

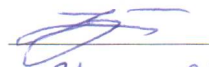
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»

Медицинский факультет

Кафедра стоматологии

У Т В Е Р Ж Д А Ю

И.о зав. кафедрой стоматологии

 Звягинцев В.В.
« 31 » 08 2019 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА

Клиническая практика

«ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА (терапевта)»

НАПРАВЛЕНИЕ ПОДГОТОВКИ

31.05.03 «СТОМАТОЛОГИЯ» (УРОВЕНЬ СПЕЦИАЛИТЕТА)

Врач-стоматолог общей практики

Форма обучения:

ОЧНАЯ

Составитель

Ассистент: Гимиш И.В.

Подпись 

г. Тирасполь, 2019 г.

**Паспорт фонда оценочных средств по производственной практике:
КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА
(терапевта)»**

1. В результате изучения обучающийся должен:

1.1. Знать:

- приказы, инструкции, регламентирующие санитарно-противоэпидемический режим в учреждении здравоохранения;
- роль и задачи врача стоматолога -терапевта при оказании квалифицированной и специализированной медицинской помощи населению;
- правила оформления медицинской документации на поликлиническом стоматологическом приеме;
- методы диагностики и лечения заболеваний твердых тканей зубов.

1.2. Уметь:

- правильно эксплуатировать стоматологические установки в лечебном кабинете (под руководством руководителя практики);
- проводить опрос и осмотр пациента, индексную оценку состояния полости рта;
- ставить и обосновывать диагноз кариеса зуба, некариозных поражений зубов по МКБ-10, проводить прогнозирование;
- составлять индивидуальный план лечения и профилактики;
- грамотно и правильно заполнять медицинскую документацию стоматологического больного (под руководством руководителя практики);
- проводить инфильтрационную и проводниковую анестезию для лечения твердых тканей зубов;
- проводить мотивацию и обучение пациента гигиеническому уходу за полостью рта;
- выбирать инструменты и проводить профессиональную гигиену полости рта, контролировать качество удаления зубных отложений;
- препарировать кариозные полости с учетом анатомо-топографических особенностей твердых тканей зубов и используемых пломбировочных материалов;
- пломбировать кариозные полости I- VI классов, некариозные дефекты композиционным материалом химического и светового отверждения;
- проводить финишную обработку реставрации, оценивать ее качество;
- проводить клинические методы отбеливания зубов (со световым и химическим активатором).

1.3. Владеть:

- проводить клинические методы отбеливания зубов (со световым и химическим активатором).
- владеть:
- основными методами обследования стоматологического пациента с заболеваниями твердых тканей зубов;
 - манипуляциями:
 - а) проведением профессиональной гигиены полости рта,
 - б) препарированием твердых тканей зуба при различных стадиях кариеса, некариозных поражениях,

- в) чтением рентгенограмм,
- г) определением стоматологических индексов,
- д) проведением клинического отбеливания зубов,
- е) выписыванием рецептов на лекарственные препараты.

2. Программа оценивания контролируемой компетенции:

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
8 семестр			
1	итоговая №1 по темам 1-10 «ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА (терапевта)»	ОК-1 ОК-8 ОПК – 6 ОПК – 9 ПК-2 ПК -5	Контрольная работа №1 Тестирование. проверка фрагментов дневника.
2	итоговая №2 по темам 1-16 «ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА (терапевта)»	ОК-1 ОК-8 ОПК – 6 ОПК – 9 ПК-2 ПК -5	Контрольная работа №2 Ситуационные задачи. Проверка и оценка практических умений и фрагментов дневника.
3	Раздел 3 по темам 1-23 «ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА (терапевта)»	ОК-1 ОК-8 ОПК – 6 ОПК – 9 ПК-2 ПК -5	Контрольная работа №3 Собеседование по предложенным вопросам. Проверка практических умений и собеседование.
Промежуточная аттестация зачёт с оценкой: устное собеседования по билетам			

3. Перечень оценочных средств

№	Наименование оценочного средства	Критерии оценки	Вид и форма представления оценочного средства в фонде
1	2	3	4
1	Итоговая (контрольная работа)	-оценка «отлично» выставляется, если студент правильно и полно обоснован клинический диагноз, проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной	Распечатанные вопросы для собеседования страницы 44-45, 8-15 текущего документа.

	<p>клинической ситуации лечение. на основе современных рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий;</p> <p>-оценка «хорошо» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации;</p> <p>-оценка «удовлетворительно» выставляется, если у студента присутствует понимание сущности болезни; установлен диагноз без учёта клинических особенностей; неправильно выявлены или неполно/неверно обоснованы отдельные составляющие диагноза, синдромов; выбран план лечения без учёта особенностей клинической ситуации и/или назначено только симптоматическое лечение, и/или не учтены сопутствующие состояния, взаимодействия лекарственных средств, побочные эффекты;</p> <p>-оценка «неудовлетворительно» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов основных нозологических форм стоматологического профиля; отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может</p>	<p>Электронный вариант на портале: https://studfiles.net/preview/2766265</p>
--	--	--

		привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах.	
2	Ситуационные задачи	<p>-оценка «зачтено» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации;</p> <p>-оценка «не зачтено» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах.</p>	<p>Распечатанные вопросы для собеседования страницы 20-43 текущего документа.</p> <p>Электронный вариант на портале: https://studfiles.net/preview/2766265</p>
3	Тесты	<p>Количество баллов соответствует количеству правильных ответов. 100%-70% соответствует оценке «отлично» 70%-60% соответствует оценке «хорошо» 60%-50% соответствует оценке «удовлетворительно» 50%-30% – необходимо повторно сдать тест менее 30% – рекомендовано повторное прохождение курса.</p>	<p>Распечатанные вопросы для собеседования страницы 16-19 текущего документа.</p> <p>Электронный вариант на портале: https://geetest.ru/tests/stomatologiya_iga_list/19</p>
4	Самостоятельная работа	- оценка «отлично»: – глубокие и твердые знания; – логически последовательные,	Распечатанные вопросы для собеседования

		<p>полные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; – умение самостоятельно анализировать явления и процессы в их взаимосвязи и развитии, делать правильные выводы из полученных результатов;</p> <p>- оценка «хорошо»: – достаточно твердые знания программного материала учебной дисциплины; – правильные, без существенных неточностей, ответы на поставленные вопросы, самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных положений;</p> <p>– умение самостоятельно анализировать изучаемые явления и процессы;</p> <p>- оценка «удовлетворительно»: – знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей и основных положений смежных дисциплин; – правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы;</p> <p>- оценка «неудовлетворительно»: – отсутствие знаний;</p>	<p>страницы 48-49 текущего документа.</p>
5	<p>Промежуточная аттестация в виде собеседования: зачёт с оценкой</p>	<p>оценка «отлично»: – глубокие и твердые знания всего программного материала учебной дисциплины, содержащегося в рекомендованной (основной и дополнительной) литературе, глубокое понимание сущности и взаимосвязи рассматриваемых явлений; – логически последовательные, полные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; – умение самостоятельно анализировать явления и процессы в их взаимосвязи и развитии, делать правильные выводы из полученных результатов; – твердые навыки, обеспечивающие решение задач дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности;</p> <p>оценка «хорошо»: – достаточно твердые знания программного материала учебной дисциплины, содержащегося в основной и дополнительной литературе, правильное понимание сущности и взаимосвязи рассматриваемых процессов, достаточные знания основных положений смежных</p>	<p>Распечатанные вопросы для собеседования страницы 46-47 текущего документа.</p> <p>Электронный вариант на портале: https://studfiles.net/preview/2766265</p>

	<p>дисциплин; – правильные, без существенных неточностей, ответы на поставленные вопросы, самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных положений;</p> <p>– умение самостоятельно анализировать изучаемые явления и процессы, применять основные теоретические положения к решению ситуационных задач; – достаточные навыки и умения, обеспечивающие решение задач дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности;</p> <p>оценка «удовлетворительно»: – знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей и основных положений смежных дисциплин; – правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы; – умение применять теоретические знания к решению основных практических задач; – посредственные навыки и умения, необходимые для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности;</p> <p>оценка «неудовлетворительно»: – отсутствие знаний значительной части программного материала; – неправильный ответ хотя бы на один из основных вопросов билета, существенные и грубые ошибки в ответах на дополнительные вопросы, недопонимание сущности излагаемых вопросов; – неумение применять теоретические знания при решении практических задач; – отсутствие навыков и умений, необходимых для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности.</p>	
--	---	--

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

Итоговая (контрольная работа)

П Е Р Е Ч Е Н Ь

**Форм отчетной документации по производственной практике
«Помощник врача-стоматолога (терапевта)»
8-го семестра**

Раздел «ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА (терапевта)»

Приложение 1

**1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПРАКТИКИ
И ОБЯЗАННОСТИ СТУДЕНТА-ПРАКТИКАНТА**

1. Студент - практикант при прохождении практики обязан:
 - 1.1. Получить инструктаж и необходимую документацию (отчетную ведомость, направление, программу практики, индивидуальные задания) у группового руководителя практики.
 - 1.2. Предоставить руководителю базы практики после прибытия на предприятие, в учреждение, организацию направление, отчетную ведомость, программу практики.
 - 1.3. Пройти инструктаж по технике безопасности, ознакомиться с условиями прохождения практики на предприятии, в учреждении, организации.
 - 1.4. Проявлять организованность соблюдать трудовую и служебную дисциплину, соблюдать правила внутреннего распорядка, установленные вместе прохождения практики.
 - 1.5. Находится на практике не менее шести часов рабочего времени, обо всех случаях ухода со своего рабочего места извещать руководителя базы практики.
 - 1.6. Вести дневник в рабочей тетради, записывать все, что им сделано в течение дня по выполнению программы практики (цифровые материалы, содержание лекций и бесед, эскизы, зарисовки и т.д.).
 - 1.7. Один раз в неделю предоставлять дневник на проверку руководителям базы практики и университета.
 - 1.8. Выполнить программу практики в полном объеме и в установленный срок.
 - 1.9. Предоставить групповому руководителю следующую отчетную документацию по практике: отчетную ведомость, дневник (рабочую тетрадь), отчет о прохождении практики, характеристику от руководителя базы практики. Без заполненной ведомости практика не засчитывается.
2. Результаты прохождения учебной оцениваются комиссией, назначаемой заведующим кафедрой. По учебно-ознакомительной практике ставится «оценка».
3. Оценка или зачет по практике приравнивается к оценкам (зачетам) по теоретическому обучению и учитывается при проведении итогов общей успеваемости студентов.
4. Студенты, не выполнившие программу практики, получившие отрицательный отзыв руководителя базы практики или неудовлетворительную оценку, направляются на практику в свободное от учебных занятий время, в том числе и во время летних каникул.

Приложение 2

**Приднестровский государственный университет
им. Т.Г. Шевченко
ОТЧЁТНАЯ ВЕДОМОСТЬ
ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

СТУДЕНТ(КА) _____

(фамилия, имя, отчество)

ФАКУЛЬТЕТ, ИНСТИТУТ, ФИЛИАЛ _____

КУРС _____ ГРУППА _____

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ _____

(номер, наименование)

ВИД ПРАКТИКИ _____

ПРИКАЗ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРАКТИКИ № _____ от _____ 20__ год

ПРЕДПИСАНИЕ НА ПРАКТИКУ

Студент (ка) _____

(фамилия, имя, отчество)

направляется на _____ практику в, на

(вид практики)

(наименование предприятия)

Город _____

Сроки прохождения практики:

с « _____ » по _____ 20__ г. по « _____ » _____ 20__ г.

Руководитель практики _____

от университета (должность, фамилия, имя, отчество)

Декан факультета _____

(подпись)

Печать
факультета

Приложение 3

ОТЧЁТ

Студента II курса по производственной практике «Помощник палатной и процедурной медицинской сестры»

Обучающегося (шейся):

_____ (ФИО)
Группы: _____ Специальности: _____
Проходившего (шей) учебную практику с _____ по _____ 20____ г.
На базе ЛПУ: _____

Перечень манипуляций и практических навыков, усвоенных при прохождении производственной практики «Помощник палатной и процедурной медицинской сестры»

№	ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ	КОЛИЧЕСТВО ВЫПОЛНЕНИЙ	ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ БАЗЫ ПРАКТИКИ
1	Участие в приготовление рабочих дезинфицирующих растворов (с указанием дезинфицирующего вещества).		
2	Количественная оценка уровня гигиены полости рта.		
3	Определение уровня интенсивности кариеса.		
4	Определение распространенности кариеса в группе обследованных.		
5	Заполнение зубной формулы.		
6	Выявление очаговой деминерализации эмали.		
7	Проведение туалета полости рта.		
8	Оценка состояния тканей пародонта: проба Шиллера-Писарева; индекс РМА.		
9	Проведение методик реминерализующей терапии.		
10	Проведение профессиональной чистки зубов, удаление мягкого налёта.		
11	Герметизация фиссур зубов различными материалами.		
12	Подбор средств гигиены полости рта.		
13	Контролируемая чистка зубов.		
14	Изготовление уголка здоровья.		
15	«Урок здоровья».		
16	Проведение санитарно- просветительных бесед.		
	ВСЕГО:		

Ф.И.О. руководителя практики от ЛПУ _____

Ф.И.О. руководителя практики университета _____

Приложение 4

Титульный лист

ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Т.Г. ШЕВЧЕНКО

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
Кафедра стоматологии

ДНЕВНИК

По производственной практике

«ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА (гигиениста)»

студент _____ гр. _____ специальности 31.05.03. «стоматология»

Ф.И.О. _____

Сроки прохождения практики: с _____ 2019г. по _____ 2019г.

База практики: _____

Ф.И.О. руководителя практики от ЛПУ: _____

Ф.И.О. руководителя практики университета: _____

Тирасполь 2019

Внутренние страницы дневника оформляются по следующей форме:

№ п/п	Дата	Выполненная работа	Подпись руководителя практики от ЛПУ

Приложение №5

Инструкция по технике безопасности для студентов 3-го курса во время прохождения производственной практики на кафедре «СТОМАТОЛОГИИ».

1. Каждый студент обязан пройти инструктаж по технике безопасности в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ), перед тем, как приступить к работе.

2. Требования к внешнему виду студента, проходящему учебную практику в отделениях ЛПУ:

1. Перед началом работы в отделении стационара необходимо переодеться.
2. В зависимости от специфики работы отделения студенту необходимо соблюдать следующую *форму одежды*: медицинский халат, хирургический костюм, медицинская шапочка, медицинская маска, сменная обувь (моющаяся).
3. Ногти должны быть коротко острижены, на пальцах рук не должно быть украшений. При повреждении кожи рук, места повреждений должны быть закрыты лейкопластырем или повязкой.

Волосы должны быть убраны под шапочку.

4. Запрещается использовать резкопахнущую парфюмерию. Макияж студенток не должен быть ярким и вызывающим.

3. Требования безопасности во время работы:

1. Всех пациентов необходимо рассматривать как потенциально инфицированных ВИЧ-инфекцией и другими инфекциями, передающимися через кровь.

2. Следует помнить и применять правила безопасности для защиты кожи и слизистых при контакте с кровью и жидкими выделениями любого пациента, при контакте с бельём, загрязнённым кровью или другими жидкими выделениями пациентов, поэтому все виды работ необходимо выполнять в перчатках;

3. Необходимо мыть руки до и после выполнения манипуляций с пациентом;

4. Разборку, мойку и полоскание инструментов, лабораторной посуды многоразового использования и всего, соприкасавшегося с кровью или другими жидкими выделениями пациента проводить только после дезинфекции, в перчатках, в соответствии с требованиями санитарно-противоэпидемического режима.;

5. Запрещено производить манипуляции использованными иглами и другими режущими и колющими инструментами одноразового назначения,

6. Для предотвращения попадания брызг крови и жидких выделений пациента в лицо (во время манипуляций, катетеризаций и других лечебных процедур) необходимо использовать защитные очки и маски.

7. Рассматривать все образцы лабораторных анализов как потенциально инфицированные, поэтому транспортировку биоматериала необходимо осуществлять в специальных контейнерах;

8. Запрещено есть, пить, курить, наносить косметику и брать в руки контактные линзы в помещениях, где существует риск инфицирования.

9. Разрешается пользоваться электроприборами и оборудованием только после дополнительного инструктажа по технике безопасности на рабочем месте, который проводится руководителем базы практики. В случае обнаружения любых неисправностей необходимо срочно сообщить непосредственному руководителю практики, не предпринимая попыток устранить неисправность;

10. Соблюдать меры предосторожности при работе с бьющимися, острыми и режущими предметами;

4. Требования безопасности по окончании работы:

1. Использованные перчатки подлежат дезинфекции перед утилизацией;

2. Сменная рабочая одежда стирается отдельно от другого белья, при максимально допустимом температурном режиме, желательна кипячение;

3. Сменная обувь обрабатывается дезинфицирующим средством, после окончания работы необходимо принять гигиенический душ.

5. Требования безопасности в аварийной ситуации:

1. При загрязнении перчаток кровью, необходимо их обработать настолько быстро, насколько позволяет состояние пациента. Перед снятием перчаток с рук необходимо обработать их раствором дезинфектанта, перчатки снять, руки вымыть гигиеническим способом;

2. При одновременном повреждении перчаток и кожных покровов: немедленно обработать перчатки раствором дезинфектанта, снять их с рук, не останавливая кровотечение из ранки, вымыть руки с мылом под проточной водой, затем обработать кожу вокруг ранки 70% раствором спирта или 5% спиртовым раствором йода. О произошедшем аварийном случае сообщить заведующему отделением, старшей медсестре отделения, ответственному по практике;

3. При попадании крови *на кожу рук*, немедленно вымыть руки дважды под тёплой проточной водой, затем обработать руки 70% раствором спирта;

4. При попадании крови *на слизистую оболочку глаз* - немедленно промыть водой и обработать 1% раствором борной кислоты или 0,05% раствором перманганата калия;

5. При попадании крови *на слизистую оболочку носа* - не заглатывая воду, промыть нос проточной водой, затем закапать 1 % раствор протаргола;

6. При попадании крови *на одежду* - место загрязнения немедленно обработать раствором дезинфектанта, затем снять загрязненную одежду, погрузить её в дезинфицирующий раствор. Кожу рук и других участков тела под загрязненной одеждой обработать спиртом. Обувь обрабатывается путём двукратного протирания ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе;

7. При загрязнении кровью или другими биологическими жидкостями рабочих поверхностей необходимо обработать их раствором дезинфектанта;

8. При попадании дезинфицирующих и моющих средств на кожу или слизистые немедленно промыть их водой, а при их попадании в дыхательные пути - прополоскать рот и носоглотку водой и выйти на свежий воздух.

6. Требования безопасности при пожаре и аварийной ситуации:

1. Немедленно прекратить выполняемую работу, насколько это позволяет безопасность состояния пациента;

2. Сообщить о случившемся администрации отделения или дежурному персоналу;

3. В кратчайшие сроки покинуть здание.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

Итоговая (контрольная работа)

П Е Р Е Ч Е Н Ь тестов к итоговой контрольной работе № 1, темы 1-10

По производственной практике: «Помощник врача-стоматолога (терапевта)», 8 семестр

- 1) При проведении эпидемиологического обследования детского населения обследуют детей в возрасте
 1. 6, 9, 12 лет
 2. 6, 12, 15 лет
 3. 9, 12, 15 лет

- 2) Для планирования программы профилактики стоматологических заболеваний наиболее важной является информация
 1. о динамике демографических процессов в регионе
 2. состоянии окружающей среды
 4. об имеющемся персонале и материальных ресурсах
 5. о стоматологическом статусе населения

- 3) Стоматологический статус населения региона оценивается при проведении
 1. диспансеризации населения
 2. плановой санации полости рта
 3. эпидемиологического обследования населения

- 4) Калибровка специалистов при эпидемиологическом обследовании проводится в период
 1. подготовительный
 2. обследования
 3. подведения итогов

- 5) При калибровке специалистов результаты обследования должны совпадать не менее
 1. 85%
 2. 70%
 3. 55%

- 6) Герметизация фиссур проводится после прорезывания зуба
 1. сразу
 2. через 2 года
 3. через 1 год

- 7) Герметизация фиссур проводится при прорезывании зуба

1. частичном
2. полном

8) Поддесневой зубной камень относят к зубным отложениям

1. неминерализованным
2. минерализованным

9) Основная причина возникновения воспалительных заболеваний десны

1. наследственность
2. наличие микробного налета
3. вредные привычки
4. подвижность зубов

10) Индекс РМА помогает выявить

1. воспаление в десне
2. зубной налет
3. кровоточивость
4. поддесневой зубной камень

11) Тип образования структуры наддесневого зубного камня

1. слюнной
2. сывороточный

12) Тип образования структуры поддесневого зубного камня

1. слюнной
2. сывороточный

13) Слюна является источником минералов зубного камня

1. поддесневого
2. наддесневого

14) Десневая жидкость является источником минералов зубного камня

1. поддесневого
2. наддесневого

15) Индекс ИГР-У дает информацию о наличии

1. зубного камня, микробного налета
2. меловидных пятен
3. кровоточивости десен
4. подвижности зубов

16) Возраст для протезирования у детей

1. 5-6 лет
2. 12-14 лет
3. возрастных ограничений нет

17) Полоскания полости рта растворами фторидов рекомендуется детям с возрастом

1. 3 лет
2. 6 лет
3. 12 лет

18) Применение фторидсодержащих растворов в низких концентрациях позволяет снизить заболеваемость кариесом на поверхностях зубов

1. жевательных
2. гладких

19) Оптимальной концентрацией фторида в питьевой воде для местности с умеренным климатом является

1. 1 мг/л
2. 0,5 мг/л
3. 1,2 мг/л

20) Метод полоскания растворами фторида натрия применяется с

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

21) Эффективность метода профилактики кариеса фторированием воды составляет

1. 30%
2. 40%
3. 80%
4. 60%

22) В полости рта пациента, который с рождения пил воду, содержащую излишнее количество фторида, можно увидеть

1. пятнистую эмаль
2. адентию
3. микродентию
4. остеопороз

23) Под действием йода в зубном налете окрашиваются

1. микроорганизмы
2. эпителиальные клетки
3. производные углеводов

24) При неудовлетворительной гигиене полости рта pH ротовой жидкости

1. увеличивается
2. снижается
3. остается без изменений

25) Пелликула образуется на поверхности зуба

1. после прорезывания
2. до прорезывания

26) Пелликула состоит

1. из кератина
2. из коллагена
3. из слюнных гликопротеидов

27) Зубной налет - образование

1. структурное
2. бесструктурное

28) Наиболее быстро зубной налет накапливается на щечных поверхностях жевательных зубов

1. верхних
2. нижних

29) В образовании зубного налета важную роль играют

1. микроорганизмы и эпителиальные клетки
2. эпителиальные клетки и углеводы
3. углеводы, микроорганизмы и эпителиальные клетки

30) При увеличении количества мягкого налета в полости рта реакция слюны смещается в сторону

1. кислую
2. щелочную

Ответы к тесту вариант:

1	2	11	1	21	4
2	4	12	2	22	1
3	3	13	2	23	3
4	1	14	1	24	2
5	1	15	1	25	1
6	1	16	3	26	3
7	2	17	2	27	2
8	2	18	2	28	1
9	2	19	1	29	3
10	1	20	2	30	1

Критерии оценки:

Количество баллов соответствует количеству правильных ответов. 100%-70% соответствует оценке «отлично»

70%-60% соответствует оценке «хорошо»

60%-50% соответствует оценке «удовлетворительно»

50%-30% – необходимо повторно сдать тест

менее 30% – рекомендовано повторное прохождение курса.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

Итоговая (контрольная работа)

П Е Р Е Ч Е Н Ь ситуационных задач к итоговой контрольной работе № 2, темы 1-16

По производственной практике: «Помощник врача-стоматолога (терапевта)», 8 семестр

Ситуационная задача № 1

На прием к стоматологу пришел ребенок 7 лет для профилактического осмотра. Жалоб нет. Данные анамнеза: практически здоров. Перенесенные заболевания - ветрянка, редко ОРЗ. Внешний осмотр: патологических изменений не выявлено. Внутриротовой осмотр: Состояние слизистой оболочки полости рта: нормально увлажнена, бледно-розового цвета. Состояние твердых тканей зубов: На жевательной поверхности зуба 3.6 кариозная полость, на зубе 4.6- пломба на жевательной поверхности, на зубах 6.4, 7.4, 7.5, 8.4, 8.5 пломбы на жевательной и контактной поверхностях. Зубы 5.2, 6.2 подвижны.

Задания:

1. Запишите зубную формулу в соответствии с международным обозначением зубов.
2. Укажите возрастной период физиологической смены временных зубов на постоянные.
3. Укажите причину подвижности зубов 5.2, 6.2.
4. Определите интенсивность кариеса зубов.
5. Определите интенсивность кариеса поверхностей.

Ситуационная задача № 2

В средней общеобразовательной школе среди детей проводится внедрение комплексной программы профилактики основных стоматологических заболеваний с применением полоскания полости рта 0,2% раствором фторида натрия.

Задания:

1. Укажите к каким методам фторидпрофилактики кариеса, эндогенным или экзогенным, относится данный метод
2. Определите кратность полоскания 0,2 % раствором фторида натрия.
3. Определите количество раствора фторида натрия, необходимое для 1 полоскания.
4. Укажите возраст детей, с которого рекомендуется проводить данный метод.
5. Назовите другие концентрации растворов фторида натрия и кратность их применения для проведения полосканий с целью профилактики кариеса.

Ситуационная задача № 3

Пациент К., 19 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на кровоточивость и болезненность десен при приеме твердой пищи и чистке зубов. Из анамнеза: впервые кровоточивость десен появилась в 15 лет. Пациент чистит зубы 1 раз в день мягкой щеткой в течение 1 минуты. При внешнем осмотре: конфигурация лица не

изменена, кожа лица и видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При внутриротовом осмотре: Состояние слизистой оболочки рта: бледно-розового цвета, нормально увлажнена. Десневые сосочки у всех зубов гиперемированы, отечны, кровоточат при зондировании. Мелкое преддверие полости рта (глубина преддверия 4 мм). Определяется оголение шеек зубов в области фронтальной группы зубов нижней челюсти. Состояние твердых тканей зубов. Пломбы по 1 классу на зубах 1.7, 2.6, 3.7. Гигиеническое состояние полости рта: визуально определяется значительное количество мягкого зубного налета и наддесневого зубного камня. Индекс ИГР-У равен 4.0. 21

Задания:

1. Укажите местные факторы возникновения воспалительного процесса в тканях пародонта у пациента.
2. Оцените гигиеническое состояние полости рта.
3. Укажите ошибки, допущенные пациентом в выборе средств гигиены полости рта и методике чистки зубов.
4. Подберите пациенту средства индивидуальной гигиены полости рта.
5. Укажите, консультация какого специалиста – стоматолога необходима пациенту.

Ситуационная задача № 4

На профилактический осмотр в детскую стоматологическую поликлинику пришел пациент И. 9 лет.

При осмотре: на 1.1, 2.1 зубах в пришеечной области определяются меловидные пятна, поверхность эмали в области очагов поражения шероховатая, блеск эмали отсутствует. При окрашивании очагов поражения 2% водным раствором метиленового синего эмаль окрасилась в более интенсивный цвет.

Десневые сосочки и маргинальная десна в области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти гиперемированы, отечны.

Индекс гигиены полости рта РНР = 3,5.

Из анамнеза известно, что ребенок чистит зубы 1 раз в день - утром, совершая зубной щеткой горизонтальные движения, регулярно использует гигиеническую зубную пасту.



Задания:

1. Назовите заболевание, которому соответствует данная клиническая картина поражения твердых тканей зубов.
2. Назовите метод, который проведен пациенту для уточнения диагноза, причину окрашивания очагов поражения эмали.
3. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
4. Назовите принцип лечения очагов поражения эмали и применяемые с этой целью препараты.
5. Дайте рекомендации по индивидуальному уходу за полостью рта данному пациенту.

Ситуационная задача № 5

Пациент Ч. 28 лет обратился в клинику с жалобами на эстетический дефект в области фронтальных зубов, кратковременную, быстропроходящую боль при приёме сладкой или холодной пищи. В анамнезе ортодонтическое лечение с использованием несъёмного аппарата. Объективно: зуб 21 – на дистальной контактной поверхности кариозная полость средней глубины, выполненная пигментированным и размягчённым дентином. Зондирование дна и стенок кариозной полости болезненное. Перкуссия зуба безболезненная.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Укажите последовательность этапов пломбирования данной полости.

Ситуационная задача № 6

Больному К. 38 лет работающему на химическом заводе по производству кислот, установлен диагноз «лейкоплакия слизистой оболочки обеих щёк». Из анамнеза известно, что больной курит, водит старый автомобиль. При осмотре полости рта выявлен ряд кариозных и разрушенных зубов.

Вопросы:

1. Какие факторы могли способствовать появлению лейкоплакии?
2. Какие формы лейкоплакии могут быть диагностированы у данного пациента?
3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
4. Ваши действия по отношению к данному больному и в проведении профилактических мероприятий на заводе.
5. Какие осложнения могут развиваться у больного при неправильной и несвоевременно тактике лечения?

Ситуационная задача № 7

Ребёнок 12 лет получил травму зубов, обратился в день травмы. При осмотре выявлено отсутствие коронковой части зуба 21, полость зуба широко сообщается с полостью рта, зондирование пульпы резко болезненно.

Вопросы:

1. Составьте план обследования.
2. Проведите дифференциальную диагностику и поставьте диагноз.
3. Выберите метод лечения.
4. Определите сроки диспансерного наблюдения.
5. Укажите возможные осложнения.

Ситуационная задача № 8

Ребёнку 15 лет. Жалобы на кровоточивость дёсен при чистке зубов, приёме жёсткой пищи. Десневой край в области всех зубов отёчен, гиперемирован. Отмечено скопление зубного налёта в пришеечной области зубов.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины развития данной патологии у данного пациента.
3. Какой дополнительный метод обследования необходимо провести и для чего?
4. Представьте ориентировочный план лечения пациента.
5. Перечислите препараты для лечения этой патологии. Назовите профилактические мероприятия, которые необходимо проводить для предупреждения данного заболевания.

Ситуационная задача № 9

У ребёнка 7 лет в процессе лечения пневмонии антибиотиками появились сухость и жжение слизистой оболочки полости рта, затем образовался творожистый налёт на языке. Мать счищала налёт, но он возникал вновь. Обратились за консультацией. При осмотре выявлена гиперемия слизистой оболочки полости рта, белый налёт на языке при поскабливании удаляется не полностью.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте специальные методы обследования.
3. Поставьте окончательный диагноз.
4. Укажите этиологию заболевания.
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 10

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная 17 лет с жалобами на наличие светло-коричневых пятен на резцах верхней и нижней челюстей. При зондировании поверхность пятен гладкая, эмаль блестящая. Из анамнеза известно, что с 3 до 7 лет больная проживала в местности с содержанием фтора в воде 2,5 мг/л. 22 Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф.диагностику.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите меры профилактики при данной патологии.
5. Что явилось причиной развития заболевания?

Ситуационная задача № 11

При осмотре полости рта пациента врач обратил внимание на меловидные пятна на буграх 25 зуба, границы пятен нечеткие, поверхность гладкая. Из анамнеза: пятна появились сразу после прорезывания 25, неприятных ощущений не вызывают, в размерах не изменялись.

Вопросы:

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.
2. Проведите дифдиагностику.
3. Назовите наиболее вероятную причину таких изменений твердых тканей зуба.
4. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 12

Пациент 25 лет, обратился с целью санации полости рта. При осмотре на вестибулярной поверхности, ближе к режущему краю, выявлены точечные углубления в эмали 11, 21 зубов, дно углублений пигментировано. Из анамнеза: углубления появились

сразу после прорезывания, пигментировались позже, неприятных ощущений не вызывают. Проживает в местности с умеренным климатом и концентрацией фтора в питьевой воде 1 мг/л. Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Что могло быть причиной этого заболевания?
4. Назначьте лечение.
5. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать?

Ситуационная задача № 13

Больной К., 32 года, обратился с жалобами на самопроизвольные ночные приступообразные боли в 2.3 зубе. Болевые приступы продолжаются 10-15 мин, безболевые промежутки - 1,5 - 2 часа. Боли иррадируют в подглазничную область. Анамнез: 23 зуб ранее не лечен. Болит в течение 2 суток. Объективно: на апроксимально-дистальной поверхности 2.3 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба не вскрыта. Дно кариозной полости размягчено, в области рога пульпа просвечивает. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. Холодная вода вызывает болевой приступ. ЭОД - 40 мкА.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
2. Назовите наиболее вероятный диагноз.
3. Какие методы лечения можно применить?
4. Показано ли использование биологического метода лечения?
5. Перечислите основные этапы лечения.

Ситуационная задача № 14

Больной Н., 19 лет, жалуется на интенсивную самопроизвольную боль в правой верхней челюсти, появившуюся 2 дня назад и усиливающуюся от холодного. Больной проснулся ночью от боли и не смог уснуть до утра. Во время приступа боль иррадирует по верхней челюсти в скуловую область. Лицо симметрично. При осмотре на апроксимальных поверхностях 1.6 зуба выявлены глубокие кариозные полости.

Вопросы:

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назовите предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования требуется провести.
4. Какие методы лечения можно применить?
5. Перечислите основные этапы лечения.

Ситуационная задача № 15

Больной А., 50 лет, жалуется на длительные ноющие боли в зубе на верхней челюсти справа, которые возникают при перемене температуры окружающей среды и во время приема пищи. При обследовании в пришеечной области 1.6 зуба обнаружена глубокая кариозная полость. Зондирование дна резко болезненно в одной точке. Электровозбудимость пульпы - 50 мкА.

Вопросы:

1. Перечислите заболевания, наиболее вероятные при данной симптоматике.
2. Поставьте диагноз.
3. Подтвердите диагноз данными из условий задачи.

4. Какие методы лечения можно применить?
5. Каковы особенности эндодонтического лечения 1.6 зуба при данном расположении кариозной полости?

Ситуационная задача № 16

Пациент В., 31 год, жалобы на постоянную боль в 36 зубе, усиливающуюся при накусывании на зуб. Анамнез: 36 зуб ранее лечен по поводу кариеса, после выпадения пломбы к врачу не обращался. В течение последних двух дней появились ноющие боли постоянного характера. Объективно: незначительная асимметрия лица справа за счет отека мягких тканей левой щечной области. На жевательной поверхности 36 зуба глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Резкая боль при перкуссии. Слизистая оболочка переходной складки в области 36 зуба гиперемирована, отечна, пальпация в области проекции верхушки корня болезненна. На рентгенограмме: в области верхушки корня изменений нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф. диагностику.
3. Какие препараты необходимо применить для антисептической обработки каналов?
4. Перечислите последовательность инструментальной обработки корневых каналов.
5. Назначьте общее лечение.

Ситуационная задача № 17

Пациент Н., 33 года, жалобы на постоянные боли, ноющего характера в 15 зубе, усиливающиеся при накусывании. Анамнез: 5 дней назад в 15 зуб была наложена мышьяковистая паста. В назначенный срок больной на прием не явился. Боли при накусывании появились 3 дня назад. Объективно: слизистая оболочка десны в области 15 зуба без изменений. На жевательной поверхности 15 зуба временная пломба. Перкуссия 15 зуба болезненная. Показания ЭОД= 100 мкА. На рентгенограмме 15 зуба патологических изменений нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифдиагностику.
3. Перечислите antidotes мышьяковистой пасты.
4. Нужно ли проводить физиолечение?
5. Возможно ли лечение в одно посещение?

Ситуационная задача № 18

Пациент К., 20 лет, обратилась с жалобами на длительные пульсирующие боли в 36 зубе, иррадиирующие в ухо. Отмечается недомогание, головная боль, нарушение сна. Зуб беспокоит в течение 3 дней. Объективно: рот полуоткрыт, подвижность 36 зуба первой степени, на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, перкуссия резко болезненна. На рентгенограмме 36 патологических изменений нет.

Вопросы:

1. Перечислите заболевания, вероятные при этой симптоматике.

2. Укажите лечебные мероприятия, необходимые в первое посещение.
3. Можно ли оставить в корневом канале турунду с 2% раствором йода спиртового.
4. Надо ли проверить электровозбудимость пульпы?
5. Прогноз лечения.

Ситуационная задача № 19

Больной З., 34 года, обратился с жалобами на подвижность зубов верхней и нижней челюстей, неприятный запах изо рта, гноетечение из-под десны, частые фазы абсцедирования.

При объективном исследовании определяется большое количество над- и поддесневого зубного камня, мягкого налета, гноетечение из пародонтальных карманов, подвижность зубов III степени. Десна на верхней и нижней челюсти гиперемирована, отёчна, пародонтальные карманы глубиной 6 -7 мм. При обследовании выявлены хронические заболевания внутренних органов, нарушение иммунного статуса. Зубная формула:

О	С		С	О	О
8	7	6	5	4	3
2	1		2	3	4
5	6	7	8	9	0
О				О	О

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте дополнительные методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Какие пробы и индексы необходимо провести?
4. В чём заключается комплексность общей терапии?
5. Местная терапия.

Ситуационная задача № 20

Корневой канал 22 зуба запломбирован на $\frac{3}{4}$ длины корня гуттаперчевыми штифтами. Какая допущена ошибка?

Как способами её можно устранить?

Ситуационная задача №21

Больной Е. 47 лет обратился в клинику терапевтической стоматологии с жалобами на кровоточивость десен, подвижность зубов, неприятный запах изо рта. В анамнезе – хронический гипертрофический гастрит. При осмотре – обильный мягкий зубной налет, наддесневой и поддесневой зубной камень. В области 15, 16, 17, 23, 24, 25, 26, 34, 35, 36, 45, 46, 47 пародонтальные карманы размером 4-5 мм. Зубы 15, 16, 17, 23, 24, 25, 26, 34, 35, 36, 45, 46, 47 имеет II степень подвижности в вестибулооральном и медио - дистальном направлении. На ортопантограмме – снижение высоты деструкция костной ткани смешанного типа с преобладанием вертикального типа межзубных перегородок на $\frac{1}{2}$ длины.

Зубная формула:

О С С О О
87654321 12345678

87654321 12345678
О О О

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы причины возникновения данного заболевания.
3. Провести дифференциальную диагностику данного заболевания.
4. Назначить план лечения.

Ситуационная задача № 22

Больной явился с жалобами на затрудненный прием пищи, подвижность зубов верхней и нижней челюстей, неприятный запах изо рта.

Страдает хроническим гастритом. Болеет 1 год, к врачу не обращался. Обследовано: обилие мягких зубных отложений. Зубы подвижны (II-III степени), межзубные сосочки гиперемированы и гипертрофированы, в отдельных участках десны абсцессы, определяются пародонтальные карманы различной глубины с выделением гноя. Язык обложен, увеличен.

Зубная формула:

К О О К С С Pt
7654321 1234567

7654321 1234567

Вопросы:

1. Особенности опроса больного.
2. Какова роль местных и общих факторов в данном случае?
3. Рентгенологическая картина.
4. Поставьте диагноз и обоснуйте.
5. Какие лечебные мероприятия и их последовательность?
6. Возможные осложнения.

Ситуационная задача № 23

Больной в течение последних лет регулярно наблюдается у стоматолога по поводу кариеса.

Объективно: на очередном приеме обнаружено большое количество мягкого налета на передних зубах верхней челюсти 321 I 12. В области 54 I 5 дефекты неглубокие, определяется шероховатость при зондировании. Реакция на раздражители кратковременная. ЭОД = 4мкА.

Зубная формула:

с с п п п п п пс
7654321 1234567

7654321 1234567

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. Методы борьбы с налетом.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Роль микроорганизмов в развитии кариеса.
5. Роль гигиены в профилактике кариеса.
6. Этапы препарирования.

Ситуационная задача № 24

Пациент обратился с жалобами на возникновение боли от химических, температурных и механических раздражителей в области верхней челюсти слева. Боль впервые возникла 2 месяца назад.

Объективно: на контактной поверхности 12 кариозная полость с поражением средних слоев дентина. Стенки кариозной полости и дно плотные. Зондирование по эмалево-дентинной границе болезненно. Реакция на холодное отсутствует (безболезненна). Перкуссия отрицательная. ЭОД – 6 мкА.

Зубная формула:

с

765432112345678

000032112340000

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Классификация кариеса.
2. Современная концепция этиологии кариеса.
3. К какому классу по Блеку относят данную кариозную полость? Особенности формирования данных кариозных полостей.
4. Этапы препарирования и пломбирования зубов.
5. Средства для антисептической обработки кариозной полости. Выписать рецепты.

Ситуационная задача № 25

Пациент обратился с жалобами на возникновение боли от химических, механических и температурных раздражителей в области верхней челюсти справа. Впервые боль возникла 3 месяца назад.

Объективно: на жевательно-контактной поверхности 16 кариозная полость с поражением глубоких слоев дентина, заполненная грязно-серым расpadом. Размягченный дентин легко удаляется экскаватором. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. На холодовой раздражитель реакция положительная, быстропроходящая. Перкуссия отрицательная. ЭОД = 16 мкА.

Зубная формула:

с

8765432112340078

8760432112345678

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. К какому классу, согласно классификации Блека, относят данную кариозную полость? Особенности препарирования кариозной полости.

3. Этапы пломбирования глубокой кариозной полости.
4. Медикаментозная обработка глубокой кариозной полости. Выписать рецепты.
5. Дать характеристику лечебным и изолирующим прокладочным материалам.

Выписать рецепты.

Ситуационная задача № 26

На прием к стоматологу обратился 27 летний мужчина с жалобами на не резкие, периодически возникающие боли от термических факторов в области верхних жевательных зубов справа в течение 2 лет. Со слов больного, в 20 летнем возрасте после лечения 16 ему на данный зуб зафиксировали золотую коронку, которая через 2 года протерлась и выпала. Больше за стоматологической помощью не обращался.

Объективно: Слизистая оболочка десны на верхней и нижней челюстях обычного вида. Пломба на жевательной поверхности отпрепарированного 16.

Рядом расположенные моляры интактные. Место прикрепления десны на вестибулярной поверхности 16 обычное. С небной поверхности корень оголен на 2/3 длины. Зондирование корня резко болезненное. Край десны плотно прилежит со всех сторон зуба. Цвет ее розовый.

Зубная формула:

п р с с Рt
8765432112345678
8765432112345678

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какова причина описанного состояния?
4. Приведите классификацию Миллера для этой патологии.
5. В чем заключается первый этап лечения?

Ситуационная задача № 27

Больной К., 21 год, обратился на прием к врачу-стоматологу с жалобами на постоянную, самопроизвольную боль в зубе верхней челюсти слева, носящую пульсирующий характер, резко усиливающуюся при накусывании. В полости рта: на дистальной поверхности 24 глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование и реакция на раздражители болезненны, перкуссия резко болезненна, слизистая оболочка в проекции корней 24 гиперемирована, отечна. Зубная формула:

с с с с
8765432112345678
8765432112345678
с с рt

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими сходную симптоматику.
4. Наметьте план лечебных мероприятий.
5. Оцените общую картину зубочелюстной системы данного пациента.

Ситуационная задача № 28

Больной В., 18 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на чувство распирания, тяжести неловкости в области зубов верхней челюсти справа. Иногда возникает болезненность при накусывании. В полости рта: на передне – жевательной поверхности 15 зуба - кариозная полость с поражением глубоких слоев дентина, зондирование и реакция на холодовой раздражитель безболезненна, перкуссия слегка болезненна. На слизистой оболочке в проекции корня – свищевой ход.

Зубная формула:

с п с с с с с

8765432112345678

8765432112345678

с с

Вопросы:

1. Какие методы исследования необходимы для постановки диагноза?
2. Поставьте окончательный диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболеваний, имеющих сходную симптоматику.
4. Какие изменения вы ожидаете определить при рентгенодиагностике?
5. Составьте план последовательных мероприятий при лечении 15 зуба.

Ситуационная задача № 29

На прием к врачу-стоматологу обратилась больная М., 21 года, с жалобами на самопроизвольную длительную боль, усиливающуюся от всех видов раздражителей, в области зуба нижней челюсти справа. Боль появилась около 4 дней назад, особенно интенсивна ночью, иррадирует в ухо, затылок, висок. При осмотре зубных рядов обнаружено: на передне-жевательной поверхности 46 кариозная полость, заполненная размягченным пигментированным дентином, после удаления которого определяется сообщение с полостью зуба в одной точке. Пульпа при зондировании резко болезненна, кровоточит.

Зубная формула:

с с с с

8765432112345678

8765432112345678

с с п п

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину.
3. Какие показания ЭОД 46 предположительно ожидать?
4. Определите индекс КПУ данному пациенту.
5. Обоснуйте выбор лечения 46 зуба?

Ситуационная задача № 30

На прием к врачу-стоматологу обратилась с целью плановой санации больная Д., 24 лет. При осмотре зубных рядов врач обнаружил: на жевательной поверхности 46 кариозная полость с остатком пломбы, после удаления которой и препарирования, определяется плотное пигментированное дно. Реакция на холод болевая, длительная. ЭОД - 45мкА. На рентгенограмме каналы 46 искривлены, в проекции верхушек корневых изменений нет.

Зубная формула:

п п п прт с п

8765432112345678

8765432112345678

пс сс

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими сходную симптоматику.
3. Определите индекс КПУ.
4. Выберите метод лечения 46 зуба.
5. Дайте прописи лекарственных веществ, применяемых при лечении зубов с плохо и непроходимыми корневыми каналами.

Ответы:

Ситуационная задача № 1

1.Зубная формула:

п

55 54 53 52 11 21 62 63 64 65 26 46

85 84 83 42 41 31 32 73 74 75 36

п п

п п к

2. Смена временных зубов на постоянные происходит в возрасте 6-12 лет 3. Причиной подвижности зубов 5.2, 6.2 является процесс физиологического рассасывания корней, происходящий в этом возрасте. 4. Интенсивность кариеса зубов: КПУ(з)=2, кп(з)=5. 5. Интенсивность кариеса поверхностей – КПУ(п) = 2, кп(п) = 10

Ситуационная задача № 2

1. Данный метод относится к местным методам фторидпрофилактики кариеса зубов.
2. 1 раз в 2 недели в течение учебного года 3. На одно полоскание необходимо 10 мл раствора. Полоскание проводится в течение 1- 2 мин. 4. Данный метод рекомендуется проводить с 6- летнего возраста. 5. Концентрации фторида натрия, применяемые также в виде полосканий: 0,05% - ежедневно, 0,1% – 1 раз в неделю.

Ситуационная задача № 3

1. Местные факторы возникновения воспалительных явлений в тканях пародонта: мягкие и минерализованные зубные отложения, мелкое преддверие полости рта.
2. Гигиеническое состояние полости рта по индексу ИГР-У соответствует плохому уровню гигиены.
3. Ошибками, допущенные пациентом являются: использование мягкой зубной щетки, длительность чистки зубов в течение 1 минуты.

4. Индивидуальные средства гигиены для пациента: лечебно-профилактическая зубная паста и ополаскиватель с антибактериальными добавками (хлоргексидин, триклозан и др.) на 7-10 дней, затем пасты с экстрактами трав, зубная щетка средней степени жесткости, для очищения контактных поверхностей зубов применение монопучковых щеток, межзубных ершиков, зубных нитей (после предварительного обучения). Чистка зубов в течение 2-3 минут.

5. Пациенту необходима консультация хирурга-стоматолога по поводу устранения мелкого преддверия полости рта.

Ситуационная задача № 4

1. Данная клиническая картина поражения твердых тканей зубов 1.1 и 2.1 соответствует клинике начального кариеса (очаговой деминерализации эмали)

2. Для уточнения диагноза пациенту проведен метод витального окрашивания эмали. Причина окрашивания очагов поражения эмали – повышение проницаемости эмали.

3. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с пятнистой формой флюороза и гипоплазией эмали.

4. Принцип лечения очагов деминерализации эмали основан на обратимости процесса деминерализации - восстановлении утраченных минеральных компонентов эмали (реминерализации). Для лечения начального кариеса рекомендуются кальций и фосфатсодержащие растворы: глюконат кальция 10%, Боровского-Волкова, гели: ремогель, реминерализующий гель Са/Р, R.O.C.S medical и др., фториды.

5. Рекомендации по индивидуальному уходу за полостью рта данному пациенту: чистка зубов 2 раза в день с исключением горизонтальных движений в течение 2-3 минут, детская зубная щетка, лечебно-профилактические кальций и фторидсодержащие зубные пасты.

Ситуационная задача № 5

1. Зуб 2.1 - кариес дентина (К.02.1).

2. Температурная проба. Электроодонтодиагностика. Рентгенография.

3. Дифференциальную диагностику проводят с кариесом эмали (К 02.0).

4. Профессиональная чистка зубов. Выбор материала для реставрации (светополимеризуемый композит). Подбор цвета. Обезболивание. Препарирование кариозной полости. Изоляция зуба от слюны и десневой жидкости (коффердам, ретракционная нить, ватные валики). Наложение лавсановой матрицы и интрадентального клина. Медикаментозная обработка кариозной полости. Внесение пломбирочного материала. Моделирование анатомической формы зуба. Удаление матрицы, клина, коффердама, валиков. Коррекция окклюзионных и артикуляционных контактов (избирательное пришлифовывание) полирование пломбы.

5. Нанесение кислотного геля 37% ортофосфорной кислоты на эмаль и дентин. Промывание, удаление излишков влаги в полости. Внесение адгезива, его полимеризация. Послойное внесение композита и полимеризация каждого слоя.

Ситуационная задача № 6

1. Профессиональные вредности, курение, несанированная полость рта.

2. Плоская, эрозивно-язвенная, веррукозная, лейкоплакия курильщиков.

3. Красный плоский лишай, красная волчанка, хронический гиперпластический кандидоз, вторичный сифилис, ороговевающий плоскоклеточный рак.

4. Санация полости рта. Отказ от курения. Применение кератопластических препаратов местно. Регулярные профилактические осмотры у врача-стоматолога.
5. Малигнизация очага поражения слизистой.

Ситуационная задача № 7

1. Рентгенологическое обследование для исключения перелома.
2. Хроническая форма пульпита в стадии обострения. Острый очаговый пульпит зуба 2.1 К 04.01. Пульпит острый.
3. Витальная экстирпация пульпы зуба, эндодонтическое лечение.
4. Наблюдение рентгенологическим методом до одного года.
5. Атрофический гингивит.

Ситуационная задача № 8

1. Хронический генерализованный катаральный гингивит средней степени тяжести.
2. Неудовлетворительная гигиена полости рта, ортодонтическая патология.
3. Рентгенографическое обследование – ортопантомограмма. Для оценки состояния костной ткани и проведения дифференциальной диагностики с хроническим пародонтитом.
4. Обучение гигиене полости рта с подбором средств гигиены, профессиональная гигиена полости рта, проведение местной противовоспалительной терапии, с использованием пародонтальных повязок, ортодонтического лечения после стихания воспалительных явлений.
5. Антисептики, противовоспалительные антибактериальные мази, готовые десневые повязки. Обучение гигиене полости рта и контролируемая чистка зубов, профессиональная гигиена полости рта не менее 2 раз в год.

Ситуационная задача № 9

1. Острый псевдомембранозный кандидоз.
2. Бактериологический анализ соскоба со спинки языка.
3. При обнаружении в соскобе почкующихся клеток гриба рода *Candida* диагноз: кандидоз.
4. Увеличение количества дрожжеподобных грибов рода *Candida* возникает при дисбиозе.
5. Местное лечение: обработка рта после приема пищи 2% раствором соды, мазь Клотримазол. Ограничение пищи, содержащей простые углеводы (кондитерские изделия). Обработку рта продолжать после исчезновения налета в течение 10-12 дней.

Ситуационная задача № 10

1. Флюороз, пятнистая форма.
2. С меловидно-крапчатой формой флюороза, с пятнистой формой гипоплазии, с кариесом в стадии пятна.
3. Общая и местная реминерализующая терапия. Реставрация композитами.
4. Очистка воды, замена питьевого источника, исключение искусственного вскармливания детей, вывоз детей.
5. Избыточное поступление фтора в организм человека с питьевой водой.

Ситуационная задача № 11

1. Местная гипоплазия, пятнистая форма.

2. С меловидно-крапчатой формой флюороза, с пятнистой формой флюороза, с кариесом в стадии пятна.
3. Воспалительный процесс у верхушек корней временного зуба.
4. Окрашивание пятен красителями для дифдиагностики от кариеса зубов.
5. Лечение не требуется.

Ситуационная задача № 12

1. Местная гипоплазия, эрозивная форма.
2. С меловидно-крапчатой формой флюороза, с пятнистой формой гипоплазии, с кариесом в стадии пятна, поверхностным кариесом.
3. Нарушение обменных процессов в развивающемся зубе под влиянием различных заболеваний, инфекции, проникающей радиации. Гипоплазия возникает у детей, перенесших поражение ЦНС, гемолитическую желтуху, рахит, желудочно-кишечные заболевания, эндокринную патологию, при врожденном сифилисе.
4. Курс комплексной реминерализующей терапии. Реставрация дефектов коронок зубов пломбирочными материалами.
5. Композиционные материалы светового отверждения: Харизма, Геркулайт, Венус, Филтек и другие.

Ситуационная задача № 13

1. С острым очаговым пульпитом, обострением хронических форм пульпита, с острым верхушечным периодонтитом, папиллитом, невралгией тройничного нерва, альвеолитом и острым гайморитом.
2. Острый диффузный пульпит.
3. Витальная экстирпация, девитальная экстирпация.
4. Биологический метод не применяется при остром диффузном пульпите.
5. Обезболивание, препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба, экстирпация, эндодонтическая и медикаментозная обработка корневого канала, пломбирование корневого канала, восстановление формы коронки зуба.

Ситуационная задача № 14

1. Острый очаговый пульпит, обострение хронических форм пульпита, острый верхушечный периодонтит, альвеолит, острый синусит, папиллит, невралгия тройничного нерва
2. Острый диффузный пульпит.
3. ЭОД, рентгенография 1.6 зуба.
4. Витальная экстирпация, девитальная экстирпация, девитальная ампутация, девитально-комбинированный метод.
5. Обезболивание, препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба, ампутация пульпы, экстирпация пульпы, эндодонтическая и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов, восстановление формы коронки зуба.

Ситуационная задача № 15

1. Хронический фиброзный пульпит, хронический гангренозный пульпит, глубокий кариес.
2. Хронический фиброзный пульпит.
3. Характерные жалобы, ЭОД, болезненное зондирование дна кариозной полости.

4. Витальная экстирпация, девитальная экстирпация, девитальная ампутация, девитально-комбинированный метод.

5. Для проведения эндодонтического лечения необходимо создать доступ со стороны жевательной поверхности. 1.6 зуб имеет сложное строение корневых каналов – часто встречается 4 корневых канала: небный, щечно-дистальный, два щечно-медиальных.

Ситуационная задача № 16

1. Острый гнойный периодонтит 36 зуба. Диагноз поставлен на основании основных и дополнительных методов обследования.

2. Дифференциальный диагноз проводится с острым серозным периодонтитом, обострением хронического периодонтита, острым гнойным периоститом.

3. Для обработки корневых каналов применяется: хлорсодержащие препараты, перекись водорода, препараты йода, препараты нитрофуранового ряда. Протеолитические ферменты.

4. 1 этап: прохождение корневого канала и определение рабочей длины. Используют К-риммер; 2 этап: расширение корневого канала на рабочую длину. Используют К-риммер, К-файл, Н-файл.

5. Общее лечение: 1) антибиотики, 2) нестероидные противовоспалительные препараты, 3) гипосенсибилизирующие препараты, 4) поливитамины.

Ситуационная задача № 17

1. Острый токсический (мышьяковистый) периодонтит 15 зуба. Диагноз поставлен на основании основных и дополнительных методов обследования.

2. Дифференциальный диагноз проводится с острым гнойным периодонтитом, острым пульпитом, обострением хронического периодонтита.

3. Антисептиком мышьяковистой пасты являются: унитиол, препараты йода.

4. Физиолечение не показано.

5. Лечение в одно посещение не желательно, т.к. необходимо сначала устранить раздражение тканей периодонта.

Ситуационная задача № 18

1. Дифференциальный диагноз проводится с острым пульпитом, с острым периодонтитом, невралгией тройничного нерва, острым синуситом.

2. В первое посещение необходимо: 1) обезболивание, 2) изоляция от слюны, 3) раскрытие полости зуба (создание эндодонтического доступа), 4) расширение устьев 26 корневых каналов, 5) прохождение корневых каналов и определение рабочей длины, 6) инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов.

3. Нет, зуб рекомендуется оставить открытым до снятия периодонтальной реакции.

4. Необходимо.

5. Благоприятный.

Ситуационная задача № 19

1. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени в стадии обострения.

2. Необходимо провести рентгенологическое исследование для определения состояния костной ткани, микробиологическое исследование для определения микробного фона и подбора антибактериальной терапии.

Возможно использование функциональных методов исследования (реопародонтография, фотоплетизмография, полярография, эхоостеометрия).

3. – проба Шиллера-Писарева, - проба Парма, - проба Кетке, - проба Кулаженко, - индекс Федорова-Володкиной, - индекс ПМА, - индекс ПИ.

4. При проведении общего лечения осуществляется борьба с инфекцией, интоксикацией организма, активизация защитных сил организма, стимуляция репаративных процессов в пародонте. Эти задачи решаются путем системного применения антибиотиков, инфузионной и пероральной дезинтоксикационной терапии, иммунотерапии, стимулирующего лечения, гормонотерапии, «метаболической терапии», использования средств, корригирующих психосоматические нарушения, нормализующих функцию других органов и систем. Необходима консультация смежных специалистов.

5. а) антисептическая обработка десен; б) удаление над- и поддесневых отложений; в) обучение рациональной гигиены полости рта с подбором зубной пасты и щетки; г) шинирование подвижных зубов; д) лечебная повязка; е) открытый кюретаж или лоскутная операция.

Ситуационная задача № 20

Корневой канал запломбирован не до верхушки корня.

Необходимо распломбировать канал ручным, машинным или ультразвуковым способом с использованием химических растворителей.

Провести механическую, медикаментозную обработку канала и повторное пломбирование его.

Ситуационная задача № 21

1. Хронический генерализованный пародонтит средней степени.

2. Значительную роль в развитии данного заболевания играют заболевания желудочно-кишечного тракта. Как правило, эти состояния организма изменяют защитно-приспособительные механизмы тканей и органов полости рта, в связи с чем воспалительные процессы в пародонте имеют ряд характерных особенностей. Роль местных факторов не исключается, так как они отягощают течение заболевания. Современные представления о сущности воспалительно-деструктивного процесса при генерализованном пародонтите подчеркивают роль тканевых и микробных ферментов в нарушении обменных процессов и трофики всего комплекса пародонта. Большое значение имеют микроциркуляторные нарушения, аллергические и аутоиммунные процессы.

3. Дифференциальную диагностику проводят с:
а) с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени, при котором глубина пародонтальных карманов достигает 3,5 мм;
б) с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени, при котором глубина пародонтального кармана будет более 5 мм;
в) с пародонтозом, при котором имеют место участки ретракции десневого края, а также клиновидные дефекты. Пародонтальные карманы, которые являются показателем для пародонтита, при пародонтозе отсутствуют.
г) с хроническим катаральным гингивитом, при котором отсутствует подвижность зубов и не определяются пародонтальные карманы.

4). При проведении общего лечения осуществляется борьба с инфекцией, интоксикацией организма, активизация защитных сил организма, стимуляция

репаративных процессов в пародонте. Эти задачи решаются путем системного применения антибиотиков, инфузионной и пероральной дезинтоксикационной терапии, иммунотерапии, стимулирующего лечения, гормонотерапии, «метаболической терапии», использования средств, корригирующих психосоматические нарушения, нормализующих функцию других органов и систем. Местное лечение заключается в следующем: а) антисептическая обработка десен; б) удаление над- и поддесневых отложений; в) обучение рациональной гигиены полости рта с подбором зубной пасты и щетки; г) лечебная повязка; д) эпителизирующая терапия; е) открытый кюретаж по показаниям.

Ситуационная задача № 22

1. При расспросе больного необходимо получить сведения о том, когда впервые возникли жалобы, с чем связывает больной их возникновение, как они изменялись, какое лечение проводилось и каким был результат его. Необходимо выявить сведения о непереносимости лекарственных средств, вредных привычках и общесоматических заболеваниях.

2. Несоблюдение гигиены полости рта способствует развитию и росту зубной бляшки, которая откладывается вначале в области края десны, затем прорастает в поддесневой край, в десневой желобок. Микроорганизмы, токсины и продукты обмена вызывают повреждение эпителия и воспалительную реакцию в подлежащей соединительной ткани. Вещества, которые образуются при воспалении, не ограничиваются лишь мягкими тканями, а вызывают резорбцию кости альвеолярного отростка вследствие активизации остеокластов. Этот сложный процесс приводит к развитию пародонтального кармана костного или внекостного. Плюс наличие гастрита усугубляет данный процесс.

3. На рентгенограмме - уменьшение высоты межальвеолярных перегородок на 1/2 - 2/3 длины корня или полное их отсутствие; наличие глубоких костных карманов.

4. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени в стадии обострения.

5. При проведении общего лечения осуществляется борьба с инфекцией, интоксикацией организма, активизация защитных сил организма, стимуляция репаративных процессов в пародонте. Эти задачи решаются путем системного применения антибиотиков, инфузионной и пероральной дезинтоксикационной терапии, иммунотерапии, стимулирующего лечения, гормонотерапии, «метаболической терапии», использования средств, корригирующих психосоматические нарушения, нормализующих функцию других органов и систем. Необходима консультация смежных специалистов. а) антисептическая обработка десен; б) удаление над- и поддесневых отложений; в) обучение рациональной гигиены полости рта с подбором зубной пасты и щетки; г) шинирование подвижных зубов; д) лечебная повязка.

6. При пародонтите различают местные и общие осложнения, затрагивающие весь организм (интоксикация продуктами жизнедеятельности бактерий). Местные осложнения наблюдаются обычно в активной фазе заболевания – это пародонтальный абсцесс.

Ситуационная задача № 23

1. Поверхностный кариес.

2. Адекватная гигиена полости рта с подбором мануальной щетки и пасты, профессиональная гигиена полости рта у стоматолога раз в 6 месяцев, применение дополнительных средств гигиены полости рта.

3. Поверхностный кариес дифференцируется с начальным кариесом. В отличие от начального, при котором видно пятно, а целостность поверхности эмали не нарушена, для поверхностного кариеса типично образование дефекта эмали. Также необходимо проводить дифференциальную диагностику с эрозией эмали. В отличие от поверхностного кариеса, эрозия эмали имеет форму овала, длинник которой расположен поперечно на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки. Дно эрозии гладкое, блестящее, плотное. Границы дефекта белесоватые, имеют тенденцию к распространению вширь, а не вглубь, как при кариесе. Поверхностный кариес дифференцируют с гипоплазией эмали, при которой поверхность зуба гладкая, плотная, дефекты локализуются на разных уровнях симметричных зубов, а не на характерных для кариеса поверхностях коронок зубов. Эрозивная форма эндемического флюороза, как и поверхностный кариес, характеризуется дефектом в пределах эмали. Различия дефектов очевидны. При флюорозе дефекты эмали локализуются как правило на вестибулярных поверхностях передних зубов, иммунных к кариесу. Эрозии, расположенные хаотично на фоне измененной (пятнистой) эмали, отличаются строгой симметричностью поражения, которое не сочетается с кариесом. Таким зубам несвойственна гиперестезия.

4. Результаты исследований последних лет показали, что под воздействием микроорганизмов, находящихся на поверхности зуба, в эмали возникают такие же изменения, как и при кариесе. Использование модели «искусственный рост» позволило установить, что ряд микроорганизмов и в первую очередь стрептококки обуславливают процесс деминерализации в условиях эксперимента. В настоящее время установлено, что без микроорганизмов кариес не возникает. В литературе имеются данные экспериментальных исследований, согласно которым применение антибиотиков значительно снижает поражаемость зубов кариесом. Грамположительные микроорганизмы, продуцирующие кислоту, характеризуются устойчивостью к ней. Установлено, что у лиц с множественным кариесом в слюне содержится большое количество лактобацилл, которое уменьшается при пломбировании кариозных полостей. В возникновении кариеса ведущая роль принадлежит *Str. Mutans*. Указано на прямую связь между интенсивностью кариеса и количеством микроорганизмов. Считают, что значительный рост числа представителей вида *Str. mutans* на определенных участках способствует прогрессирующей деструкции эмали.

5. Гигиена полости рта играет важную роль в профилактике кариеса. Своевременное удаление зубного налета не только останавливает кариозный процесс, но и приводит к излечению гингивитов.

6. Определение окклюзионных точек. Очистка зуба от пищевого налёта с помощью щётки и пасты или стоматологических пескоструев (*Air flow* и др.). Наложение изолирующей системы по ситуации (коффердам, *OptiDam* и др.). Препарирование кариозной полости бормашиной. Удаление нависающих краёв эмали, некрэктомия (полное удаление размягчённого инфицированного дентина), формирование полости для лучшей фиксации пломбы. Антисептическая обработка кариозной полости. Пломбирование. Пришлифовка окклюзионных контактов, полировка пломбы.

Ситуационная задача № 24

1. Диагноз - средний кариес. Классификация кариеса: 1. Топографическая: а) кариес в стадии пятна (белое, пигментированное); б) поверхностный кариес; в) средний кариес; г) глубокий кариес. 2. Анатомическая: а) кариес эмали; б) кариес дентина; в) кариес цемента

корня зуба. 3. По локализации: а) фиссурный; б) апроксимальный; в) пришеечный. 4. По характеру течения: а) быстротекущий; б) медленнотекущий; в) стабилизированный. 5. По степени активности: I - компенсированный кариес; II - субкомпенсированный; III - декомпенсированный. Классификация Блека по локализации: 1,2,3,4,5 класс.

2. Современная концепция этиологии кариеса – общепризнанным механизмом возникновения кариеса является прогрессирующая деминерализация твёрдых тканей зубов под действием органических кислот, образование которых связано с деятельностью микроорганизмов. В возникновении кариозного процесса принимают участие множество этиологических факторов, что позволяет считать кариес полиэтиологическим заболеванием.

3. Данная кариозная полость относится к 3 классу по Блеку. Особенности формирования: 1. Границы препарирования осуществляются размером дефекта. 2. Доступ к полости создают с язычной поверхности шаровидным бором подходящего размера (№ ½, 1 или 2). Режущий инструмент располагают перпендикулярно к поверхности эмали. 3. К стенкам полости не предъявляется никаких требований, за исключением того, что их наружные углы должны составлять 90° и более. 4. Глубина препарирования также определяется размерами дефекта, поэтому аксиальные стенки полости обычно неодинаковой глубины. Минимальная глубина аксиальной стенки распространяется на 0,2 мм от эмалево-дентинного соединения. 5. Скос эмали формируют шаровидным алмазным бором, одновременно удаляя хрупкую эмаль. Также скос эмали позволяет удалить кариозные ткани по периферии дефекта. Ширина скоса 0,25-0,5 мм. Скос эмали на десневой стенке полости не формируют в связи с толщиной эмали в этом участке.

4. Определение окклюзионных точек. Очистка зуба от пищевого налёта с помощью щётки и пасты или стоматологических пескоструев (Air flow и др.). Наложение изолирующей системы по ситуации (коффердам, OptiDam и др.). Препарирование кариозной полости бормашиной. Удаление нависающих краёв эмали, некрэктомия (полное удаление размягчённого инфицированного дентина), формирование полости для лучшей фиксации пломбы. Антисептическая обработка кариозной полости. Наложение изолирующей прокладки. Пломбирование. Пришлифовка окклюзионных контактов, полировка пломбы.

5. Медикаментозная обработка кариозной полости: производится тёплыми физиологическими антисептиками - 0,02% раствором фурацилина, 0,05% раствором этакридина лактата, 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата, 0,5% раствором димексида, 0,05% раствором новокаина с ферментами. Затем полость тщательно высушивают. Оптимальное высушивание тёплым воздухом. Если нет тёплого воздуха, то сначала полость обрабатывают спиртом, а затем эфиром. Сейчас практическая стоматология обеспечена многофункциональными медикаментозными средствами, удаляющими "смазанный слой", обеспечивающие для последующего пломбирования идеальную адгезию, и для корневых, и для коронковых пломб: препараты на основе ЭДТА (этилен-диаминтетрауксусной кислоты) - Canal plus и Largal ultra фирмы Septodont.

Ситуационная задача № 25

1. Глубокий кариес.

2. Данная полость относится к 4 классу по Блеку. Особенности формирования полости: 1. Глубина препарирования в дентине должна составлять 0,5 мм, если не требуется более обширное иссечение некротизированных тканей. Полость формируют шаровидным твердосплавным или алмазным бором подходящего размера. 2. Удаляют хрупкую эмаль, не

имеющую подлежащего дентина. 3. Пламевидным или шаровидным алмазным бором формируют скос эмали под углом 45° к наружной поверхности зуба по всем доступным краям полости. Ширина скоса варьирует от 0,25 до 2 мм в зависимости от утраченного объема тканей и от необходимости в дополнительной ретенции. 4. Десневую ретенционную борозду формируют шаровидным бором № $\frac{1}{4}$ на расстоянии 0,2 мм кнутри от эмалево-дентинной границы, глубиной 0,25 мм (половина диаметра бора № $\frac{1}{4}$), под углом, делящим угол соединения аксиальной и десневой стенки пополам, на всю длину десневой стенки до вестибулоаксиального и ороаксиального линейных углов.

3. Определение окклюзионных точек. Очистка зуба от пищевого налёта с помощью щётки и пасты или стоматологических пескоструев (Air flow и др.). Наложение изолирующей системы по ситуации (коффердам, OptiDam и др.). Препарирование кариозной полости бормашиной. Удаление нависающих краёв эмали, некрэктомия (полное удаления размягчённого инфицированного дентина), формирование полости для лучшей фиксации пломбы. Антисептическая обработка кариозной полости. Наложение лечебной и изолирующей прокладки. Пломбирование. Пришлифовка окклюзионных контактов, полировка пломбы.

4. Медикаментозная обработка кариозной полости при глубоком кариесе осуществляется слабыми растворами антисептиков: 0,02% раствором фурацилина, 0,05% раствором этакридина лактата, 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата, 0,5% раствором димексида, 0,05% раствором новокаина с ферментами. Затем полость тщательно высушивают. Оптимальное высушивание тёплым воздухом.

5. Изолирующие прокладки должны отвечать следующим требованиям: защищать пульпу от раздражающих факторов (токсических, термических, химических, гальванотоков); обеспечивать хорошее краевое прилегание пломб; хорошо фиксировать пломбу; не оказывать раздражающего действия на пульпу. К защитным прокладкам относят: цинк-фосфатные, поликарбоксилатные, стеклоиономерные, бактерицидные цементы. Лечебные прокладки должны отвечать следующим требованиям: стимулировать репаративные процессы в пульпе и образование дентина, т.е. обладать одонтотропным действием; обладать бактерицидным и противовоспалительным действиями; оказывать обезболивающее действие; не оказывать раздражающего действия на пульпу зуба и слизистую полости рта; обладать хорошей адгезией и пластичностью; выдерживать нагрузки, возникающие после затвердевания в процессе жевания. В наибольшей степени этим требованиям отвечают препараты, содержащие гидроксид кальция. Это Каласепт, Кальмецин, Кальципульпа, «Life». Лечебные прокладки применяют для стимуляции репаративных процессов в пульпе зуба при лечении глубокого кариеса и других сходных состояниях.

Ситуационная задача № 26

1. Локальная рецессия небной поверхности десны 16 зуба с частичной ретракцией межзубной десны.

2. Рентгенологическое исследование для определения состояния костной ткани, реопародонтографию, полярографию.

3. Причины данного состояния: окклюзионная перегрузка зубов; травма краевого пародонта пищевым комком при откусывании; хроническая механическая травма, в частности, средствами гигиены полости рта при их неправильном использовании и/или чрезмерное усилие при проведении гигиенических процедур, постоянное использование высокоабразивных зубных паст и щеток с жесткой незакругленной щетиной.

4. Данная патология относится к I классу классификации P.D. Miller — рецессия в пределах свободной десны. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует.

5. Профессиональная гигиена полости рта с контролем чистки зубов пациентом и подбором мануальной щетки и пасты. Устранение гиперестезии корня (применение дентин-герметизирующего ликвида или любого другого десенситайзера). Медикаментозная обработка десны с последующим наложением лечебной повязки.

Ситуационная задача № 27

1. Острый верхушечный гнойный периодонтит.

2. Рентгенологическое исследование, ЭОД-диагностика.

3. Острый периодонтит следует дифференцировать от диффузного гнойного пульпита, нагноившейся околокорневой кисты, острого одонтогенного синусита верхней челюсти, периостита и остеомиелита челюстей. Острый гнойный периодонтит нужно отличать от диффузного гнойного пульпита, когда он сопровождается перифокальными воспалительными явлениями в периодонте. Однако при пульпите боль носит периодический, а при гнойном периодонтите — постоянный характер. При пульпите не возникает воспалительных изменений десны. Различны также показатели электроодонтометрии. Гнойный периодонтит имеет ряд общих симптомов с нагноившейся околокорневой кистой: самопроизвольные локализованные боли, болезненность при перкуссии и смыкании зубов, припухлость и покраснение десны. В ряде случаев возникает припухлость и мягких тканей лица. Но при околокорневой кисте имеет место выбухание в области альвеолярного отростка, иногда кость на этом месте настолько истончена, что прогибается при пальпации, зубы смещены. Возникающие при остром одонтогенном синусите верхней челюсти самопроизвольные боли в зубах (одонталгии), иррадиирующие боли, по разветвлению верхнечелюстного нерва, болезненность при перкуссии зубов может создавать диагностические трудности. Отличительными признаками острого одонтогенного синусита является заложенность одной половины носа, наличие серозно-гнойных или гнойных выделений из носа, интенсивная головная боль, нарушение прозрачности верхнечелюстной пазухи на рентгенограмме.

4. Сводится к снятию боли, устранению воспалительного очага в периапикальных тканях, уничтожению патогенных микроорганизмов из корневого канала и его пломбированию, а также в восстановлении правильной анатомической формы зуба и его функций.

Ситуационная задача № 28

1. Необходимо провести рентгенологическое исследование и ЭОД-диагностику.

2. Хронический гранулирующий периодонтит 15 зуба.

3. Гранулирующий периодонтит следует дифференцировать от околокорневой кисты, хронического остеомиелита челюстей, свищей лица и шеи, актиномикоза. При гранулирующем периодонтите с поднадкостничной гранулемой и околокорневой кисте имеется выбухание альвеолярного отростка. Однако при кисте наблюдают смещение зубов, иногда отсутствует кость в области выбухания и на рентгенограмме имеется очаг резорбции кости значительных размеров с четкими ровными контурами. Для одонтогенного остеомиелита челюсти характерна острая стадия болезни, сопровождающаяся симптомами интоксикации. В хронической стадии на рентгенограмме находят очаги резорбции кости, в центре которых тенисеквестры. Соседние интактные зубы становятся подвижными. Имеют

сходство свищи при хроническом гранулирующем периодонтите и актиномикозе лица и шеи. Однако при хроническом периодонтите свищ одиночный, при актиномикозе свищи располагаются в центре разлитых или отдельных мелких инфильтратов.

4. На рентгенограмме при гранулирующем периодонтите обнаруживаются типичные изменения — очаг разрежения костной ткани в области верхушки корня. Линия периодонта в этом отделе не видна из-за инфильтрирующего роста грануляционной ткани, приводящего к рассасыванию стенок лунки, а также цемента и дентина корня. Поверхности их становятся неровными. При наличии одонтогенных гранул в мягких тканях деструктивный очаг у верхушки корня всегда имеет незначительный размер. У больных с маргинальным гранулирующим периодонтитом аналогичные изменения выявляют в краевом периодонте, где происходит резорбция кости как по горизонтали, так и по вертикали.

5. Определение окклюзионных точек. Очистка зуба от пищевого налёта с помощью щётки и пасты или стоматологических пескоструев (Air flow и др.).

Наложение изолирующей системы по ситуации (коффердам, OptiDam и др.).

Препарирование кариозной полости бормашиной. Удаление нависающих краёв эмали, некрэктомия (полное удаление размягчённого инфицированного дентина), формирование полости для лучшей фиксации пломбы.

Антисептическая обработка кариозной полости. Экстирпация, механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, временное пломбирование каналов лечебными пастами, постоянное пломбирование каналов.

Пломбирование полости зуба. Пришлифовка окклюзионных контактов, полировка пломбы.

Ситуационная задача № 29

1. Острый диффузный пульпит 46 зуба.

2. Данную форму пульпита следует дифференцировать с острым очаговым или обострившимся хроническим пульпитом, острым верхушечным или обострившимся хроническим периодонтитом, невралгией тройничного нерва, гайморита и луночковых болей.

3. Показания ЭОД 40-60 мкА.

4. КПУ – 8.

5. Методика лечения острого диффузного пульпита сводится к следующим этапам: очистка зуба от налета; обезболивание зуба; препарирование кариозной полости с удалением всех мертвых тканей; внесение небольшого количества девитализирующего препарата с последующим закрытием полости временной пломбы и записью на следующий прием. Если же применяется метод витальной экстирпации, то можно сразу же вскрывать полость зуба и удалять пульпу; создание «ковровой дорожки», определение рабочей длины с помощью апекслокатора и специальной линейки. В области апекса создается уступ для надежной фиксации корневой пломбы; расширение корневого канала и придание ему правильной конусной формы; после каждого инструмента обязательная медикаментозная обработка. Таким образом, уничтожаются и вымываются все болезнетворные микроорганизмы и дентинная стружка; тщательная пломбировка корневого канала. Качественная obturation каналов надежно перекрывает путь для микроорганизмов и снижает риск развития рецидива; рентген контроль. Корневые каналы должны быть гомогенно запломбированы до физиологической верхушки;

Ситуационная задача № 30

1. Хронический фиброзный пульпит 46 зуба.

2. Хронический фиброзный пульпит необходимо дифференцировать с глубоким кариесом, острым очаговым пульпитом и хроническим гангренозным пульпитом. При глубоком кариесе боль исчезает после устранения раздражителя. Имеется разница в степени снижения электровозбудимости пульпы. Для хронического гангренозного пульпита характерны широкое сообщение с полостью зуба, слабая болезненность при зондировании пульпы и более выраженное снижение электровозбудимости пульпы (до 50—90 мкА) за счет большего или меньшего разрушения пульпы. Общее: приступообразные боли в анамнезе, сообщение кариозной полости с полостью зуба. Длительные боли под влиянием температурного - раздражителя; могут быть изменения в периодонте.

3. Индекс КПУ – 10.

4. Девиальная экстирпация, так как каналы зуба искривлены.

5. Для мумификации могут использоваться пасты:

Rp.: Tricresoli 2,5

Creolini 5,0

Trioxymethyleni 5,0

Zinci oxydati 15,0

Glycerini

q.s. ut fiat pasta

D.S. Трикрезолформалиновая паста.

Rp.: Trioxymethyleni 0,5

Thymoli 0,05

Zinci oxydati 5,0

Olei Camphorati

q.s. ut fiat pasta

Критерии оценки:

-оценка «**зачтено**» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации;

-оценка «**не зачтено**» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

Итоговая (контрольная работа)

П Е Р Е Ч Е Н Ь вопросов к итоговой контрольной работе № 3, темы 1-23

По производственной практике: «Помощник врача-стоматолога (терапевта)», 8 семестр

1. Стоматологическое обследование пациента.
2. Отложения на зубах (мягкие, твердые, пигментации). Значение их в развитии патологических процессов в полости рта.
3. Методы удаления отложений на зубах.
4. Клиническая картина, диагностика заболеваний твердых тканей поражений зубов.
5. Клиническая картина, диагностика некариозных поражений зубов.
6. Кариес эмали. Клиника, диагностика, патанатомия, диф. Диагностика.
7. Лечение кариеса в стадии пятна и поверхностного кариеса.
8. Кариес дентина. Клиника, диагностика, патанатомия, диф. Диагностика.
9. Лечение среднего и глубокого кариеса.
10. Кариес цемента. Клиника, диагностика, патанатомия, диф. Диагностика.
11. Лечение кариеса корня.
12. Физические методы лечения и профилактики.
13. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении кариозного процесса.
14. Показания к выбору пломбирочного материала при лечении кариеса I – VI классов.

15. Флюороз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
16. Гипоплазия эмали: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
17. Клиновидный дефект: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
18. Эрозия эмали: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
19. Кислотный некроз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
20. Дисколорит зубов: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
21. Отбеливание: виды, методики проведения. Показания и противопоказания.
22. Гиперестезия твердых тканей зубов. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении некариозных поражений.
23. Наследственные проявления некариозных поражений зубов.
24. Стираемость: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
25. Травма: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
26. Клиническая картина, диагностика заболеваний пульпы.

27. Методы лечения пульпита.
28. Клиническая картина, диагностика заболеваний апикального периодонта.
29. Методы лечения периодонтита.
30. Средства и методы обезболивания стоматологии.
31. Асептика и антисептика, дезинфекция в стоматологии.
32. Современные пломбировочные материалы, применяемые при лечении кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов.

Критерии оценки:

-оценка «отлично» выставляется, если студент правильно и полно обоснован клинический диагноз, проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение. на основе современных рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий;

-оценка «хорошо» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации;

-оценка «удовлетворительно» выставляется, если у студента присутствует понимание сущности болезни; установлен диагноз без учёта клинических особенностей; неправильно выявлены или неполно/неверно обоснованы отдельные составляющие диагноза, синдромов; выбран план лечения без учёта особенностей клинической ситуации и/или назначено только симптоматическое лечение, и/или не учтены сопутствующие состояния, взаимодействия лекарственных средств, побочные эффекты;

-оценка «неудовлетворительно» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов основных нозологических форм стоматологического профиля; отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

Итоговая (контрольная работа)

П Е Р Е Ч Е Н Ь вопросов к зачету

По производственной практике: «Помощник врача-стоматолога (терапевта)», 8 семестр

1. Стоматологическое обследование пациента.
2. Отложения на зубах (мягкие, твердые, пигментации). Значение их в развитии патологических процессов в полости рта.
3. Методы удаления отложений на зубах.
4. Клиническая картина, диагностика заболеваний твердых тканей поражений зубов.
5. Клиническая картина, диагностика некариозных поражений зубов.
6. Кариез эмали. Клиника, диагностика, патанатомия, диф. Диагностика.
7. Лечение кариеса в стадии пятна и поверхностного кариеса.
8. Кариез дентина. Клиника, диагностика, патанатомия, диф. Диагностика.
9. Лечение среднего и глубокого кариеса.
10. Кариез цемента. Клиника, диагностика, патанатомия, диф. Диагностика.
11. Лечение кариеса корня.
12. Физические методы лечения и профилактики.
13. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении кариозного процесса.
14. Показания к выбору пломбирочного материала при лечении кариеса I – VI классов.
15. Флюороз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
16. Гипоплазия эмали: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
17. Клиновидный дефект: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
18. Эрозия эмали: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
19. Кислотный некроз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
20. Дисколорит зубов: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
21. Отбеливание: виды, методики проведения. Показания и противопоказания.
22. Гиперестезия твердых тканей зубов. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении некариозных поражений.
23. Наследственные проявления некариозных поражений зубов.
24. Стираемость: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
25. Травма: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика и профилактика.
26. Клиническая картина, диагностика заболеваний пульпы.

27. Методы лечения пульпита.
28. Клиническая картина, диагностика заболеваний апикального периодонта.
29. Методы лечения периодонтита.
30. Средства и методы обезболивания стоматологии.
31. Асептика и антисептика, дезинфекция в стоматологии.
32. Современные пломбировочные материалы, применяемые при лечении кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов.

Критерии оценки:

оценка «отлично»: – глубокие и твердые знания всего программного материала учебной дисциплины, содержащегося в рекомендованной (основной и дополнительной) литературе, глубокое понимание сущности и взаимосвязи рассматриваемых явлений; – логически последовательные, полные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; – умение самостоятельно анализировать явления и процессы в их взаимосвязи и развитии, делать правильные выводы из полученных результатов; – твердые навыки, обеспечивающие решение задач дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности;

оценка «хорошо»: – достаточно твердые знания программного материала учебной дисциплины, содержащегося в основной и дополнительной литературе, правильное понимание сущности и взаимосвязи рассматриваемых процессов, достаточные знания основных положений смежных дисциплин; – правильные, без существенных неточностей, ответы на поставленные вопросы, самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных положений; – умение самостоятельно анализировать изучаемые явления и процессы, применять основные теоретические положения к решению ситуационных задач; – достаточные навыки и умения, обеспечивающие решение задач дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности;

оценка «удовлетворительно»: – знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей и основных положений смежных дисциплин; – правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы; – умение применять теоретические знания к решению основных практических задач; – посредственные навыки и умения, необходимые для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности;

оценка «неудовлетворительно»: – отсутствие знаний значительной части программного материала; – неправильный ответ хотя бы на один из основных вопросов билета, существенные и грубые ошибки в ответах на дополнительные вопросы, непонимание сущности излагаемых вопросов; – неумение применять теоретические знания при решении практических задач; – отсутствие навыков и умений, необходимых для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

Итоговая (контрольная работа)

П Е Р Е Ч Е Н Ь тем самостоятельной работы к итоговой контрольной работе № 2,
темы 1-16

По производственной практике: «Помощник врача-стоматолога (терапевта)», 8 семестр

1. Эпидемиология некариозных заболеваний у взрослого населения.
2. Неотложные состояния в стоматологии. Анафилактический шок. Первая доврачебная помощь.
3. Особенности профилактики кариеса и некариозных заболеваний зубов в зависимости от возраста и общесоматического статуса.
4. Рациональное питание в профилактике патологии ЗЧС.
5. Основы гигиенического воспитания.
6. Применение малоинвазивных методов лечения кариеса.
7. Эффективность местной анестезии при лечении кариеса и некариозных заболеваний.
8. Основные компоненты зубных паст. Требования, предъявляемые к зубным пастам.
9. Применение средств гигиены для предупреждения кариеса и заболеваний пародонта лиц молодого возраста.
10. Особенности профессиональной гигиены у пациентов с гиперестезией зубов.
11. Современные подходы превентивной терапии кариеса зубов.
12. Клиническая эффективность зубных паст и ополаскивателей на основе экстрактов лекарственных трав и антисептиков.
13. Современные стоматологические адгезивные системы.
14. Анализ эффективности ультразвукового скейлинга в стоматологии.
15. Современные аспекты препарирования под виниры.
16. Раннее выявление (предупреждение) кариеса зубов у населения.
17. Анализ эффективности методов обследования при кариесе и некариозных поражениях зубов.
18. Эпидемиология некариозных заболеваний у взрослого населения.

Критерии оценки:

- оценка «отлично»: – глубокие и твердые знания; – логически последовательные, полные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; – умение самостоятельно анализировать явления и процессы в их взаимосвязи и развитии, делать правильные выводы из полученных результатов;

- оценка «хорошо»: – достаточно твердые знания программного материала учебной дисциплины; – правильные, без существенных неточностей, ответы на поставленные

вопросы, самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных положений; – умение самостоятельно анализировать изучаемые явления и процессы;

- оценка «удовлетворительно»: – знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей и основных положений смежных дисциплин; – правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы;

- оценка «неудовлетворительно»: – отсутствие знаний;

Составитель:  Гимиш И.В.

«29»  2019 г.