерштедта, Васильева. Гигиена полости рта. Реабилитация, методика ЛФК. Оценка возмож-

ности оказания платных услуг. Нормативная регламентация предоставления платных услуг.
Экспертиза временной нетрудоспособности
4. Ситуационная задача

Билет 6

1. Гигиена полости рта. Современные предметы и средства гигиены полости рта: основные, дополнительные. Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций. Особенности ухода за полостью рта пациентов в зависимости от возраста и состояния полости рта.
2. Вторичная адентия. Клиника, лечение
3. Хирургическая иммобилизация при переломах челюстей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Маршрутизация пациента в рамках оказания первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи. Оценка возможности оказания платных услуг. Нормативная регламентация предоставления платных услуг. Экспертиза временной нетрудоспособности
4. Ситуационная задача

Билет 7

1. Асептика и антисептика в стоматологии. Виды, методы
2. Классификация беззубых челюстей
3. Переломы нижней челюсти. Классификация. Клиника, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Реабилитация, методика ЛФК. Возможные осложнения
4. Ситуационная задача

Билет 8

1. Кариез зуба. Эпидемиологические показатели. Современная концепция этиологии кариеса. Особенности клинической картины. Диагностика
2. Обследование больного с полной вторичной адентией
3. Переломы верхней челюсти. Классификация. Клиника, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Реабилитация, методика ЛФК.
4. Ситуационная задача

Билет 9

1. Этапы лечения кариеса оперативным путем. Варианты препарирования кариозных полостей по Блэку в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Подходы к лечению пациентов с учетом их социокультурных традиций.
2. Характеристика анатомических слепков при полной вторичной адентии
3. Переломы и вывихи зубов. Классификация. Клиника, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Применение дефектологических знаний в рекомендациях
4. Ситуационная задача

Билет 10

1. Некариозные поражения твердых тканей зубов. Классификация. Клиника. Принципы лечения. Современный научный взгляд на этиологию. Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций. Обучение пациента гигиене полости рта.
2. Методы фиксации съемных протезов

3. Вывихи нижней челюсти. Классификация. Клиника, лечение. Маршрутизация пациента в рамках оказания первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи. Возможные осложнения

4. Ситуационная задача

Билет 11

1. Классификации заболеваний пульпы. Анатомо-физиологические особенности строения эмали и дентина. Перечислить мероприятия, направленные на сохранение и предупреждение возникновения и (или) распространения осложнений кариеса как инфекционного процесса

2. Понятие о стабилизации протезов. Реабилитация, методика ЛФК.

3. Переломы скуловой кости. Клиника, лечение. Просвещение пострадавших о здоровом образе жизни

4. Ситуационная задача

Билет 12

1. Принципы и методы лечения пульпита. Факторы, влияющие на выбор тактики лечения согласно клиническим рекомендациям СТАР. в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций.

2. Протезы с металлическим базисом. Характеристика

3. Методы подготовки учебно-методических материалов по челюстно-лицевой хирургии для среднего профессионального образования

4. Ситуационная задача

Билет 13

1. Периодонтит. Анатомо-физиологические особенности строения периодонта. Классификация, Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика периодонтита.

2. Адаптация к пластинчатым протезам. Изменения дикции. Применение дефектологических знаний в рекомендациях. Гигиена полости рта

3. Комбинированные поражения челюстно-лицевой области. Методы оказания помощи стоматологическим больным при неотложных состояниях, чрезвычайных ситуациях, эпидемиях и в очагах массового поражения. Взаимодействие с другими врачамиспециалистами для решения вопроса о лечении. Маршрутизация пациента в рамках оказания первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи.

4. Ситуационная задача

Билет 14

1. Тактика ведения стоматологического пациента с острым периодонтитом пульпарного происхождения согласно клиническим рекомендациям СТАР в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Подходы к лечению пациентов с учетом их социокультурных традиций

2. Ортопедические аппараты, их классификация

3. Абсцессы полости рта.

4. Ситуационная задача

Билет 15

1. Материалы для пломбирования корневых каналов. Выбор способа obturation системы корневого канала в зависимости от клинической ситуации в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. Критерии качества obturation корневых каналов.

2. Диагностика в ортопедической стоматологии

3. Одонтогенный остеомиелит челюстей. Патоморфологическая картина. Современный научный взгляд на этиологию и патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диа-

гностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

4. Ситуационная задача

Билет 16

1. Повторное эндодонтическое лечение (принципы дезобтурации системы корневого канала. Показания к извлечению инородных тел из просвета корневого канала), в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

2. Основные лечебные средства, применяемые в ортопедической стоматологии. Реабилитация, методика ЛФК.

3 Общие принципы лечения абсцессов, флегмон челюстно-лицевой области, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Взаимодействие с другими врачами-специалистами для решения вопроса о лечении.

4. Ситуационная задача

Билет 17

1. Профилактика осложнений на этапах эндодонтического лечения.

2. Ортопедическое лечение при частичном разрушении коронок зубов (вкладки, искусственные коронки). Классификация искусственных коронок. Оценка возможности оказания платных услуг. Нормативная регламентация предоставления платных услуг.

3. Абсцесс и флегмона подглазничной области, глазницы. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями..

4. Ситуационная задача

Билет 18

1. Восстановление анатомической коронки зуба после эндодонтического лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Возможные осложнения

2. Лечение при отсутствии коронки с помощью штифтовых зубов Оценка возможности оказания платных услуг. Нормативная регламентация предоставления платных услуг

3. Абсцесс и флегмона щечной области. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и 79. Абсцесс и флегмона подподбородочной и поднижнечелюстной области. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

4. Ситуационная задача

Билет 19

1. Одонтогенный очаг хронической инфекции. Современный научный взгляд на этиологию.

2. Патологическая стираемость зубов. Причины возникновения, клинические проявления, принципы лечения.

3. Абсцесс и флегмона поджевательного пространства. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

4. Ситуационная задача

Билет 20

1. Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта. Проявление СПИДа в полости рта.
2. Маршрутизация пациента в рамках оказания первичной медикосанитарной и первичной специализированной медицинской помощи.
3. Патологическая стираемость зубов. Принципы лечения
4. Ситуационная задача

Билет 21

1. Анатомо-физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта Травматические поражения слизистой оболочки полости рта
2. Кламерная система. Классификация
3. Одонтогенная флегмона дна полости рта. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.
4. Ситуационная задача

Билет 22

1. Инфекционные заболевания слизистой оболочки полости рта. Взаимодействие с другими врачами-специалистами для решения вопроса о лечении. Маршрутизация пациента в рамках оказания первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи. Экспертиза временной нетрудоспособности
2. Феномен Попова – Годона
3. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.
4. Ситуационная задача

Билет 23

1. Грибковые заболевания полости рта. Современный научный взгляд на этиологию
2. Лечение частичной вторичной адентии. Подходы к лечению пациентов с учетом их социокультурных традиций. Оценка возможности оказания платных услуг. Нормативная регламентация предоставления платных услуг. Возможные осложнения
3. Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Сепсис, менингит, тромбоз лицевых вен и пещеристого синуса. Клинические проявления, принципы лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями. Взаимодействие с другими врачами-специалистами для решения вопроса о лечении.
4. Ситуационная задача

Билет 24

1. Аллергические заболевания слизистой оболочки рта. Взаимодействие с другими врачами-специалистами для решения вопроса о лечении.
2. Основные элементы съемных протезов
3. Эпидемический паротит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций.
4. Ситуационная задача

Билет 25

1. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Причины возникновения, клинические проявления, принципы лечения.

2. Ортопедическое лечение артрозов височного нижнечелюстного сустава. Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций. Оценка возможности участия пациента в соревновательном процессе, с точки зрения состояния и получаемого лечения, с учетом требования всемирного антидопингового комитета. Реабилитация, методика ЛФК. Оценка возможности оказания платных услуг. Нормативная регламентация предоставления платных услуг

3. Слюно-каменная болезнь: клинические проявления, лечение Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций. Оценка возможности участия пациента в соревновательном процессе, с точки зрения состояния и получаемого лечения, с учетом требования всемирного антидопингового комитета.

4. Ситуационная задача

Билет 26

1. Хейлиты. Классификация, клинические проявления, принципы лечения

2. Метод избирательного пришлифовывания зубов.

3. Фурункулы и карбункулы челюстно-лицевой области. Клиника, лечение

4. Ситуационная задача

Билет 27

1. Глосситы Классификация, клинические проявления, принципы лечения

2. Метод временного шинирования при заболеваниях пародонта

3. Специфические воспаления челюстно-лицевой области (Актиномикоз, сифилис, туберкулез). Возбудители. Клинические проявления, принципы лечения

4. Ситуационная задача

Билет 28

1. Пародонтит. Этиология, патогенез Дифференциальная диагностика. Лечение. Реабилитация больных с заболеваниями пародонта. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности

2. Топографические особенности беззубых челюстей

3. Диагностика и неотложная помощь на амбулаторном приеме врача-стоматолога

4. Ситуационная задача

Билет 29

1. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта. Классификация, клинические проявления, принципы лечения. Реабилитация больных Оценка возможности участия пациента в соревновательном процессе, с точки зрения состояния и получаемого лечения, с учетом требования всемирного антидопингового комитета. Взаимодействие с другими врачами-специалистами для решения вопроса о лечении.

2. Постоянные шинирующие аппараты и протезы, применяемые при заболеваниях пародонта

3. Одонтогенный острый и хронический гайморит. Перфорация и свищ верхнечелюстного синуса. Причины. Клиника, диагностика, тактика врача при перфорации верхнечелюстного синуса, способы оперативного закрытия перфорации Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций.

4. Ситуационная задача

Билет 30

1. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта. Классификация, клинические проявления, принципы лечения. Реабилитация больных Оценка возможности участия пациента в соревновательном процессе, с точки зрения состояния и получаемого лечения, с учетом требования всемирного антидопингового комитета. Взаимодействие с другими врачами-специалистами для решения вопроса о лечении.

2. Постоянные шинирующие аппараты и протезы, применяемые при заболеваниях пародонта
3. Одонтогенный острый и хронический гайморит. Перфорация и свищ верхнечелюстного синуса. Причины. Клиника, диагностика, тактика врача при перфорации верхнечелюстного синуса, способы оперативного закрытия перфорации Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций.
4. Ситуационная задача

Билет 31

1. Одонтогенный острый и хронический гайморит. Перфорация и свищ верхнечелюстного синуса. Причины. Клиника, диагностика, тактика врача при перфорации верхнечелюстного синуса, способы оперативного закрытия перфорации Подходы к обследованию пациентов с учетом их социокультурных традиций.
2. Гематогенный остеомиелит у детей. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Взаимодействие с другими врачами-специалистами для решения вопроса о лечении. Реабилитация, методика ЛФК. Применение дефектологических знаний в рекомендациях
3. Анатомо-физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей в различные возрастные периоды. Анатомо-физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей в различные возрастные периоды.
4. Ситуационная задача

Билет 32

1. Кандидоз у детей. Этиология, патогенез, клиника. Оценка возможности участия пациента в соревновательном процессе, с точки зрения состояния и получаемого лечения, с учетом требования всемирного антидопингового комитета.
2. Особенности обследования, клиники, диагностики и лечения кариеса дентина во временных зубах у детей. Возможные осложнения
3. Особенности обследования, клиники, диагностики и лечения кариеса эмали в постоянных зубах с несформированными корнями у детей.
4. Ситуационная задача

Билет 33

1. Кламерная система. Классификация
2. Метод временного шинирования при заболеваниях пародонта
3. Язвенно-некротический гингивит у детей. Причины возникновения, клиника, диагностика, принципы
4. Ситуационная задача

Билет 34

1. Патологическая стираемость зубов. Принципы лечения
2. Абсцесс и флегмона щечной области. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и 79. Абсцесс и флегмона подподбородочной и поднижнечелюстной области. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ и лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.
3. Роль питания в этиологии кариеса. Пропаганда здорового образа жизни
4. Ситуационная задача

Билет 35

1. Протезы с металлическим базисом. Характеристика
2. Методы подготовки учебно-методических материалов по челюстно-лицевой хирургии для среднего профессионального образования
3. Характеристика анатомических слепков при полной вторичной адентии
4. Ситуационная задача

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода на неделе:

- 1) 6-7
- 2) 8-9
- 3) 10-16
- 4) 17-20
- 5) 21-30

Правильный ответ: 1

2. Из эпителия зубного зачатка образуются ткани зуба:

- 1) эмаль, Насмитова оболочка
- 2) дентин, пульпа
- 3) цемент
- 4) периодонт
- 5) кость альвеолы

Правильный ответ: 1

3. Из мезенхимы зубного сосочка образуются:

- 1) эмаль
- 2) дентин, пульпа
- 3) цемент
- 4) периодонт
- 5) кость альвеолы

Правильный ответ: 2

4. К концу первого года у здорового ребенка должно прорезаться зубов не менее:

- 1) 2
- 2) 4
- 3) 6
- 4) 8
- 5) 10

Правильный ответ: 4

5. К концу второго года жизни у здорового ребенка должны прорезаться зубы:

- 1) все временные
- 2) только нижние центральные временные резцы
- 3) все временные резцы
- 4) временные фронтальные зубы
- 5) временные фронтальные зубы и первые моляры

Правильный ответ: 5

6. Корни временных резцов заканчивают формирование к:

- 1) 2 годам
- 2) 3 годам
- 3) 4 годам
- 4) 5 годам
- 5) 6 годам

Правильный ответ: 1

7. Корни временных моляров формируются к:

- 1) 2 годам
- 2) 3 годам
- 3) 4 годам
- 4) 5 годам
- 5) 6 годам

Правильный ответ: 3

8. Период «физиологического покоя» для корней временных зубов длится:

- 1) 1 год
- 2) 1,5-2 года
- 3) 2,5-3 года
- 4) 3,5-4 года
- 5) 4,5-5 лет

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

9. Ведущим рентгенологическим признаком при патологической резорбции корней временных зубов является

- 1) резорбция одного из корней
- 2) деформация периодонтальной щели
- 3) деструкция костной ткани между корнями временных зубов или вокруг них
- 4) остеопароз костной ткани
- 5) равномерная резорбция всех корней

Правильный ответ: 5

10. Ростковая зона корня на рентгенограмме определяется как очаг разрежения кости:

- 1) с четкими контурами у верхушки корня с узким каналом
- 2) ограниченного по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом
- 3) с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом
- 4) с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с узким каналом
- 5) на рентгенограмме не определяется

Правильный ответ: 2

11. Корни постоянных резцов и первых моляров заканчивают свое формирование к:

- 1) 10 годам
- 2) 11 годам
- 3) 12 годам
- 4) 13 годам
- 5) 15 годам

Правильный ответ: 1

12. Показателями эффективности стоматологической диспансеризации является:

- 1) снижение распространенности и интенсивности кариеса
- 2) снижение количества специалистов в поликлинике
- 3) снижение расходов на лечение и профилактику

Правильный ответ: 1

13. Для профилактической обработки эмали прорезавшихся постоянных зубов у кариесвосприимчивых детей применяется:

- 1) 30% раствор нитрата серебра
- 2) 10% раствор глюконата кальция, 1-2% раствор фторида натрия
- 3) 2% раствор питьевой соды
- 4) сафوراид
- 5) йодид калия

Правильный ответ: 2

14. Для запечатывания фиссур постоянных зубов применяют:

- 1) силидонт
- 2) компомеры
- 3) силанты
- 4) амальгаму
- 5) силиции

Правильный ответ: 3

15. При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять:

- 1) эвикрол
- 2) стеклоиономерные цементы
- 3) силидонт
- 4) силиции
- 5) амальгаму

Правильный ответ: 2

16. Болевые ощущения при зондировании по эмалево-дентинной границе характерны для:

- 1) кариеса в стадии пятна
- 2) поверхностного кариеса
- 3) среднего кариеса
- 4) глубокого кариеса
- 5) хронического пульпита

Правильный ответ: 3

17. Метод витальной окраски выявляет очаговую деминерализацию при:

- 1) эрозии эмали
- 2) белом кариозном пятне
- 3) пятнистой форме гипоплазии
- 4) кариозном пигментированном пятне
- 5) флююорозе

Правильный ответ: 2

18. Болезненность при препарировании среднего кариеса выражена:

- 1) на дне кариозной полости в одной точке

- 2) по стенкам кариозной полости
- 3) по всему дну кариозной полости
- 4) по стенкам кариозной полости и всему дну
- 5) отсутствует

Правильный ответ: 2

19. Кариозные пятна выявляются на поверхности зубов:

- 1) вестибулярной
- 2) контактной
- 3) жевательной
- 4) в области режущего края
- 5) небной/язычной

Правильный ответ: 1

20. При кариесе в стадии пятна эмаль:

- 1) гладкая, зондирование болезненно
- 2) гладкая, зондирование безболезненно
- 3) шероховатая, зондирование болезненно
- 4) шероховатая, зондирование безболезненно
- 5) легко удаляется экскаватором

Правильный ответ: 2

21. Препарирование временных зубов показано при:

- 1) кариесе в стадии пятна при быстротекущем кариесе
- 2) поверхностном кариесе
- 3) среднем кариесе
- 4) кариесе в стадии пятна при медленнотекущем кариесе
- 5) любой форме кариеса

Правильный ответ: 3

22. При лечении кариеса временных моляров можно без прокладки применять:

- 1) амальгаму
- 2) силидонт
- 3) стеклоиономерные цементы
- 4) композитные материалы
- 5) силиции

Правильный ответ: 3

23. В качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе применяют:

- 1) прокладки на основе гидроокиси кальция
- 2) пасту с гормональными препаратами
- 3) пасту с антибиотиками
- 4) резорцин-формалиновую пасту
- 5) имудон

Правильный ответ: 1

24. Стеклоиономерные цементы используют при лечении среднего кариеса зубов:

- 1) только временных несформированных
- 2) только временных сформированных
- 3) только постоянных несформированных
- 4) только постоянных сформированных
- 5) всех временных и постоянных зубов

Правильный ответ: 5

25. При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять:

- 1) амальгаму
- 2) силидонт
- 3) стеклоиономерные цементы
- 4) композитные материалы
- 5) силиции

Правильный ответ: 3

26. Степень компенсации кариозного процесса определяется с помощью индексов:

- 1) КПУ; кп; КПУ+ кп
- 2) КПп; кпп
- 3) ГИ

Правильный ответ: 1

27. Возможные изменения при местной гипоплазии эмали:

- 1) пигментированное пятно на эмали
- 2) облитерация полости зуба
- 3) «рифленные» зубы
- 4) поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов
- 5) «гипсовые» зубы

Правильный ответ: 1

28. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:

- 1) горизонтальные борозды, параллельные режущему краю на группе зубов одного периода минерализации
- 2) вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов
- 3) эмаль стирается, обнаженный дентин водянистого цвета
- 4) наличие белых пятен и крапинок
- 5) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

Правильный ответ: 2

29. Клиническая форма гипоплазии эмали:

- 1) «рифленая» эмаль
- 2) дисплазия Капдепона
- 3) бороздчатая эмаль
- 4) меловидно-крапчатая эмаль
- 5) слущивающаяся эмаль

Правильный ответ: 3

30. Для постановки диагноза «несовершенный дентиногенез» достаточно наличия:

- 1) «гипсового» цвета эмали
- 2) вертикальных борозд от режущего края до шеек зубов
- 3) стираемости эмали и обнажения дентина водянистого цвета
- 4) изменений на рентгенограмме
- 5) меловидные пятна в пришеечной области

Правильный ответ: 4

31 Некариозные поражения твердых тканей зуба, возникающие после его прорезывания:

- 1) гипоплазия эмали
- 2) флюороз
- 3) отлом коронки в результате травмы
- 4) несовершенный амелогенез
- 5) тетрациклиновое окрашивание

Правильный ответ: 3

32 Болевые ощущения при зондировании дна кариозной полости в одной точке характерны для:

- 1) среднего кариеса
- 2) глубокого кариеса
- 3) хронического фиброзного пульпита
- 4) хронического гангренозного пульпита
- 5) хронического периодонтита

Правильный ответ: 3

33. Форма пульпита, преимущественно выявляемая во временных зубах при плановой санации полости рта у детей:

- 1) острый диффузный
- 2) хронический фиброзный
- 3) хронический гангренозный
- 4) хронический гипертрофический
- 5) острый очаговый

Правильный ответ: 2

34. Резорцин-формалиновая паста состоит из:

- 1) 20% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина
- 2) 20% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка
- 3) 40% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина
- 4) 40% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка
- 5) 40% формалина, резорцина до насыщения

Правильный ответ: 4

35. Форма пульпита, при которой кариозная полость всегда сообщается с полостью зуба:

- 1) острый очаговый пульпит
- 2) острый диффузный пульпит
- 3) хронический фиброзный пульпит
- 4) хронический гангренозный пульпит
- 5) хронический гипертрофический пульпит

Правильный ответ: 5

36. Хронический гипертрофический пульпит является следствием пульпита:

- 1) острого очагового
- 2) острого диффузного
- 3) хронического фиброзного
- 4) хронического гангренозного
- 5) хронического гангренозного в стадии обострения

Правильный ответ: 3

37. ЭОД при хроническом пульпите постоянных зубов (мкА):

- 1) 2-6
- 2) 8-10
- 3) 10-20
- 4) 20-60
- 5) свыше 150

Правильный ответ: 4

38. При лечении временных моляров методом девитальной ампутации во второе посещение:

- 1) раскрывают полость зуба, удаляют коронковую пульпу и оставляют на несколько дней тампон с резорцин-формалиновой смесью под дентинную повязку
- 2) удаляют пульпу из коронки зуба и корневых каналов, пломбируют каналы цементом
- 3) после ампутации пульпы накладывают резорцин-формалиновую пасту, прокладку и пломбу
- 4) после ампутации пульпы оставляют пасту на основе гидроокиси кальция, прокладку и пломбу
- 5) после ампутации пульпы оставляют цинк-эвгеноловую пасту под дентинную повязку

Правильный ответ: 1

39. Предпочтительный метод лечения постоянного несформированного однокорневого зуба при хроническом фиброзном пульпите:

- 1) девитальная ампутация
- 2) девитальная экстирпация
- 3) витальная ампутация
- 4) витальная экстирпация
- 5) высокая ампутация

Правильный ответ: 3

40. Методом высокой ампутации проводят лечение:

- 1) всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня
- 2) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы
- 3) всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах
- 4) хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах
- 5) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах в первые 48 часов после травмы

Правильный ответ: 2

41. При лечении зуба методом высокой ампутации на оставшуюся в канале часть корневой пульпы воздействуют лекарственными веществами с целью:

- а) прекращения воспалительного процесса
- б) прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования корня
- в) обеспечения дальнейшего формирования корня
- г) прекращения дальнейшего формирования корня
- д) ускорения формирования корня

Правильный ответ: б

42. Предпочтительный метод лечения хронического гангренозного пульпита в несформированном однокорневом постоянном зубе:

- а) девитальная ампутация
- б) девитальная экстирпация

- в) высокая ампутация
- г) витальная экстирпация
- д) витальная ампутация

Правильный ответ: в

43. Метод девитальной экстирпации показан при лечении всех форм пульпита в зубах:

- а) только в сформированных постоянных
- б) в любых сформированных временных
- в) в сформированных постоянных зубах и в однокорневых временных
- г) в однокорневых несформированных постоянных и сформированных временных
- д) в однокорневых несформированных постоянных при отломе коронки с обнажением пульпы

Правильный ответ: в

44. Пульпит временных моляров преимущественно лечат методом:

- а) девитальной экстирпации
- б) девитальной ампутации
- в) витальной ампутации
- г) витальной экстирпации
- д) высокой ампутации

Правильный ответ: б

45. Мышьяковистую пасту в первое посещение при лечении временных зубов методом девитальной ампутации не следует накладывать при:

- а) хроническом фиброзном пульпите в зубах при начале резорбции корней, когда болезненность пульпы незначительная
- б) хроническом гангренозном пульпите в зубах с рассасывающимися корнями
- в) остром диффузном пульпите
- г) остром очаговом пульпите
- д) обострении хронического фиброзного пульпита

Правильный ответ: б

46. Метод девитальной экстирпации показан при:

- а) отломе коронки с обнажением пульпы в сформированных однокорневых постоянных зубах в первые сутки после травмы
- б) отломе коронки с обнажением пульпы в несформированных однокорневых постоянных зубах в первые 48 часов после травмы
- в) отломе коронки с обнажением пульпы в несформированных однокорневых постоянных зубах спустя 48 часов после травмы
- г) лечении всех форм пульпита в сформированных постоянных и временных однокорневых зубах
- д) лечении всех форм пульпита в временных зубах независимо от стадии формирования корней

Правильный ответ: г

47. Ампутация пульпы – это:

- а) удаление коронковой и корневой пульпы
- б) удаление корневой пульпы
- в) удаление коронковой части пульпы

Правильный ответ: в

48. Апексогенез это

- а) способ лечения периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями при котором завершение роста корня происходит физиологическим путем
 - б) способ лечения периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями при котором апикальное отверстие закрывается с помощью остео-цементного барьера
- Правильный ответ: а

49. Противопоказание для резекции верхушки корня зуба:

- а) обострение хронического периодонтита;
- б) хронический гранулирующий периодонтит;
- в) хронический гранулематозный периодонтит;
- г) хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени;
- д) кистогранулема.

Ответ: г

50. Показание к гемисекции зуба:

- а) острый гнойный пульпит;
- б) острый гнойный периодонтит;
- в) острый серозный периодонтит;
- г) хронический периодонтит однокорневого зуба;
- д) хронический периодонтит двухкорневого зуба.

Ответ: д

51. Противопоказание к реплантации зуба:

- а) острый периодонтит;
- б) хронический гранулирующий периодонтит;
- в) хронический гранулематозный периодонтит;
- г) хронический периодонтит в стадии обострения;
- д) хронический остеомиелит.

Ответ: д

52. Показание к операции ампутация корня:

- а) острый гнойный пульпит;
- б) хронический гангренозный пульпит;
- в) хронический гранулирующий периодонтит;
- г) хронический одонтогенный гайморит;
- д) хронический одонтогенный остеомиелит.

Ответ: в

53. Абсолютное показание к удалению "причинного" зуба:

- а) острый гнойный пульпит;
- б) хронический гангренозный пульпит;
- в) хронический гранулирующий периодонтит;
- г) хронический гранулематозный периодонтит;
- д) хронический одонтогенный остеомиелит.

Ответ: д

54. Показание к удалению зуба при пародонтите:

- а) подвижность зуба 1 степени;
- б) подвижность зуба 2 степени;
- в) наличие пародонтального кармана до середины длины корня зуба;
- г) подвижность зуба, стоящего вне зубной дуги 2-3 степени;

д) развитие ретроградного пульпита.

Ответ: г

55. При перекороните нижних восьмых зубов показано:

а) удаление зуба;

б) иссечение «капюшона»;

в) блокада с антибиотиком;

г) промывание кармана раствором антисептиков;

д) промывание кармана раствором протеолитических ферментов.

Ответ: б

56. Удаление постоянного зуба при сменном прикусе показано при диагнозе:

а) острый гнойный пульпит;

б) хронический гангренозный пульпит;

в) хронический гранулирующий периодонтит;

г) хронический одонтогенный гайморит;

д) хронический одонтогенный остеомиелит;

Ответ: д

57. При остром гнойном периостите показано:

а) проведение разреза до кости;

б) назначение согревающих компрессов;

в) назначение противовоспалительных препаратов;

г) назначение сульфаниламидных препаратов;

д) проведение блокады с антибиотиком.

Ответ: а

58. Тактика при перфорации дна интактной гайморовой пазухи во время удаления зуба:

а) тугая тампонада лунки;

б) рыхлая тампонада лунки;

в) введение в лунку препаратов на основе коллагена и наложение шва;

г) гайморотомия;

д) создание антронозального соустья.

Ответ: в

59. Тактика лечения остеокластомы:

а) удаление зубов;

б) наблюдение;

в) эксскохлеация;

г) химиотерапия;

д) физиолечение.

Ответ: в

60. Тактика лечения эозинофильной гранулемы:

а) выскабливание опухоли;

б) резекция челюсти;

в) комбинированное лечение;

г) химиотерапия;

д) лучевая терапия;

Ответ: а

61. Тактика врача при проталкивании корня во время удаления зуба в верхнечелюстной синус:

- а) удалить корень через лунку;
- б) проведение альвеолотомии;
- в) проведение синусотомии;
- г) ушить лунку и направить больного на рентгенографию, дальнейшее наблюдение;
- д) введение в лунку марлевого тампона.

Ответ: г

62. Операция, показанная при выведении чрезмерного количества пломбировочного материала, за верхушку корня при лечении хронического гранулематозного периодонтита фронтальных зубов верхней челюсти:

- а) удаление зуба;
- б) резекция верхушки корня;
- в) реплантация;
- г) гемисекция;
- д) ампутация корня.

Ответ: б

63. Тактика врача при отсутствии сгустка в лунке после удаления зуба:

- а) промыть лунку антисептиками;
- б) провести кюретаж лунки;
- в) назначить антибиотики;
- г) ввести в лунку марлевый тампон;
- д) назначить ирригации полости рта.

Ответ: б

64. Тактика врача при обнажении края альвеолы после неосложненного удаления зуба:

- а) провести пластику местными тканями;
- б) провести альвеолотомию;
- в) ввести в лунку йодоформный тампон;
- г) не проводить специальных манипуляций, наблюдение;
- д) наложить тампон поверх лунки.

Ответ: б

65. Целью кюретажа при пародонтите является:

- а) удаление грануляционной ткани;
- б) удаление поддесневых зубных отложений и грануляционной ткани;
- в) устранение кармана, создание условий для вторичного приживления десны к тканям зуба;
- г) удаление участков проросшего эпителия десны;
- д) удаление десневого края.

Ответ: в

66. Показания для проведения лоскутных операций при лечении болезней пародонта:

- а) гингивиты;
- б) пародонтоз;
- в) пародонтит легкой и средней степени тяжести;
- г) пародонтит средней и тяжелой степени при глубине десневых карманов более 6-7 мм;
- д) пародонтит тяжелой степени при подвижности зубов III степени.

Ответ: г

67. Наружной границей поднижнечелюстного треугольника является:

- а) заднее брюшко крыловидно-нижнечелюстной мышцы;
- б) переднее брюшко жевательной мышцы;
- в) внутренняя поверхность нижней челюсти;
- г) жевательная мышца;
- д) внутренняя поверхность подбородочного отдела нижней челюсти.

Ответ: в

68. Удаление зуба показано:

- а) при переломе челюсти;
- б) при переломе альвеолярного отростка;
- в) при переломе корня зуба в области верхушки;
- г) при переломе зуба в области шейки;
- д) при продольном переломе корня зуба.

Ответ: д

69. Для целлюлита челюстно-лицевой области характерно:

- а) отек;
- б) инфильтрация;
- в) гнойное расплавление;
- г) некроз;
- д) ограничение очага воспаления.

Ответ: б

70. При кровотечении из поврежденной слизистой оболочки полости рта при гемофилии целесообразно использовать местно:

- а) ферракрил;
- б) аминокaproновая кислота;
- в) колапол;
- г) викасол;
- д) гемостатическая губка.

Ответ: в

71. Часто возникают кровотечения после удаления зуба при:

- а) болезни Виллебранда;
- б) болезни Боткина;
- в) болезни Педжета;
- г) сахарном диабете;
- д) пиелонефрите.

Ответ: а

72. При обнажении фуркации и сохранении устойчивости нижнего первого моляра проводится:

- а) резекции верхушки корня;
- б) коронно-радикулярная сепарация;
- в) реплантация;
- г) гемисекция;
- д) лоскутная операция.

Ответ: б

73. Штифтовый зуб с наружным кольцом предложен:

- а) Ричмондом
- б) Ильиной-Маркосян

в) Ахмедовым

г) Копейкиным

Правильный ответ: б

74. Штифтовой зуб с вкладкой разработан:

а) Ричмондом

б) Ильиной-Маркосян

в) Ахмедовым

г) Копейкиным

Правильный ответ: б

75. Для лечения, локализованного (очагового) пародонтита несъемные протезы применяются при:

а) отсутствии атрофии

б) атрофии 1/4

в) атрофии 1/2

г) атрофии 3/4

Правильный ответ: б

76. Величина угла резцового бокового пути составляет в среднем (в градусах):

а) 90-99;

б) 100-110;

в) 111-120.

Правильный ответ: б

77. При прямом прикусе имеются сагиттальные резцовый путь и угол?

а) да;

б) нет;

в) да, 90°.

Правильный ответ: б

78. Жевательная поверхность моляров после препарирования должна:

а) сохранять анатомическую форму;

б) быть ровной и гладкой;

в) быть вогнутой и гладкой.

Правильный ответ: а

79. Методика избирательного сошлифовывания зубов применяется при:

а) гингивите

б) пародонтите

в) пародонтозе

г) кариесе

Правильный ответ: б

80. Иммунные зоны зуба:

а) фиссуры и углубления на зубах

б) пришеечная треть видимой коронки зуба

в) жевательные поверхности зубов

г) бугры, экватор и вестибулярные поверхности зубов

д) небные и язычные поверхности зубов

Правильный ответ: г

Компетенции: УК-1, ПК-7,

81. Особенности препарирования глубокой кариозной полости:

- а) формирование отвесных стенок
- б) формирование плоского дна
- в) формирование неровного дна в зависимости от глубины поражения и топографии полости зуба
- г) сохранение на дне полости деминерализованного, размягченного дентина
- д) финирирование краев эмали

Правильный ответ: в

82. Инструмент, используемый при пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации холодной гуттаперчи:

- а) плагер
- б) ример
- в) лентуло
- г) корневая игла
- д) спредер

Правильный ответ: д

83. Наибольшие трудности для достижения верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию 16 или 26 зуба представляет?

- а) дистальный небный
- б) медиальный щечный
- в) щечный
- г) дистальный щечный
- д) небный

Правильный ответ: б

84. При хроническом фиброзном пульпите лучше всего применить метод:

- а) сохранение жизнеспособности всей пульпы зуба
- б) витальная ампутация
- в) витальная экстирпация
- г) девитализация
- д) удаление зуба

Правильный ответ: в

85. ЭОД при хроническом пульпите постоянных зубов (мкА):

- а) 2-6
- б) 8-10
- в) 10-20
- г) 20-60
- д) свыше 150

Правильный ответ: г

86. При резекции верхушки корня с ретроградным пломбированием используются:

- а) фосфат цемент
- б) МТА
- в) резорцин формалин
- г) серебряными амальгамами
- д) гуттаперча

Правильный ответ: б

87. Субодонтобластическая зона пульпы содержит:

- а) одонтобласты
- б) фибробласты
- в) пульпоциты звездчатой формы
- г) цементобласты
- д) остеобласты

Правильный ответ: в

88. Корневая пломба должна:

- а) достигать верхушечной трети канала
- б) достигать верхушечного отверстия по рентгенологической оценке
- в) быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия
- г) располагать на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгенологической оценке
- д) достигать уровня дентино-цементного соединения

Правильный ответ: в

89. Патологические воздействия на пульпу приводит к образованию:

- а) третичного дентина
- б) клеточного цемента
- в) неклеточного цемента
- г) первичного дентина.
- д) вторичного дентина

Правильный ответ: а

90. Основной метод лечения зубов при несовершенном дентиногенезе:

- а) пломбирование кариозных полостей
- б) депульпирование зуба
- в) удаление зуба
- г) восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов
- д) шинирование зубов

Правильный ответ: в

91. Этиотропное лечение при остром герпетическом стоматите:

- а) противовирусные препараты
- б) антисептики
- в) протеолитические ферменты
- г) обезболивающие средства
- д) антибиотики

Правильный ответ: а

92. Для лечения кандидоза используют мазь:

- а) гепариновую
- б) канестен (клотримазол)
- в) бонафтоновую
- г) зовиракс
- д) солкосерил

Правильный ответ: б

93. Многоформную экссудативную эритему принято относить к группе заболеваний:

- а) инфекционных
- б) аллергических

- в) инфекционно-аллергических
- г) лекарственных
- д) неизвестной этиологии

Правильный ответ: в

94. Клинические проявления при черном волосатом языке:

- а) нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере
- б) неравномерная, десквамация эпителия на спинке языка
- в) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- г) налет на спинке языка
- д) увеличение сосочков на боковых поверхностях языка

Правильный ответ: а

95. Для обезболивания слизистой оболочки полости рта при ОГС используют:

- а) 1% раствор тримекаина
- б) 2% раствор новокаина
- в) 10% раствор лидокаина в спрее
- г) 10% взвесь анестезина в масле
- д) 1% взвесь анестезина в масле

Правильный ответ: г

96. Способствует гипосенсибилизации и быстро улучшает самочувствие больного МЭЭ:

- а) курс антибиотиков широкого спектра действия
- б) противовирусные препараты во внутрь и местно
- г) внутривенное введение тиосульфата натрия
- д) растворы натрия салицилата в возрастной дозировке
- е) курс кератопластической терапии

Правильный ответ: г

97. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/3 соответствует:

- а) пародонтиту легкой степени
- б) пародонтиту средней степени
- в) пародонтиту тяжелой степени
- г) пародонтозу средней степени
- д) пародонтозу тяжелой степени

Правильный ответ: б

98. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/2 соответствует:

- а) пародонтиту легкой степени
- б) пародонтиту средней степени
- в) пародонтиту тяжелой степени
- г) пародонтозу средней степени
- д) пародонтозу тяжелой степени

Правильный ответ: б

99. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки более 1/2 соответствует:

- а) пародонтиту легкой степени
- б) пародонтиту средней степени
- в) пародонтиту тяжелой степени
- г) пародонтозу средней степени
- д) пародонтозу тяжелой степени

Правильный ответ: б

100. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 5 мм:

- а) кюретаж карманов
- б) операция «открытый кюретаж»
- в) лоскутная операция
- г) гингивотомия
- д) гингивэктомия

Правильный ответ: в

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.

Пациент К. 20 лет обратился в клинику с жалобами на эстетический недостаток, кратковременные боли от химических раздражителей, прекращающиеся после их устранения. При осмотре: на медиальных контактных поверхностях зубов 1.2 и 2.1 определяются старые пломбы с краевой пигментацией; на медиальной контактной поверхности зуба 2.2 – кариозная полость средних размеров (см. Рис. 1).



Рис.1



Рис. 2

Задания:

1. Расскажите о причинах развития краевой пигментации вокруг пломб.
2. Укажите класс представленных на Рис. 1 кариозных полостей.
3. Расскажите о классификациях кариеса и кариозных полостей.
4. Опишите особенности препарирования кариозных полостей данного класса.
5. Эстетическая реставрация. Назовите пломбировочные материалы, используемые для эстетической реставрации (Рис. 2).

Ответы

5. Причиной развития краевой пигментации может быть нарушение краевого прилегания и развитие вторичного кариеса.
6. Кариозные полости, представленные на рис. 1, относятся к III классу классификации Блэка.
7. Классификация ММСИ, основанная на глубине поражения (кариозное пятно, кариес поверхностный, средний, глубокий), международная классификация кариеса в соответствии с МКБ-10 (кариес эмали, дентина, цемента и т.д.)
8. Кариозные полости III класса препарировываются в пределах контактной поверхности с удалением нависающей эмали и созданием фальца. Эстетические реставрации требуют полного

удаления измененного в цвете дентина.

Ситуационная задача №2.

В клинику обратилась больная Б. по поводу выпавшей пломбы из зуба 1.3. Зуб не болит, беспокоит попадание пищи. Имеется кариозная полость средней глубины, дно плотное, стенки размягчены, зондирование стенок болезненное, дна - безболезненное.

Задание

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Поставьте окончательный диагноз.

Ответы

1. С хроническим периодонтитом (прежде всего). Затем со средним и поверхностным кариесом.
2. Средний кариес

Ситуационная задача №3.

Больная М., 19 лет, обратилась с жалобами на наличие на зубах множественных меловидных пятен в пришеечных областях 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 зубов.

При проведении обследования установлено, что электропроводность в этих участках эмали равна 1 мкА, титр лактобактерий полости рта равен 10^9 , скорость реминерализации эмали 5 суток.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения и реабилитации.

Ответы

1. Множественный начальный кариес
2. Реминерализующая терапия

Ситуационная задача №4.

Больной, 24 лет, жалуется на наличие самопроизвольных болей в 36 зубе, беспокоящие его около 2 суток. Боли прерывистые, ночные. Ранее отмечал кратковременные боли от холодного.

Объективно: на дистальной поверхности 36 зуба имеется глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. Перкуссия зуба безболезненна. Порог электровозбудимости пульпы повышен до 25 мкА.

Задания:

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите возможные заболевания при данной патологии.
3. Перечислите этапы выбранного метода лечения, реабилитацию.

Ответы.

1. Острый очаговый пульпит.
2. Острый очаговый пульпит, острый диффузный пульпит, обострение хронического пульпита.
3. Анестезия, препарирование кариозной полости, препарирование полости зуба, ампутация, экстирпация, механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов и кариозной полости. Наблюдение в течение 2 лет.

Ситуационная задача №5.

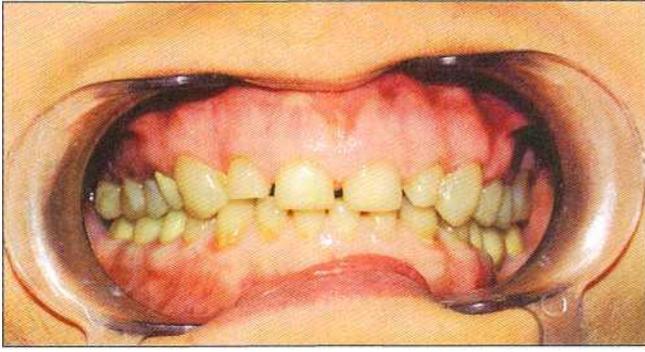


Рис 1

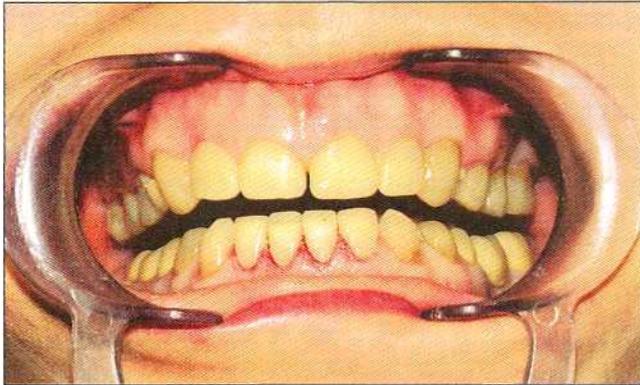


Рис 2

Пациентка М. 38 лет обратилась к стоматологу с жалобами на уменьшение высоты коронок фронтальных зубов (см. Рис. 1). При осмотре зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 3.2, 3.1.4, 2, 4.2 определяется уменьшение высоты коронок на 1/3 длины.

Задания:

1. Назовите поражение твердых тканей зубов, к которому относится данная патология (Рис. 1).
2. Дайте определение данному некариозному процессу.
3. Расскажите об этиологических факторах данной патологии.
4. Определите степень тяжести данного поражения по классификации Бракко.
5. Расскажите о методах лечения (Рис. 2) и реабилитации при данном заболевании.

Ответ

1. Стирание.
2. Стирание (патологическое) - это интенсивная убыль твердых тканей в одном зубе, группе зубов или во всех зубах.
3. Причины стирания: нарушения прикуса, перегрузка вследствие утраты зубов, неправильные конструкции протезов, взаимодействие бытовых и профессиональных вредностей, формирование неполноценных структур.
4. Степень I по Бракко - уменьшение высоты коронок с исчезновением на 1/3.
5. Лечение стирания зависит от степени: при I и II степени основной задачей является стабилизация процесса, сохраняющая высоту коронок (вкладки и коронки на жевательных зубах, реставрация фронтальных зубов), устранение симптомов гиперестезии. При III и IV степенях - ортопедическое и ортодонтическое лечение.

Ситуационная задача №6.

У пациента 20 лет провели исследование следующих зубов:

- 1.6- зубной камень
- 2.6- зубной камень, кровоточивость
- 1.5- зубной налет
- 2.5- зубной налет

- 1.4- зубной налет
- 2.4- кровоточивость
- 1.2- зубной налет
- 2.2- нет признаков
- 1.1- зубной налет
- 2.1- зубной налет
- 4.6- зубной налет
- 3.6- зубной налет
- 4.5- кровоточивость
- 3.5- нет признаков
- 4.3- зубной налет
- 3.3- зубной налет
- 4.2- кровоточивость
- 3.2- зубной камень
- 4.1- кровоточивость
- 3.1- зубной камень

Задания: Определите индекс КПИ

Ответ:2,0

Ситуационная задача №7.

У пациента 25 лет, 1 год назад получившего гражданство РФ, провели исследование следующих зубов:

- | | |
|---------------------|------------------------------------|
| 1.7- зубной камень | 2.7- зубной налет |
| 1.6- зубной камень | 2.6- зубной камень, кровоточивость |
| 1.5- зубной налет | 2.5- зубной налет |
| 1.4- зубной налет | 2.4- кровоточивость |
| 1.2- зубной налет | 2.2- нет признаков |
| 1.1- зубной налет | 2.1- зубной налет |
| 4.7- зубной налет | 3.7- зубной налет |
| 4.6- зубной налет | 3.6- зубной налет |
| 4.5- кровоточивость | 3.5- нет признаков |
| 4.3- зубной налет | 3.3- зубной налет |
| 4.2- кровоточивость | 3.2- зубной камень |
| 4.1- кровоточивость | 3.1- зубной камень |

Задания: Какие индексы можно рассчитать по представленным данным?

Ответ: Грина-Вермиллиона, КПИ, CPITN.

Ситуационная задача №8.



Пациентка А. 27 лет обратилась с жалобами на боли в зубах верхней и нижней челюсти, возникающие при воздействии температурных, механических и химических раздражителей, проходящие после устранения раздражителей (см. слайд). Жалобы появились на 16-й неделе беременности. При осмотре определяются дефекты твердых тканей в области резцов, верхних премоляров и моляров нижней и верхней челюсти.

Выявлена ретракция и гиперемия десневого края.

Задания:

1. Укажите заболевание твердых тканей зубов, которому соответствует данная клиническая картина
2. Расскажите о причинах развития некариозного поражения у данной пациентки.
3. Какие еще могут быть причины, способствующие развитию такой патологии.
4. Предложите методы лечебных мероприятий.
5. Назовите возможные профилактические меры.

Ответы

1. Некроз твердых тканей.
2. Причинами некроза твердых тканей могут быть нарушения или перестройка функций желез внутренней секреции (половых, щитовидной).
3. Воздействия внешних факторов: радиационный некроз, кислотный некроз.
4. Устранение симптома гиперестезии, реминерализующая терапия, пломбирование.
5. Профилактические мероприятия складываются из мероприятий по производственной безопасности, мониторинга собственного здоровья и заботы о нем.

Ситуационная задача №9.

Пациентка К. 48 лет обратилась к стоматологу с жалобами на жжение в полости рта при приеме раздражающей пищи, чувство шероховатости, стянутости и необычный вид слизистой оболочки щек. Все изменения появились 2 года назад после перенесенного стресса. Сопутствующие заболевания: хронический энтероколит, хронический холецистит.

При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии.

При осмотре полости рта: выявлены одиночные искусственные коронки, изготовленные из разнородных металлов. На слизистой оболочке щек в среднем и заднем отделах на гиперемизированном фоне отмечаются участки измененного эпителия белесоватого цвета в виде полос, кружев, не удаляющихся при поскабливании.

Задания

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите элементы поражения, патологические процессы в эпителии.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Укажите причины заболевания.
5. Составьте план обследования, лечения и реабилитации.



Ответ

1. Плоский лишай экссудативно-гиперемическая форма.
2. Папула. Паракератоз, гиперкератоз.
3. Дифференциальную диагностику проводят с лейкоплакией, кандидозом.
4. Заболевание является полиэтиологичным. Из общесоматической патологии имеет значение состояние стресса, заболевания желудочно-кишечного тракта. Выявляют непереносимость стоматологических материалов, повышенный уровень микротоков, хроническую механическую травму.
5. Обследование: консультация врача стоматолога-ортопеда, врача-гастроэнтеролога.
Общее лечение: коррекция психоэмоционального статуса, лечение общесоматической патологии, витамин «А» внутрь.
Местное лечение: санация полости рта, антисептическая обработка участков поражения, аппликация витамина «А» на участки поражения, рациональное протезирование с использованием однородных металлов или безметалловых ортопедических конструкций.

Ситуационная задача №10.

Пациент К., 39 лет проходил лечение у стоматолога-терапевта по поводу диагноза К.04.5 хронический апикальный периодонтит зуба 3.6. Накануне было проведено пломбирование корневых каналов. На следующий день появились боли при накусывании на зуб 3.6. Объективно: зуб 3.6 под пломбой, перкуссия резко болезненная, слизистая оболочка отечна, гиперемирована. Пальпация в проекции верхушки корня зуба 3.6 болезненная.

Задания:

1. Какова причина возникновения болей.
2. Какие физиотерапевтические процедуры нужно назначить пациенту.

Ответ

1. Причина постпломбировочных болей – выведение пломбировочного материала за апикальное отверстие, проталкивание дентинных опилок или выведение гипохлорита натрия за апекс.
2. Если преобладает болевой симптом, то назначают дарсонвализацию, диадинамические синусоидальные модулированные токи, флюктуоризацию так же, как и при остром верхушечном периодонтите, до трех воздействий. При преобладании выраженных явлений воспаления применяют флюктуоризацию, электрическое поле УВЧ, микроволновую терапию по общепринятым методам. Для профилактики обострения хронического периодонтита в день пломбирования корневого канала назначают флюктуоризацию, если на рентгенограмме за верхушкой зуба выявлен избыток пломбировочного материала.

Ситуационная задача №11.

Пациент В., 30 лет обратился с жалобами на кровоточивость десен, неприятный запах изо рта. Анамнез: соматически здоров, зубы чистит не регулярно. Любит печенья, сладкие газированные напитки.

Объективно: десна в области всех зубов отечна, гиперемирована, индекс гигиены высокий, индекс РМА – 71%.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Назначьте физиолечение.
3. Какой механизм воздействия лазерного излучения, какие противопоказания к лазеротерапии.

Ответ

1. К.05.10 Хронический простой маргинальный гингивит. Дифдиагностика с пародонтитом.
2. Профессиональная гигиена полости рта с использованием ультразвуковых аппаратов, гидромассаж, гидротерапия, местная дарсонвализация, местное УФО дёсен, низкоинтенсивное лазерное излучение. Электрофорез витаминов С, РР. При сильной кровоточивости - электрофорез с аминокaproновой кислотой.
3. Терапевтическое воздействие лазерного излучения приводит к изменениям на всех уровнях организации живой материи. Реакции организма при плотности потока лазерного излучения не превышающей 10-100 мВт/см²:

- стимуляция репаративных процессов (при кратковременных (до 3 мин) воздействиях).
- бактериостатический и бактерицидный эффект.
- выраженный противовоспалительный эффект, который обусловлен улучшением кровообращения и нормализацией нарушенной микроциркуляции, активацией трофики, непосредственным влиянием на микробный фактор, а также стимулирующим действием на эндокринные железы, в частности на надпочечники.
- обезболивающее (за счет уменьшения отека и усиления продукции эндорфинов и энкефалинов в структурах периферической нервной системы).
- десенсибилизирующее.
- иммунокорректирующее.
- тромболитическое.

Облучают полями. На пациента необходимо надеть защитные очки. Мощность - 100-200 мВт/см² (противовоспалительный эффект), время облучения- 2 мин на поле, общее время процедуры до 6 мин, методика – подвижная или стабильная. № 6-12 процедур.

Мощность 1-50 мВт/см² при застойных явлениях. 50-100 мВт/см² (репаративный эффект), время облучения - 2 мин на поле, методика - подвижная или стабильная. № 6-12 процедур.

Противопоказания:

- заболевания крови:
- сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации:
- церебральный склероз с нарушением мозгового кровообращения:
- заболевания нервной системы с резко повышенной возбудимостью:
- гипертиреоз;
- хроническая почечная недостаточность:
- злокачественные опухоли, доброкачественные новообразования:
- повышенная чувствительность к ультрафиолетовому излучению;
- сахарный диабет в стадии декомпенсации или неустойчивой компенсации:
- первая половина беременности:
- острые специфические инфекционные заболевания.

Местные противопоказания: все формы лейкоплакии, пролиферативные процессы на СОПР (папилломатоз, ограниченный гиперкератоз, ромбовидный глоссит).

Ситуационная задача №12..

Больная, 31 год, обратилась с жалобами на резкую боль от холодного воздуха, чувство оскоромины в зубах верхней и нижней челюстей. При осмотре обнаружено обнажение шеек зубов без нарушения целостности твердых тканей. Легкое прикосновение к зубам также вызывает болезненность.

1. Поставьте диагноз.
2. Какое общее лечение можно назначить?
3. Какие физиопроцедуры необходимы при данной патологии?
4. Какими препаратами можно проводить местное лечение?
5. Какие средства гигиены полости рта надо назначить.

Ответ

1. Гиперестезия твердых тканей зубов.
2. Глицерофосфат кальция, глюконат кальция, фитин, коамид, витамины D2, А, В, С.
3. Электрофорез или фонофорез: р-ра фторида натрия, глицерофосфата кальция; кальция хлорид, лазер.
4. 1-2% р-р фторида натрия, “Флюокаль”, Fluor Protector, Мультифлюорид, глубокое фторирование.
5. Десенситивные зубные пасты и ополаскиватели на основе хлорида калия, нитрата калия, фторида стронция, гидроксиапатита.

Ситуационная задача №13.

В клинику обратилась пациентка А. в возрасте 20-ти лет с жалобами на эстетические дефекты зубов. Со слов пациентки постоянные зубы прорезались уже с пятнами. Проживает пациентка А. в г. Одинцово.

При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии.

При осмотре полости рта: множественные меловидные пятна на всех поверхностях зубов, эмаль гладкая.



Рис.1

Задания

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причину возникновения данного заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Предложите алгоритм лечебно-профилактических мероприятий. Какие средства гигиены полости рта нужно назначить.

Ответ

1. Диагноз: пятнистая форма флюороза по классификации Патрикеева. K003.0 Эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали [флюороз зубов] – по МКБ.
2. Повышенная концентрация фторида в питьевой воде.
3. С очаговой деминерализацией эмали, пятнистой формой гипоплазии.
4. За две недели до начала лечения пациентке следует осуществить профессиональную гигиену полости рта, включающую удаление зубных отложений. Можно предложить провести микроабразию эмали в области линии улыбки - 20 зубов.

Пациентке следует дать рекомендации по уходу за полостью рта. Для домашнего применения целесообразно назначить, например: зубную пасту с гидроксиапатитом и полоскание 10% раствором глюконата кальция (2 раза в день в течение 2 недель). Кроме того, после микроабразии эмали на две недели из рациона питания пациентки должны быть исключены красящие продукты: черный чай, кофе, красное вино, кетчуп, свекла, морковь, черная смородина, черника и другие.

Ситуационная задача №14.

Пациент 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 1.1, 2.1, 3.1, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах из полости рта, частые случаи припухлости десны, которые сопровождаются болью и повышением температуры тела до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм патологическая подвижность зубов I-III степени.

Задания

1. Назовите группы заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.
2. Назовите данные анамнеза, которые необходимо выяснить для уточнения диагноза.
3. Назовите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план лечебных мероприятий и реабилитации.
5. Обоснуйте отдалённый прогноз заболевания.

Ответы

1. Данная патология может быть отнесена к группам воспалительных и идиопатических заболеваний пародонта.
2. Для уточнения диагноза необходимо выяснить длительность течения диабета и применения инсулинотерапии.

Предварительный диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжёлой степени, осложнённый частичной вторичной адентией, протекающей на фоне сахарного диабета I типа.

3. Рентгенологическое исследование (панорамная рентгенография верхней и нижней челюстей); общий клинический анализ крови; заключение эндокринолога.

4. План лечения:

- удаление зубных отложений;
- коррекция и контроль гигиены;
- местная противовоспалительная терапия;
- санация полости рта.

5. Отдалённый прогноз заболевания неблагоприятный, что обусловлено:

- возникновением болезни в молодом возрасте;
- быстрой потерей альвеолярной кости;
- ранней потерей зубов;
- патологической подвижностью зубов;

- гипергликемией, её осложнениями.

Ситуационная задача №15.

Пациентка 43 лет обратилась к стоматологу с жалобами на подвижность резцов верхней челюсти, появление щели между зубами, крови во время чистки зубов и припухлость десны, которая в течение последнего года возникала трижды. Стоматолога посещает регулярно 2 раза в год: проводится лечение зубов, удаление зубного камня. Внешний осмотр: кожные покровы без видимой патологии. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отёчны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Пародонтальные карманы в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 равны 4-5 мм. Патологическая подвижность 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, соответствует I степени.

Задания

- 1.Опишите рентгенограмму в области центральных резцов верхней челюсти.
- 2.Проведите расчёт пародонтального индекса (ПИ по Расселу) с учётом данных рентгенологического исследования.
- 3.Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
- 4.Составьте план дополнительного обследования.
- 5.Определите план лечения и реабилитации.

Ответы

- 1.На контактных внутриротовых рентгенограммах в области 1.1, 2.1 высота межальвеолярной перегородки снижена на длину корней зубов, отсутствует кортикальная пластинка на вершине межальвеолярной перегородки, резорбция альвеолярной кости II степени.
- 2.Заключение по рентгенограмме: резорбция межальвеолярной перегородки II степени, что соответствует пародонтиту средней степени тяжести.
- 3.Пародонтальный индекс (ПИ по Расселу) в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 соответствует 6 баллам.
- 4.Предварительный диагноз: хронический локальный пародонтит средней степени в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3.

Учитывая клинические и рентгенологические данные, дифференциальную диагностику следует проводить между гингивитом, пародонтитом лёгкой и тяжёлой степени, пародонтозом, пародонтолизом.

План дополнительного обследования:

- общий клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови на содержание глюкозы;
- анализ крови на ВИЧ-инфекцию;
- заключение врача терапевта общего профиля о перенесённых и сопутствующих заболеваниях.

5.План лечения:

- коррекция и контроль гигиены рта;
- местная противовоспалительная терапия;
- шинирования 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3;
- избирательное пришлифовывание зубов верхней и нижней челюстей;
- операция открытый кюретаж в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3.

Ситуационная задача №16.

На прием к врачу обратилась женщина 34 лет, с жалобами на высыпание пузырьков на ККГ. Высыпания появляются 2-3 раза в год. Чаще весной и осенью в течении 4 лет. Врач поставил диагноз: простой герпес. Назначено лечение: обработка пораженных участков анилиновыми красителями, оксолиновой мазью. После проведенного лечения рецидивы возникают с той же частотой.

Задания:

1. Уточните диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Внесите коррективы в лечение. Назначьте реабилитационные мероприятия.

Ответ

1. Диагноз: хронический рецидивирующий герпес средней степени тяжести.
2. Дифференциальная диагностика: опоясывающий лишай; герпетический дерматит Дюринга, КПЛ пузырьная форма.
3. Назначение антигерпетиков; проведение специфической иммунотерапии. Укрепление иммунитета лекарственными препаратами после консультации с иммунологом. Закаливание.

Ситуационная задача №17.

Больной 21 год, жалуется на повышение температуры тела до 38С, слабость, недомогание, головную боль. Болен 3 день. На третий день заболевания на слизистой оболочке щек, губ, языка, появились эрозии, болезненные при разговоре, глотании. Усилилось слюноотделение, изо рта появился запах. При осмотре больного выявлена кровоточивость и гиперемия десен, на слизистой оболочке щек, губ, языка афты в количестве 10. Увеличены и болезненны поднижнечелюстные лимфатические узлы.

Задания:

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Назначьте лечение, профилактику рецидивов.

Ответ

1. Диагноз: острый герпес средней степени тяжести.
2. Лечение: противогерпетическая терапия, антисептическая обработка полости рта, кератопластики. Иммунокоррекция.

Ситуационная задача №18.

Пациент 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на кровоточивость десен во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щёк бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 карманы 3,5 мм. Десну окрасили раствором Шиллера-Писарева.

Задания:

- 1.Назовите группу заболеваний пародонта, к которой может относиться данная патология.
- 2.Назовите причину патологических изменений десны у этого пациента.
- 3.Определите индекс ПМА в области зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3.
- 4.Поставьте предварительный диагноз. Назовите метод диагностики, необходимый для уточнения диагноза.
- 5.Составьте план лечения и реабилитации.

Ответы

- 1.К группе воспалительных заболеваний пародонта.
- 2.Причиной патологических изменений десны у этого пациента является микробная бляшка, которая не полностью удаляется с поверхности зубов при их ежедневной чистке.
- 3.Индекс ПМА в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 равен 66,6(6)%.
- 4.Предварительный диагноз: хронический локальный пародонтит лёгкой степени в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3. Для уточнения диагноза необходимо применить рентгенологический метод исследования – панорамную рентгенографию верхней и нижней челюстей.
- 5.План лечения:
 - удаление зубных отложений;
 - коррекция и контроль гигиены полости рта;

- местная противовоспалительная терапия;
- санация полости рта

Ситуационная задача №19.

Пациент К. 36 лет обратился к стоматологу с жалобами на шероховатость, чувство стянутости и наличие белого пятна на языке. Изменения на языке заметил год назад. Белесоватость очага за последнее время усилилась.



Из анамнеза: курит с 16 лет, страдает хроническим гастритом.

При осмотре: регионарные лимфоузлы не увеличены. Вторичная частичная адентия. На боковой поверхности языка справа имеется обширная бляшка белого цвета с четкими контурами, возвышающаяся над уровнем слизистой оболочки, не удаляющаяся при поскабливании. Пальпация очага поражения безболезненная, уплотнения в основании нет.

Задания:

1. Перечислите возможные причины заболевания.
2. Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.
5. Составьте план лечения. Прогноз.

Ответы

1. Возможные причины заболевания:

- курение;
- хроническая механическая травма;
- патология желудочно-кишечного тракта.

2. Методы обследования для подтверждения диагноза:

- бактериоскопический (для исключения кандидоза);
- консультация других специалистов (гастроэнтеролога, стоматолога-ортопеда);
- гистологическое исследование.

3. Веррукозная лейкоплакия боковой поверхности языка.

4. Дифференциальную диагностику проводят:

- с гиперкератотической формой плоского лишая;
- с хроническим гиперпластическим кандидозом;
- раком слизистой оболочки рта;
- с сифилисом (сифилитическими папулами).

5. План лечения:

- отказ от курения;
- санация полости рта, рациональное протезирование, устранение хронической механической травмы;
- наблюдение и лечение у гастроэнтеролога;
- раздражающая диета;

- удаление очага поражения в пределах здоровых тканей при помощи хирургического лазера или криодеструкции;
- при отсутствии своевременного лечения возможно озлокачествление (факультативный предрак).

Ситуационная задача №20.



Пациент Б. 55 лет обратился в клинику с жалобами на дефекты зубов в пришеечной области, эстетический недостаток, иногда возникающую болезненность от температурных, механических и химических раздражителей (см. слайд). При осмотре: в пришеечной области определяются обширные дефекты твердых тканей, по форме напоминающие клин. Пораженные участки имеют гладкие и блестящие поверхности. Отмечается ретракция десны.

Задания:

1. Назовите стоматологическое заболевание, к которому относится данная патология.
2. Расскажите о возможных причинах развития данного некариозного поражения.
3. Чем обусловлено развитие абфракционных дефектов?
4. Предложите комплекс профилактических мероприятий.
5. Поясните особенности пломбирования абфракционных дефектов

Ответы

1. Клиновидный дефект (истирание).
2. Этиологические факторы до конца не выяснены. Считается, что причинами развития могут быть механические факторы (неправильная чистка зубов, жесткая зубная щетка заболевания пародонта, особенности анатомического строения круговой мышцы рта)
3. Развитие абфракционных дефектов в виде клина обусловлено разными модулями эластичности эмали и дентина.
4. Чистка зубов вертикальными движениями зубной щетки, применение низкоабразивных лечебно-профилактических зубных паст. Не рекомендуется использовать зубной порошок.
5. Пломбирование клиновидных дефектов традиционными композитами часто мало эффективно. Поэтому при замещении абфракционных дефектов целесообразно использовать стеклоиономерные цементы, жидкие композиты и компомеры, которые обладают адекватными свойствами (модуль упругости, эластичности и т.д.)

Ситуационная задача №21.

Пациентка А. 37 лет обратилась с жалобами на дефекты зубов в пришеечной области, эстетический недостаток и боли от всех видов раздражителей (см. слайд) При осмотре: на вестибулярной поверхности в пришеечной области определяются неглубокие дефекты овальной формы в пределах эмали, покрытые налетом, при зондировании - гладкие и болезненные.



Задания:

1. Назовите заболевание твердых тканей зубов, которому соответствует данная клиническая картина.
2. Укажите характер деминерализации, наблюдаемый при данной патологии.
3. Расскажите о классификации данного заболевания.
4. Заболевания какой железы внутренней секреции играют ведущую роль в патогенезе данного заболевания?
5. Методы лечения данного заболевания, реабилитацию пациента.

Ответы

1. Эрозия эмали, II степень, активная стадия.
2. Поверхностная деминерализация. При кариесе в стадии пятна - подповерхностная.
3. В эрозии твердых тканей выделяют 2 стадии поражения: начальную (эрозия эмали), выраженную (эрозия эмали и дентина).

По глубине поражения:

- степень - поражение поверхностных слоев эмали;
 - степень - поражение эмали до эмалево-дентинного соединения;
 - степень - поражение всей эмали и поверхностных слоев дентина. По активности процесса – активная стадия эрозии, стабилизированная. В данной ситуации эрозия в активной стадии
4. Важная роль в патогенезе эрозии зубов принадлежит эндокринным нарушениям, в частности гиперфункции щитовидной железы.
 5. Лечение эрозии включает реминерализацию и пломбирование в зависимости от степени поражения. Мониторинг состояния эндокринной системы.

Ситуационная задача №22.

Больная А., 22 лет, обратилась в клинику с жалобами на острую, самопроизвольную, приступообразную боль в 25. Боль впервые появилась накануне, ночью. Приступы повторяются каждые 2-3 часа и длятся 10-15 минут. На жевательной поверхности 25 обнаружена кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование болезненно, перкуссия безболезненная.

Задания:

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назовите предварительный диагноз.
3. Перечислите методы лечения, показанные в случае подтверждения предварительного диагноза.
4. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

Ответы.

1. Острый очаговый пульпит.
2. Острый очаговый пульпит, острый диффузный пульпит, обострение хронического пульпита.
3. Анестезия, препарирование кариозной полости, препарирование полости зуба, ампутация, экстирпация, механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов и кариозной полости.
4. Проведение профессиональной гигиены полости рта, рекомендации по индивидуальной гигиене, подбор средств, мотивация на соблюдение гигиены полости рта и прохождение профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев.

Ситуационная задача №23.

Пациент Н. 29 лет обратился с жалобами на периодически возникающие боли при накусывании на зуб 2.6. При осмотре на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование безболезненно, перкуссия слабо болезненна. На рентгенограмме в области вершины небного корня определяется очаг деструкции кости с четкими границами размером 5 мм в диаметре. В области вершечек щечных корней - расширение периодонтальной щели.



Рис. 1



Рис. 2



Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что позволяет установить рентгенографический метод?
3. Расскажите о цели выполнения рентгенограммы с введенными в канал стержневыми инструментами (Рис. 1).
4. Расскажите о свойствах пломбировочных материалов для временного пломбирования каналов и цели их использования (Рис. 2).
5. Расскажите о сроках восстановления костной ткани при хроническом апикальном периодонтите (Рис. 3)

Ответы

1. Учитывая клиническую картину, в данной ситуации можно предварительно поставить диагноз обострения хронического апикального периодонтита.
2. Рентгенографический метод исследования позволяет определить форму хронического апикального периодонтита, размеры поражения.

3. Рентгенограмма зуба с введенными в корневые каналы стержневыми инструментами позволяет определить рабочую длину каналов, степень их прохождения.
4. Основой временных пломбировочных материалов для корневых каналов является гидроксид кальция. В материал может быть введен йодоформ и обязательно сульфат бария для рентгеноконтрастности. Временное пломбирование корневых каналов повышает эффективность медикаментозной обработки корневых каналов.
5. Костная ткань при хроническом апикальном периодонтите может восстанавливаться в сроки от 9 до 24 месяцев. В течение этого времени пациент требует динамического наблюдения. При отсутствии эффекта консервативного лечения следует использовать хирургические методы или их сочетание.

Ситуационная задача № 24.

Пациент В., 46 лет, обратился в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники с жалобами на «щелканье» зубами при разговоре. Из анамнеза: 13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43 зубы удалены по поводу острой травмы. Пациенту были изготовлены ЧСПП на верхнюю и нижнюю челюсти. Объективно: носогубные складки сглажены, определяется напряжение мягких тканей лица, при разговоре определяется характерный «стук» зубов, при расслаблении губ обнажаются коронки искусственных зубов. При осмотре полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологических изменений. Фиссурно - бугорковый контакт в области боковых зубов нарушен.

Задание:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Укажите возможные ошибки и методы их устранения?
3. План лечения больного?
4. Вид ортопедической конструкции?
5. Прогноз ортопедического лечения и рекомендации?

Ответ

1. Частичная адентия верхней и нижней челюстей, дефект зубного ряда верхней и нижней челюстей - IV класс по Кеннеди, потеря жевательной эффективности по Оксману 18%;
2. Ошибка – неправильное определение ЦО, завышение межальвеолярной высоты. Метод устранения – изготовление новых восковых базисов с окклюзионными валиками, определение ЦО;
3. Пациенту рекомендовано на верхнюю челюсть: частичный съемный пластиночный протез с 6 зубами из композита. Базис из пластмассы акрилового ряда с 4 удерживающими проволочными гнутыми кламмерами на 18, 14, 24, 28 зубы. Получение 2 полных анатомических рабочего и вспомогательного оттисков. Пациенту рекомендовано на нижнюю челюсть: частичный съемный пластиночный протез с 6 зубами из композита. Базис из пластмассы акрилового ряда с 4 удерживающими проволочными гнутыми кламмерами на 48, 44, 34 и 38 зубы. Получение 2 полных анатомических рабочего и вспомогательного оттисков;
4. Частичные съемные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти;
5. Прогноз лечения благоприятный. Рекомендовано - профилактический осмотр у врача-стоматолога 1 раз в год, перебазировка протеза по необходимости, изготовление нового протеза через 3-4 года.

Ситуационная задача 25.

К стоматологу обратился пациент С. 13 лет с жалобами на наличие дефектов твердых тканей верхних зубов, которые видны при улыбке. Беспокоят кратковременные боли при приеме кислой и сладкой пищи, чистке зубов. Пациент практически здоров. Из анамнеза установлено, что пациент чистит зубы 2 раза в день, совершая зубной щеткой горизонтальные и вертикальные движения, использует жесткую зубную щетку, пасты для курильщиков и периодически чистит зубы зубным порошком, так как курит в течение длительного времени. При

осмотре на зубах 1.3, 1.4 в пришеечной области имеются дефекты твердых тканей клиновидной формы, болезненная реакция на температурные раздражители и при зондировании.



Задания:

1. Назовите заболевание, соответствующее данной клинической картине.
2. Определите, к какой группе стоматологических заболеваний относится данная патология.
3. Назовите местные факторы, способствующие развитию патологии твердых тканей зубов у данного пациента.
4. Укажите периодичность использования высокоабразивных зубных паст у лиц, склонных к образованию плотного зубного налета.
5. Дайте рекомендации по выбору средств индивидуальной гигиены для пациентов с повышенной чувствительностью твердых тканей зубов. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией.

Ответ.

1. К03.1 Истирание твердых тканей зубов (клиновидный дефект).
2. Некариозные поражения твердых тканей зубов, возникающие после их прорезывания.
3. Нарушение техники чистки зубов (горизонтальные движения зубной щетки), регулярное применение жесткой зубной щетки и высокоабразивных средств гигиены (зубной порошок).
4. Высокоабразивные зубные пасты следует использовать 1-2 раза в неделю, в остальные дни рекомендуется чередование лечебно-профилактических зубных паст. Не рекомендуется использовать зубной порошок.
5. Пациентам с повышенной чувствительностью твердых тканей зубов рекомендуется использовать мягкую зубную щетку, ополаскиватели и пасты для снижения чувствительности зубов, содержащие активные компоненты: хлорид стронция, соединения кальция, в том числе гидроксиапатит, фториды, цитраты, нитрат калия, хлорид калия.

Ситуационная задача 26.



Пациент Н. 13 лет направлен на консультацию в клинику. После лечения зуба у стоматолога жалуется на сильную болезненность мягких тканей губы на стороне леченого зуба. Во время лечения появилось жжение слизистой оболочки верхней губы после наложения ватного валика.

При осмотре: регионарные лимфатические узлы не пальпируются. На слизистой оболочке верхней губы, переходной складки, десны соответственно зубам 1.1,1.2,1.3 имеется гезко болезненная язва с коагуляционной пленкой, мягкая при пальпации.

Задания:

1. Укажите групповую принадлежность данного заболевания.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Укажите причину заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Составьте план лечения. Профилактика.

Ответ

1. Группа травматических поражений.
2. Т.28.5 Травматическая язва. Химическая травма.
3. Ожог спиртом в результате невнимательной работы врача.
4. Дифференциальную диагностику проводят с язвенными поражениями слизистой оболочки полости рта (язвой Венсана, острой механической травмой).
5. План лечения.
 - инфильтрационная анестезия;
 - аппликация протеолитических ферментов (трипсин, химопсин) на 5-7 минут;
 - антисептическая обработка (1%-ный раствор перекиси водорода, раствор перманганата калия 1:1000, 0,06%-ный раствор хлоргексидина);
 - аппликация эпителизирующих препаратов (масляные растворы витаминов А и Е, масло шиповника, солкосерил дентальный);Профилактика: осторожное обращение с медикаментами, ответственность врача

Ситуационная задача 27.



Пациент Л. 17 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 5 лет, когда стал обращать внимание на появление крови во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щек бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 3.2.1 | 1.2.3 карманы 3,5 мм. Десну окрасили раствором Шиллера-Писарева.

Задания:

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которой может относиться данная патология.
2. Назовите причину патологических изменений десны у этого пациента.
3. Определите индекс РМА в области зубов 3.2.1 | 1.2.3.
4. Поставьте предварительный диагноз. Назовите метод диагностики, необходимый для уточнения диагноза.

5. Составьте план лечения. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

Ответ.

1. К группе воспалительных заболеваний пародонта.
2. Причиной патологических изменений десны у этого пациента является микробная бляшка, которая не полностью удаляется с поверхности зубов при их ежедневной чистке.
3. Индекс РМА в области 3.2.1 | 1.2.3 равен 66,6(6)%.
4. Предварительный диагноз: K05.30 хронический локализованный пародонтит легкой степени в области 3.2.1 | 1.2.3. Для уточнения диагноза необходимо применить рентгенологический метод исследования - панорамную рентгенографию верхней и нижней челюстей.
5. План лечения:
 - удаление зубных отложений;
 - коррекция и контроль гигиены рта;
 - местная противовоспалительная терапия;
 - санация полости рта
 - диспансерное наблюдение и реабилитация 1 раз в 3 месяца.

Ситуационная задача № 28

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющую боль в области верхней челюсти слева, иррадиирующую в левую затылочную область, висок. Также беспокоит боль при глотании и открывании рта. Температура тела повышена до 37,5С. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27 зуб. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Больной к врачу не обращался, самостоятельно применял теплые содовые полоскания. В течение четырех дней боль в зубе прошла, однако накануне обращения к врачу появилась боль при глотании и открывании рта. Обратился к ЛОР-врачу, после осмотра которого патологии ЛОР-органов не выявлено, направлен на консультацию к стоматологу. При осмотре: определяется единичный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта ограничено до 1,0 см между резцами, резко болезненное. При внутриротовом осмотре выявлено: коронка 27 зуба частично разрушена, перкуссия ее слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне 26, 27, 28 зубов отечна, гиперемирована, сглажена. При надавливании тканей в проекции бугра верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании 27 зуба отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.
2. Опишите методику оперативного вмешательства.
3. Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывание рта и болезненность при глотании.

Ответ.

1. Диагноз: абсцесс подвисочной ямки. План лечения: удаление 27 зуба, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального и противовоспалительного лечения.
2. Под местной инфильтрационной или туберальной анестезией с премедикацией производится разрез слизистой оболочки переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 25, 26, 27, 28 зубов. Затем тупым путем, используя изогнутый по плоскости кровоостанавливающий зажим (типа Бильрот), очень осторожно, чтобы не вызвать кровотечения из крылового венозного сплетения нужно проникнуть в подвисочную ямку. Для этого, ориентируясь на бугор верхней челюсти, инструмент проводится кзади, кверху и кнутри. После вскрытия

тия абсцесса, в рану вводится резиновый выпускник. Местно: больному назначаются теплые ротовые ванночки с гипертоническими растворами. Дренажи в последующем не меняются, а лишь подтягиваются до момента прекращения гноетечения.

3. Ограничение открывания рта и болезненность при глотании связаны с тем, что воспалительный процесс локализуется в области медиальной и латеральной крыловидных мышц, принимающих участие в движениях нижней челюсти, а также в области верхних отделов боковой стенки глотки.

Ситуационная задача № 29

У больного, 43 лет, при осмотре обнаружен резко болезненный воспалительный инфильтрат в левой височной области, занимающий передние 2/3 этой области. Кожа над ним гипермирована, в складку не собирается. В передненижних отделах инфильтрата определяется симптом флюктуации. Открывание рта и боковые движения челюсти ограничены, резко болезненны. Полость рта не санирована.

1. Каких данных не хватает для постановки окончательного диагноза?
2. Поставьте предположительный диагноз на основании имеющихся данных
3. Воспалительный процесс какой локализации в первую очередь необходимо исключить или подтвердить в данном случае и почему? На основании каких признаков?
4. Какие обстоятельства необходимо учитывать при составлении плана лечения?

Ответ.

1. Прежде всего необходимо уточнить жалобы больного: точная локализация, характер боли, степень и характер нарушения функций, общее самочувствие. Не хватает анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не хватает данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить, имеются ли еще какие-либо признаки воспаления в тканях соседних областей. Нет данных, указывающих на причину развития воспаления. Нет данных рентгенологического обследования: состояние зубочелюстной системы, состояние костей мозгового черепа.

2. Флегмона височной области слева. Необходимо исключить или подтвердить наличие воспалительного процесса в подвисочной и крылонебной ямках, так как изолированно флегмона височной области встречается крайне редко - при непосредственной травме или инфицировании данной области. Чаще всего флегмона височной области возникает при распространении гноя из подвисочной области. Необходимо выяснить следующие данные: нарушение и болезненность глотания, наличие воспалительной инфильтрации тканей за бугром верхней челюсти. При распространении гнойного отделяемого в крылонебную ямку может присоединяться отек век.

3. Необходимо учитывать два обстоятельства:

- а) наличие и характер причин развития воспаления;
- б) точная локализация и распространенность острого гнойного воспалительного процесса.

Ситуационная задача № 30

В клинику обратился больной, 28 лет, с жалобами на периодически возникающую кровоточивость в области боковой поверхности языка слева. Когда и в связи с чем появились указанные жалобы пациент точно сказать не может. Около восьми месяцев назад у больного был оскольчатый перелом тела нижней челюсти слева, по поводу чего проведена операция остеосинтеза. При обследовании обнаружено нарушение конфигурация лица за счет отека мягких тканей в области нижней челюсти слева, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, на боковой поверхности языка слева определяется новообразование синюшного цвета, с бугристой поверхностью, с элементами изъязвления и кровоточивости, мягкой консистенции, безболезненное при пальпации размером 1,5 x 2,5 см. Подвижности на месте бывшего перелома нижней челюсти слева нет, но при пальпации по нижнечелюстному краю в проекции 36, 37 зубов определяется утолщение кости.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, нехарактерные для данного заболевания, и дайте им объяснение.

Ответ.

1. Явление кровоточивости в области языка слева, новообразование синюшного цвета с бугристой поверхностью и элементами изъязвления обосновывают данный диагноз.
2. Кавернозная гемангиома в области боковой поверхности языка слева.
3. Иссечение опухоли в пределах здоровых тканей с предварительным прошиванием окружающих тканей. Этот метод может сочетаться с введением склерозирующих веществ и последующим иссечением склерозированной части языка.
4. Нехарактерными признаками для данного заболевания являются: отек мягких тканей в области тела нижней челюсти слева, связанная, видимо, с лимфостазом из-за травмы и оперативного вмешательства в данной области. Утолщение нижнечелюстного края в проекции 36, 37 зубов вызвано явлениями консолидации и образования костной мозоли в области линии перелома.

Ситуационная задача №31

Пациент Г., 35 лет, трансгендер, обратился в клинику стоматологии ортопедической с жалобами на отсутствие 4.6 зуба и затруднение жевания. При осмотре: 4.6 зуб отсутствует, имеется стирание окклюзионной поверхности 4.5, 4.7 зубов, обусловленной наличием металлического штампованного протеза на зубах-антогонистах. От депульпирования зубов пациент отказался. Пациенту решено изготовить металлический штампованный мостовидный протез с опорой на 4.5 и 4.7 зубы.

Задания

1. Назовите показания к изготовлению металлического штампованного мостовидного протеза.
2. Перечислите этапы изготовления металлического мостовидного протеза.
3. Выберите инструменты для одонтопрепарирования 4.5 и 4.7 зубов под металлическую штампованную коронку.
4. Расскажите этапы одонтопрепарирования 4.5 и 4.7 зубов под металлическую штампованную коронку.
5. Перечислите требования, предъявляемые к культе зуба, подготовленной под металлическую штампованную коронку.

Ответы

1. Включенный дефект зубного ряда, невозможность восстановления зубного ряда с помощью протезирования на имплантате, патологическая стираемость, с целью шинирования.
2. Одонтопрепарирование, снятие оттисков, отливка гипсовых моделей, фиксация в окклюдатор, изготовление штампа, контрштампа, подготовка гильзы, штамповка коронок на опорные зубы, припасовка коронок на опорные зубы, снятие оттиска с опорными коронками, отливка модели и моделирование промежуточной части мостовидного протеза, пайка коронок и промежуточной части, фиксация мостовидного протеза.
3. Алмазные боры (конусовидные, цилиндрические, шаровидные, ромбовидные, оливовидные и др.).
4. Этапы препарирования: сепарация контактных поверхностей коронки зуба, препарирование жевательной поверхности, препарирование оральной и вестибулярной поверхности, финишная отделка культи зуба.
5. Форма цилиндра, жевательная поверхность повторяет свой анатомический рельеф, все поверхности гладкие.

Ситуационная задача №32

Пациент А., 48 лет, обратился в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники с жалобами на нарушение функции жевания и эстетики. 38, 37, 36, 31, 41, 45, 48 зубы были удалены по поводу осложненного кариеса. Из анамнеза заболевания: последнее удаление зуба было 4 месяца назад. Пациент протезами ранее не пользовался. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета. Альвеолярный отросток нижней челюсти выражен хорошо.

Задания

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести?
3. Предварительный план лечения больного?
4. Вид ортопедической конструкции?
5. Прогноз ортопедического лечения и рекомендации?

Ответ

1. Частичная адентия нижней челюсти, дефект зубного ряда нижней челюсти - I класс по Кеннеди, потеря жевательной эффективности по Оксману 48%;
2. ЭОД, рентгенография;
3. Пациенту рекомендовано на нижнюю челюсть: частичный съемный пластиночный протез с 5 зубами из композита. Базис из пластмассы акрилового ряда с 4 удерживающими проводочными гнутыми кламперами на 47, 42, 32, 35. Получение 2 полных анатомических рабочего и вспомогательного оттисков;
4. Частичный съемный пластиночный протез на нижнюю челюсть (либо бюгельный протез);
5. Прогноз лечения благоприятный. Рекомендовано - профилактический осмотр у врача-стоматолога 1 раз в год, перебазировка протеза по необходимости, изготовление нового протеза через 3-4 года.

Ситуационная задача №33.

Пациенту Е. 68 лет изготавливается полный съемный протез на нижнюю челюсть. На этапе припасовки и наложения съемного протеза из зуботехнической лаборатории в клинику поступил протез с неоднородностью окраски базиса («мраморность»).

Задания

1. Укажите название представленного дефекта базиса съемного протеза.
2. Укажите наиболее вероятную причину подобного дефекта базиса протеза.
3. Укажите возможные осложнения, связанные с указанным дефектом, которые могут возникнуть при использовании таким съемным протезом.
4. Укажите на возможность или невозможность исправления данной технической ошибки.
5. Назовите действия врача в подобной клинической ситуации.

Ответ

1. Гранулярная пористость.
2. Причиной гранулярной пористости («мраморное») протеза является нарушение соотношения пропорций мономера и полимера.
3. Поломки протеза - трещины и переломы базиса.
4. Исправить данную ошибку невозможно.
5. Получить оттиски для изготовления нового протеза.

Ситуационная задача №34.

Больному Н., 56 лет были изготовлены полные съемные пластиночные протезы на беззубые челюсти. При наложении протезов достигнут множественный окклюзионный контакт всех искусственных зубов. Фиксация и стабилизация протезов хорошая. При повторном посещении больной жалуется на боли в области височно-нижнечелюстного сустава, утомляемость жевательных мышц, стук зубов во время еды и разговора.

Задания

1. Какая ошибка была допущена врачом и методы ее исследования?
2. Антропометрические ориентиры, используемые при определении высоты нижней трети лица.
3. Методы определения высоты нижней трети лица и центрального соотношения челюстей.
4. Дать определение понятию физиологический покой.
5. Приведите классификации типов челюстей при полной потере зубов.
6. Перечислите виды функциональных оттисков, применяемых в зависимости от типа атрофии альвеолярных отростков и степени податливости слизистой оболочки протезного ложа

Ответ:

1. Зафиксирована завышенная высота нижней трети лица в момент определения центрального соотношения. Возможна ошибка на лабораторном этапе (паковка пластмассового теста в кюветы). При недостаточной прессовке между половинами кювет образуется избыточная толщина пластмассы. Это ведет к увеличению расстояния от базиса протеза до окклюзионной поверхности зубов, как следствие - увеличение высоты нижней трети лица в состоянии центрального соотношения.

2. Накожные точки -подносовая ость, выступающая точка на подбородке, носогубные складки, подбородочная складка и т.д.

3. Этапы определения центрального соотношения челюстей:

а) Припасовка верхнего валика, коррекция его высоты и объемности во фронтальном участке.

б) Измерение высоты покоя.

в) Формирование протетической плоскости в боковых отделах.

г) Припасовка нижнего валика к верхнему.

д) Фиксация высоты нижней трети лица в состоянии центрального соотношения.

е) Нанесения антропометрических ориентиров на вестибулярную поверхность верхнего валика.

4. Положения нижней челюсти, относительно верхней, характеризующиеся расслабленным положением жевательных мышц, свободным смыканием губ, расстоянием между окклюзионными поверхностями верхних и нижних зубов 3-8 мм. Суставная головка находится в центре шарнирных движений.

5. *Классификация атрофии а/о по Шредеру:*

I тип: хорошо сохранившийся а/о, хорошо выраженные бугры, высокий небный свод; участки прикрепления мышц расположены у основания а/о.

II тип: средний тип атрофии а/о, небный свод четкий, бугры верхней челюсти сохранены; мышцы прикреплены на скате.

III тип: резкая атрофия а/о, бугры атрофированы, небо плоское.

Классификация а/о нижней челюсти по Келлеру.

I тип: незначительная равномерная атрофия а/о; мышцы прикрепляются у основания а/о.

II тип: выраженная равномерная атрофия а/о.

III тип: выраженная равномерная атрофия а/о в боковых отделах.

IV тип: выраженная атрофия а/о во фронтальном участке.

6. Виды функциональных оттисков.

- Компрессионные.
- Декомпрессионные.
- Комбинированные

Ситуационная задача 35.

В клинику обратился пациент С., 13 лет, с жалобами на разрастание десны. Боль и кровоточивость при приеме пищи, чистке зубов.

Объективно: гипертрофия десневого края в области зубов верхней и нижней челюсти, скученность зубов. Гигиена полости рта неудовлетворительная.



Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, которые необходимо провести.
3. Назовите возможные причины развития данной патологии у данного пациента.
4. Представьте ориентировочный план лечения пациента.

Ответ

1. K05.11 Хронический генерализованный гиперпластический гингивит тяжелой степени (отечная форма).
2. Рентгенологическое исследование (ортопантомограмма), общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ крови на сахар, анализ крови на гормоны, анализ крови на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В, С, определение концентрации иммуноглобулинов, количества Т- и В-лимфоцитов в сыворотке крови.
3. Неудовлетворительная гигиена полости рта, ортодонтическая патология, возможное наличие общесоматической патологии (эндокринологические нарушения, сахарный диабет, иммунодефицит, ВИЧ-инфекция).
4. Обучение гигиене полости рта с подбором средств гигиены, профессиональная гигиена полости рта, проведение местной противовоспалительной терапии, с использованием пародонтальных повязок, операция гингивэктомии с четким соблюдением архитектоники десневого края, ортодонтическое лечение после стихания воспалительных явлений.