

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

Медицинский институт им. Н.В. Склифосовского
Кафедра стоматологии

Приложение 8, 9

к ОПОП ВО 31.05.03 Стоматология
Квалификация: Врач-стоматолог

УТВЕРЖДАЮ:
Директор медицинского института
им. Н.В. Склифосовского
Г.Н. Самко



«29» 01 2026 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

по основной профессиональной образовательной программе специалитета

Направление подготовки: 31.05.03 Стоматология

Профиль подготовки: -

Квалификация выпускника: Врач-стоматолог

Трудоемкость (в зачетных единицах): 3 з.е.

Сроки проведения: 24.06.30 г. - 06.07.2030 г.

Форма обучения: очная
(очная, очно-заочная, заочная)

Год набора: 2025

Тирасполь, 2025

Программа государственной итоговой аттестации (ГИА) разработана в соответствии с ГОС ВО, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от г. № 984 и учебным планом по специальности 31.05.03 Стоматология (квалификация

Программу составил:

И.В. Гимиш

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена на заседании кафедры стоматология

Протокол от « 18 » сентября 2025 г. № 2

И.о. зав. кафедрой стоматологии

И.В. Гимиш

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена на заседании учебно-методической комиссии медицинского института им. Н.В. Склифосовского

Протокол от « 02 » октября 2025 г. № 3

Председатель УМК медицинского института им. Н.В. Склифосовского

И.Б. Левицкая

СОГЛАСОВАНО:

Начальник УОП

Л.К. Тануркова

Общие положения

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимся основной профессиональной образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта (ГОС ВО) по специальности специалитета 31.05.03 Стоматология (квалификация «Врач-стоматолог»). Государственная итоговая аттестация проводится государственными экзаменационными комиссиями (ГЭК).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный план по своей образовательной программе.

Задачами государственной итоговой аттестации являются:

- оценка способности самостоятельно решать на современном уровне задачи из области своей профессиональной деятельности, профессионально излагать специальную информацию, правильно аргументировать и защищать свою точку зрения;
- решение вопроса о присвоении выпускнику квалификации «Врач-стоматолог» по результатам ГИА и выдаче выпускнику документа (диплома) о высшем образовании;
- разработка рекомендаций по совершенствованию подготовки выпускников по данному направлению подготовки на основании результатов работы государственной экзаменационной комиссии.

Для выпускников из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья ГИА проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее - индивидуальные особенности).

При проведении ГИА обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

- присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего выпускнику из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья необходимую техническую помощь с учетом его индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с ГЭК);
- использование необходимых выпускнику из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья технических средств при прохождении ГИА с учетом их индивидуальных особенностей.

По письменному заявлению выпускника из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья продолжительность сдачи государственного аттестационного испытания может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи:

- продолжительность сдачи государственного экзамена, проводимого в письменной форме, но не более чем на 90 минут;
- продолжительность подготовки выпускника из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья к ответу на государственном экзамене, проводимом в устной форме, но не более чем на 20 минут.

В зависимости от индивидуальных особенностей выпускника с ограниченными возможностями здоровья обеспечивается выполнение следующих требований при проведении государственного аттестационного испытания:

а) для слепых:

- задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются рельефно-точечным шрифтом Брайля или в виде электронного документа, доступного с помощью компьютера со специализированным программным обеспечением для незрячих, либо зачитываются ассистентом;
- письменные задания выполняются обучающимися на бумаге рельефно-точечным шрифтом Брайля или на компьютере со специализированным программным обеспечением для слепых, либо надиктовываются ассистенту;

- при необходимости обучающимся предоставляется комплект письменных принадлежностей и бумага для письма рельефно-точечным шрифтом Брайля, компьютер со специализированным программным обеспечением для слепых;

б) для слабовидящих:

- задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются увеличенным шрифтом;

- обеспечивается индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс;

- при необходимости обучающимся предоставляется увеличивающее устройство, допускается использование увеличивающих устройств, имеющихся у обучающихся;

в) для глухих и слабослышащих, с тяжелыми нарушениями речи:

- обеспечивается наличие звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования, при необходимости обучающимся предоставляется звукоусиливающая аппаратура индивидуального пользования;

- по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в письменной форме;

г) для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата (тяжелыми нарушениями двигательных функций верхних конечностей или отсутствием верхних конечностей):

1) письменные задания выполняются обучающимися на компьютере со специализированным программным обеспечением или надиктовываются ассистенту;

2) по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в устной форме.

Выпускники с ограниченными возможностями здоровья не позднее чем за три месяца до начала ГИА, подают письменное заявление о необходимости создания для них специальных условий при проведении ГИА с указанием его индивидуальных особенностей. К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наличие у выпускника индивидуальных особенностей (при отсутствии указанных документов в Университете).

В заявлении выпускник должен указать на необходимость (отсутствие необходимости) присутствия ассистента на государственном аттестационном испытании, необходимость (отсутствие необходимости) увеличения продолжительности сдачи государственного аттестационного испытания по отношению к установленной продолжительности (для каждого государственного аттестационного испытания).

Условия подготовки и процедура проведения ГИА.

Государственная итоговая аттестация в полном объеме относится к базовой части (Блок 3) учебного плана основной образовательной программы специалитета по данной специальности.

ГИА проводится на русском языке.

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Общая трудоемкость ГИА составляет 3 зачетных единиц или 108 академических часов. Продолжительность ГИА составляет 2 недели.

Государственная итоговая аттестация включает:

подготовку к сдаче и сдача государственного экзамена;

Целью государственного экзамена является выявление уровня профессиональной подготовки выпускника и его способностей к решению практических задач в области его профессиональной деятельности.

Государственный экзамен включает наиболее значимые вопросы по обязательным дисциплинам базовой и вариативной части учебного плана. Государственный экзамен проводится устно. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, выносимым на государственный экзамен.

Теоретический этап – оценка теоретических и практико-ориентированных знаний через устные ответы по билетам по основным заболеваниям в стоматологии и

административно-управленческой деятельности стоматологической организацией.

Практический этап – оценка продемонстрированных практических навыков и умений через решение ситуационных задачи и выполнение практических манипуляций.

Государственный экзамен проводится на заседании государственной экзаменационной комиссии (ГЭК). При проведении устного экзамена экзаменуемому предоставляется 40 минут для подготовки ответа. На вопросы экзаменационного билета обучающийся отвечает публично. Члены ГЭК вправе задавать дополнительные вопросы с целью выявления глубины знаний обучающегося по рассматриваемым темам. Продолжительность устного ответа на вопросы экзаменационного билета не должна превышать 30 минут. В процессе подготовки к ответу, экзаменуемому разрешается пользоваться данной программой ГИА и литературой, перечень которой указан в данной программе.

3. Порядок подачи и рассмотрения апелляции.

В соответствии с Положением «О порядке организации и проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего профессионального образования (программам бакалавриата, специалитета, магистратуры) в государственном образовательном учреждении «Приднестровский государственный университет им. Т. Г. Шевченко» выпускник имеет право подать в Апелляционную комиссию (АК) в письменное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания (далее – апелляция).

В состав АК входят председатель (ректор Университета или лицо, исполняющее его обязанности, или лицо, им уполномоченное) и не менее трех членов. Состав АК формируется из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу Университета и не входящих в состав ГЭК.

Апелляция подается лично выпускником или родителями (законными представителями) несовершеннолетнего выпускника в АК не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК не позднее следующего рабочего дня с момента поступления апелляции направляет в АК протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных норм при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы выпускника (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается в течение не более двух рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании АК, на которое приглашаются председатель ГЭК и выпускник, подавший апелляцию.

Решение АК доводится до сведения выпускника в течение трех рабочих дней со дня заседания АК. Факт ознакомления выпускника, подавшего апелляцию, с решением АК удостоверяется его подписью.

АК на своем заседании принимает одно из следующих решений:

– об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат ГИА;

– об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося подтвердились и повлияли на результат ГИА.

В последнем случае результат проведения ГИА подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения АК.

Обучающемуся предоставляется возможность пройти ГИА в дополнительные сроки, установленные Медицинским институтом им. Н.В. Склифосовского.

Решение АК является окончательным и пересмотру не подлежит. Рассмотрение

апелляции не является пересдачей государственного аттестационного испытания.

Выпускник, подавший апелляцию, имеет право присутствовать при рассмотрении апелляции. С несовершеннолетним выпускником имеет право присутствовать один из родителей (законных представителей). Указанные лица должны иметь при себе документы, удостоверяющие личность.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного представителя АК не позднее даты завершения обучения выпускника, подавшего апелляцию, в соответствии с ГОС. Заявления на апелляцию после повторного проведения государственного аттестационного испытания не принимаются.

4. Программа Государственного экзамена по специальности 31.05.03 Стоматология, квалификация «Врач-стоматолог».

4.1. Требования к компетенциям выпускника.

В ходе ГИА обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих компетенций.

2.1. Универсальные компетенции (УК):

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий;

УК-2. Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла;

УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели;

УК-4. Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия;

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия;

УК-6. Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни;

УК-7. Способен поддерживать должный уровень физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности;

УК-8. Способен создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов;

УК-9. Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах;

УК-10. Способен принимать обоснованные экономические решения в различных областях жизнедеятельности;

УК-11. Способен формировать нетерпимое отношение к коррупционному поведению.

2.2. Общепрофессиональные компетенции (ОПК):

ОПК-1. Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности;

ОПК-2. Способен анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок;

ОПК-3. Способен к противодействию применению допинга в спорте и борьбе с ним;

ОПК-4. Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения;

ОПК-5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач;

ОПК-6. Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности

немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач;

ОПК-7. Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения;

ОПК-8. Способен использовать основные физико-химические, математические и естественно-научные понятия и методы при решении профессиональных задач;

ОПК-9. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач;

ОПК-10. Способен организовывать работу младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными;

ОПК-11. Способен реализовывать принципы менеджмента качества в профессиональной деятельности;

ОПК-12. Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации стоматологического пациента;

ОПК-13. Способен решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий с учетом основных требований информационной безопасности.

2.3. Профессиональные компетенции (ПК):

ПК-1 Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения, предупреждению возникновения и распространения стоматологических заболеваний;

ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией;

ПК-3 Проведение обследования пациента путем сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных и иных исследований с целью установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания;

ПК-4 Диагностика стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней;

ПК-5 Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участию в иных видах медицинской экспертизы;

ПК-6 Проведение медикаментозного и немедикаментозного лечения пациентов со стоматологической патологией в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; контроль эффективности и безопасности этого лечения;

ПК-7. Оказание медицинской помощи стоматологическому пациенту в неотложной или экстренной формах;

ПК-8 Готовность к применению медицинских изделий, инструментария и оборудования, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями;

ПК-9 Готовность к обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике стоматологических заболеваний;

ПК-10 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

ПК-11 Готовность к организации работы медицинского персонала и ведению медицинской документации стоматологической поликлиники;

ПК-12 Готовность к анализу научно-медицинской информации на основе принципов доказательной медицины;

ПК-13 Способность к участию в проведении научных исследований и публичному представлению полученных результатов.

Структура Государственного экзамена

ГИА проводится в 2 этапа.

Теоретический этап - проводится по билетам, каждый из которых содержит 4 вопроса по основным дисциплинам учебного плана.

а) Терапевтическая стоматология:

— Б1.О.33 Кариесология и эндодонтия

— Б1.О.34 Пародонтология

— Б1.О.35 Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта

б) Ортопедическая стоматология:

— Б1.О.41 Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)

— Б1.О.39 Зубопротезирование (простое протезирование)

в) Хирургическая стоматология:

— Б1.О.38 Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта

— Б1.О.37 Хирургия полости рта

— Б1.О.46 Заболевания головы и шеи

г) Детская стоматология:

— Б1.О.50 Детская стоматология

— Б1.О.51 Ортодонтия и детское протезирование

Практический этап – проводится по билетам, которые включают решение ситуационных задач (объективное исследование пациента на муляже) и демонстрация практических манипуляционных навыков.

4.3. Требования к ответу на государственном экзамене и критерии оценки

Реализуемые компетенции при ответе на вопросы государственного экзамена

№ п/п	Вопрос	Проверяемые профессиональные компетенции (ПК)	Примечание
Терапевтическая стоматология			
Дисциплина «Кариесология и эндодонтия»			
	Организация и типовое оснащение стоматологического кабинета: меры защиты медицинского персонала.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
	Эмаль зуба, гистологическое строение, химический состав, физико-химические свойства, понятия минерализации, де- и реминерализации.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
	Дентин и цемент зуба: гистологическое строение, химический состав, функции.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
	Материалы для временных пломб: физико-химические свойства, техника приготовления и клинические особенности их применения.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
	Классификация фотополимерных композитных пломбировочных материалов: требования, физико-химические свойства и клинические особенности их применения.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
	Пломбировочные материалы для постоянных пломб: классификация, назначения.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	

Классификация стеклоиономерных цементов: требования, физико-химические свойства и клинические особенности их применения.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Временные пломбировочные материалы для каналов зубов: классификация, физико-химические свойства и клинические особенности их применения.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Материалы для постоянного пломбирования каналов зубов: классификация, физико-химические свойства и клинические особенности их применения.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Медикаментозная обработка корневых каналов зубов: инструментарий, средства и методы их применения.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Эндодонтический инструментарий: классификация и стандартизация.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Методики препарирования (механическая обработка каналов).	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Профилактика кариеса (современные средства реминерализующей терапии, герметизации фиссур).	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Пломбирование кариозных полостей I класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Пломбирование кариозных полостей II класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Пломбирование кариозных полостей III класс по Блэку: особенности выбора материала и методика восстановления. особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Пломбирование кариозных полостей IV класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Некариозные поражения зубов, возникающие после их прорезывания: классификация, этиология.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Пульпит: этиология, патологическая анатомия, классификация, методы диагностики, выбор метода лечения пульпита в зависимости от формы пульпита.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Флюороз зубов: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Системная и местная гипоплазия, причины развития, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Кариес эмали, стадия «белого пятна», поверхностный кариес: патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения, показания к реминерализующей терапии.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	

	Средний кариес: патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
	Глубокий кариес: патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения при лечении глубокого кариеса, их профилактика.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
	Пломбирование кариозных полостей V класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-6; ПК-7; ПК-8	
Дисциплина «Пародонтология»			
	Способы обнаружения зубных отложений, пародонтологический инструментарий.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Строение тканей пародонта, функции, этиология.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Методы обследования и диагностики больных с заболеваниями пародонта.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Гингивиты: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Пародонтиты: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Терапевтические методы лечения заболеваний пародонта: показания, противопоказания, методика выполнения.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Хирургические методы лечения заболеваний пародонта: показания, противопоказания, методика выполнения.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Ортопедические методы лечения заболеваний пародонта: показания, противопоказания, методика выполнения.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Назубные отложения: виды, состав, механизм образования, роль в патогенезе стоматологических заболеваний.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Профессиональная гигиена полости химическим и механическим и аппаратным способом очистки: инструментарий, показания и методика проведения.	ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
Дисциплина «Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта»			
	Особенности элементов поражения и патологических процессов на слизистой оболочки полости рта (СОПР).	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
	Инфекционно-вирусные поражения слизистой полости рта: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
	Бактериальные инфекции слизистой оболочки полости рта: классификация, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
	Травматические поражения слизистой полости рта: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	

	Аллергические заболевания слизистой оболочки полости рта. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Ортопедическая стоматология			
Дисциплина «Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»			
	Частичная адентия, этиология, классификация.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Физиологическая стираемость. Возрастные особенности. Аспекты физиологической стираемости.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Виды протезов, применяемых при частичной адентии.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Клинико- лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Клинические и параклинические методы обследования пациента с частичным отсутствием зубов.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Опорно- удерживающий кламмер (Акерра) и Роуча. Составные части, расположение на зубе.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Кламмер, его составные части: виды кламмеров, их роль при распределении жевательного давления.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Требования к опорным зубам при изготовлении бюгельного протеза. Размещение опорных и ретенционных зон кламмера на опорных зубах.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Клиническая картина частичной адентии в зависимости от класса по Кеннеди.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Характеристика слизисто-костной основы протезного ложа при частичном отсутствии зубов.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Фиксация и стабилизация протеза. Методы фиксации и стабилизации при применении ЧСПП.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Избирательное пришлифовывание зубов: показания, цели, методика проведения (Дженкельсон, Schuler).	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Показания к изготовлению индивидуальной ложки и особенности получения функционального оттиска при частичной адентии (пробы Гербста).	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Артикуляция и окклюзия. Виды окклюзии. Признаки центральной окклюзии.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Клинические и лабораторные ориентиры для подбора и постановки искусственных зубов.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Этап наложения готового ЧСПП. Коррекция.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Клинические этапы изготовления ЧСПП.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Вторичные зубочелюстные деформации прикуса при частичной потере зубов.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
	Локализованная патологическая стираемость: этиология, клиника и лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	

	Генерализованная патологическая стираемость: этиология, патогенез, клиническая картина.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-11; ПК-13	
Дисциплина «Зубопротезирование (простое протезирование)»			
	Оттиски: определения, классификация, оттисковые ложки и материалы.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Методы обследования пациента в ортопедической стоматологии.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Понятие «прикуса». Физиологические и патологические виды прикуса, их характеристика.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Виды зубных микропротезов, восстанавливающих анатомическую форму зубов. ИРОПЗ.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Клинико-лабораторные этапы изготовления вкладок.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Клинические и лабораторные этапы протезирования пластмассовыми коронками.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Клинические и лабораторные этапы протезирования металлическими штампованными коронками.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Клинические и лабораторные этапы протезирования металлокерамическими коронками.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Этиология, клиника, функциональные нарушения, связанные с дефектом зубного ряда.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Классификации дефектов зубных рядов (Кеннеди, Вильд, Гаврилова и др.).	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Клинические и лабораторные этапы изготовления цельнолитых мостовидных протезов.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Клинические и лабораторные этапы изготовления металлокремических мостовидных протезов.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Клинические методы обследования пациентов с частичным отсутствием зубов.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Параклинические методы обследования пациентов с частичным отсутствием зубов.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Оценка и выбор опорных зубов при изготовления мостовидного протеза.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Жевательная эффективность, парадонтограмма.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Клинические этапы изготовления адгезивных мостовидных протезов.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Клинико-лабораторные этапы изготовления безметалловых мостовидных протезов.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Клинико-лабораторные этапы металлопластмассовых мостовидных протезов.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Особенности препарирования опорных зубов для цельнолитых мостовидных протезов.	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-8	
Хирургическая стоматология			
Дисциплина «Хирургия полости рта»			
	Особенности обследования больного на хирургическом стоматологическом приеме.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	

Местные анестетики, применяемые в хирургической стоматологии.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Поверхностная (аппликационная) анестезияб показания, противопоказания, техника выполнения, зона обезболивания.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Инфильтрационная анестезияб показания, противопоказания, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Проводниковая анестезия на верхней челюстиб туберальная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Проводниковая анестезия на верхней челюсти: подглазничная (инфроорбитальная) анестезия: внутриротовой и внеротовой способ выполнения, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Проводниковая анестезия на верхней челюсти: палатинальная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Проводниковая анестезия на нижней челюсти: мандибулярная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Проводниковая анестезия на нижней челюсти: торусальная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Операция удаления зуба: показания и противопоказания к проведению удаления зуба, методика проведения.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Хирургические методы лечения хронического периодонтита: виды оперативных вмешательств, показания и противопоказания.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Острый одонтогенный периостит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Одонтогенный остеомиелит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Задержка прорезывания: ретенция, дистопия, тортоаномалия зубов: клиника, диагностика, лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Перикоронит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Проявление ВИЧ инфекции в челюстно-лицевой области: клиника, диагностика, профилактика.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Фурункулы лица и шеи: этиология, патогенез, клиника, диагностика, пути распространения инфекции, лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Карбункулы лица и шеи: этиология, патогенез, клиника, диагностика, пути распространения инфекции, лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Абсцессы и флегмоны мягких тканей дна полости рта и шеи: классификация, этиология, пути	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	

	распространения инфекции, патогенез и план обследования пациента.		
	Осложнения одонтогенных воспалительных заболеваний (медиастинит, одонтогенный сепсис): этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-8	
Дисциплина «Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта»			
	Показания и противопоказания к применению дентальных имплантатов.	ПК-3; ПК-4 ПК-8; ПК-9; ПК-11	
	Хирургический инструментарий и медикаментозное сопровождение дентальной имплантации.	ПК-3; ПК-4 ПК-8; ПК-9; ПК-11	
	Морфология биосовместимости внутрикостных имплантатов: регенерация, репарация и понятие остеоинтеграции.	ПК-3; ПК-4 ПК-8; ПК-9; ПК-11	
	Феномен остеоинтеграции: предпосылки и факторы, влияющие на взаимодействие имплантатов с костной тканью.	ПК-3; ПК-4 ПК-8; ПК-9; ПК-11	
	Диагностика и планирование лечения пациентов с использованием дентальных имплантатов: виды адентии, способы протезирования, объем кости, тип архитектоники кости.	ПК-3; ПК-4 ПК-8; ПК-9; ПК-11	
	Осложнения в дентальной имплантологии: виды, лечение, профилактика.	ПК-3; ПК-4 ПК-8; ПК-9; ПК-11	
	Хирургический этап лечения: предоперационная подготовка.	ПК-3; ПК-4 ПК-8; ПК-9; ПК-11	
	Общие принципы имплантации, базовые методики оперативных вмешательств в имплантологии.	ПК-3; ПК-4 ПК-8; ПК-9; ПК-11	
	Виды реконструктивных вмешательств на челюстных костях и техника их проведения при имплантации.	ПК-3; ПК-4 ПК-8; ПК-9; ПК-11	
	Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации: показания и этапы операции.	ПК-3; ПК-4 ПК-8; ПК-9; ПК-11	
Дисциплина «Заболевания головы и шеи»			
	Инструментарий в челюстно-лицевой хирургии: виды, назначение и методика применения.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-12	
	Осложнения местного обезболивания, способы их предупреждения и устранения.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-12	
	Повреждения челюстно-лицевой области: статистика и классификация травм.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-12	
	Хирургическая обработка неогнестрельных повреждений челюстно-лицевой области.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-12	
	Травмы зубов и костей лицевого скелета: классификация, клиника.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-12	
	Повреждения мягких тканей лица: виды и периоды заживления.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-12	
	Переломы нижней челюсти: классификация, клиника, диагностика и лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-12	
	Переломы верхней челюсти: классификация, клиника, диагностика и лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-12	

	Вывихи нижней челюсти: классификация, клиника, диагностика и лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-12	
	Вывихи височно-нижнечелюстного сустава: классификация, клиника, диагностика и лечение.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-12	
Детская стоматология			
Дисциплина «Детская стоматология»			
	Методы обследования детей в клинике стоматологии детского возраста.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
	Этапы формирования и прорезывания молочных и постоянных зубов.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
	Кариес зубов у детей: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
	Кариес зубов у детей: методы лечения, осложнения, профилактика осложнений.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
	Особенности клинического течения кариеса зубов у детей: индексы интенсивности кариеса у детей разного возраста.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
	Принципы лечения кариеса в зависимости от степени активности кариозного процесса.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
	Характеристика пломбировочных материалов, применяемых в детской стоматологии: показания к применению.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
	Выбор пломбировочного материала для реставрации при лечении кариеса у детей, в зависимости от возраста ребенка, групповой принадлежности зуба и локализации кариозной полости.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
	Лечебные прокладки в детской стоматологии: состав, свойства, механизм действия, показания к применению.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
	Профилактика кариеса зубов у детей: методы и средства экзогенной и эндогенной профилактики.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
	Ошибки и осложнения при лечении кариеса в детской стоматологии.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
	Современные методы обезболивания при лечении зубов у детей.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
	Пульпиты у детей: этиология, патогенез, классификации, методы оценки состояния пульпы. Особенности клинического течения пульпитов молочных и постоянных зубов с несформированными и сформированными корнями.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
	Пульпиты у детей: клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
	Особенности клинического течения острого пульпита в молочных и постоянных зубах с несформированными корнями.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
	Методы лечения пульпитов у детей: показания и противопоказания к каждому методу лечения.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	

Метод девитальной ампутации: показания, противопоказания, методика проведения, оценка эффективности лечения.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
Метод витальной ампутации: показания, противопоказания, методика проведения.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
Метод витальной ампутации, с применением препаратов на основе гидроокиси кальция: показания, противопоказания, методика проведения.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
Метод девитальной экстирпации: показания, методика проведения, выбор пломбирочного материала для корневых каналов молочных и постоянных зубов у детей.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
Системная гипоплазия, местная гипоплазия: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
Флюороз: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
Наследственные поражения: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
Травматических повреждений зубов: классификация, методы обследования.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
Ушиб, вывих (неполный, полный, вколоченный): клиника, диагностика, лечение, прогноз.	ПК-3; ПК-4; ПК-8; ПК-10; ПК-11	
Дисциплина «Ортодонтия и детское протезирование»		
Охарактеризуйте период временного прикуса: дайте понятие сменного прикуса, его особенности.	ПК-3; ПК-4; ПК-8	
Инструментарий и методика установки стандартных металлических коронок в детской стоматологии.	ПК-3; ПК-4; ПК-8	
Классификация зубочелюстных аномалий и деформаций Энгля, Калвелиса, Персина.	ПК-3; ПК-4; ПК-8	
Классификация зубочелюстных аномалий: этиопатогенетическая; функциональная; морфологическая.	ПК-3; ПК-4; ПК-8	
Морфологические и функциональные изменения в зубочелюстной системе при ортодонтических вмешательствах.	ПК-3; ПК-4; ПК-8	
Внутриротовые аппараты механического действия: виды, составляющие элементы, показания и противопоказания к использованию.	ПК-3; ПК-4; ПК-8	
Внеротовые аппараты механического действия: виды, составляющие элементы, показания и противопоказания к использованию.	ПК-3; ПК-4; ПК-8	
Методы исследования больных с зубочелюстными аномалиями и деформациями (антропометрические, графические, функциональные, рентгенологические).	ПК-3; ПК-4; ПК-8	
Аномалии количества и размеров зубов: этиология, патогенез, клиника, диагностика,	ПК-3; ПК-4; ПК-8	

	лечение, профилактика.		
	Аномалии прорезывания зубов: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.	ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Классификация Симона: принцип классификации, основные группы аномалий.	ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Классификация Курляндского: принцип классификации, основные группы аномалий.	ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Классификация Каламкарлова: принцип классификации, основные группы аномалий.	ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Классификация Хорошилкиной: принцип классификации, основные группы аномалий.	ПК-3; ПК-4; ПК-8	
	Международная классификация ВОЗ: принцип классификации, основные группы аномалий	ПК-3; ПК-4; ПК-8	

Теоретический этап - оценка теоретических и практико-ориентированных знаний через устные ответы по билетам по основным заболеваниям в стоматологии и административно-управленческой деятельности стоматологической организаций.

Результаты оцениваются по пятибалльной системе.

Критерии оценки:

Оценка	Критерии
Отлично («5»)	Ответ на поставленные вопросы в экзаменационном билете логичен, последователен, при этом не требуются дополнительные пояснения. Делает обоснованные выводы. Соблюдает нормы литературной речи. Ответ обучающегося развернутый, уверенный, содержит четкие формулировки. Обучающийся демонстрирует всестороннее систематическое и глубокое знание программного материала; владеет понятийным аппаратом; демонстрирует способность к анализу и сопоставлению различных подходов к решению заявленной в вопросе проблематики; подтверждает теоретические постулаты примерами из практики.
Хорошо («4»)	Ответ на поставленные вопросы систематизирован, последователен и уверен. Демонстрирует умение анализировать материал, однако не все его выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдает нормы литературной речи. Обучающийся обнаруживает твердое знание программного материала; знание основных закономерностей и взаимосвязей между явлениями и процессами, способен применять знание теории к решению задач профессионального характера, однако допускает отдельные погрешности и неточности при ответе.
Удовлетворительно («3»)	В ответе в основном знает программный материал в объеме, необходимом для предстоящей работы по специальности. При этом допускает погрешности в ответе на вопросы. Приводимые им формулировки являются недостаточно четкими, в ответах допускаются неточности. Демонстрирует поверхностное знание вопроса, имеет затруднения с выводами, но очевидно понимание обучающимся сущности основных категорий по

	рассматриваемым вопросам. Нарушений норм литературной речи практически не наблюдается.
Неудовлетворительно («2»)	При ответе обнаруживают значительные пробелы в знаниях основного программного материала; допускает принципиальные ошибки в ответе на вопросы экзаменационного билета. Материал излагает непоследовательно, не демонстрирует наличие системы знаний. Имеет заметные нарушения норм литературной речи.

Итоговая оценка этапа определяется как среднее арифметическое оценок всех вопросов билета.

Интерпретация итоговой оценки:

Средний балл	Итоговая оценка
4,5–5,0	отлично
3,5–4,4	хорошо
3,0–3,4	удовлетворительно
менее 3,0 или неудовлетворительная оценка по любому этапу	неудовлетворительно

Практический этап - оценка продемонстрированных практических навыков и умений через решение ситуационных задачи и выполнение практических манипуляций:

Задание 1: решение ситуационной задачи (объективное исследование пациента на муляже).

Задание 2: демонстрация практических манипуляционных навыков.

Оценка формируется на основе выполнения ключевых этапов практической манипуляции.

Критерий	Максимальный балл
1. Подготовка к манипуляции (соблюдение асептики, подготовка инструментов при необходимости)	
2. Правильность выполнения основных этапов манипуляции	
3. Безопасность и точность выполнения	
4. Окончательный контроль результата манипуляции	
Итого максимальный балл	

Перевод суммы баллов в пятибалльную шкалу:

Сумма баллов	Оценка
0–14	неудовлетворительно («2»)
15–18	удовлетворительно («3»)
19–22	хорошо («4»)
23–25	отлично («5»)

Итоговая оценка второго этапа:

— определяется как среднее арифметическое оценок всех заданий;

Итоговая оценка за государственный итоговый экзамен определяется как среднее арифметическое оценок всех двух этапов.

4.4. Содержание государственного экзамена

Контрольные вопросы для государственного экзамена

Теоретический этап

Перечень вопросов к устным ответам по билетам:

Терапевтическая стоматология	
Дисциплина «Кариесология и эндодонтия»	
1	Организация и типовое оснащение стоматологического кабинета: меры защиты медицинского персонала.
2	Эмаль зуба, гистологическое строение, химический состав, физико-химические свойства, понятия минерализации, де- и реминерализации.
3	Дентин и цемент зуба: гистологическое строение, химический состав, функции.
4	Материалы для временных пломб: физико-химические свойства, техника приготовления и клинические особенности их применения.
5	Классификация фотополимерных композитных пломбировочных материалов: требования, физико-химические свойства и клинические особенности их применения.
6	Пломбировочные материалы для постоянных пломб: классификация, назначения.
7	Классификация стеклоиономерных цементов: требования, физико-химические свойства и клинические особенности их применения.
8	Временные пломбировочные материалы для каналов зубов: классификация, физико-химические свойства и клинические особенности их применения.
9	Материалы для постоянного пломбирования каналов зубов: классификация, физико-химические свойства и клинические особенности их применения.
10	Медикаментозная обработка корневых каналов зубов: инструментарий, средства и методы их применения.
11	Эндодонтический инструментарий: классификация и стандартизация.
12	Методики препарирования (механическая обработка каналов).
13	Профилактика кариеса (современные средства реминерализующей терапии, герметизации фиссур).
14	Пломбирование кариозных полостей I класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.
15	Пломбирование кариозных полостей II класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.
16	Пломбирование кариозных полостей III класс по Блэку: особенности выбора материала и методика восстановления. особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.
17	Пломбирование кариозных полостей IV класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.
18	Некариозные поражения зубов, возникающие после их прорезывания: классификация, этиология.
19	Пульпит: этиология, патологическая анатомия, классификация, методы диагностики, выбор метода лечения пульпита в зависимости от формы пульпита.
20	Флюороз зубов: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
21	Системная и местная гипоплазия, причины развития, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
22	Кариес эмали, стадия «белого пятна», поверхностный кариес: патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения, показания к реминерализующей терапии.
23	Средний кариес: патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
24	Глубокий кариес: патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения при лечении глубокого кариеса, их профилактика.
25	Пломбирование кариозных полостей V класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.
Дисциплина «Пародонтология»	

26	Способы обнаружения зубных отложений, пародонтологический инструментарий.
27	Строение тканей пародонта, функции, этиология.
28	Методы обследования и диагностики больных с заболеваниями пародонта.
29	Гингивиты: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика.
30	Пародонтиты: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика.
31	Терапевтические методы лечения заболеваний пародонта: показания, противопоказания, методика выполнения.
32	Хирургические методы лечения заболеваний пародонта: показания, противопоказания, методика выполнения.
33	Ортопедические методы лечения заболеваний пародонта: показания, противопоказания, методика выполнения.
34	Назубные отложения: виды, состав, механизм образования, роль в патогенезе стоматологических заболеваний.
35	Профессиональная гигиена полости химическим и механическим и аппаратным способом очистки: инструментарий, показания и методика проведения.
Дисциплина «Геронгостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта»	
36	Особенности элементов поражения и патологических процессов на слизистой оболочки полости рта (СОПР).
37	Инфекционно-вирусные поражения слизистой полости рта: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
38	Бактериальные инфекции слизистой оболочки полости рта: классификация, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
39	Травматические поражения слизистой полости рта: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
40	Аллергические заболевания слизистой оболочки полости рта. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
Ортопедическая стоматология	
Дисциплина «Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»	
1	Частичная адентия, этиология, классификация.
2	Физиологическая стираемость. Возрастные особенности. Аспекты физиологической стираемости.
3	Виды протезов, применяемых при частичной адентии.
4	Клинико- лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов.
5	Клинические и параклинические методы обследования пациента с частичным отсутствием зубов.
6	Опорно- удерживающий кламмер (Акерра) и Роуча. Составные части, расположение на зубе.
7	Кламмер, его составные части: виды кламмеров, их роль при распределении жевательного давления.
8	Требования к опорным зубам при изготовлении бюгельного протеза. Размещение опорных и ретенционных зон кламмера на опорных зубах.
9	Клиническая картина частичной адентии в зависимости от класса по Кеннеди.
10	Характеристика слизисто-костной основы протезного ложа при частичном отсутствии зубов.
11	Фиксация и стабилизация протеза. Методы фиксации и стабилизации при применении ЧСПП.
12	Избирательное пришлифовывание зубов: показания, цели, методика проведения (Дженкельсон, Schuler).
13	Показания к изготовлению индивидуальной ложки и особенности получения функционального оттиска при частичной адентии (пробы Гербста).
14	Артикуляция и окклюзия. Виды окклюзии. Признаки центральной окклюзии.

15	Клинические и лабораторные ориентиры для подбора и постановки искусственных зубов.
16	Этап наложения готового ЧСПП. Коррекция.
17	Клинические этапы изготовления ЧСПП.
18	Вторичные зубочелюстные деформации прикуса при частичной потере зубов.
19	Локализованная патологическая стираемость: этиология, клиника и лечение.
20	Генерализованная патологическая стираемость: этиология, патогенез, клиническая картина.
Дисциплина «Зубопротезирование (простое протезирование)»	
21	Отгиски: определения, классификация, отгискные ложки и материалы.
22	Методы обследования пациента в ортопедической стоматологии.
23	Понятие «прикуса». Физиологические и патологические виды прикуса, их характеристика.
24	Виды зубных микропротезов, восстанавливающих анатомическую форму зубов. ИРОПЗ.
25	Клинико-лабораторные этапы изготовления вкладок.
26	Клинические и лабораторные этапы протезирования пластмассовыми коронками.
27	Клинические и лабораторные этапы протезирования металлическими штампованными коронками.
28	Клинические и лабораторные этапы протезирования металлокерамическими коронками.
29	Этиология, клиника, функциональные нарушения, связанные с дефектом зубного ряда.
30	Классификации дефектов зубных рядов (Кеннеди, Вильд, Гаврилова и др.).
31	Клинические и лабораторные этапы изготовления цельнолитых мостовидных протезов.
32	Клинические и лабораторные этапы изготовления металлокремических мостовидных протезов.
33	Клинические методы обследования пациентов с частичным отсутствием зубов.
34	Параклинические методы обследования пациентов с частичным отсутствием зубов.
35	Оценка и выбор опорных зубов при изготовлении мостовидного протеза.
36	Жевательная эффективность, парадонтограмма.
37	Клинические этапы изготовления адгезивных мостовидных протезов.
38	Клинико-лабораторные этапы изготовления безметалловых мостовидных протезов.
39	Клинико-лабораторные этапы металлопластмассовых мостовидных протезов.
40	Особенности препарирования опорных зубов для цельнолитых мостовидных протезов.
Хирургическая стоматология	
Дисциплина «Хирургия полости рта»	
1	Особенности обследования больного на хирургическом стоматологическом приеме.
2	Местные анестетики, применяемые в хирургической стоматологии.
3	Поверхностная (аппликационная) анестезияб показания, противопоказания, техника выполнения, зона обезболивания.
4	Инфильтрационная анестезияб показания, противопоказания, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
5	Проводниковая анестезия на верхней челюстиб туберальная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
6	Проводниковая анестезия на верхней челюсти: подглазничная (инфрорбитальная) анестезия: внутриротовой и внеротовой способ выполнения, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
7	Проводниковая анестезия на верхней челюсти: палатинальная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.

8	Проводниковая анестезия на нижней челюсти: мандибулярная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
9	Проводниковая анестезия на нижней челюсти: торусальная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
10	Операция удаления зуба: показания и противопоказания к проведению удаления зуба, методика проведения.
11	Хирургические методы лечения хронического периодонтита: виды оперативных вмешательств, показания и противопоказания.
12	Острый одонтогенный периостит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
13	Одонтогенный остеомиелит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
14	Задержка прорезывания: ретенция, дистопия, тортоаномалия зубов: клиника, диагностика, лечение.
15	Перикоронит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
16	Проявление ВИЧ инфекции в челюстно-лицевой области: клиника, диагностика, профилактика.
17	Фурункулы лица и шеи: этиология, патогенез, клиника, диагностика, пути распространения инфекции, лечение.
18	Карбункулы лица и шеи: этиология, патогенез, клиника, диагностика, пути распространения инфекции, лечение.
19	Абсцессы и флегмоны мягких тканей дна полости рта и шеи: классификация, этиология, пути распространения инфекции, патогенез и план обследования пациента.
20	Осложнения одонтогенных воспалительных заболеваний (медиастинит, одонтогенный сепсис): этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
Дисциплина «Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта»	
21	Показания и противопоказания к применению дентальных имплантатов.
22	Хирургический инструментарий и медикаментозное сопровождение дентальной имплантации.
23	Морфология биосовместимости внутрикостных имплантатов: регенерация, репарация и понятие остеоинтеграции.
24	Феномен остеоинтеграции: предпосылки и факторы, влияющие на взаимодействие имплантатов с костной тканью.
25	Диагностика и планирование лечения пациентов с использованием дентальных имплантатов: виды адентии, способы протезирования, объем кости, тип архитектоники кости.
26	Осложнения в дентальной имплантологии: виды, лечение, профилактика.
27	Хирургический этап лечения: предоперационная подготовка.
28	Общие принципы имплантации, базовые методики оперативных вмешательств в имплантологии.
29	Виды реконструктивных вмешательств на челюстных костях и техника их проведения при имплантации.
30	Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации: показания и этапы операции.
Дисциплина «Заболевания головы и шеи»	
31	Инструментарий в челюстно-лицевой хирургии: виды, назначение и методика применения.
32	Осложнения местного обезболивания, способы их предупреждения и устранения.
33	Повреждения челюстно-лицевой области: статистика и классификация травм.
34	Хирургическая обработка неогнестрельных повреждений челюстно-лицевой области.
35	Травмы зубов и костей лицевого скелета: классификация, клиника.
36	Повреждения мягких тканей лица: виды и периоды заживления.
37	Переломы нижней челюсти: классификация, клиника, диагностика и лечение.

38	Переломы верхней челюсти: классификация, клиника, диагностика и лечение.
39	Вывихи нижней челюсти: классификация, клиника, диагностика и лечение.
40	Вывихи височно-нижнечелюстного сустава: классификация, клиника, диагностика и лечение.
Детская стоматология	
Дисциплина «Детская стоматология»	
1	Методы обследования детей в клинике стоматологии детского возраста.
2	Этапы формирования и прорезывания молочных и постоянных зубов.
3	Кариес зубов у детей: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
4	Кариес зубов у детей: методы лечения, осложнения, профилактика осложнений.
5	Особенности клинического течения кариеса зубов у детей: индексы интенсивности кариеса у детей разного возраста.
6	Принципы лечения кариеса в зависимости от степени активности кариозного процесса.
7	Характеристика пломбировочных материалов, применяемых в детской стоматологии: показания к применению.
8	Выбор пломбировочного материала для реставрации при лечении кариеса у детей, в зависимости от возраста ребенка, групповой принадлежности зуба и локализации кариозной полости.
9	Лечебные прокладки в детской стоматологии: состав, свойства, механизм действия, показания к применению.
10	Профилактика кариеса зубов у детей: методы и средства экзогенной и эндогенной профилактики.
11	Ошибки и осложнения при лечении кариеса в детской стоматологии.
12	Современные методы обезболивания при лечении зубов у детей.
13	Пульпиты у детей: этиология, патогенез, классификации, методы оценки состояния пульпы. Особенности клинического течения пульпитов молочных и постоянных зубов с несформированными и сформированными корнями.
14	Пульпиты у детей: клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.
15	Особенности клинического течения острого пульпита в молочных и постоянных зубах с несформированными корнями.
16	Методы лечения пульпитов у детей: показания и противопоказания к каждому методу лечения.
17	Метод девитальной ампутации: показания, противопоказания, методика проведения, оценка эффективности лечения.
18	Метод витальной ампутации: показания, противопоказания, методика проведения.
19	Метод витальной ампутации, с применением препаратов на основе гидроксида кальция: показания, противопоказания, методика проведения.
20	Метод девитальной экстирпации: показания, методика проведения, выбор пломбировочного материала для корневых каналов молочных и постоянных зубов у детей.
21	Системная гипоплазия, местная гипоплазия: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.
22	Флюороз: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.
23	Наследственные поражения: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.
24	Травматических повреждений зубов: классификация, методы обследования.
25	Ушиб, вывих (неполный, полный, вколоченный): клиника, диагностика, лечение, прогноз.

Дисциплина «Ортодонтия и детское протезирование»	
26	Охарактеризуйте период временного прикуса: дайте понятие сменного прикуса, его особенности.
27	Инструментарий и методика установки стандартных металлических коронок в детской стоматологии.
28	Классификация зубочелюстных аномалий и деформаций Энгля, Калвеллиса, Персина.
29	Классификация зубочелюстных аномалий: этиопатогенетическая; функциональная; морфологическая.
30	Морфологические и функциональные изменения в зубочелюстной системе при ортодонтических вмешательствах.
31	Внутриротовые аппараты механического действия: виды, составляющие элементы, показания и противопоказания к использованию.
32	Внеротовые аппараты механического действия: виды, составляющие элементы, показания и противопоказания к использованию.
33	Методы исследования больных с зубочелюстными аномалиями и деформациями (антропометрические, графические, функциональные, рентгенологические).
34	Аномалии количества и размеров зубов: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
35	Аномалии прорезывания зубов: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
36	Классификация Симона: принцип классификации, основные группы аномалий.
37	Классификация Курляндского: принцип классификации, основные группы аномалий.
38	Классификация Каламкаррова: принцип классификации, основные группы аномалий.
39	Классификация Хорошилкиной: принцип классификации, основные группы аномалий.
40	Международная классификация ВОЗ: принцип классификации, основные группы аномалий

Практический этап

Перечень практических манипуляций по терапевтической стоматологии

1. Определять степени подвижности зубов (I, II, III).
2. Замешивать материал для временных пломб.
3. Замешивать материал для постоянных пломб.
4. Замешивать материал для пломбирования корневых каналов.
5. Замешивать материал для изолирующих прокладок.
6. Препарировать кариозные полости 1 класса.
7. Препарировать кариозные полости 2 класса.
8. Препарировать кариозные полости 3 класса.
9. Препарировать кариозные полости 4 класса.
10. Препарировать кариозные полости 5 класса.

Перечень практических манипуляций по хирургической стоматологии

1. Техника выполнения интралигаментарной анестезии на фантоме.
2. Техника выполнения резцовой анестезии на фантоме.
3. Техника выполнения мандибулярной анестезии на фантоме.
4. Техника выполнения ментальной анестезии на фантоме.
5. Техника удаления фронтальной группы зубов верхней челюсти.

6. Техника удаления фронтальной группы зубов нижней челюсти.
7. Техника удаления премоляров верхней челюсти.
8. Техника удаления премоляров нижней челюсти.
9. Техника удаления моляров верхней челюсти.
10. Техника удаления моляров нижней челюсти.

Перечень практических манипуляций по ортопедической стоматологии

1. Схема обследования пациента на ортопедическом приёме.
2. Одонтопрепарирование под полную металлическую штампованную коронку и снятие оттиска.
3. Одонтопрепарирование под металлическую цельнолитую коронку и снятие оттиска.
4. Одонтопрепарирование под металлокерамическую коронку (с уступом).
5. Одонтопрепарирование под металлокерамическую коронку (без уступа).
6. Анализ ортопантограммы взрослого человека.
7. Регистрация прикуса с помощью восковых пластин.
8. Препаарирование кариозной полости 1 класса по Блеку под вкладку
9. Методика снятия оттиска.
10. Препаарирование зубов при применении виниров.

Перечень практических манипуляций по детской стоматологии

1. Проводить определение и оценку показателей общего состояния пациента: частоту дыхания, частоту пульса, артериальное давление.
2. Проводить герметизацию фиссуры зуба.
3. Препаарировать кариозную полость.
4. Готовить и накладывать лечебную прокладку.
5. Готовить и накладывать изолирующую прокладку.
6. Проводить наложение временной пломбы.
7. Проводить пломбирование кариозной полости цементами.
8. Проводить пломбирование кариозной композитным пломбирочным материалом. полости фотополимеризующимся.
9. Проводить пломбирование кариозной полости компомером.
10. Проводить шлифование и полирование пломб.

4.4.2. Литература

Терапевтическая стоматология:

1. Терапевтическая стоматология: Учебник / Под ред. Т35 Ю . М . М а к с и м о в с к о г о . — М.:М е д и ц и н а , 2002. —640 с URL.- <https://studfile.net/preview/469468/>
2. ЭНДОДОНТИЯ /практическое пособие/ В.В. Николайчук, А.Б. Терехов, К.И. Нэстасе;– Ch.: USMF “N.Testemițanu”, 2009. – 208 Стр.URL.- https://library.usmf.md/sites/default/files/2020-05/%D0%92_%D0%9D%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%B9%D1%87%D1%83%D0%BA_%D0%95%D0%BD%D0%B4%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%BD%

D1%82%D0%B8%D1%8F_%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5%20%D0%BF%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D0%B5_RUS.pdf

3. Эндодонтия. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Авторы Э.А. Базикян, Л.В. Волчкова, Г.И. Лукина 160 с. URL. -<https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%91%D0%B8%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D1%8F%20%D0%AD%D0%BD%D0%B4%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%BD%D1%82%D0%B8%D1%8F%202016-160c.pdf>

4. Л. А. Хоменко, Н. В. Биденко Практическая эндодонтия. Инструменты, материалы и методы -- М. : К и и и и г а и.-нос. 2002. 216 с. URL.- <https://studfile.net/preview/2283680/>

5. Терапевтическая стоматология. Под ред. проф. А.М. Политун, проф. Н.И. Смоляр. Пер. с нем. - Львов: ГалДент, 1999.-409 с. URL.- <https://studfile.net/preview/5752141/>

6. Заболевания слизистой оболочки полости рта : учебно-методическое пособие / Т. Н. Манак [и др.]. – Минск : БГМУ, 2022. – 144 с. - URL: <https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/36816/978-985-21-1151-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ysclid=lv9fef0f>

7. Основные заболевания слизистой оболочки рта: атлас / С.И. Бородовицина [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.– Рязань: ОТСиОП, 2019. – 316 с.- URL: <https://rzgmu.ru/images/files/0/9763.pdf>

8. Костина И. Н. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи лица: Учебное пособие для врачей-стоматологов-хирургов, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-терапевтов / Костина И. Н., Епишова А. А., Григорьев С. С., Чернышева Н. Д., Сорокоумова Д. В. – Издательский Дом «ТИРАЖ», 2019. – 84 с.- URL:<https://dental-press.ru/ru/storage/viewWindow/40376>

9. Пародонтология: учебное пособие. Дусмухамедов М.З. 2021г.- 109 с. URL:<https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%B%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F-%20%D0%94%D1%83%D1%81%D0%BC%D1%83%D1%85%D0%B0%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%20%D0%9C-%D0%97-%20%D0%A2%D0%B0%D1%88%D0%BA%D0%B5%D0%BD%D1%82-2021.pdf>

10. Заболевания пародонта: учебное пособие /Иванов В.С., Почивалин В.П.,Иванова Е.В., Сабанцева Е.Г., Басова Т.В., Ежова Е.Г., Ломагин В.В.: ФГБОУ ДПО

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования. – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2017. – 94с. URL:<https://irbis.rmapo.ru/UploadsFilesForIrbis/16abdafc8c27ff414074de723c5521f6.pdf>

11. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. / под ред. Г. М. Барера. — М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008. — Ч. 2 — Болезни пародонта. — 224 с.

URL:http://www.medbooks.org/index.files/book/Терапевтическая_стоматология/011468/barer_parodont.pdf

12. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта: учебное пособие / И.Д. Тазин, Д.И. Тазин, М.Н. Шакиров, Ю.А. Саприна. –Томск: Издательство СибГМУ, 2018. – 70 с. URL: https://elar.ssmu.ru/bitstream/20.500.12701/3361/1/tut_ssmu-2018-42.pdf

13. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта /Л.М.Цепов, А.И.Николаев, Е.А.Михеева. - 3-е изд., испр. и доп. —М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 272 с. URL: <https://book.bsmi.uz/web/kitoblar/152370186.pdf>

14. Гончарик, А.В Заболевания пародонта/ П.В. Гончарик, А.В. Кравченко, Г.Д. Панасюк, А.. – Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2018. – 37 с. URL:https://www.rcrm.by/upload/science/posob_doctor/2018-8.pdf?ysclid=mibm39fu34631944020

Ортопедическая стоматология:

1. Жулёв Е.Н. Ортопедическая стоматология: Учебник. — Е.Н. Жулёв - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2012. — 824 с.: ил.; цв. вкл. 16 с. — URL: https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/%D0%9E%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F.pdf
2. Новоселова Л.Ф. Нормализация окклюзии: учебное пособие / Л.Ф. Новоселова – Томск: Издательство СибГМУ, 2022. – 67 с. — URL: https://elar.ssmu.ru/bitstream/20.500.12701/3824/1/tut_ssmu-2022-35.pdf
3. Руководство по написанию истории болезни по ортопедической стоматологии: учебно-методическое пособие [Электронный ресурс] / ГОУ «Приднестровский государственный университет им Т. Г. Шевченко»; Медицинский факультет; составители: А.П. Фукс, И.В. Гимиш, И.А. Пулбере, Д.В. Ванина. – Тирасполь: Изд-во Приднестр. ун-та, 2025. – 114 с. — URL: <http://moodle.spsu.ru/mod/data/edit.php?d=66&rid=79416&sesskey=gai8o8iDFK&backto=http%3A%2F%2Fmoodle.spsu.ru%2Fmod%2Fdata%2Fview.php%3Fd%3D66>
4. Наумович С. А. Алгоритм написания истории болезни в клинике ортопедической стоматологии: учебно-методическое пособие / С. А. Наумович [и др.]. – Минск: БГМУ, 2022. – 52 с. — URL: https://www.bsmu.by/upload/docs/kafedri/k_ortoped_stom/stud/2024/%D0%90%D0%BB%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%BC%20%D0%BD%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%81%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B8%20%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8.pdf
5. Лапина Н.В. Ортопедическая стоматология. 3 курс. 6 семестр. Часть II: учебно-методическое пособие/ ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России; составители: Н.В. Лапина, К.Г. Сеферян, О.Ю. Калпакьянц, Т. П. Старченко и др. - изд. 1-е., Краснодар 2024. – 126 с. — URL: <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2025/02/3-kurs-Metodichka-6-semestr-chast-2.pdf>
6. Трезубова В. Н. Ортопедическая стоматология. Технология лечебных и профилактических аппаратов: Учебник для медицинских вузов/Под ред. проф. В. Н. Трезубова. — СПб.: СпецЛит, 2003. - 367 с.: ил. — URL: https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/%D0%9E%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F_%D0%A2%D1%80%D0%B5%D0%B7%D1%83%D0%B1%D0%BE%D0%B2%2C_2003.pdf
7. Абакаров С.И. Микропротезирование в стоматологии: Учебник / С.И. Абакаров, Д.В. Сорокин, Д.С. Абакарова – М.: РМАНПО. – 2018. 396 с.- URL: <https://irbis.rmapo.ru/UploadsFilesForIrbis/6ed251fd74ae9ca3577920dca79f76cb6.pdf>
8. Лапина Н.В. Зубопротезирование простое. Часть I: учебно-методическое пособие издание 2-е, дополненное, исправленное / Н.В. Лапина, Л.А. Скорикова, К.Г. Сеферян и др.- Краснодар: 2019.-324с.- URL: <http://ksma.ru/wp-content/uploads/2023/09/ZPP-Chast-1Nesjomnye-konstrukcii.pdf>
9. Хагивара Й. Несъемное протезирование зубов. Цветной атлас / Й. Хагивара – М.: Из-во «Азбука», 2019.-464с.- URL:

https://psv4.userapi.com/s/v1/d/m0sfjrxUma1IM3aMKERvHpnvQRdsJ23WhGLKTh_KnNBaxuQj-8QNa2TI4JZLkoA2siaID5JZC5-r2nUgsGSV5e-ReiJgWFHL7TLFTT-DUausyG9/Nesemnoe_protezirovanie_zubov_Tsvetnoy_atlas.pdf

10. Руководство по написанию истории болезни по ортопедической стоматологии: учебно-методическое пособие [Электронный ресурс] / ГОУ «Приднестровский государственный университет им Т. Г. Шевченко»; Медицинский факультет; составители: А.П. Фукс, И.В. Гимиш, И.А. Пулбере, Д.В. Ванина. – Тирасполь: Изд-во Приднестр. ун-та, 2025. – 114 с. – URL: <http://moodle.spsu.ru/mod/data/edit.php?d=66&rid=79416&sesskey=gai8o8iDFK&backto=http%3A%2F%2Fmoodle.spsu.ru%2Fmod%2Fdata%2Fview.php%3Fd%3D66>

11. Галонский В. Г. Порядок заполнения и оформления истории болезни и сопутствующей медицинской и юридической документации в клинике ортопедической стоматологии: методические рекомендации для врачей-ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.75 – «Стоматология ортопедическая» / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, Е. В. Мокренко [и др.]. – Красноярск: тип. «Литера-принт» ИП Азарова Н. И., 2022. – 75 с. – URL: <https://career.krasn.ru/%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%8F%20%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8.%20%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%20%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F.%20%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5%20%D1%80%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8..pdf>

Хирургическая стоматология:

1. Афанасьев В. В. Хирургическая стоматология : учебник / В. В. Афанасьев [и др.] ; под общ. ред. В. В. Афанасьева. - 3-е изд., перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.: ил.- URL: <https://studfile.net/preview/21787052/>

2. Дробышев, А.Ю. Челюстно-лицевая хирургия: учебник / под ред. А.Ю. Дробышева, О.О. Янушевича - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 880 с.— URL: <https://kafedraos.ru/images/library/books/book-2018-2.pdf>

3. Кабанова А.А. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области: учебно-методическое

пособие / А.А. Кабанова, И.О. Походенько-Чудакова, С.А. Кабанова. – Витебск, ВГМУ, 2023. – 72 с.- URL: <https://elib.vsmu.by/server/api/core/bitstreams/a676ad57-5afe-432c-86ca-c4def799c7da/content>

4. Тесевич Л. И. Поверхностные и глубокие абсцессы и флегмоны окологлазничных тканей верхней челюсти : учебно-методическое пособие / Л. И. Тесевич, Н. Н. Черченко. – Минск: БГМУ, 2021. – 50 с. - URL: <https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/31597/978-985-21-0769-3.Image.Marked.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5. Дрегалкина А. А. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Современные особенности клинического течения, принципы диагностики и лечения: Учебное пособие / Дрегалкина А.А., Костина И.Н., Шимова М.Е., Шнейдер О. Л. – Екатеринбург: Издательский Дом «ТИРАЖ», 2020. – 108 с. - URL: <https://dentalpress.ru/upload/21232f297a57a5a743894a0e4a801fc3/files/89fa058ed5e23f010d250a918a532d13.pdf>

6. Стоматология : учебник / В. В. Афанасьев [и др.]; под ред. В. В. Афанасьева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 448 с.: ил.— URL: 3. <https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/%D>

0%A5%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F_%D0%92_%D0%92_%D0%90%D1%84%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%81%D1%8C%D0%B5%D0%B2%D0%B0.pdf

7. Воспалительные процессы челюстно-лицевой области: методические рекомендации для студентов 3 курса факультета стоматологии / Софья Лехтман; Министерство здравоохранения Республики Молдова, Государственный университет медицины и фармации „Николае Тестемицану”, Факультет стоматологии, Кафедра челюстно-лицевой хирургии и имплантологии „Арсение Гуцан”. – Кишинэу : CEP Medicina, 2022. – 41 p.- URL: 7. <https://library.usmf.md/sites/default/files/2022-04/%D0%92%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81%D1%81%D1%8B%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%BE-%D0%BB%D0%B8%D1%86%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B9%20%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8.pdf>

8. Базилян Э. А. Одонтогенные кисты челюстей / Э. А. Базилян [и др.] - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 80 с.- URL: 9. <https://www.vsalon24.ru/upload/iblock/ef2/ef28e083a9bea0e1504dc76d750f8b4f/20dff9bc4e8ed1595b086330b45d0bf6.pdf?srsltid=AfmBOorckqKETRS5zzZNF4Jtwytp6PtwhlnpFmCp4V3fErbKDBmVgZG4>

9. Афанасьев В. В. Хирургическая стоматология : учебник / В. В. Афанасьев [и др.] ; под общ. ред. В. В. Афанасьева. - 3-е изд., перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.: ил.- URL:

10. Дробышев, А.Ю. Челюстно-лицевая хирургия: учебник / под ред. А.Ю. Дробышева, О.О. Янушевича - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 880 с.— URL:

11. Минина А.Н. Современные методы лечения в хирургической стоматологии: учебно-методическое пособие / А.Н. Минина, Т.Н. Чернина, Н.В. Дорошенко, А.И. Гончарова, М.С. Флерьянович, Т.А. Торосян, В.Р. Титов. – Витебск: ВГМУ, 2022 – 107 с. -

12. Хафизов Р.Г., Азизова Д.А., Житко А.К., Житко Р.К. Дентальная имплантология: основы: учебно-методическое пособие / Р.Г. Хафизов, Д.А. Азизова, А.К. Житко, Р.К. Житко – Казань: Казанский федеральный университет, 2021. – 57 с. - URL:

13. Соловьев М. М. Пропедевтика хирургической стоматологии: учебное пособие / М. М. Соловьев. – 6-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2021. – 272 с. - URL: <https://balka>

15. Хасанов Ш.М. Дентальная имплантология: учебное пособие/ Ш.М. Хасанов, К.Ж. Сувонов, А.В. Жданов-Ташкент: ООО «IMPRESS MEDIA», 2022.-128С. - URL:

16. Стоматология : учебник / В. В. Афанасьев [и др.]; под ред. В. В. Афанасьева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 448 с.: ил.— URL: https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/%D0%A5%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F_%D0%92_%D0%92_%D0%90%D1%84%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%81%D1%8C%D0%B5%D0%B2%D0%B0.pdf

Детская стоматология:

1. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е. В. Боровского. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. 97 с.
2. Детская хирургическая стоматология и ЧЛХ. Л.В. Харьков. 2005. 97 с.
3. Основные заболевания слизистой полости рта у детей. Елизарова Валентина Михайловна. URL: <https://studfile.net/preview/5845008/>
4. Состояние слизистой оболочки полости рта у детей при инфекционных заболеваниях И.К.Луцкая, О.Г.Зиновенко. 25 с.
5. Заболевания слизистой полости рта. К.Н. Косенко Москва, 2001. 273 с. URL: https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Uzbek%20tilidagi%20adabiyotlar/Stomatologiya/Zabolevania_slizistoy_obolochki_polosti_rta.pdf
6. Неотложные состояния у детей. Новейший справочник /Т. В. Парийская — «Эксмо», 2002 URL: <https://readli.net/neotlozhnyie-sostoyaniya-u-detey-noveyshiy-1>
7. Петрушина А. Д., Мальченко Л. А., Крестина Л. Н., Ушакова С. А., Иванова Е. Е., Кайб И. Д., Балдашова Ф. Р., Левитина Е. В. Неотложные состояния у детей. —Москва: Издательство БИНОМ, 2011. - 512 с. URL:<https://kingmed.info/media/book/5/4384.pdf>
8. Вельтищев Ю.Е., Шаробаро В.Е. Неотложные состояния у детей: Справочник. - М.: Издательство БИНОМ, 2011. - 512 с. URL:<https://kingmed.info/media/book/5/4384.pdf>
9. Стоматология : учебник / В. В. Афанасьев [и др.]; под ред. В. В. Афанасьева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 448 с.: ил.— URL: <https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B8%D1%8F-%D0%92-%D0%92-%D0%90%D1%84%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%81%D1%8C%D0%B5%D0%B2%D0%B0-%D0%9C%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%B2%D0%B0%202023.pdf>
10. Кабанова А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. Обезболивание. Операция удаления зуба: учебно-методическое пособие / А.А. Кабанова, А.Н. Минина, Н.В. Дорошенко, А.И. Гончарова, В.Р. Титов, С.А. Кабанова. – Витебск: ВГМУ, 2025. – 181 с. -
11. Детская стоматология : учебник / под ред. О. О. Янушевича. Л. П. Кисельниковой, С.А. Рабинович, Ю.Л. Васильев Местная анестезия. История и современность. Москва, 2016. – 178 URL:<https://painrussia.ru/publications/reference-materials-and->
12. С.А. Рабинович, Ю.Л. Васильев Местная анестезия. История и современность. Москва, 2016. – 178 URL:<https://painrussia.ru/publications/reference-materials-and->
13. Практические занятия по дисциплине «Хирургия полости рта» (для студентов- ортодонтов) / под ред. А.Н. Карпов, М.А. Постников, Г.В. Степанов, Самары: ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России ООО «Издательскополиграфический центр», 2017. - 376 с. — URL: <https://www.researchgate.net/publication/320011111>
14. Карпов А.Н. Ортодонтия: учебник / А.Н.Карпов, М.А. Постников, Г.В. Степанов, Самары: ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России ООО «Издательскополиграфический центр», 2017. - 376 с. — URL: <https://www.researchgate.net/publication/320011111>
15. Митчелл Л. Основы ортодонтии: учебное пособие/ Лаура Митчелл, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.-376с.— URL: <https://www.researchgate.net/publication/320011111>

16. Токаревич И.В. Общая ортодонтия: учеб. пособие / И.В. Токаревич, Н.В. Корхова, И.В. Москалева, Л.В. Кипкаева, Т.В. Терехова, Д.В. Хандогий, Ю.Я. Наумович, С.С. Денисов, – Минск: БГМУ, 2015. – 219 с. — URL:

17. Персин Л. С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций: учебник / Л. С. Персин [и др.], М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 640 с.: и

л 18. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. — 592 с.: ил. — URL: https://medkniga.ru/files/book_fragments_files/Xoroshilkina2izd.PDF

4.4.3 Перечень технических средств, наглядных пособий, необходимых для проведения ГИА

Для обеспечения проведения экзамена по оценке практических умений кафедры стоматологии готовят папки наполнения, где имеется рентгенографии зубочелюстной системы и дентальные фотографии.

Для проверки уровня освоения практических умений, накануне экзамена подбираются «тематические» ситуационные кейсы так, чтобы можно было оценить уровень знаний по соответствующей дисциплине: терапевтическая, ортопедическая, хирургическая и детская стоматологии.

Практические умения оцениваются с использованием фантомов, медицинской аппаратуры и инструментов.

Материалы	Кол-во
Зетаплюс (с силикон)	1 уп.
Унифас -2 (цемент цинкфосфатный)	1 уп.
Тропикалгин (алгинат)	1 уп.
Перчатки	1 уп.
Композит светоотверждаемый (бонд, 3 шприца по 4 грамма)	1 набор
Гель травильный 37%	1 шт.
Карпула анестетика (септанест)	2 шт.
Гуттаперча (ассорти)	1 шт.
Паста для плобирования корневого канала (ремеди)	1 шт.
Воск	1 пластина
Цемент (цемион)	
Гипохлорид («Паркан»)	100 мл.
Спирт 96%	100 мл.
Эдта (гель для расширения каналов)	1 шприц
Инструментарий:	
Базовый набор инструментов для осмотра	
-зеркало	1 шт.
-зонд	1 шт.
-пинцет	1 шт.
-гладилка	1 шт.
-штопфер	1 шт.
-шпатель металлический	1 шт.
-шпатель пластиковый	1 шт.
Наконечник угловой	1 шт.
Стекло стоматологическое	5 шт.
Эндодонтический:	По 5 шт.

(К и Н файлы с 15/20-45 размер) Каналонаполнитель игла Миллера.	
Фрезы для углового наконечника	3 шт.
Щеточки	3 шт.
Турбинный наконечник	шт.
Фрезы для турбинного наконечника	5 шт.
Ультразвуковой наконечник	1 шт.
Чаша для замешивания оттисков	1 шт.
Шпатель для замешивания оттисков	1 шт.
Оттисковые ложки: -для верхней челюсти	5 шт.
-для нижней челюсти	5 шт.
Лоток большой	5 шт.
Хирургический инструментарий: -Карпульный шприц -Карпульная игла	по 1 шт.
Браш	1 шт.
Кисточка	1 шт.
Держатель кисточки	1 шт.
Бинт	1 шт.
Набор щипцов для удаления на фантомах	1 шт.
Фантомы:	
Челюсть с набором зубов	3 шт.
Удалённые зубы	10 шт.
Гипсовая модель	2 шт.
Ортопантограммы взрослого человека	5шт.
Ортопантограммы ребёнка	5шт.
Оборудование:	
Универсальная стоматологическая установка	1шт.

Оценочные средства представлены в прилагаемом к программе ГИА Фонде оценочных средств для ГИА.

7. Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации

7.1. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы используются следующие оценочные средства:

Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
Государственный экзамен	Средство контроля в формате экзамена, принимаемого государственной экзаменационной комиссией, с целью выявления уровня подготовки выпускника для осуществления профессиональной деятельности	Терапевтическая стоматология Дисциплина «Кариесология и эндодонтия» Организация и типовое оснащение стоматологического кабинета: меры защиты медицинского персонала. 2 Эмаль зуба, гистологическое строение, химический состав, физико-химические свойства, понятия минерализации, де- и реминерализации. 3 Дентин и цемент зуба: гистологическое строение, химический состав, функции. 4 Материалы для временных пломб: физико-химические свойства, техника приготовления и клинические особенности их применения. 5 Классификация фотополимерных композитных пломбировочных материалов: требования, физико-химические свойства и клинические особенности их применения. 6 Пломбировочные материалы для постоянных пломб: классификация, назначения. 7 Классификация стеклоиономерных цементов: требования, физико-химические свойства и клинические особенности их применения. 8 Временные пломбировочные материалы для каналов зубов: классификация, физико-химические свойства и клинические особенности их применения. 9 Материалы для постоянного пломбирования каналов зубов: классификация, физико-химические свойства и клинические особенности их применения. 10 Медикаментозная обработка корневых каналов зубов: инструментарий, средства и методы их применения. 11 Эндодонтический инструментарий: классификация и стандартизация. 12 Методики препарирования (механическая обработка каналов).

		<p>13 Профилактика кариеса (современные средства реминерализующей терапии, герметизации фиссур).</p> <p>14 Пломбирование кариозных полостей I класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.</p> <p>Пломбирование кариозных полостей II класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.</p> <p>16 Пломбирование кариозных полостей III класс по Блэку: особенности выбора материала и методика восстановления. особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.</p> <p>17 Пломбирование кариозных полостей IV класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.</p> <p>18 Некариозные поражения зубов, возникающие после их прорезывания: классификация, этиология.</p> <p>19 Пульпит: этиология, патологическая анатомия, классификация, методы диагностики, выбор метода лечения пульпита в зависимости от формы пульпита.</p> <p>20 Флюороз зубов: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>21 Системная и местная гипоплазия, причины развития, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>22 Кариес эмали, стадия «белого пятна», поверхностный кариес: патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения, показания к реминерализующей терапии.</p> <p>23 Средний кариес: патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>24 Глубокий кариес: патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения при лечении глубокого кариеса, их профилактика.</p> <p>25 Пломбирование кариозных полостей V класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.</p> <p>Дисциплина «Пародонтология»</p> <p>26 Способы обнаружения зубных отложений, пародонтологический инструментарий.</p> <p>27 Строение тканей пародонта, функции, этиология.</p> <p>28 Методы обследования и диагностики больных с заболеваниями пародонта.</p>
--	--	---

		<p>29 Гингивиты: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика.</p> <p>30 Пародонтиты: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика. Терапевтические методы лечения заболеваний пародонта: показания, противопоказания, методика выполнения.</p> <p>32 Хирургические методы лечения заболеваний пародонта: показания, противопоказания, методика выполнения.</p> <p>33 Ортопедические методы лечения заболеваний пародонта: показания, противопоказания, методика выполнения.</p> <p>34 Назубные отложения: виды, состав, механизм образования, роль в патогенезе стоматологических заболеваний.</p> <p>35 Профессиональная гигиена полости химическим и механическим и аппаратным способом очистки: инструментарий, показания и методика проведения.</p> <p>Дисциплина «Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта»</p> <p>36 Особенности элементов поражения и патологических процессов на слизистой оболочки полости рта (СОПР).</p> <p>37 Инфекционно-вирусные поражения слизистой полости рта: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>38 Бактериальные инфекции слизистой оболочки полости рта: классификация, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>39 Травматические поражения слизистой полости рта: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>40 Аллергические заболевания слизистой оболочки полости рта. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>Ортопедическая стоматология Дисциплина «Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»</p> <p>1 Частичная адентия, этиология, классификация.</p> <p>2 Физиологическая стираемость. Возрастные особенности. Аспекты физиологической стираемости.</p> <p>3 Виды протезов, применяемых при частичной адентии.</p> <p>4 Клинико- лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов.</p>
--	--	---

		<p>5 Клинические и параклинические методы обследования пациента с частичным отсутствием зубов.</p> <p>6 Опорно- удерживающий кламмер (Акерра) и Роуча. Составные части, расположение на зубе.</p> <p>7 Кламмер, его составные части: виды кламмеров, их роль при распределении жевательного давления.</p> <p>8 Требования к опорным зубам при изготовлении бюгельного протеза. Размещение опорных и ретенционных зон кламмера на опорных зубах.</p> <p>9 Клиническая картина частичной адентии в зависимости от класса по Кеннеди.</p> <p>10 Характеристика слизисто-костной основы протезного ложа при частичном отсутствии зубов.</p> <p>11 Фиксация и стабилизация протеза. Методы фиксации и стабилизации при применении ЧСПП.</p> <p>12 Избирательное пришлифовывание зубов: показания, цели, методика проведения (Дженкельсон, Schuler).</p> <p>13 Показания к изготовлению индивидуальной ложки и особенности получения функционального оттиска при частичной адентии (пробы Гербста).</p> <p>14 Артикуляция и окклюзия. Виды окклюзии. Признаки центральной окклюзии.</p> <p>15 Клинические и лабораторные ориентиры для подбора и постановки искусственных зубов.</p> <p>16 Этап наложения готового ЧСПП. Коррекция.</p> <p>17 Клинические этапы изготовления ЧСПП.</p> <p>18 Вторичные зубочелюстные деформации прикуса при частичной потере зубов.</p> <p>19 Локализованная патологическая стираемость: этиология, клиника и лечение.</p> <p>20 Генерализованная патологическая стираемость: этиология, патогенез, клиническая картина.</p> <p>Дисциплина «Зубопротезирование (простое протезирование)»</p> <p>21 Оттиски: определения, классификация, оттискные ложки и материалы.</p> <p>22 Методы обследования пациента в ортопедической стоматологии.</p>
--	--	---

		<p>23 Понятие «прикуса». Физиологические и патологические виды прикуса, их характеристика.</p> <p>24 Виды зубных микропротезов, восстанавливающих анатомическую форму зубов. ИРОПЗ.</p> <p>25 Клинико-лабораторные этапы изготовления вкладок.</p> <p>26 Клинические и лабораторные этапы протезирования пластмассовыми коронками.</p> <p>27 Клинические и лабораторные этапы протезирования металлическими штампованными коронками.</p> <p>28 Клинические и лабораторные этапы протезирования металлокерамическими коронками.</p> <p>29 Этиология, клиника, функциональные нарушения, связанные с дефектом зубного ряда.</p> <p>30 Классификации дефектов зубных рядов (Кеннеди, Вильд, Гаврилова и др.).</p> <p>31 Клинические и лабораторные этапы изготовления цельнолитых мостовидных протезов.</p> <p>32 Клинические и лабораторные этапы изготовления металлокремических мостовидных протезов.</p> <p>33 Клинические методы обследования пациентов с частичным отсутствием зубов.</p> <p>34 Параклинические методы обследования пациентов с частичным отсутствием зубов.</p> <p>35 Оценка и выбор опорных зубов при изготовлении мостовидного протеза.</p> <p>36 Жевательная эффективность, парадонтограмма.</p> <p>37 Клинические этапы изготовления адгезивных мостовидных протезов.</p> <p>38 Клинико-лабораторные этапы изготовления безметалловых мостовидных протезов.</p> <p>39 Клинико-лабораторные этапы металлопластмассовых мостовидных протезов.</p> <p>40 Особенности препарирования опорных зубов для цельнолитых мостовидных протезов.</p> <p>Хирургическая стоматология Дисциплина «Хирургия полости рта» 1 Особенности обследования больного на хирургическом стоматологическом приеме.</p>
--	--	---

		<p>2 Местные анестетики, применяемые в хирургической стоматологии.</p> <p>3 Поверхностная (аппликационная) анестезия: показания, противопоказания, техника выполнения, зона обезболивания.</p> <p>4 Инфильтрационная анестезия: показания, противопоказания, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.</p> <p>5 Проводниковая анестезия на верхней челюсти: туберальная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение. Проводниковая анестезия на верхней челюсти: подглазничная (инфрорбитальная) анестезия: внутриротовой и внеротовой способ выполнения, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.</p> <p>7 Проводниковая анестезия на верхней челюсти: палатинальная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.</p> <p>8 Проводниковая анестезия на нижней челюсти: мандибулярная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.</p> <p>9 Проводниковая анестезия на нижней челюсти: торусальная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.</p> <p>10 Операция удаления зуба: показания и противопоказания к проведению удаления зуба, методика проведения.</p> <p>11 Хирургические методы лечения хронического периодонтита: виды оперативных вмешательств, показания и противопоказания.</p> <p>12 Острый одонтогенный периостит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>13 Одонтогенный остеомиелит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>14 Задержка прорезывания: ретенция, дистопия, тортоаномалия зубов: клиника, диагностика, лечение.</p> <p>15 Перикоронит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>16 Проявление ВИЧ инфекции в челюстно-лицевой области: клиника, диагностика, профилактика.</p> <p>17 Фурункулы лица и шеи: этиология, патогенез, клиника, диагностика, пути распространения инфекции, лечение.</p> <p>18 Карбункулы лица и шеи: этиология, патогенез, клиника, диагностика, пути распространения инфекции, лечение.</p>
--	--	---

		<p>19 Абсцессы и флегмоны мягких тканей дна полости рта и шеи: классификация, этиология, пути распространения инфекции, патогенез и план обследования пациента.</p> <p>20 Осложнения одонтогенных воспалительных заболеваний (медиастинит, одонтогенный сепсис): этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>Дисциплина «Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта»</p> <p>Показания и противопоказания к применению дентальных имплантатов.</p> <p>22 Хирургический инструментарий и медикаментозное сопровождение дентальной имплантации.</p> <p>23 Морфология биосовместимости внутрикостных имплантатов: регенерация, репарация и понятие остеоинтеграции.</p> <p>24 Феномен остеоинтеграции: предпосылки и факторы, влияющие на взаимодействие имплантатов с костной тканью.</p> <p>25 Диагностика и планирование лечения пациентов с использованием дентальных имплантатов: виды адентии, способы протезирования, объем кости, тип архитектоники кости.</p> <p>26 Осложнения в дентальной имплантологии: виды, лечение, профилактика.</p> <p>27 Хирургический этап лечения: предоперационная подготовка.</p> <p>28 Общие принципы имплантации, базовые методики оперативных вмешательств в имплантологии.</p> <p>29 Виды реконструктивных вмешательств на челюстных костях и техника их проведения при имплантации.</p> <p>30 Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации: показания и этапы операции.</p> <p>Дисциплина «Заболевания головы и шеи»</p> <p>31 Инструментарий в челюстно-лицевой хирургии: виды, назначение и методика применения.</p> <p>32 Осложнения местного обезболивания, способы их предупреждения и устранения.</p> <p>33 Повреждения челюстно-лицевой области: статистика и классификация травм.</p> <p>34 Хирургическая обработка неогнестрельных повреждений челюстно-лицевой области.</p>
--	--	--

		<p>35 Травмы зубов и костей лицевого скелета: классификация, клиника.</p> <p>36 Повреждения мягких тканей лица: виды и периоды заживления.</p> <p>37 Переломы нижней челюсти: классификация, клиника, диагностика и лечение.</p> <p>38 Переломы верхней челюсти: классификация, клиника, диагностика и лечение.</p> <p>39 Вывихи нижней челюсти: классификация, клиника, диагностика и лечение.</p> <p>40 Вывихи височно-нижнечелюстного сустава: классификация, клиника, диагностика и лечение.</p> <p>Детская стоматология</p> <p>Дисциплина «Детская стоматология»</p> <p>1 Методы обследования детей в клинике стоматологии детского возраста.</p> <p>2 Этапы формирования и прорезывания молочных и постоянных зубов.</p> <p>3 Кариес зубов у детей: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>4 Кариес зубов у детей: методы лечения, осложнения, профилактика осложнений.</p> <p>5 Особенности клинического течения кариеса зубов у детей: индексы интенсивности кариеса у детей разного возраста.</p> <p>6 Принципы лечения кариеса в зависимости от степени активности кариозного процесса.</p> <p>7 Характеристика пломбировочных материалов, применяемых в детской стоматологии: показания к применению.</p> <p>8 Выбор пломбировочного материала для реставрации при лечении кариеса у детей, в зависимости от возраста ребенка, групповой принадлежности зуба и локализации кариозной полости.</p> <p>9 Лечебные прокладки в детской стоматологии: состав, свойства, механизм действия, показания к применению.</p> <p>10 Профилактика кариеса зубов у детей: методы и средства экзогенной и эндогенной профилактики.</p> <p>11 Ошибки и осложнения при лечении кариеса в детской стоматологии.</p> <p>12 Современные методы обезболивания при лечении зубов у детей.</p>
--	--	--

		<p>13 Пульпиты у детей: этиология, патогенез, классификации, методы оценки состояния пульпы. Особенности клинического течения пульпитов молочных и постоянных зубов с несформированными и сформированными корнями.</p> <p>14 Пульпиты у детей: клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.</p> <p>15 Особенности клинического течения острого пульпита в молочных и постоянных зубах с несформированными корнями.</p> <p>16 Методы лечения пульпитов у детей: показания и противопоказания к каждому методу лечения.</p> <p>17 Метод девитальной ампутации: показания, противопоказания, методика проведения, оценка эффективности лечения.</p> <p>18 Метод витальной ампутации: показания, противопоказания, методика проведения.</p> <p>19 Метод витальной ампутации, с применением препаратов на основе гидроксида кальция: показания, противопоказания, методика проведения.</p> <p>20 Метод девитальной экстирпации: показания, методика проведения, выбор пломбирочного материала для корневых каналов молочных и постоянных зубов у детей.</p> <p>21 Системная гипоплазия, местная гипоплазия: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.</p> <p>22 Флюороз: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.</p> <p>23 Наследственные поражения: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.</p> <p>24 Травматических повреждений зубов: классификация, методы обследования.</p> <p>25 Ушиб, вывих (неполный, полный, вколоченный): клиника, диагностика, лечение, прогноз.</p> <p>Дисциплина «Ортодонтия и детское протезирование»</p> <p>26 Охарактеризуйте период временного прикуса: дайте понятие сменного прикуса, его особенности.</p>
--	--	--

		<p>27 Инструментарий и методика установки стандартных металлических коронок в детской стоматологии.</p> <p>28 Классификация зубочелюстных аномалий и деформаций Энгля, Калвелиса, Персина.</p> <p>29 Классификация зубочелюстных аномалий: этиопатогенетическая; функциональная; морфологическая.</p> <p>30 Морфологические и функциональные изменения в зубочелюстной системе при ортодонтических вмешательствах.</p> <p>31 Внутриротовые аппараты механического действия: виды, составляющие элементы, показания и противопоказания к использованию.</p> <p>32 Внеротовые аппараты механического действия: виды, составляющие элементы, показания и противопоказания к использованию.</p> <p>33 Методы исследования больных с зубочелюстными аномалиями и деформациями (антропометрические, графические, функциональные, рентгенологические).</p> <p>34 Аномалии количества и размеров зубов: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>35 Аномалии прорезывания зубов: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>36 Классификация Симона: принцип классификации, основные группы аномалий.</p> <p>37 Классификация Курляндского: принцип классификации, основные группы аномалий.</p> <p>38 Классификация Каламкарова: принцип классификации, основные группы аномалий.</p> <p>39 Классификация Хорошилкиной: принцип классификации, основные группы аномалий.</p> <p>40 Международная классификация ВОЗ: принцип классификации, основные группы аномалий</p>
--	--	--

Перечень практических манипуляций по терапевтической стоматологии

1. Определить степени подвижности зубов (I, II, III).
2. Замешивать материал для временных пломб.
3. Замешивать материал для постоянных пломб.
4. Замешивать материал для пломбирования корневых каналов.
5. Замешивать материал для изолирующих прокладок.
6. Препарировать кариозные полости 1 класса.
7. Препарировать кариозные полости 2 класса.
8. Препарировать кариозные полости 3 класса.
9. Препарировать кариозные полости 4 класса.
10. Препарировать кариозные полости 5 класса.

Перечень практических манипуляций по хирургической стоматологии

1. Техника выполнения интралигаментарной анестезии на фантоме.
2. Техника выполнения резцовой анестезии на фантоме.
3. Техника выполнения мандибулярной анестезии на фантоме.
4. Техника выполнения ментальной анестезии на фантоме.
5. Техника удаления фронтальной группы зубов верхней челюсти.
6. Техника удаления фронтальной группы зубов нижней челюсти.
7. Техника удаления премоляров верхней челюсти.
8. Техника удаления премоляров нижней челюсти.
9. Техника удаления моляров верхней челюсти.
10. Техника удаления моляров нижней челюсти.

Перечень практических манипуляций по ортопедической стоматологии

1. Схема обследования пациента на ортопедическом приёме.
2. Одонтопрепарирование под полную металлическую штампованную коронку и снятие оттиска.
3. Одонтопрепарирование под металлическую цельнолитую коронку и снятие оттиска.
4. Одонтопрепарирование под металлокерамическую коронку (с уступом).
5. Одонтопрепарирование под металлокерамическую коронку (без уступа).
6. Анализ ортопантограммы взрослого человека.
7. Регистрация прикуса с помощью восковых пластин.
8. Препарирование кариозной полости 1 класса по Блеку под вкладку
9. Методика снятия оттиска.
10. Препарирование зубов при применении виниров.

Перечень практических манипуляций по детской стоматологии

1. Проводить определение и оценку показателей общего состояния пациента: частоту дыхания, частоту пульса, артериальное давление.
2. Проводить герметизацию фиссуры зуба.
3. Препарировать кариозную полость.
4. Готовить и накладывать лечебную прокладку.
5. Готовить и накладывать изолирующую прокладку.
6. Проводить наложение временной пломбы.
7. Проводить пломбирование кариозной полости цементами.
8. Проводить пломбирование кариозной композитным пломбировочным материалом. полости фотополимеризующимся.
9. Проводить пломбирование кариозной полости композитом.
10. Проводить шлифование и полирование пломб.

«Кариесология и эндодонтия»

Ситуационная задача № 1.

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 аппроксимально-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. Назовите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы лечения можно применить?

Ситуационная задача № 2.

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 аппроксимальных поверхностях 1.6 зуба выявлены глубокие кариозные полости.

Вопросы:

1. Назовите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования требуется провести.

Ситуационная задача № 3.

Больная И., 39 лет, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, боль от горячего в 1.7 зубе. Боль появилась около месяца назад. Объективно: на жевательной поверхности 1.7 зуба определена глубокая кариозная полость. Зуб имеет серый цвет. Полость зуба вскрыта, зондирование коронковой пульпы безболезненное, корневой - болезненно. Горячая вода вызывает приступ боли.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача № 4.

Больной К., 35 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие кариозной полости в 2.4 зубе, болевые ощущения при попадании пищи в кариозную полость, медленное нарастание боли от температурных раздражителей. Анамнез: боли появились месяц назад, беспокоили острые приступообразные боли в этом зубе, которые снимал анальгетиками.

Объективно: на жевательной поверхности 2.4 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином, после удаления которого полость зуба вскрыта в одной точке, зондирование резко болезненно.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача № 5.

Пациент М., 60 лет, обратился к стоматологу с жалобами на выпадение пломбы из 2.5 зуба и возникновение боли от химических раздражителей. Из анамнеза выяснено, что пломба выпала два дня назад. При обследовании обнаружены кариозные полости на передней и задней контактных поверхностях в пришеечной области 2.5 зуба. Зондирование полостей слегка болезненно, реакция на температурные раздражители отсутствует.

Вопросы:

1. Определите класс полостей по классификации Блэка.
2. Назовите варианты препарирования этих полостей.

Ситуационная задача № 6.

Пациентка О., 18 лет, явилась с целью санации полости рта. Жалоб не предъявляла. При обследовании в 4.7 зубе обнаружена кариозная полость в естественной ямке на щечной поверхности. Зондирование стенок слегка чувствительно, перкуссия безболезненна.

Вопросы:

1. Определите класс кариозной полости по Блэку в 4.7 зубе.
2. Объясните возможные варианты формирования таких полостей.

Ситуационная задача № 7.

Пациент Д., 35 лет, обратился к стоматологу с целью санации полости рта. Он предъявил жалобы на попадание пищи в межзубной промежутки, незначительные боли от сладкого в 2.5, 2.6 зубах. При обследовании обнаружены кариозные полости на смежных контактных поверхностях в области 2.5 и 2.6 зубов. Кариозные полости располагаются близко к жевательной поверхности, выше экватора зуба. Зондирование стенок кариозных полостей болезненно, перкуссия зубов безболезненна.

Вопросы:

1. Определите класс полостей по классификации Блэка.
2. Назовите варианты препарирования этих полостей.

Ситуационная задача № 8.

Пациент Л., 43 лет, предъявляет жалобы на потемнение коронки 1.2 зуба. Стоматолог при обследовании обнаружил кариозную полость на латеральной контактной поверхности в пределах эмали и средних слоев дентина без нарушения угла, и режущего края коронки зуба, зондирование стенок кариозной полости болезненно, перкуссия безболезненна.

Вопросы:

1. Определите класс кариозной полости по Блэку в 1.2 зубе.
2. Расскажите о вариантах формирования полостей в 1.2 зубе.

Ситуационная задача № 9.

Пациент М., 21 года, явился к стоматологу для лечения 2.1 зуба. Жалобы на возникновение болей от сладкого при приеме пищи. При обследовании 2.1 зуба обнаружена кариозная полость на контактной поверхности с поражением режущего края. Зондирование стенок слегка болезненно. Вертикальная перкуссия безболезненна.

Вопросы:

1. Определите класс кариозной полости по Блэку в 2.1 зубе.
2. Перечислите варианты препарирования кариозных полостей в 2.1 зубе.

Ситуационная задача № 10.

Пациент Д., 40 лет, обратился к стоматологу с целью санации полости рта. Он предъявил жалобы на попадание пищи в межзубной промежутки, незначительные боли от сладкого в 1.5 и 1.6 зубах. При обследовании обнаружены кариозные полости на смежных контактных поверхностях в области 1.5 и 1.6 зубов. Кариозные полости располагаются близко к жевательной поверхности, выше экватора зуба. Зондирование стенок кариозных полостей болезненно, перкуссия зубов безболезненна.

Вопросы:

1. Определите класс полостей по классификации Блэка.
2. Назовите варианты препарирования этих полостей.

Ситуационная задача № 11.

Пациент Н., 20 лет, жалуется на наличие кариозной полости. При обследовании обнаружена кариозная полость в пределах эмали и средних слоев дентина в области 3.7 зуба, в фиссуре, на жевательной поверхности, зондирование стенок болезненно, реакция на холодное чувствительная, быстропроходящая.

Вопросы:

1. Определите класс кариозной полости по Блэку 3.7 зуба, описанного в задаче.
- Перечислите этапы препарирования кариозной полости 3.7 зуба.

Ситуационная задача № 12.

Пациент Ф., 27 лет, жалуется на боли от сладкого в 1.6 зубе. При обследовании обнаружены две кариозные полости на жевательной поверхности в пределах эмали и средних слоев дентина. Зондирование и перкуссия безболезненны.

Вопросы:

1. Определите класс кариозных полостей по Блэку, описанных в задаче.
2. Укажите варианты препарирования этих кариозных полостей.

Ситуационная задача № 13.

Пациентка И., 19 лет, пришла на прием к стоматологу с жалобами на появление кратковременных болей от холодного в области 4.6 зуба. Ранее зуб не лечила. При обследовании на жевательной поверхности 4.6 зуба обнаружена глубокая кариозная полость. Зондирование дна болезненно. При внесении в кариозную полость тампона с холодной водой возникла неприятная чувствительность, которая исчезла после устранения раздражителя. При препарировании случайно вскрыта полость зуба.

Вопросы:

1. Определите класс кариозной полости по Блэку.
2. Назовите возможную причину данного осложнения при препарировании.

Ситуационная задача № 14.

Пациент Р., 36 лет, жалуется на боли, возникающие при приеме пищи. На жевательной поверхности 1.6 зуба глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина. Зондирование болезненно по всему дну, перкуссия безболезненна.

Вопросы:

1. Определите класс кариозной полости по Блэку в 1.6 зубе.
2. Проведите метод обезболивания для препарирования кариозной полости 1.6 зуба.

Ситуационная задача № 15.

Больной З., 18 лет, предъявляет жалобы на разрастание ткани в 4.6 зубе, боли и кровоточивость при приеме пищи. Объективно: на жевательной поверхности 4.6 зуба глубокая кариозная полость, заполненная грануляционной тканью, при зондировании образование кровоточит, болезненное.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какой метод лечения оптимален?

Ситуационная задача № 16.

Пациент М. 20 лет обратился в клинику с жалобами на длительную боль от холодного в зубе 2.7 в течении суток. Объективно: 2.7- на медиальной поверхности глубокая кариозная полость. Дно мягкое, полость зуба не вскрыта, зондирование резко болезненно в области щечно-медиального рога пульпы, перкуссия безболезненная, ЭОД 30 мкА.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения можно использовать в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача № 17.

Больной А., 25 лет, обратился с жалобами на наличие кариозной полости в зубе 4.7 зубе. Объективно: на жевательной поверхности зуба 4.7 определена глубокая кариозная полость. Холодная вода вызывает кратковременную боль. Зондирование дна в области рога пульпы болезненно. Дно полости выполнено размягченным дентином. Во время препарирования дна полости был вскрыт рог пульпы.

Вопросы:

1. Поставьте окончательный диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 18.

Пациент Б. 65 лет. Жалобы на длительную боль от холодного в зубе 3.7.

Объективно: на жевательной поверхности зуба 3.7 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта. Зондирование пульпы резко болезненно. Реакция на холод длительная, перкуссия безболезненна, ЭОД 60мкА. На рентгенограмме: медиальные корневые каналы облитерированы, изменений в периодонте нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз:
2. Назовите методы лечения для данной клинической ситуации.

Ситуационная задача № 19.

Пациент В., 40 лет, жалобы на ноющие боли в зубе 1.4, усиливающиеся при приеме пищи. Анамнез: кариозную полость заметил 1 год назад, полгода назад зуб болел несколько ночей подряд, к врачу не обращался. Вновь боли появились неделю назад. Объективно: на жевательной и дистальной поверхности зуба 1.4 глубокая кариозная полость, дно полости размягчено, полость зуба вскрыта, пульпа кровоточит. Перкуссия безболезненна. ЭОД=55 мкА.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какой метод лечения показан в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача № 20.

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 иррадиируют 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. Назовите наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите основные этапы лечения.

Ситуационная задача № 21.

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 иррадиирует по верхней челюсти в скуловую область. Лицо симметрично. При осмотре на апроксимальных поверхностях 1.6 зуба выявлены глубокие кариозные полости.

Вопросы:

1. Назовите предварительный диагноз.
2. Какие методы лечения можно применить?

Ситуационная задача № 22.

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. Поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения можно применить?

Ситуационная задача № 23.

Больная И., 39 лет, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, боль от горячего в 1.7 зубе. Боль появилась около месяца назад. Объективно: на жевательной поверхности 1.7 зуба определена глубокая кариозная полость. Зуб имеет серый цвет. Полость зуба вскрыта, зондирование коронковой пульпы безболезненное, корневой - болезненно. Горячая вода вызывает приступ боли.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача № 24.

Больной К., 35 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие кариозной полости в 2.4 зубе, болевые ощущения при попадании пищи в кариозную полость, медленное нарастание боли от температурных раздражителей. Анамнез: боли появились месяц назад, беспокоили острые приступообразные боли в этом зубе, которые снимал анальгетиками.

Объективно: на жевательной поверхности 2.4 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином, после удаления которого полость зуба вскрыта в одной точке, зондирование резко болезненно.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения можно применить?

Ситуационная задача № 25.

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 ассиметрия 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 дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача № 26.

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. Перечислите антитоды мышьяковистой пасты.

Ситуационная задача № 27.

Пациент К., 20 лет, обратилась с жалобами на длительные пульсирующие боли в 36 зубе, иррадирующие 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.

Ситуационная задача № 28.

Пациент А., 38 лет, обратился с жалобами на изменение цвета 12 зуба. Анамнез: Зуб не болел, кариозную полость заметил давно, но к врачу не обращался. Объективно: на медиальной поверхности 12 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта, зондирование и реакция на холод безболезненные, перкуссия безболезненна. На рентгенограмме 12 зуба - деформация костной ткани, расширение периодонтальной щели с четкими границами.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Возможно ли лечение в одно посещение?

Ситуационная задача № 29.

Пациент Ф., 32 года. Жалобы на неприятные ноющие боли в 25 зубе при приеме пищи. Ранее зуб болел. Был неоднократно лечен. В последнее время часто появляются ноющие боли, отек десны. Объективно: на жевательной поверхности 25 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта. Зондирование и реакция на холод безболезненны, боль при перкуссии 25 зуба. Слизистая оболочка десны в области 25 зуба гиперемирована, отечна, пальпация при переходной складке болезненна. По переходной складке в области проекции верхушки корня свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме в области верхушки корня наблюдается деструкция костной ткани с нечеткими границами. Верхушка корня укорочена за счет резорбции цемента.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф. диагностику.

Ситуационная задача № 30.

Больной З., 18 лет, предъявляет жалобы на разрастание ткани в 4.6 зубе, боли и кровоточивость при приеме пищи. Объективно: на жевательной поверхности 4.6 зуба глубокая кариозная полость, заполненная грануляционной тканью, при зондировании образование кровоточит, болезненное.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ситуационная задача № 31.

Пациент М. 20 лет обратился в клинику с жалобами на длительную боль от холодного в зубе 2.7 в течении суток. Объективно: 2.7- на медиальной поверхности глубокая кариозная полость. Дно мягкое, полость зуба не вскрыта, зондирование резко болезненно в области щечно-медиального рога пульпы, перкуссия безболезненная, ЭОД 30 мкА.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
3. Какие методы лечения можно использовать в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача № 32.

Больной А., 25 лет, обратился с жалобами на наличие кариозной полости в зубе 4.7 зубе. Объективно: на жевательной поверхности зуба 4.7 определена глубокая кариозная полость. Холодная вода вызывает кратковременную боль. Зондирование дна в области рога пульпы болезненно. Дно полости выполнено размягченным дентином. Во время препарирования дна полости был вскрыт рог пульпы.

Вопросы:

1. Поставьте окончательный диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 33.

Пациент Б. 65 лет. Жалобы на длительную боль от холодного в зубе 3.7. Объективно: на жевательной поверхности зуба 3.7 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта. Зондирование пульпы резко болезненно. Реакция на холод длительная, перкуссия безболезненна, ЭОД 60мкА. На рентгенограмме: медиальные корневые каналы облитерированы, изменений в периодонте нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите методы лечения для данной клинической ситуации.

Ситуационная задача № 34.

Пациент В., 40 лет, жалобы на ноющие боли в зубе 1.4, усиливающиеся при приеме пищи. Анамнез: кариозную полость заметил 1 год назад, полгода назад зуб болел несколько ночей подряд, к врачу не обращался. Вновь боли появились неделю назад. Объективно: на жевательной и дистальной поверхности зуба 1.4 глубокая кариозная полость, дно полости размягчено, полость зуба вскрыта, пульпа кровоточит. Перкуссия безболезненна. ЭОД=55 мкА.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какой метод лечения показан в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача № 35.

Пациент В., 40 лет, обратился в стоматологическую клинику с целью санации полости рта для дальнейшего протезирования. При осмотре 25 зуба врач отметил изменение цвета коронки зуба и предложил провести рентггендиагностику. На рентгенограмме 25 зуба в области верхушки корня была выявлена гранулема диаметром 2,5-3,0 мм с четкими ровными краями.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите диф. диагностику.

Ситуационная задача № 36.

Пациент К., 20 лет, обратилась с жалобами на длительные пульсирующие боли в 34 зубе, иррадиирующие в ухо. Отмечается недомогание, головная боль, нарушение сна. Зуб беспокоит в течение 3 дней. Объективно: рот полуоткрыт, подвижность 34 зуба первой степени, на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, перкуссия резко болезненна. На рентгенограмме в области верхушки корня 34 зуба определяется разрежение костной ткани размером 0,2 x 0,3 см без четких границ.

Вопросы:

1. Перечислите заболевания, вероятные при этой симптоматике.
2. Укажите лечебные мероприятия, необходимые в первое посещение.

Ситуационная задача № 37.

Пациент Ф., 32 года. Жалобы на неприятные ноющие боли в 14 зубе при приеме пищи. 14 зуб ранее лечен по осложненному кариесу. В последнее время часто появляются ноющие боли, отек десны. Объективно: на жевательной поверхности 14 зуба глубокая кариозная полость, на устьях пломбировочный материал. Зондирование и реакция на холод безболезненные, боль при перкуссии. Слизистая оболочка десны в области 14 зуба гиперемирована, отечна, пальпация при переходной складке болезненна. На рентгенограмме 14 зуба: каналы запломбированы на 2/3 длины, в области верхушки корня деструкция костной ткани с нечеткими границами.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифдиагностику.

Ситуационная задача № 38.

Пациент В., 40 лет, жалобы на острые пульсирующие боли постоянного характера в 14 зубе, иррадиирующие в висок, ухо, боли при дотрагивании до зуба. Анамнез: кариозную полость заметил 1 год назад, полгода назад зуб болел несколько ночей подряд. К врачу не обращался. Боли появились три дня назад, приобрели постоянный характер, сутки назад появились пульсирующие боли, иррадиация. Объективно: переходная складка в области 14 зуба гиперемирована, болезненна при пальпации. На жевательной поверхности 14 зуба глубокая кариозная полость, дно полости размягчено, зондирование безболезненно. Перкуссия резко болезненна. ЭОД=120 мкА. На рентгенограмме - потеря четкости рисунка кости альвеолы.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифдиагностику.

Ситуационная задача № 39.

Пациент Д., 32 лет обратился с жалобами на ноющие боли, усиливающиеся при накусывании на 44 зуб. Анамнез: боль в 44 зубе возникла сутки назад. Объективно: слизистая оболочка и переходная складка в области 44 зуба без изменений. На жевательно-дистальной поверхности 44 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование кариозной полости 44 зуба безболезненно, сообщение с полостью зуба не определяется. Реакция на температурные раздражители безболезненна. ЭОД свыше 100 мкА. На рентгенограмме изменений нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача № 40.

Пациент А., 23 лет обратился с жалобами на изменение цвета коронки 22 зуба. Анамнез: 22 зуб лечен по поводу осложненного кариеса 1,5 года назад. После лечения зуб не болел. Объективно: вестибулярная поверхность коронки 22 зуба имеет серый оттенок, слизистая оболочка в области проекции верхушки 22 зуба бледно-розового цвета, перкуссия безболезненная. После удаления пломбы полость зуба широко раскрыта, устье канала закрыто пломбировочным материалом. На рентгенограмме корневой канал 22 зуба прослеживается на всем протяжении. Пломбировочный материал заполняет только устьевую часть канала. В области верхушки корня очаг деструкции костной ткани с четкими контурами размером 1-2 мм.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Каким методом можно восстановить цвет коронки зуба?

Ситуационная задача № 41.

Пациент А., 20 лет обратился с жалобами на наличие кариозной полости в 46 зубе. Боли отсутствуют. Анамнез: 46 зуб несколько раз был лечен по неосложненному кариесу. Объективно: на жевательно-дистальной поверхности 46 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта. Зондирование, реакция на холод, перкуссия безболезненны. При пальпации слизистой оболочки в области верхушек корней 46 зуба определяется крепитация.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
4. Перечислите этапы лечения.

Ситуационная задача № 42.

Пациент К., 35 лет обратился с жалобами на боли при жевании жесткой пищи, чувство тяжести и распирания в 16 зубе. Анамнез: зуб беспокоит в течение 2-х недель. Ранее боли не отмечались, к стоматологу не обращался. Объективно: 16 зуб изменен в цвете, имеется обширная, кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование устьев корневых каналов безболезненно, вертикальная перкуссия слабо болезненна. Слизистая оболочка переходной складки застойно-синюшного цвета. Определяется свищевой ход без отделяемого. Присутствуют симптомы вазопареза. ЭОД свыше 100 мкА. На рентгенограмме: у верхушки небного корня 16 зуба-имеется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами размером 4 мм.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие препараты необходимо использовать для медикаментозной обработки корневых каналов?

Ситуационная задача № 43.

Пациент М., 25 лет обратился с жалобами на постоянные сильные боли в 36 зубе, чувство «выросшего» зуба.

Анамнез: впервые полость в 36 зубе заметил 2 года назад. Год назад появились самопроизвольные ночные боли, которые прошли через несколько дней. Вышеуказанные жалобы появились вчера.

Объективно: на жевательной поверхности 36 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта. Зондирование вскрытой кариозной полости безболезненно, перкуссия резко болезненна. Переходная складка в области 36 зуба гиперемирована, отечна, при пальпации болезненна.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какой дополнительный метод обследования поможет поставить окончательный диагноз?

Ситуационная задача № 44.

Пациент А., 40 лет обратился с жалобами на наличие кариозной полости в 14 зубе, чувство неловкости, слабую болезненность при накусывании. Анамнез: зуб ранее лечен по поводу неосложненного кариеса. Через месяц появились боли при накусывании и свищ на десне с отделяемым. Затем пломба выпала и выделение из свища прекратилось. На месте свища образовался рубец.

Объективно: на жевательной поверхности 14 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта, зондирование устьев корневых каналов безболезненно, на десне в области 14 зуба имеется рубец от свища.

Рентгенограмма: в области верхушек корней очаг деструкции костной ткани без четких границ, размером 3x4 мм.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

Ситуационная задача № 45.

Пациент М. 26 лет обратился в клинику с жалобами на неприятные ощущения при накусывании на 2.5 зуб. Болезненность в области десны.

Из анамнеза: зуб ранее лечен эндодонтически 5 лет назад. Объективно: 2.5 зуб – на жевательной и контактных поверхностях пломба. Перкуссия болезненна. Слизистая оболочка в проекции верхушки корня 2.5 зуба отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации.

На внутриротовой контактной рентгенограмме у верхушки корня 2.5 зуба выявлен очаг деструкции костной ткани с четкими контурами, размером 8×10 мм. Корневые каналы запломбированы на $\frac{2}{3}$ длины.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите основные этапы эндодонтического лечения.

Ситуационная задача № 46.

Пациент О. 20 лет предъявляет жалобы на периодически возникающие неприятные ощущения при накусывании на 1.5 зуб. Зуб беспокоит в течение 3 месяцев. Из анамнеза: ранее зуб был лечен эндодонтически.

Объективно: 1.5 зуб – коронковая часть значительно разрушена, восстановлена пломбой. Перкуссия слабо болезненна.

На внутриротовой контактной рентгенограмме корневой канал 1.5 зуба запломбирован плотно, равномерно на всем протяжении, пломбировочный материал и гуттаперча значительно выведены за верхушку корня. Изменений в периапикальных тканях нет.

Вопросы:

1. Определите план лечения 1.5 зуба.
2. Назовите основные противопоказания к повторному эндодонтическому вмешательству.

Ситуационная задача № 47.

Пациент Г. 31 года обратился к врачу-стоматологу с целью профилактического осмотра. Жалоб нет.

Развитие настоящего заболевания: явился с целью профилактического осмотра. Перенесенные и сопутствующие заболевания: аллергия на пенициллины. Считает себя практически здоровым.

Общее состояние удовлетворительное.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объеме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта: на 2.3 зубе пломба по 3 классу, зуб изменен в цвете. Перкуссия его безболезненна. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. На рентгенограмме: у верхушки корня 2.3 зуба отмечается очаг разрежения костной ткани с четкими контурами, 3 мм в диаметре. Канал зуба не запломбирован. ЭОД 2.3 зуба – более 100 мА.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.

Ситуационная задача № 48.

Пациент Ю. 36 лет жалуется на постоянную пульсирующую боль в 3.6 зубе. Боль усиливается при накусывании и приеме горячей пищи.

Развитие настоящего заболевания: последние две недели 3.6 зуб болел по ночам, а также от холодной и горячей пищи. В течение 2 дней боль стала постоянной, усиливающейся при накусывании. Появилось чувство «выросшего» зуба. Перенесенные и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает.

Считает себя практически здоровым.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объеме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта: на жевательной поверхности 3.6 зуба имеется кариозная полость. Перкуссия зуба резко болезненна. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача № 49.

Пациент Н. 38 лет обратился в клинику с жалобами на новообразование с гнойным отделяемым в нижнем отделе щеки слева.

Развитие настоящего заболевания: два года назад в области левой щеки появилось слабоболезненное плотное образование округлой формы. К врачу не обращался. Год назад кожа над образованием покраснела образование нагноилось и произошло самопроизвольное вскрытие очага, и через образовавшийся свищевой ход выделился гной, после чего воспалительные явления стихли, но гноетечение из свища периодически возобновлялось.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: со слов пациента, считает себя практически здоровым. Сифилис, ВИЧ, гепатиты отрицает.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1°C, пульс 78 ударов в минуту, АД – 155/85 мм.рт.ст.

Местный статус: в нижнем отделе щечной области слева определяется свищевой ход со скудным серозно-гнойным отделяемым. Устье свищевого хода втянуто и расположено в воронкообразном углублении кожи, из него выбухают грануляции. В поднижнечелюстной области слева определяется увеличенный до 1 см, подвижный слабоболезненный лимфатический узел. Открывание рта свободное. В полости рта: слизистая оболочка альвеолярной части и переходной складки в области 3.6, 3.7 зубов отечна. При пальпации наружной поверхности альвеолярной части челюсти и переходной складки обнаруживается плотный рубцовый тяж, который идет от альвеолы 3.7 зуба к очагу в мягких тканях. Пальпация безболезненная. Коронки 3.6, 3.7 зубов разрушены полностью, перкуссия их безболезненная.

На рентгенограмме: в области верхушек корней 3.7 зуба разрежение костной ткани без чётких границ. Линия периодонта в верхушечных частях корней не видна. Компактная пластинка стенки альвеолы обнаруживается только в боковых отделах. У верхушек корней 3.6 зуба умеренное расширение периодонтальной щели.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и укажите наиболее существенные для данного заболевания симптомы.
2. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.

Ситуационная задача № 50.

Родители ребёнка 1 года 1 месяца обратились в клинику детской стоматологии с жалобами на разрушение передних верхних зубов. Объективно: на вестибулярных и контактных поверхностях 5.1, 5.2, 6.1, 6.2 зубов кариозные полости средней глубины, заполненные размягчённым дентином. При удалении дентина обнаружена кровоточащая пульпа в 5.2 зубе.

Вопросы:

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

«Пародонтология»

Ситуационная задача № 1.

Больная 17 лет жалуется на болезненность и кровоточивость десен во время чистки зубов и при приёме пищи. Анамнез: кровоточивость усиливается во время месячных. Подобные явления беспокоят периодически, чаще весной и осенью в течение трех лет, последние три месяца болезненность и кровоточивость десен усилились. Курит три года.

Объективно: определяется гиперемия, отечность десневого края, ложные зубо-десневые карманы, зубы интактные, повышенная вязкость слюны, обильный мягкий зубной налет, гигиенический индекс OGI(S)=2,5.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите этиологические факторы.

Ситуационная задача № 2.

Больная М. 24 года. Обратилась с жалобами на периодическую кровоточивость десны в области 26 зуба, застревание пищи между 25-26 зубами, в последние 2 дня появилась боль в области 26 при приеме пищи. Анамнез: 2 года назад произведена реставрация коронки 26 зуба. Жалобы на кровоточивость десны появились год спустя.

Объективно: 25 зуб интактный, на медиально - жевательной поверхности 26 - пломба, межзубное пространство между 25 и 26 свободно от пломбировочного материала, контактный пункт между зубами отсутствует. Десневой сосочек между 25 и 26 отечен, застойно- гиперемированного цвета, при надавливании у его основания наблюдается кровоточивость и болезненность. Гигиенический индекс по Федорову-Володкиной -1,2 балла, зубной камень отсутствует.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 3.

Больной 18 лет жалуется на увеличение десен в области фронтальных зубов обеих челюстей, кровоточивость, боль во время приема пищи. Анамнез: подобные явления появились год назад.

Объективно: при осмотре в области верхних и нижних фронтальных зубов межзубные сосочки гипертрофированы, покрывают коронки до 1/3 высоты, 22 дёсны цианотичны, болезненны при прикосновении, кровоточат. Зубы покрыты мягким налётом, отмечается отложение наддесневого зубного камня. Имеется скученность зубов во фронтальном отделе.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения.

Ситуационная задача № 4.

Больной Н., 43 лет обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, боли и кровоточивость десен, повышение температуры до субфебрильных цифр в течение двух дней. Начало заболевания больной связывает с недавним переохлаждением.

Объективно: обилие мягкого зубного налета, полость рта не санирована, десневые сосочки усеченной формы, их верхушки некротизированы, изъязвлены. Между здоровой и пораженной десной определяется демаркационная линия.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. План общего лечения и рекомендации.

Ситуационная задача № 5.

Больная 50 лет предъявляет жалобы на незначительные болевые ощущения в деснах при чистке зубов, приеме твердой и горячей пищи.

Анамнез: подобные явления беспокоят в течение полугода. 2 года назад проведена операция по поводу язвенной болезни желудка. Пациентке отмечает частые запоры, чувство дискомфорта в эпигастральной области.

Объективно: определяется гиперемия десневого края; по краю десны, у вершин десневых сосочков обнаружены множественные эрозии, покрытые налетом.

После снятия налета обнажается эрозивная поверхность, гладкая, блестящая, кровоточащая при механическом раздражении. Прикус ортогнатический. На ортопантомограмме изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 6.

Больной Д., 34 года, обратился с жалобами на кровоточивость, зуд в области десны, повышенное отложение зубного налета. Анамнез: отмечает кровоточивость в течение 4 месяцев, страдает хроническим гастритом.

Объективно: десневые сосочки верхней и нижней челюсти застойно - гиперемированные, отечные, рыхлые, кровоточивость 2 степени.

Пародонтальные карманы не определяются, зубы устойчивые, имеются наддесневые зубные отложения, проба Шиллера – Писарева положительная, индекс РМА= 53%.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения.

Ситуационная задача № 7.

Больной К., 24 года, обратился с жалобами на боль, кровоточивость десны, чувство жжения во рту, слабость. Анамнез: отмечает боль, кровоточивость, чувство жжения в течение недели, после перенесенного ОРЗ, в анамнезе аллергия на многие лекарственные препараты.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, повышение температуры тела до 37,2 градусов в вечернее время, десневые сосочки верхней и нижней челюсти застойно - гиперемированы, отечны, рыхлые, кровоточащие, болезненные при пальпации. Целостность зубодесневого соединения не нарушена, зубы устойчивые, имеются наддесневые зубные отложения, проба

Шиллера – Писарева положительная, йодное число Савракова 6,4. Имеются кариозные зубы.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план местного лечения.

Ситуационная задача № 8.

Больная 14 лет обратилась с жалобами на боль и кровоточивость десен при приеме пищи, чистке зубов. Анамнез: жалобы беспокоят 4 месяца, связывает с появлением менструации. Объективно: Слизистая оболочка десны гиперемирована, выражен отек десневых сосочков, которые закрывают 1/3 коронки зубов, кровоточивость III степени, РМА 70%. ГИ-1,8.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Расскажите методику определения степени кровоточивости по опросу больного.

Ситуационная задача № 9.

В клинику обратился пациент А. 28 лет с жалобами на боль, кровоточивость десен, усиливающуюся при приеме пищи, гнилостный запах изо рта, общее недомогание, повышение температуры тела до 38 градусов. Анамнез: пациент страдает хроническим тонзиллитом, обострение наблюдалось 2 раза в течении 3-х месяцев. Занимался самолечением. За медицинской помощью не обращался.

Объективные данные: лицевые признаки не изменены. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. В полости рта: выраженная отечность, гиперемия в области десны с изъязвлением верхушек межзубных сосочков в области 9 зубов. Форма межзубных сосочков похожа на усеченный конус. На зубах обильные мягкие отложения.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения.

Ситуационная задача № 10.

В клинику обратилась пациентка К. 20 лет с жалобами на изменение формы десны, боль, кровоточивость, усиливающуюся при чистке зубов и приеме пищи. Анамнез: данные симптомы проявлялись 3 месяца назад. Занималась самолечением. За медицинской помощью не обращалась.

Объективные данные: лицевые признаки не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта наблюдается скученность зубов во фронтальном и боковых отделах. Десневые сосочки увеличены, отечны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Сосочки увеличены на 1/3 коронки зуба, имеют глянцевую поверхность, после надавливания на поверхность сосочка тупой частью инструмента остаётся углубление. Имеются назубные отложения.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения.

Ситуационная задача № 11.

В клинику обратилась пациентка Е. 28 лет с жалобами на выпадение пломбы в 24 зубе, а также на изменение формы десны около 24 и 25 зубов в течение 5 месяцев.

Объективные данные: лицевые признаки не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта: на контактно-дистальной поверхности в пришеечной области 24 зуба кариозная полость. Десна в области 24, 25 зубов имеет вид утолщенного в основании валика и округлой формы гиперплазированных сосочков, резко выступающих в вестибулярном направлении. Десна безболезненна, кровоточивость отсутствует. При пальпации определяется выраженная плотность гипертрофированного участка.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения.

Ситуационная задача № 12.

В клинику обратился пациентка М. 48 лет с жалобами на наличие красных пятен на десне, появившихся 2 месяца назад. Объективные данные: лицевые признаки не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта: ярко гиперемизированные пятна различной формы и величины на слегка отечном слизистой и маргинальной десне в области 4 зубов. Язычная сторона десен не поражена.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения.

Ситуационная задача № 13.

Больной 45 лет. Жалобы: на подвижность зубов, запах изо рта.

Анамнез: беспокоит несколько лет. Ранее отмечал кровоточивость десен при чистке зубов.

Не лечился. Считает себя соматически здоровым. Зубы чистит регулярно.

Объективно: на всех зубах отложения над- и поддесневого зубного камня. гигиенический индекс OGI(S)=2,8. Десневой край гиперемизирован с синюшным оттенком. Десневые сосочки неплотно прилегают к шейкам зубов.

Кровоточивость 2 степени, пародонтальные карманы 3-4 мм в области жевательных зубов верхней и нижней челюсти; до 6 мм во фронтальном отделе, распространяющиеся на все резцы. Имеется серозно-гнойное отделяемое.

Подвижность 16, 17, 26, 27, 46 -2 степени, во фронтальном отделе 3 степени.

Несъёмные ортопедические конструкции на зубах верхней челюсти неудовлетворительного качества. Слюна вязкая, тягучая.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача № 14.

Больная К., обратилась с жалобами на кровоточивость десен при чистке зубов, неприятный запах изо рта. Заметила кровоточивость 6 мес назад.

Объективно: десневые сосочки на верхней и нижней челюсти застойно – гиперемизированы, рыхлые, кровоточат при зондировании, имеются обильные назубные отложения, кариозные зубы, нависающие, травмирующие десну края пломб. На окклюзиограмме множественные суперконтакты.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 15.

Больной 41 лет. Жалуется на общее недомогание, повышение температуры тела до 38,2 градусов, боль, кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, подвижность зубов.

Объективно: гигиенический индекс по Грину-Вермильону - 2,8, десны рыхлые, отечные, легко кровоточат при зондировании. У 42, 43 зубов слизистая оболочка гиперемированная, отечная, переходная складка сглажена. Обильное выделение серозно-гнойного экссудата наблюдается из пародонтальных карманов глубиной 5-6 мм. Подвижность зубов 2-3 степени. На язычных поверхностях нижних фронтальных зубов - умеренное отложение наддесневого и поддесневого зубного камня. На ортопантограмме между 42, 43 зубами определяется костный карман глубиной до 1/2 длины корня. В области моляров деструкция межзубных перегородок достигает 1/3 длины корней.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения.

Ситуационная задача № 16.

Больной П. 30 лет. Считает себя здоровым. Обратился с жалобами на зуд десен, обнажение шеек зубов, боль от термических раздражителей. Из анамнеза выяснено медленное, в течение 8 лет, прогрессирование этих симптомов.

Объективно: слизистая десны на всем протяжении бледная, анемичная, десневых карманов нет, ретракция десны 43 и 33 до 1/2 длины корня.

Отмечаются клиновидные дефекты твердых тканей зубов.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 17.

Больная, 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на кровоточивость и зуд десен. Впервые кровоточивость появилась в возрасте 14 лет при чистке зубов; время от времени возникает при приеме твердой пищи. Чистит зубы мягкой щеткой два раза в день, в течение 1,5-2 минут. Ранее к пародонтологу не обращалась. В анамнезе хронический пиелонефрит.

Объективно: имеется отложение мягкого зубного налета, зубной камень на зубах:

_____16_____35 34 33 32 31 41 42 43 44_____26_____

Десна гиперемирована и отечна. Пародонтальные карманы до 3,5 мм. в области премоляров и моляров верхней и нижней челюстей. Дистальная окклюзия.

Множественные преждевременные суперконтакты в области моляров. На ортопантограмме резорбция межальвеолярных перегородок в области моляров и премоляров на 1/3 длины корня зуба. В области нижних резцов – начинающаяся резорбция вершин межальвеолярных перегородок.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 18.

Больная 28 лет обратилась в клинику с жалобами на подвижность зубов, периодически возникающее гноетечение из зубо-десневых карманов. Трижды вскрывали пародонтальные абсцессы. В анамнезе – сахарный диабет 1 типа. Содержание глюкозы в крови 6,7 ммоль/л.

Объективно: обильное отложение мягкого налета, наддесневого зубного камня.

При зондировании определяется поддесневой зубной камень. Десна гиперемирована, отечна, легко кровоточит при зондировании. Зубы интактные.

Пародонтальные карманы в области 13, 12, 11, 21, 22, 23, 31, 32, 41, 42 – 4-5 мм.

Подвижность зубов 12 11 21 22 32 31 41 42 - II степени, 13, 23 – I степени. На рентгенограмме – неравномерная резорбция межальвеолярных перегородок: в области резцов нижней челюсти в виде лакун до 1/2 длины корня зуба. В области верхних резцов и клыков – от 1/3 до 1/2 длины корня зуба.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. План местного лечения.

Ситуационная задача № 19.

Больная 20 лет обратилась в клинику с жалобами на кровоточивость и зуд десен. Впервые кровоточивость появилась в возрасте 14 лет при чистке зубов; время от времени возникает при приеме твердой пищи. Чистит зубы мягкой щеткой два раза в день, в течение 1,5-2 минут. Ранее к пародонтологу не обращалась. В анамнезе – хронический гастрит, некалькулезный холецистит, панкреатит.

Объективно: имеется отложение мягкого зубного налета, зубной камень на зубах:

_____16_____35 34 33 32 31 41 42 43 44_____26_____

Десна гиперемированная и отечная в области премоляров и моляров верхней и нижней челюстей. Зубо-десневые карманы до 3,5 мм. Определяется супраокклюзия и скученное положение нижних резцов. На ортопантограмме резорбция межальвеолярных перегородок в области нижних резцов на 1/3 длины корня зуба.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения.

Ситуационная задача № 20.

Больной 23 лет обратился с жалобами на неприятные ощущения в области десны и шеек зубов на нижней челюсти, кровоточивость десен при чистке зубов. Анамнез: в детстве лечился у врача-ортодонта, в течение нескольких лет носил ортодонтический аппарат. Отмечаются частые (6-7 раз в год) респираторные заболевания, хронический аденоидит.

Объективно: имеется незначительное отложение над- и поддесневого зубного камня. Десна гиперемирована и отечна в области 42 41 31 32 зубов, зубодесневые карманы глубиной до 5 мм, ретракция десны в области нижних резцов до 1,5 мм, подвижность зубов 2-3 степени, высокое прикрепление уздечки нижней губы. Глубокое резцовое перекрытие. На рентгенограмме – высота межальвеолярных перегородок 42 41 31 32 зубов снижена более чем на 1/2 длины корня.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план хирургического лечения.

Ситуационная задача № 21.

Больная 18 лет. Жалобы: на кровоточивость десен, запах изо рта, подвижность зубов, сухость во рту. Анамнез: считает себя больной около года. Подвижность зубов заметила около 3-х месяцев назад. Объективно: Десневой край верхней и нижней челюсти гиперемирован и отечен. Межзубная десна валикообразно утолщена, гиперемированна. Определяются пародонтальные карманы глубиной от 3 до 6 мм. Подвижность резцов на верхней и нижней челюсти 2-3 степени.

Отмечается веерообразное расхождение резцов на верхней челюсти.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План лечения.

Ситуационная задача № 22.

Больной 11 лет. Жалуется на подвижность зубов, кровоточивость десен.

Из анамнеза: следует, что болеет с трех лет. В 6 лет из-за подвижности и болезненности были удалены временные моляры на нижней и верхней челюсти, после чего воспаление

десны исчезло. После прорезывания постоянных зубов воспаление десны возобновилось. Родители ребенка отмечают частые респираторные заболевания.

Объективно: прорезывание постоянных зубов идет в соответствие с возрастом, временные зубы отсутствуют. Десна в области всех зубов гиперемизированная, отечная, кровоточит при инструментальном обследовании. Корни зубов обнажены на 1/3 длины, покрыты белесоватым налетом. Подвижность зубов II степени. Имеются патологические зубодесневые карманы глубиной 3-4 мм.

При наружном осмотре наблюдается сухость кожных покровов в области ладоней и передней трети предплечий. Кожа подошв утолщена, с множеством трещин.

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения.

Ситуационная задача № 23.

Больная 21 года жалуется на общее недомогание, головную боль, повышение температуры тела, невозможность принятия пищи из-за резкой болезненности.

Анамнез: 2 месяца назад перенесла пневмонию. Вышеуказанные жалобы появились 3 дня назад.

Объективно: разлитая гиперемия слизистой оболочки десны на верхней и нижней челюсти, обильное отложение мягкого зубного налета. На десне в области нижней челюсти определяется три очага изъязвления диаметром до 4мм, покрытых некротическим налетом.

Вопросы:

1. Укажите нормальный цвет и тургор десневых сосочков.
2. Поставьте диагноз.

Ситуационная задача № 24.

Больная 20 лет жалуется на общее недомогание, головную боль, повышение температуры тела, боль в области десны, усиливающаяся при принятия пищи.

Анамнез: месяц назад перенесла бронхит. Вышеуказанные жалобы появились 2 дня назад.

Объективно: слизистая оболочка десен гиперемизирована на всем протяжении, обильное отложение мягкого зубного налета. На слизистой оболочке десневого края нижней челюсти определяются пять очагов изъязвления округлой формы, диаметром 2-3 мм., покрытые некротическим налетом. Подчелюстные лимфоузлы увеличены до 5мм., болезненные, не спаянные с окружающими тканями.

1. Укажите цель пальпации регионарных лимфоузлов при данной патологии.
2. Поставьте диагноз.

Ситуационная задача № 25.

Больная 45 лет жалуется на боли при приеме сладкой, кислой пищи. Анамнез: Боли беспокоят в течение двух месяцев. Объективно: десна бледно-розового цвета. Определяется рецессия десневого края в области 33, 32, 31, 41, 42, 43.

Гигиеническое состояние полости рта удовлетворительное, зубодесневые карманы не определяются. В пришеечной области 14,13, 23, 35, 34, 33, 43, 44 зубов имеются клиновидные дефекты в пределах

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. эмали и дентина, отмечается снижение высоты коронок всех зубов на 1/3 за счет стираемости.
2. Укажите недостатки ортопантомограммы

«Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта»

Ситуационная задача № 1.

Больная Л., 48 лет, обратилась с жалобами на чувство стянутости, жжения в полости рта. При осмотре на задних отделах слизистой оболочки щек, спинке языка выявлены слившиеся полигональные папулы серовато-белого цвета, люминесцирующие в лучах Вуда беловато-желтоватым светом.

Отмечаются острые бугры у третьих моляров, пломбы из амальгамы на вестибулярной поверхности в пришеечной области 16, 26, 27, 37, 47 зубов; шероховатые потемневшие пластмассовые пломбы у 13, 12, 11, 21, 22 зубов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте местное лечение заболевания слизистой оболочки полости рта.

Ситуационная задача № 2.

Мужчина, 36 лет, обратился жалобами на боли при приеме пищи.

Анамнез: в течение последних 2-х месяцев на боковой поверхности языка слева образовался дефект слизистой оболочки полости рта.

Объективно: полость рта не санирована. Имеется некачественный мостовидный протез с опорой на 36 и 38 зубы. На боковой поверхности языка слева наблюдается язва размером 0,3х0,8 см, с ровными краями, при пальпации резко болезненна. Лимфоузлы подчелюстные увеличены, подвижны и болезненны.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 3.

В стоматологическую поликлинику обратился больной Ж. 40 лет на 32 боль в области 16 зуба. Анамнез: больной был на приеме врача по поводу обострения хронического пульпита 16 зуба. Анестетики не переносит.

Поставлена мышьяковистая паста под повязку из искусственного дентина неделю назад.

Объективно: на десневом сосочке между 16 и 17 зубами дефект слизистой оболочки десневого сосочка диаметром 0,3х0,3 см покрытый фибринозным налетом желтоватого цвета. Полость зуба закрыта не герметично. Перкуссия резко болезненна.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Составьте план лечения;

Ситуационная задача № 4.

Больной 42 лет обратился к врачу с жалобами на боль при приеме пищи и разговоре.

Анамнез: больной по ошибке набрал в рот вместо воды какой-то раствор и сразу же почувствовал жжение. Оказалась серная кислота.

Прополоскал водой, обратился к врачу. Объективно: на слизистой оболочки спинки языка обширный некроз, покрытый плотной пленкой желтоватого цвета. Пальпация болезненна.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;

Ситуационная задача № 5.

Больной А., 64 лет, обратился с жалобами на сухость, жжение во рту по ночам, отчего просыпается и вынужден полоскать полость рта водой.

Считает, что страдает бессонницей по этой причине.

Анамнез: год назад больной протезировался несъемным протезом с опорой на 15 по 17 зубы.

Объективно: при осмотре конфигурация лица без видимых изменений. В полости рта – металлические несъемные протезы с напылением с опорой на 15 по 17 зубы. На 26 и 37

зубах пломбы из амальгамы. Уровень микротоков – 10 мкА. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Наблюдается вязкость слюны.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Составьте план лечения;

Ситуационная задача № 6.

Больной обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие болезненного образования на красной кайме нижней губы.

Анамнез: по истечению 2-х суток после проведения электрофореза больной почувствовал резкую боль в области красной каймы нижней губы.

Объективно: на красной кайме нижней губы язва округлой формы на отечном гиперемированном фоне, покрытая фибринозным налетом.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения;

Ситуационная задача № 7.

Больной К., 50 лет, обратился с жалобами на боли в области слизистой оболочки щеки справа, возникающие при приеме пищи.

Анамнез: больной заметил помутнение слизистой оболочки щеки справа 5 лет назад. К врачу не обращался. Курит в течение 25 лет. Боль возникла 2 дня назад во время приема пищи и накусывания на слизистую оболочку щеки.

Объективно: на фоне мутновато-серой слизистой оболочки переднего отдела щеки справа наблюдается бугристый рельеф СО, симптом «булыжной мостовой».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Составьте план лечения;

Ситуационная задача № 8.

Пациент К., 23 года, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на боль в полости рта при приеме пищи.

Анамнез: боль появилась неделю назад, что и заставило больного обратиться к врачу. Много курит.

Объективно: по линии смыкания зубов на слизистой оболочке щеки слева эрозия, окруженная гиперкератозом. Пальпация очага поражения болезненная.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения;

Ситуационная задача № 9.

Пациент 46 лет обратился к врачу стоматологу с жалобами на образование на твердом небе серовато-белой пленки.

Анамнез: серовато-белый цвет и помутнение слизистой оболочки твердого неба заметил случайно. Курит в течение 22 лет.

Объективно: на всем протяжении твердого неба ороговение – серовато белое с красными вкраплениями.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Составьте план лечения;

Ситуационная задача № 10.

Больной Ф, 45 лет обратился к врачу на появление белого пятна в области угла рта справа. Анамнез: пятно существует уже в течение 3-х лет. Не беспокоит. Поэтому к врачу не обращался. Работает на химическом предприятии.

Объективно: на внутренней поверхности слизистой оболочки преддверия полости рта в области угла рта справа белое пятно в виде треугольника вершиной обращено к ретромолярной области.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Назначьте препараты, обладающие кератолитическим действием;

Ситуационная задача № 11.

Пациент 18 лет обратился с жалобами на резкую боль при приеме пищи, разговоре, обильное слюноотделение, на множественные высыпания в полости рта. Заболевание сопровождается повышением температуры тела до 38,5 градусов, недомоганием, головной болью.

Анамнез: считает себя больным 4 дня. Высыпания появились в день обращения к врачу. Ранее заболевание рецидивировало 1-2 раза в год. Две недели назад перенес грипп.

Объективно; поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На красной кайме губ наблюдаются эрозии и корочки желтоватого цвета. На коже в области верхней и нижней губы отдельные пузырьки с желтоватым содержимым.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Назначьте противовирусные препараты для местного и общего лечения;

Ситуационная задача № 12.

Больная Ф., 42 лет обратилась к врачу на резкую, жгучую боль при приеме пищи и разговоре. Боль возникает по ходу II ветви тройничного нерва.

Анамнез: до начала заболевания за 3-е суток у больной отмечалось недомогание, головная боль, озноб и повышение температуры до 38 °С.

Кроме того, больная указывает на появление невралгии и парестезии в полости рта. В течение месяца была в командировке на севере.

Объективно: на коже лица по ходу II ветви тройничного нерва сгруппированы пузырьки в виде цепочки. На СО преддверия полости рта и щек мелкоточечные эрозии. При пальпации возникает резкая болезненность.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;

Ситуационная задача № 13.

Больная в., 46 лет обратилась с жалобами на сухость в полости рта, жжение и образования налета по всей поверхности СОПР, захватывая и дорсальную поверхность языка.

Анамнез: больная в течение длительного времени применяла антибиотики широкого спектра действия при лечении бронхита.

Объективно: поражена вся СОПР, резко гиперемирована, покрыта налетом с коричневатобурым оттенком. При поскабливании налет отслаивается с трудом, под ним обнаруживаются эритема или кровоточащие эрозии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Назначьте противогрибковые препараты местного и общего действия;

Ситуационная задача № 14.

Больной М., 21 год обратился с жалобами на боль при приеме пищи, слабость, недомогание, неприятный запах изо рта.

Анамнез: в течение 3-х лет отмечается кровоточивость десен, боли появились в течение 3-х дней.

Объективно: обильные зубные отложения, некроз десневых сосочков и маргинальной десны в области фронтальных зубов и моляров нижней челюсти. В ретромолярной области слева отмечается изъязвление капюшона над полупрорезавшимся третьим моляром размером 0,5x1 см. На внутриротовой R-грамме отмечается горизонтальное положение 48 зуба, значительное расширение периодонтальной щели в маргинальном отделе.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Составьте план лечения;

Ситуационная задача № 15.

Больная 52 лет обратилась с жалобами на слабость, боль, жжение в полости рта при приеме пищи, появление налета на СОПР и в углах рта, повышенную жажду.

Анамнез: признаки заметила в течение нескольких месяцев, поласкает рот настоем зверобоя. Длительно применяла антибиотики.

Объективно: красная кайма губ сухая, в углу рта справа заеды, покрытые белым творожистым налетом. На слизистой оболочки щеки справа наблюдается белый налет, после удаления которого обнажается гиперемированная, местами эрозированная слизистая оболочка.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача № 16.

Больной 25 лет обратился с жалобами на резкую боль в 16 зубе, усиливающиеся в ночное время со светлыми промежутками 10-15 мин., иррадиирующие по ходу III ветви тройничного нерва. Анамнез: зуб заболел сутки назад, что и явилось причиной обратиться к врачу.

Объективно: на жевательной поверхности 16 зуба глубокая кариозная полость. Поставлен диагноз острый пульпит. При осмотре полости рта врач обнаружил на СО в подъязычной области язву блюдцеобразной формы, медно-красного цвета с хрящеподобным основанием. Пальпация безболезненна. Лимфатические узлы увеличены, при пальпации безболезненны.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Профилактические мероприятия по нераспространению данного заболевания, организуемые врачом-стоматологом.

Ситуационная задача № 17.

Больной З., 43 лет обратился к врачу с жалобой на появление на спинке языка образований в виде больших пятен.

Анамнез: появление пятен заметил месяц назад. Образования больного не беспокоили, поэтому к врачу не обращался.

Объективно: на спинке языка папулы в виде больших кольцеобразных дисков. Нитевидные сосочки на их поверхности атрофированы, в результате приобретают форму овальных, гладких, блестящих поверхностей, расположенные ниже уровня СО («симптом скошенного луга»). Пальпация безболезненна. При поскабливании шпателем папул беловатый налет легко снимается, образуя эрозированную поверхность медно-красного цвета. Папулы разделены воспалительным венчиком красного цвета.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача № 18.

Больной Э., 40 лет обратился к врачу с жалобами на жжение в полости рта и обильное слюноотделение.

Анамнез: после употребления молока у больного через 2-е суток повысилась температура до 38-39°C, общая слабость, боль в суставах и мышцах.

Объективно: СОПР гиперемирована, отечна. На СО афтоподобные элементы.

Подобные патологические элементы на коже лица вблизи крыльев носа.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;

Ситуационная задача № 19.

Больной Я., 30 лет обратился к врачу с жалобами на зуд, жжение болезненность при приеме пищи.

Анамнез: месяц назад больной перенес грипп.

Объективно: на СО нижней губы и твердом небе (на границе перехода твердого неба в мягкое), на щеках и языке четко ограниченные эритематозные пятна на гиперемированном, отечном основании. На СО щек наблюдаются эрозии свободные от налета и пленок.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Ваши рекомендации по профилактике данного заболевания.

Ситуационная задача № 20.

Больной У., 45 лет обратился к врачу на резкую болезненность в языке при приеме пищи.

Анамнез: больной страдает в течение 10 лет туберкулезом легких.

Объективно: на боковой поверхности языка справа язва с подрытыми краями, дно зернистое с желтоватом налетом, при пальпации основание мягкое и резко болезненное.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;

Ситуационная задача № 21.

Больной Ф., 42 лет обратился с жалобами на онемение, зуд и отечность нижней губы.

Анамнез: по словам больного, отечность нижней губы появилась через час после приема малинового варенья.

Объективно: нижняя губа увеличена в объеме. Ткани напряжены, плотные, эластичные. При пальпации и надавливании ямки не остается.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;

Ситуационная задача № 22.

Больной К., 18 лет, поступил в стационар с жалобами на головную боль, боль во рту, боль в мышцах, повышение температуры тела до 39°C.

Анамнез: для лечения ОРВИ принял 1,0 сульфалена. В течение суток состояние ухудшилось.

Объективно: отмечается бледность кожных покровов, гиперемия, участки некроза вокруг рта и носа. На слизистой оболочке губ, щек, боковых поверхностей языка под обильным желтоватым налетом обширные язвенные поверхности, болезненные при пальпации.

Региональные лимфоузлы увеличены, подвижны, болезненны при пальпации. В крови: лейкоцитов – $2,0 \times 10^9/\text{л}$, Н – 2%, Л – 41%, М – 57 %, Э – 0%. СОЭ – 18 мм/час, Эритроцитов – $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв – 127, Цв. Пок. 0,9, тромбоцитов – $2,0 \times 10^{12}/\text{л}$.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;

Ситуационная задача № 23.

Больная И., 21 года, обратился с жалобами на жжение и онеменение в области красной каймы верхней и нижней губы.

Анамнез: сменила губную помаду и после нанесения на губы через 3 часа почувствовала дискомфорт в области красной каймы губ (зуд, жжение).

Объективно: на красной кайме губ отмечается резко ограниченная эритема с небольшим шелушением.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;

Ситуационная задача № 24.

Больной Б., 25 лет, жалуется на повышение температуры тела до 39°C , недомогание, резкую боль при разговоре и приеме пищи.

Анамнез: Несколько дней назад после переохлаждения и обострения тонзиллита почувствовал общее недомогание, появление боли в мышцах и суставах. Рецидивы наступают в весенний период.

Объективно: при осмотре на коже тыльной поверхности кистей, выявлены округлые синюшные пятна диаметром 2,5 – 3 см с корочкой в центре. На отечной красной кайме губ – обширные кровянистые корки. Открывания полости рта ограничено. Симптом Никольского отрицательный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;

Ситуационная задача № 25.

Больной П., 25 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышение температуры до 39°C , боли в мышцах и суставах.

Анамнез: больной страдает хроническим тонзиллитом. После переохлаждения почувствовал вышеперечисленные признаки.

Объективно: на красной кайме губ гемморагические корки. Больной не может открыть рот. Наблюдается конъюнктивит. На коже рук, спины и груди эритемы диаметром 2,5 – 3 см. Отмечается припухлость суставов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Укажите препараты для местного лечения.

Ситуационная задача № 26.

Больной Ц., 30 лет обратился к врачу с жалобами на чувство жжения и боли в полости рта при приеме горячей и острой пищи.

Анамнез: больной принимал антибиотик пенициллин при лечении бронхита.

Объективно: при осмотре наблюдается серозное воспаление, СО яркокрасного цвета, отека. Спинка языка красного цвета, как бы «обожженный», нитевидные сосочки атрофированы, гладкий, язык слегка отечный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Назначьте общее лечение.

Ситуационная задача № 27.

Больная Н., 22 года, жалуется на боль, жжение десен в области передних верхних зубов.

Анамнез: боль появилась и нарастала в течение месяца после постановки пластмассовых коронок. Полость рта санирована.

Объективно: 12, 11, 21, 22 покрыты пластмассовыми коронками. Слизистая полости рта умеренно увлажнена, отмечена разлитая гиперемия, отек слизистой оболочки верхней губы и десны во фронтальном отделе верхней челюсти.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 28.

Больная М., 19-ти лет, обратилась с жалобами на необычный вид языка, иногда жжение при приеме острой пищи. Общие заболевания отрицает. При осмотре язык бледно-розового цвета несколько увеличен в размере, спинка языка исчерчена глубокими складками в виде листа. Сосочки языка хорошо выражены, несколько гипертрофированы. Клинический анализ крови показал у пациента: умеренную эозинофилию, нейтропению, моноцитоз.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

«Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»

Ситуационная задача № 1.

Больной А. 49 лет с целью протезирования обратился к врачу ортопеду. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, боль и кровоточивость десен в области нижних жевательных зубов и их подвижность.

Анамнез: со слов больного выяснено, что подобная болезненность появилась 6 месяцев назад. В области нижней челюсти слева был мостовидный протез с опорой на 35 и 37. Месяц тому назад 35 был удален, в результате осложненного кариеса.

Объективно: Больной в течении 3 лет находится на учете у пародонтолога.

7004321|1234067

7054321|1234007

Десневые сосочки в области: 321|123
321|123

гиперемированы, отечны с цианотичными оттенком, при дотрагивании кровоточат, пародонтальные карманы между ними 4-4,5 мм. Из которых выделяется серозно-гнойный экссудат, шейки оголены, подвижность II степени.

Пародонтальные карманы в 33 – 3,5-4 мм, подвижность I степени

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 2.

Больной 44 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на сужение ротовой щели, нарушение функции жевательного аппарата, эстетический дефект в области углов рта.

Анамнез: несколько лет назад перенес огнестрельное ранение в челюстно-лицевую область.

Объективно: сужение ротовой щели до 3-х см, рубцовое стягивание мышц в области углов

рта.

В полости рта:

7054300|0234007

7654300|0034507

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Особенности ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 3.

Больной М., 39 лет обратился к врачу ортопеду с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, болевая реакция на термические раздражители. Данные анамнеза: зубы удалены 7 лет назад вследствие осложненного кариеса. Ранее к врачу не обращался. Объективно: Конфигурация лица не нарушена. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

В полости рта:

87004321|12345678

00054321|12300008

При смыкании зубных рядов имеется значительная деформация окклюзионных поверхностей из-за выдвигания

87 | 4567

5 |

Зубов, которые на 1/3 высоты коронки пересекают окклюзионную плоскость. Перкуссия зубов безболезненная. Прикус ортогнатический.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди.
2. Составьте план лечения данного больного.

Ситуационная задача № 4.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка 40 лет с жалобами на затрудненное пережевывание пищи вследствие нежелания пользоваться съемным протезом из-за возможного нарушения дикции.

Объективно: на верхней челюсти отсутствуют | 678. Зубы удалены более года назад по поводу осложненного кариеса. | 45 интактны. На нижней челюсти 76/6 покрыты металлическими коронками. Коронки соответствуют клиническим требованиям.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Варианты ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 5.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 45 лет с жалобами на невозможность пользоваться съемным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции.

Объективно: на нижней челюсти отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая. Слизистая без видимой патологии. На верхней челюсти металлокерамические мостовидные протезы с опорой на 7-5 | и | 4-6 соответствуют клиническим требованиям 8 | 8 отсутствуют.

Зубная формула:

0 к к к к 0

87654321 | 12345678

87654321 | 12345678

00000000 00000000

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Варианты ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 6.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент С. 77 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни вследствие осложнений кариеса. Пациент ранее не протезировался.

Объективно при осмотре: конфигурация лица не изменена. Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Кожные покровы чистые, при пальпации регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные.

Открытие рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Жалобы со стороны ВНЧС отсутствуют.

Зубная формула:

00000 ппп ппп00000

87654321|12345678

87654321|12345678

00000ппп 00 пп0000

Прикус прямой. Снижена высота нижнего отдела лица примерно на 2 мм.

Отсутствуют полноценные окклюзионные контакты. Подвижность 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3, 3.4 зубов I степени. Слизистая оболочка щёк, губ, дна полости рта, альвеолярных отростков и нёба бледно-розовая, умеренно увлажнена.

Данные рентгеновских, лабораторных исследований: атрофия костной ткани на $\frac{1}{4}$ в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4 зубов. Кортикальная пластинка межальвеолярных перегородок не прослеживается. На прицельных рентгенограммах: каналы 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 4.3, 4.4 зубов запломбированы. Пломбирочный материал прослеживается на всём протяжении каналов зубов (обтурация плотная, равномерная на всём протяжении), 1.2 – канал корня запломбирован на $\frac{1}{2}$, 4.2, 4.4 – следы пломбирочного материала на всем протяжении канала корня зуба.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 7.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка Ж. 51 года. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетику нижних передних зубов.

Анамнез заболевания: отмечает отсутствие боковых зубов на нижней челюсти около 3,5 лет. В это же время были изготовлены металлокерамические коронки на верхнюю челюсть и, спустя месяц после удаления, съёмный пластиночный протез с гнутыми кламмерами на нижнюю челюсть. Съёмный протез сломался при жевании около двух лет назад. За починкой и изготовлением нового протеза не обращалась. За последние два года отмечает уменьшение размера передних нижних зубов.

0кииккккккккккк0

87654321|12345678

87654321|12345678

R000п п0000

Объективно при осмотре:

Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются и безболезненны. Пальпация ВНЧС безболезненная, лицо симметрично.

Открытие полости рта свободное. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм. Носогубные и подбородочные складки выражены. Слизистая оболочка десен, нёба, щёк и альвеолярных отростков бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус ортогнатический.

Обследование полости рта: на верхней челюсти фиксирован металлокерамический мостовидный протез с опорами: 1.7, 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.7.

На 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 зубах имеются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. В незначительном объёме наблюдаются твёрдые зубные отложения на зубах нижней челюсти. На 3.4, 4.4 зубах имеются композитные пломбы. Остаточный корень 4.8 зуба.

На рентгенограмме наблюдается равномерная убыль костной ткани альвеолярной части верхней и нижней челюстей на $\frac{1}{4}$ длины корней. Каналы 3.4, 4.4 зубов запломбированы на половину длины корневого канала.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения, учитывая пожелания пациентки о максимальной эстетике предполагаемых конструкций.

Ситуационная задача № 8.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная С. 25 лет. Жалобы на эстетический дефект и кровоточивость в области 1.1, 2.1 зубов. Дискомфорт жевания на левой стороне челюсти. Анамнез заболевания: у 1.1 и 2.1 зубов пломбы изменились в цвете примерно год назад, кровоточивость появилась сразу после лечения зубов. 3.6 зуб удалили 8 месяцев назад вследствие кариеса и его осложнений.

п п

87654321|12345678

87654321|12345678

0

Объективно при осмотре:

1.1 зуб восстановлен световым композитом по IV классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, отмечается нависающий край пломбы в придесневой области, ИРОПЗ-0.70. 2.1 зуб восстановлен световым композитом по III классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, ИРОПЗ-0.70.

Десневой сосочек в области 1.1 и 2.1 зубов отёчный, определяется кровоточивость при зондировании в пришеечной области. Пломбы изготовлены единым блоком, при этом отмечается отсутствие места для десневого сосочка.

Гигиена полости рта удовлетворительная. Рентгенологический контроль 1.1 и 2.1 зубов выявил, что ранее проводилось эндодонтическое лечение, корневые каналы запломбированы до апикального отверстия, разряжение в области верхушечных отверстий отсутствует.

В области отсутствующего 3.6 зуба деформаций не наблюдается. 3.5 и 3.7 зубы интактные.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 9.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная Т. 50 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект в области передних зубов.

Анамнез заболевания: утратила жевательные зубы на нижней челюсти более 10 лет назад.

Ортопедическое лечение не проводилось.

0пR00пп ссс 0Rp0

87654321|12345678

87654321|12345678

0000 сс сс 0R0пR

Объективно при осмотре:

Зубы на верхней и нижней челюсти имеют равномерную атрофию костной ткани на $\frac{1}{3}$. 3.1, 3.2, 4.1 зубы – выдвинуты в вертикальном направлении на 1,5-2 мм, атрофия костной ткани $\frac{1}{2}$, подвижность I-II степени. Корни 1.6, 2.5, 3.5, 3.8 зубов разрушены ниже уровня десневого края на 2 мм. Полностью разрушена бифуркация корней 1.6, 3.8 зубов.

ИРОПЗ 1.7, 2.7 зубов – 3.7-0,7. В области фронтальных зубов отмечаются зубные отложения.

Слизистая оболочка челюстей бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Гиперемирована, слегка отёчна в области фронтальных зубов, а также разрушенных зубов. Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии – снижена относительно физиологического покоя на 5 мм.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 10.

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Г. 75 лет. Жалобы на плохую фиксацию полного съёмного пластиночного протеза на верхнюю челюсть и частичного съёмного протеза на нижнюю челюсть.

Анамнез заболевания: утратил зубы верхней челюсти более 10 лет назад, тогда же был изготовлен полный съёмный протез. Жевательная группа зубов нижней челюсти была удалена около 5 лет назад по поводу осложненного кариеса. Был изготовлен частичный съёмный пластиночный протез на нижнюю челюсть с гнутыми кламмерами на 4.4; 3.3 зубы.

0000000000000000

87654321|12345678

87654321|12345678

0000пп п00000

Объективно при осмотре:

4.2; 4.1; 3.1; 3.2 зубы имеют II степень подвижности. Отмечается выраженная атрофия альвеолярного отростка и альвеолярной части нижней челюсти в области отсутствующих зубов. Слизистая оболочка маргинальной части десны в области 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 зубов гиперемирована, наличие наддесневых зубных отложений.

По рентгенологическим данным выявлены вертикальные костные карманы в области 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 зубов равномерная костная атрофия на $\frac{1}{2}$ длины корней.

Отмечается неудовлетворительная фиксация ранее изготовленного полного съёмного протеза на верхнюю челюсть, связанную с несоответствием протезного ложа протезу.

Высота нижнего отдела лица в положении центральной окклюзии снижена на 6-7 мм от положения физиологического покоя.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 11.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент М. 45 лет.

Жалобы на невозможность пользоваться съёмным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции.

Анамнез заболевания: 2 года назад проводилось лечение по поводу осложнённого кариеса 1.7, 1.5, 2.4, 2.6 зубов и протезирование мостовидными протезами на верхней челюсти и съёмным пластиночным протезом на нижней челюсти.

0кфк кфк 0
87654321|12345678
87654321|12345678
0000000000000000

Объективно при осмотре:

На нижней челюсти отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая. Слизистая без видимой патологии. На верхней челюсти металлокерамические мостовидные протезы с опорой на 1.7-1.5 зубы. 2.4-2.6 зубы соответствуют клиническим требованиям.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 12.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная У. 59 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, отсутствие зубов на верхней челюсти, боль в области 4.7 зуба.

Анамнез заболевания: зубы на верхней челюсти удаляли постепенно в результате осложнений кариеса, съёмный протез был изготовлен 10 лет назад, коронка на 4.7 зуб и мостовидный протез на нижней челюсти слева изготовлены 2 года назад.

0000000000000000

87654321|12345678

87654321|12345678

0пкс ккфк0

Объективно при осмотре:

Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица.

Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Зубы на верхней челюсти отсутствуют. Имеется съёмный протез, который не фиксируется на протезном ложе.

На нижней челюсти имеется мостовидный протез 3.4, 3.5, 3.7 зубов, отвечающий ортопедическим требованиям. 4.6 зуб покрыт цельнолитой коронкой. Зонд свободно погружается под край коронки.

На рентгенограмме: 4.6 - разрезание в области бифуркации, каналы корней запломбированы до верхушки, разрезание костной ткани с нечёткими контурами в области верхушки корня размером 2×2 мм; 3.4, 3.5, 3.7 - каналы корней зубов запломбированы до верхушки.

4.7 зуб восстановлен световым композитом, краевое прилегание пломбы хорошее.

Кариозная полость на 4.5 зубе заполнена размягчённым дентином.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 13.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент В. 27 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы лечил около 3 лет назад. 4.6 зуб удалили по поводу осложнения кариеса около года назад.

0псП пс

87654321|12345678

87654321|12345678

0 ппс

Объективно при осмотре:

Прикус ортогнатический.

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умерено увлажнена.

ИРОПЗ 1.6, 2.6, 3.7 зубов - 80%, вторичный кариес на 1.6, 2.6, 3.7 зубах. 1.5, 3.5 зубы восстановлены световым композитом.

На прицельной рентгенограмме 1.6, 2.6, 3.7 зубов определяется неполная obturation корневых каналов пломбировочным материалом.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 14.

Больная М. 68 лет обратилась в стоматологическую клинику. Жалобы на эстетический дефект, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни из-за кариеса и его осложнений, протезами ранее не пользовалась.

000000000000000000

87654321|12345678

87654321|12345678

000000000000000000

Объективно при осмотре:

При внешнем осмотре отмечается резкое снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных и подбородочной складок, трещины в углах рта, открывание рта свободное, безболезненное. Подчелюстные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны, с окружающими тканями не спаяны.

Осмотр верхней челюсти: альвеолярный отросток незначительно и равномерно атрофирован. Скат альвеолярного отростка - пологий; гребень альвеолярного отростка - острый. Позадимоллярные бугры сохранены, округлые с обеих сторон. Свод твёрдого нёба выпуклый. Нёбо плоское. Уздечка верхней губы и щёчно-альвеолярные складки прикрепляются близко к вершине альвеолярного отростка.

Осмотр нижней челюсти: альвеолярная часть резко атрофирована, особенно в боковых отделах. Скат - пологий, в переднем отделе отмечается «болтающийся гребень».

Позадимоллярные бугорки сохранены, подвижны, округлой формы. Внутренние косые линии выражены, острые, покрыты тонкой слизистой оболочкой при ее пальпации отмечается болезненность.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите клинические этапы изготовления съёмного пластиночного протеза при полном отсутствии зубов.

Ситуационная задача № 15.

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной А. 32 лет с жалобами на разрушение коронковой части 2.4, 2.5 зубов, затруднённое пережёвывание пищи.

Анамнез заболевания: 2.4, 2.5 зубы ранее были неоднократно лечены по поводу кариеса.

Около трёх лет назад произошло выпадение пломбы в 2.4 зубе и скол стенки 2.5 зуба.

0 cc 0

87654321|12345678

87654321|12345678

0 0

Объективно при осмотре:

2.4, 2.5 зубы разрушены выше уровня десны на 2 мм, ИРОПЗ -70%.

3.5 зуб – зубоальвеолярное удлинение, при смыкании имеется контакт с разрушенными 2.4 и 2.5 зубами.

На прицельной рентгенограмме каналы 2.4, 2.5 зубов запломбированы рентгеноконтрастным материалом до физиологической верхушки зуба.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план терапевтического лечения.

Ситуационная задача № 16.

У больного Г. 42 лет во время проверки восковой конструкции частичного съемного пластинного протеза на верхнюю челюсть отсутствовал контакт между естественными зубами антагонистами.

Вопросы:

1. Укажите причины ошибки и методы ее устранения.
2. Перечислите возможные ошибки при определении центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей.

Ситуационная задача № 17.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 20 лет, получивший травму около 2 суток назад. Объективно: на верхней губе слева отмечается гиперемия, припухлость, болезненность при пальпации. На слизистой оболочке в области |12 - гематома.

На верхней челюсти слева отсутствуют коронки |12. Линия перелома корней находится ниже уровня десны, вестибулярные поверхности корней уходят на глубину 4-5 мм, корни |12 имеют II степень подвижности. Соседние зубы интактны. По данным рентгенографии периодонтальные щели корней |12 расширены, в области верхушек отмечаются очаги затемнения.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Варианты лечения.

Ситуационная задача № 18.

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной В. 46 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи в связи с отсутствием 3.5, 3.6 зубов. Анамнез заболевания: отсутствующие 3.5, 3.6 зубы были удалены вследствие кариеса и его осложнений в течение последних 10 лет. Имеющаяся коронка на 1.6 зубе изготовлена 3 года назад.

Объективно при осмотре: в полости рта на 1.6 зубе имеется искусственная коронка, отвечающая ортопедическим требованиям. 2.5, 2.6 зубы выдвинуты в сторону дефекта, а 3.4, 3.7 зубы наклонены в сторону дефекта. Кариес дентина 2.5, 3.7, 4.3, 4.7 зубов.

Прикус ортогнатический.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 19.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент А. 29 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы лечил около 2 лет назад. 3.6 зуб удалили по поводу осложнения кариеса около года назад.

Объективно при осмотре: прикус ортогнатический.

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. 1.6, 2.6, 4.7 зубы - ИРОПЗ 70-80%, кариес дентина. 2.5, 4.5 зубы восстановлены световым композитом.

На прицельной рентгенограмме: 1.6, 2.6, 4.7 - определяется неполная obtурация, следы пломбировочного материала в корневых каналах, без видимых изменений в периапикальных тканях.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 20.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Д. 25 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы лечил около 4 лет назад. 2.6 зуб удалили по поводу осложнения кариеса около года назад.

Объективно при осмотре: прикус ортогнатический.

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. 1.6, 2.6, 4.7 зубы - ИРОПЗ 70-80%, вторичный кариес. 2.5, 4.5 зубы восстановлены световым композитом.

На прицельной рентгенографии: 1.6, 2.6, 4.7 - определяется неполная obtурация, следы пломбировочного материала в корневых каналах, без видимых изменений в периапикальных тканях.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 21.

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной М. 25 лет. Жалобы на болезненность и кровоточивость десны в области 3.6, 3.7 зубов.

Анамнез заболевания: 3.6, 3.7, 1.5, 2.4 зубы лечены по поводу кариеса. Объективно при осмотре:

3.6, 3.7 зубы - ИРОПЗ – 0,5.

Слизистая оболочка маргинальной части десны в области 3.6, 3.7 зубов гиперемирована, отёчна, легко кровоточит.

По рентгенологическим данным выявлена равномерная костная атрофия в области 3.6, 3.7 зубов на $\frac{1}{4}$ длины корней.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Предложите один из возможных планов лечения.

Ситуационная задача № 22.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная Н. 25 лет. Жалобы на эстетический дефект и кровоточивость в области 1.1, 1.2 зубов. Дискомфорт жевания на левой стороне челюсти. Анамнез заболевания: у 1.1 и 1.2 зубов пломбы изменились в цвете примерно год назад, кровоточивость появилась сразу после лечения зубов. 3.5 зуб удалили 6 месяцев назад вследствие кариеса и его осложнений.

Объективно при осмотре: 1.1 зуб восстановлен световым композитом по III классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, ИРОПЗ - 0.7. 1.2 зуб восстановлен световым композитом по IV классу по Блэку, кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, отмечается нависающий край пломбы в придесневой области, ИРОПЗ-0.70.

Десневой сосочек в области 1.1 и 1.2 зубов отёчный, определяется кровоточивость при зондировании в пришеечной области. Пломбы изготовлены единым блоком, при этом отмечается отсутствие места для десневого сосочка.

Гигиена полости рта удовлетворительная. Рентгенологический контроль 1.1 и 1.2 зубов выявил, что ранее проводилось эндодонтическое лечение, корневые каналы

запломбированы до апикального отверстия, разряжение в области верхушечных отверстий отсутствует.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 23.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная Я. 37 лет. Жалобы на эстетический дефект и кровоточивость в области 3.4 зубов. Дискомфорт жевания на правой стороне челюсти. Анамнез заболевания: у 3.4 зуба целостность пломбы нарушена. Слизистая оболочка в области зуба гипертрофированна. 4.6 зуб удалили 6 месяцев назад вследствие кариеса и его осложнений.

Объективно при осмотре: 3.4 зуб восстановлен световым композитом по III классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, ИРОПЗ-0.7.

Десна в области 3.4 зуба отёчна, определяется кровоточивость при зондировании в пришеечной области. Пломбы изготовлены единым блоком с нависающими краями.

Гигиена полости рта удовлетворительная. Рентгенологический контроль 3.4 зуба выявил, что ранее проводилось эндодонтическое лечение, корневой канал запломбирован до апикального отверстия, разряжение в области верхушечного отверстия отсутствует.

В области отсутствующих 4.6, 4.7 зубов деформации не выявлено. 4.5 зуб интактный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 24.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка С. 48 лет. Жалобы на отсутствие зубов в боковых отделах нижней челюсти и затруднённое пережёвывание пищи.

Общие заболевания: сахарный диабет в анамнезе. Анамнез заболевания: к врачу-стоматологу не обращалась 3 года. Последнее удаление 1.8 и 2.8 зубов было 4 года назад.

Объективно при осмотре: слизистая оболочка розового цвета. Высота нижнего отдела лица не снижена. 3.5 зуб - ИРОПЗ 40 - 50 %, ранее эндодонтически лечен по поводу острого пульпита, выявлено неплотное прилегание пломбировочного материала к тканям зуба, откол части пломбы.

4.4 зуб - ИРОПЗ - 70 %. 4.8 зуб - коронковая часть зуба разрушена, ткани корня размягчены.

Корень 4.8 зуба располагается вне зубной дуги.

На прицельной рентгенограмме 3.5, 4.5 зуба, изменений в периапикальных тканях не определяется. У 4.5, 3.5 зубов наблюдается полная obturация корневых каналов пломбировочным материалом на всем протяжении, 4.4 зуб - неполная obturация, прослеживаются следы пломбировочного материала.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 25.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент В. 42 лет.

Жалобы на эстетический дефект зубных рядов. Общие заболевания: остеопороз в анамнезе. Анамнез заболевания: зуб на верхней челюсти справа (1.6) удалили в результате осложнений кариеса. К врачу-стоматологу не обращался примерно два года.

Объективно при осмотре: коронковые части 1.7, 1.5 зубов восстановлены композитным материалом, нарушено краевое прилегание пломб, вторичный кариес, анатомическая форма зубов нарушена. Конфигурация лица не изменена, высота нижнего отдела лица не снижена.

Лимфатические узлы при пальпации не увеличены, безболезненны. Открывание рта свободное. Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений.

Данные рентгеновских, лабораторных исследований: 1.7, 1.5 – неполная obturация, следы пломбирочного материала на всём протяжении корневых каналов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 26.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Д. 43 лет. Жалобы на застревание пищи в зубах верхней и нижней челюсти слева. Общие заболевания: остеопороз и сахарный диабет в анамнезе. Анамнез заболевания: зубы удаляли в результате осложнений кариеса. К врачу стоматологу не обращался несколько лет.

Объективно при осмотре: коронки 2.5, 2.7, 3.5, 3.7 зубов восстановлены композитным материалом, выявлены сколы и нарушение краевого прилегания пломб, анатомическая форма зубов нарушена. 2.5, 2.7, 3.5, 3.7 - ИРОПЗ 70 – 80%.

Конфигурация лица не изменена, высота нижнего отдела лица не снижена.

Лимфатические узлы при пальпации не увеличены, безболезненны. Открывание рта свободное.

Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений.

Данные рентгеновских, лабораторных исследований: 2.7, 3.5 – определяется плотная равномерная obturация на всем протяжении корневых каналов зубов; 2.5, 3.7 – следы пломбирочного материала на всём протяжении корневых каналов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 27.

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Н. 45 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: полгода назад коронки 1.4, 1.7 зубов разрушились.

Объективно при осмотре: коронка 1.4, 1.7 зубов разрушена (ИРОПЗ = 0,6), твёрдые ткани размягчены, при диагностическом препарировании по удалению размягчённых твёрдых тканей индекс ИРОПЗ снизился до 0,7. Подвижности корней не отмечается. Каналы корня 1.4 зуба запломбированы до верхушки. Нёбный канал корня 1.7 зуба запломбирован на 2/3 от длины канала. 3.4 зуб покрыт искусственной коронкой. Искусственная коронка плотно охватывает шейку зуба, без разгерметизации. При зондировании 2.3, 2.5, 2.7, 3.7, 4.1 зубы имеют множественные композитные реставрации с кариозными полостями.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 28.

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной К. 60 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект.

Анамнез заболевания: 2 недели назад коронка 2.3, 1.5 зубов разрушилась. 5 лет назад проведено ортопедическое лечение с изготовлением съёмного пластиночного протеза дефекта зубного ряда.

Объективно при осмотре: коронка 2.3, 1.5 зубов полностью разрушена (ИРОПЗ = 1,0), твёрдые ткани размягчены. Отмечается подвижность 3 степени корней 2.3, 1.5 зубов. 3.4-

3.6 зубы покрыты искусственными коронками. Прилегание искусственных коронок к шейке зуба плотное, без разгерметизации. При 3.3, 4.5 зубы имеют множественные композитные реставрации с кариозными полостями. У съёмного пластиночного протеза укорочен край протеза по отношению к границам протезного ложа.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте план пародонтологического лечения.

Ситуационная задача № 29.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка В. 78 лет.

Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи в связи с частичным отсутствием зубов, трещину в съёмном протезе верхней челюсти, плохую фиксацию съёмных протезов.

Анамнез заболевания: съёмные пластиночные протезы были изготовлены 3 года назад на обе челюсти. Пользовалась редко из-за неудобства при жевании, протезы плохо фиксировались. На съёмном пластиночном протезе верхней челюсти образовалась трещина.

Объективно при осмотре: открывание рта свободное. 1.3, 2.3 зубы покрыты одиночными штампованными коронками, искусственные коронки имеют дефект по режущему краю.

На нижней челюсти штампованно-паяный мостовидный протез с нитрид титановым покрытием с опорами на 4.3, 3.3 зубы, искусственные коронки имеют дефект по режущему краю.

На рентгенограмме: 1.3, 2.3, 4.4, 4.3, 4.2 зубы без видимых изменений в периапикальных тканях, у 3.2, 3.3 зубов – разрежение костной ткани в области верхушек корней с нечёткими границами размером от 2 до 3,5 мм.

Пластиночные протезы на верхней челюсти фиксируются гнутыми кламмерами на 1.3 и 2.3 зубы, трещина в базисе протеза в области 2.3 зуба. Границы базиса протеза не соответствуют переходной складке протезного ложа верхней челюсти, укорочены по линии «А».

Пластиночные протезы на нижней челюсти фиксируются гнутыми кламмерами на 4.4 и 3.3 зубы. Базис не плотно прилегает к опорным зубам, границы базиса укорочены.

Разница между состоянием покоя и центральной окклюзией на искусственных зубах 5-6 мм. Гигиена полости рта неудовлетворительная.

После снятия мостовидного протеза с опорами на 4.4, 4.3, 4.2, 3.2, 3.3 зубы определяется подвижность 4.4, 4.3, 4.2 зубов I степени, атрофия костной ткани на $\frac{1}{3}$; 3.2, 3.3 – II степени, атрофия костной ткани более $\frac{1}{2}$.

Слизистая оболочка в области нижних зубов гиперемирована, слегка отёчна, отмечаются зубные отложения на зубах.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 30.

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной М. 62 лет. Жалобы на отсутствие зубов в боковых участках обеих челюстей, затруднённое пережёвывание пищи.

Анамнез заболевания: последнее ортопедическое лечение проводилось 10 лет назад.

Объективно при осмотре: слизистая оболочка бледно-розового цвета. В области передних зубов нижней и верхней челюсти слизистая оболочка слегка гиперемирована, отёчна, имеются зубные

отложения, отмечается атрофия костной ткани на $\frac{1}{3}$, в области 3.1, 4.1 зубов на $\frac{2}{3}$. 3.1, 4.1 зубы подвижны.

Высота нижнего отдела лица: разница между положением центральной окклюзии и функциональным покоем составляет 4-5 мм.

Коронки на 1.3, 4.4 зубах штампованные, имеют дефекты нитрид титанового покрытия. Корни 2.2, 2.7, 4.7 зубов разрушены.

У 2.2 зуба на прицельной рентгенограмме отмечается отломок инструмента в канале, в области верхушки корня разрежение костной ткани с чёткими границами, 2 мм в диаметре; на R-грамме 2.7, 4.7 зубов отмечается разрежение костной ткани по бифуркации корней.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 31.

У больного Г. 42 лет во время проверки восковой конструкции частичного съёмного пластинного протеза на верхнюю челюсть отсутствовал контакт между естественными зубами антагонистами.

Вопросы:

1. Перечислите основные требования, предъявляемые к восковым базисам и окклюзионным валикам.
2. Правила расстановки зубов и расположение кламмеров в частичном съёмном пластичном протезе

«Зубопротезирование (простое протезирование)»

Ситуационная задача № 1.

Пациентка А, 32 лет, обратилась в поликлинику с целью профилактического осмотра. Врач выяснил наличие жалоб, развитие заболевания, анамнез жизни, провел внешний осмотр и приступил к осмотру преддверия полости рта. В истории болезни в графе «прикус» врач написал «ортогнатический».

Вопросы:

1. Назовите вид окклюзии, при котором определяется прикус.
2. Опишите соотношение резцов верхней и нижней челюсти.

Ситуационная задача № 2.

Пациент Ф, 30 лет, обратился в поликлинику с жалобами на косметический дефект. При осмотре была выявлена кариозная полость в 1.1 зубе IV класса по Блеку. Поставлен диагноз «Глубокий кариес». Было проведено лечение кариеса, поставлена пломба. Для коррекции пломбы в окклюзии врач просит пациента выдвинуть нижнюю челюсть вперед, а затем назад.

Вопросы:

1. Назовите плоскость, в которой происходят движения нижней челюсти.
2. Опишите движения, совершаемые суставными головками нижней челюсти.

Ситуационная задача № 3.

Пациент У., 34 лет, обратился в поликлинику с жалобами на боли в височно-нижнечелюстном суставе. Боли наблюдаются в течение года. К стоматологу с данной проблемой пациент ранее не обращался. После проведения опроса, внешнего осмотра врач попросил пациента открыть и закрыть рот.

Вопросы:

1. Назовите плоскость, в которой происходят движения нижней челюсти в данном случае.
2. Опишите движения, совершаемые суставными головками нижней челюсти.

Ситуационная задача № 4.

Пациент Р, 45 лет, обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах изо рта, оголение корней зубов. Периодически появляются

ноющие боли в десне. После сбора анамнеза, внешнего осмотра врач приступил к осмотру полости рта. На приеме у врача-стоматолога выявлены патологические изменения в полости рта. В патологический процесс вовлечены: периодонт, десна, зубная альвеола и цемент корня зуба.

Вопросы:

1. Назовите часть зуба, находящуюся в зубной альвеоле.
2. Назовите систему, в которой происходят патологические изменения.

Ситуационная задача № 5.

Пациент Б., 65 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с целью протезирования зубов. Со слов пациента зубы были потеряны в результате осложнений кариозного процесса. При осмотре полости рта было выявлено, что у пациента отсутствуют все зубы на верхней челюсти и часть зубов на нижней челюсти.

Вопросы:

1. Охарактеризуйте возможность определения прикуса.
2. Опишите условия измерения нижней трети лица у данного пациента.

Ситуационная задача № 6.

Пациент А., 32 лет, явился с жалобами на откол коронки 3. 2 зуба. При обследовании обнаружено отсутствие коронки 3.2 зуба, оставшаяся часть ее выступает над уровнем десневого края до 3 мм. По рентгенограмме корневой канал запломбирован, периапикальных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Определите возможность изготовления культевой штифтовой вкладки в 3.2 зубе.
2. Опишите требования, которые предъявляют к корню при изготовлении культевых штифтовых вкладок.

Ситуационная задача № 7.

Пациент П., 40 лет, обратился в клинику с жалобами на разрушение и изменение в цвете 2.1 зуба. Объективно: коронка 2.1 зуба разрушена кариесом на 1\2, зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневой канал запломбирован до верхушки корня, патологических изменений периодонта нет.

Вопросы:

1. Составьте план лечения для устранения эстетического дефекта 2.1 зуба.
2. Назовите виды оттискных масс, применяемых для снятия оттиска под металлокерамическую коронку.

Ситуационная задача № 8.

Пациент С., 17 лет, явился с жалобами на отлом коронки 1.1 зуба. При обследовании обнаружено отсутствие коронки зуба, оставшаяся часть ее выступает над уровнем десневого края до 3 мм. Зондирование, перкуссия 1.1 зуба безболезненны. Диагноз: хронический периодонтит 1.1 зуба. Проведено эндодонтическое лечение.

Вопросы:

1. Определите возможность изготовления культевой штифтовой вкладки в 1.1 зубе.
2. Опишите показания к изготовлению культевых штифтовых вкладок.

Ситуационная задача № 9.

Пациент Ш., 20 лет, явился к стоматологу с жалобами на дефект коронки 2.1 зуба, на возникновение боли при приеме пищи. При обследовании врач обнаружил откол коронки зуба, оставшаяся часть зуба выступает над уровнем десны до 3 мм, зондирование корневого канала резко болезненно, видна кровоточащая пульпа.

Вопросы:

1. Определите план лечения 2.1 зуба.
2. Выберите метод обезболивания при лечении.

Ситуационная задача № 10.

Пациент Т, 43 лет, предъявляет жалобы на отлом коронки 1.3 зуба. Зуб ранее лечился по поводу пульпита. Канал запломбирован до физиологической верхушки. При осмотре обнаружено отсутствие коронки зуба, оставшаяся её часть над уровнем десневого края до 3 мм. Перкуссия безболезненна. На рентгенограмме изменений в периодонте нет.

Вопросы:

1. Назовите основные части культевой штифтовой вкладки.
2. Перечислите основные показания и противопоказания к изготовлению культевой штифтовой вкладки.

Ситуационная задача № 11.

Пациент М., 40 лет, явился на прием к стоматологу с жалобами на выпадение пломбы из 2.7 и 2.4 зубов, с просьбой восстановить зубы искусственными коронками. Зубы 2.5 и 2.6 отсутствуют. На рентгенограмме 2.7 зуба – небный канал запломбирован до физиологического отверстия, в переднем щечном канале проецируется пломбировочный материал в устье корневого канала. У 2.4 зуба каналы запломбированы, воспалительных явлений в области апексов нет. При обследовании пациенту было предложено изготовить мостовидный протез с опорой на 2.4 и 2.7 зубы.

Вопросы:

1. Определите возможность восстановления 2.7 зуба искусственной коронкой-опорой мостовидного протеза.
2. Назовите виды мостовидных протезов, которые возможно изготовить с опорой на 2.4 и 2.7 зубы.

Ситуационная задача № 12.

Пациентка А., 45 лет, обратилась в стоматологическую клинику с целью ортопедического лечения 4.6 зуба. Из анамнеза выяснено, что 4.6 зуб неоднократно лечен с наложением пломб, но пломбы через три-четыре месяца выпадали. При осмотре 4.6 зуба обнаружена кариозная полость на жевательной поверхности в пределах эмали и средних слоёв дентина, зондирование стенок безболезненно. Индекс ИРОПЗ=0,6. Врач произвел препарирование кариозной полости, наложил постоянную пломбу. И решил изготовить на 4.6 зуб металлокерамическую коронку.

Вопросы:

1. Перечислите показания к изготовлению металлокерамических коронок.
2. Назовите разновидности пришеечных уступов, формируемых при препарировании зуба под металлокерамические коронки.

Ситуационная задача № 13.

Пациент Ф., 45 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи. При обследовании обнаружено: 4.7 зуб разрушен на 60 %, жевательная поверхность восстановлена пломбировочным материалом, при рентгенологическом обследовании корневые каналы запломбированы, периапикальных изменений не выявлено. Пациенту решено было изготовить металлокерамическую коронку на 4.7 зуб.

Вопросы:

1. Определите показания к восстановлению зуба металлокерамической коронкой.
2. Назовите виды оттискных масс, применяемых для снятия оттиска под металлокерамическую коронку.

Ситуационная задача № 14.

Пациент О., 47 лет, обратился в клинику с жалобой на разрушение и изменение в цвете 3.7 зуба. Объективно: коронка 3.7 зуба разрушена кариесом на 3/4, зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневые каналы запломбированы до верхушек корней, патологических изменений пародонта нет. Больному решено было изготовить штампованную коронку на 3.7 зуб.

Вопросы:

1. Перечислите клинические и лабораторные этапы изготовления штампованной коронки.
2. Назовите необходимые материалы для проведения этапа фиксации коронки в полости рта.

Ситуационная задача № 15.

Пациент М., 60 лет, явился к стоматологу с целью протезирования. Он предъявил жалобы на затруднённый приём пищи. При обследовании обнаружено: на верхней челюсти полный съёмный пластиночный протез. На нижней челюсти в 3.7, 4.7 зубах пломбы, остальные зубы отсутствуют. По рентгенограмме каналы зубов запломбированы, периапикальные ткани без патологии.

Вопросы:

1. Выберите оттисковый материал для этого случая.
2. Расскажите положительные и отрицательные свойства выбранного оттискового материала.

Ситуационная задача № 16.

Пациент К., 50 лет, обратился к стоматологу с целью изготовления коронки на 2.7 зуб. Из анамнеза выяснено: 2.7 зуб два года назад был лечен с пломбированием каналов и наложением пломбы. Через два-три месяца пломбы выпадали, их заменяли новыми. При осмотре в 2.7 зубе пломба, контактный пункт нарушен, десневые межзубные сосочки синюшного цвета, слегка отёчны. По рентгенограмме: каналы 2.7 зуба запломбированы до верхушки, периапикальные ткани без патологии. Врач решил изготовить на 2.7 зуб литую цельнометаллическую коронку.

Вопросы:

1. Объясните преимущества изготовления цельнолитых коронок по сравнению со штампованными.
2. Дайте определение «оттиску».

Ситуационная задача № 17.

Пациент Д., 25 лет, явился к стоматологу с жалобами на появление болей от холодного и горячего в области зуба 1.1. Из анамнеза выяснено, что два месяца была травма челюстно-лицевой области. При осмотре обнаружено: скол коронки 1.1 зуба в пределах эмали и дентина, обнажение пульпы. Врач под анестезией удалил пульпу, запломбировал канал, наложил пломбу и решил изготовить металлокерамическую коронку.

Вопросы:

1. Расскажите об особенностях препарирования зубов под металлокерамическую коронку.
2. Объясните назначение создания уступа.

Ситуационная задача № 18.

Пациент М., 40 лет, явился на прием к стоматологу с жалобами на выпадение пломбы из 2.4 зуба и с просьбой восстановить его искусственной коронкой. При обследовании зуба обнаружена глубокая кариозная полость, язычная и задняя стенки отсутствуют. Полость зуба раскрыта, на дне полости зуба и в устьях корневых каналов обнаружен пломбирочный материал. На рентгенограмме – небный канал запломбирован до

физиологического отверстия, в щечном канале проецируется пломбировочный материал в устье корневого канала, у верхушки которого имеется разрезание костной ткани с нечеткими границами.

Вопросы:

1. Составьте план лечения данного 2.4 зуба.
2. Перечислите требования, предъявляемые к полным искусственным коронкам.

Ситуационная задача № 19.

Пациент У., 26 лет, явился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект 1.2 зуба. Из анамнеза выяснено, что зуб неоднократно лечен, но пломбы выпадали через 2-3 месяца. При осмотре: коронка 1.2 зуба разрушена наполовину, в полости зуба обнаружены остатки пломбировочного материала. На рентгенограмме - канал зуба запломбирован до физиологического отверстия, изменений в периодонте нет.

Вопросы:

1. Составьте план лечения для устранения эстетического дефекта 1.2 зуба.
2. Назовите этапы изготовления металлокерамической коронки.

Ситуационная задача № 20.

Пациент Т., 75 лет, обратился к стоматологу-ортопеду с целью протезирования. При осмотре полости рта: 4.7 зуб имеет большую полость на жевательной поверхности, зондирование и перкуссия безболезненны, стенки зуба до 1мм. На рентгенограмме: каналы запломбированы, изменений в периодонте нет. По показаниям пациенту необходимо изготовить металлическую штампованную коронку на 4.7 зуб.

Вопросы:

1. Назовите показания к изготовлению металлической штампованной коронки.
2. Перечислите требования, предъявляемые к культе зуба, подготовленной под металлическую штампованную коронку.

Ситуационная задача № 21.

Пациент Ф., 35 лет, обратился в поликлинику с жалобами на частое выпадение пломбы в 1.7 зубе. При осмотре 1.7 зуба обнаружена на жевательной и задней контактной поверхности пломба, окклюзионный контакт с зубом-антагонистом неудовлетворительный. Изменений в периодонте нет. Пациенту было решено изготовить цельнолитую металлическую коронку на 1.7 зуб.

Вопросы:

1. Определите показания к восстановлению коронки зуба цельнолитой металлической коронкой.
2. Определите требования, предъявляемые к культе зуба, подготовленной под цельнолитую металлическую коронку.

Ситуационная задача № 22.

Пациент С., 42 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи на правой стороне. При обследовании выявлено отсутствие 1.5, 1.6 зубов. Пациенту решено изготовить цельнолитой металлический мостовидный протез с опорой на 1.4, 1.7 зубы.

Вопросы:

1. Определите противопоказания к восстановлению дефекта зубного ряда цельнолитым мостовидным металлическим протезом.
2. Определите требования, предъявляемые к культе зуба, подготовленной под цельнолитую металлическую коронку – опору мостовидного протеза.

Ситуационная задача № 23.

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

Вопросы:

1. Назовите показания к изготовлению металлического штампованного мостовидного протеза.
2. Расскажите этапы одонтопрепарирования 4.5 и 4.7 зубов под металлическую штампованную коронку.

Ситуационная задача № 24.

Пациент У., 26 лет, явился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект 1.2 зуба. Из анамнеза выяснено, что зуб неоднократно лечен, но пломбы выпадали через 2-3 месяца. При осмотре: коронка 1.2 зуба разрушена наполовину, в полости зуба обнаружены остатки пломбировочного материала. На рентгенограмме - канал зуба запломбирован до физиологического отверстия, изменений в периодонте нет.

Вопросы:

1. Составьте план лечения для устранения эстетического дефекта 1.2 зуба.
2. Расскажите о видах уступов при изготовлении металлокерамической коронки.

Ситуационная задача № 25.

Пациент Т., 75 лет, обратился к стоматологу-ортопеду с целью протезирования. При осмотре полости рта: 4.7 зуб имеет большую полость на жевательной поверхности, зондирование и перкуссия безболезненны, стенки зуба до 1мм. На рентгенограмме: каналы запломбированы, изменений в периодонте нет. По показаниям пациенту необходимо изготовить металлическую штампованную коронку на 4.7 зуб.

Вопросы:

1. Назовите показания к изготовлению металлической штампованной коронки.
2. Перечислите требования, предъявляемые к культе зуба, подготовленной под металлическую штампованную коронку.

Ситуационная задача № 26.

Пациент Ф., 35 лет, обратился в поликлинику с жалобами на частое выпадение пломбы в 1.7 зубе. При осмотре 1.7 зуба обнаружена на жевательной и задней контактной поверхности пломба, окклюзионный контакт с зубом-антагонистом неудовлетворительный. Изменений в периодонте нет. Пациенту было решено изготовить цельнолитую металлическую коронку на 1.7 зуб.

Вопросы:

1. Назовите преимущества и недостатки цельнолитых металлических коронок.
2. Назовите этапы одонтопрепарирования под литые металлические коронки.

«Хирургия полости рта»

Ситуационная задача № 1.

Пациентка Н., 23 года, обратилась к стоматологу-хирургу с жалобами на наличие язвы в области красной каймы нижней губы. Пациентка считает себя больной в течение четырех недель. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Подподбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, безболезненны, плотноэластичной консистенции, кожа над ними в цвете не изменена. При осмотре в области нижней губы определяется язва округлой формы с

ровными не подрывными краями, четко отграниченная от окружающих тканей. Ее дно имеет цвет красного мяса. Язва покрыта небольшим количеством прозрачного серозного отделяемого. По ее периферии определяется застойно-гиперемированная кайма. Под язвой пальпируется ограниченный, безболезненный, хрящеподобный инфильтрат.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациентке?
2. Какие дополнительные методы обследования в указанной клинической ситуации должен назначить стоматолог-хирург пациентке?

Ситуационная задача № 2.

Пациент Г., 43 года, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на образования, выступающие на слизистой оболочке губ, языка, твердом небе, небных дужках миндалин, общую слабость, увеличение всех групп лимфатических узлов. Пациент считает себя больным в течение нескольких месяцев, к врачу не обращался. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, безболезненны, плотноэластичной консистенции, кожа над ними в цвете не изменена. При осмотре области рта в его углах, на языке, небных дужках, слизистой оболочке щек, губ определяются папулы в виде плотных, округлых, серовато-белых, безболезненных, отграниченных от нормальной слизистой оболочки элементов размером 1 × 2 см. При поскабливании шпателем налет, покрывающий папулу, снимается, под ним определяется эрозия мясо-красного цвета. При лабораторном исследовании установлена положительная реакция Вассермана (RW).

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации?

Ситуационная задача № 3.

Пациент З., 57 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на наличие резко болезненной язвы в области языка, увеличенные и болезненные подподбородочные и поднижнечелюстные узлы, повышение температуры тела. Пациент считает себя больным в течение трех недель. В анамнезе имеется туберкулез легких. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы слегка болезненные, плотноватые, бугристые, плохо подвижные, с кожей не спаянные. При осмотре полости рта: в области корня языка определяется язва (1 × 1,5 см), дно и края которой уплотненные, неровные, отечные, покрытые грязно-серым налетом.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Какие дополнительные методы обследования в указанной клинической ситуации должен назначить стоматолог-хирург пациенту?

Ситуационная задача № 4.

Пациент Б., 59 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на значительную патологическую подвижность зубов нижней челюсти слева. Из анамнеза пациента известно, что он страдает активным туберкулезом легких. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. В поднижнечелюстной области слева отмечается наличие свищей. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, уплотнены, болезненны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного

отростка нижней челюсти слева гиперемирована, отечна. У зубов 3.5, 3.6, 3.7 констатируется рецессия десны. Зубы патологически подвижны (II степень).

По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) визуализируется очаг деструкции костной ткани с неровными краями и полукруглыми углублениями по периферии, определяются мелкие секвестры. Вокруг очага деструкции видна полоса остеопороза. Рентгенологическая картина в области верхушек корней зубов 3.5, 3.6, 3.7 сходна с таковой при хроническом гранулирующем периодонтите. При бактериоскопическом исследовании биопсийного материала обнаружена палочка Коха.

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Какие основные принципы проведения химиотерапии и хирургического лечения следует соблюдать стоматологу-хирургу в указанной клинической ситуации?

Ситуационная задача № 5.

Пациентка Л., 27 лет, обратилась с жалобами на боль и припухлость мягких тканей в поднижнечелюстной области слева, повышение температуры тела до 37,3 °С, недомогание, общую слабость. Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрата в поднижнечелюстной области слева. Кожа над ним ярко-розовая, она спаяна с окружающими тканями, в центре истончена. Инфильтрат без четких границ. Пациентка открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 3.7 гиперемирована, отечна. Зуб 3.7 под пломбой, перкуссия его положительна.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациентке?
2. Каков план лечения пациентки в указанной клинической ситуации?

Ситуационная задача № 6.

Пациент Ш., 39 лет, обратился на прием к стоматологу-хирургу с жалобами на боль и припухлость мягких тканей правой половины лица, ограничение открывания рта, повышение температуры тела до 38,4 °С, слабость, тошноту, недомогание. Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека и инфильтрации мягких тканей в поднижнечелюстной, щечной, околоушно-жевательной и височной областях справа. В отдельных участках инфильтрата имеются очаги размягчения. Кожа над ним синюшного цвета, она спаяна с подлежащими тканями. Через свищи истекает тягучее гноевидное отделяемое, содержащее мелкие белесоватые зерна. Открывание рта ограничено до 1,5 см между центральными резцами. Полость рта не санирована, присутствуют множественные очаги хронической одонтогенной инфекции.

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Каков план лечения пациента в указанной клинической ситуации?

Ситуационная задача № 7.

Пациент А., 32 года, обратился в стоматологическую поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на фурункул в области носогубной складки слева, озноб, повышенную температуру тела (более 39 °С). Из анамнеза известно, что 2 дня назад в области носогубной складки пациент обнаружил фурункул, который пытался выдавить. Объективно: отмечается выраженная интоксикация, температура тела 39,4 °С. Присутствует выраженный отек мягких тканей в области носогубной складки, который выходит за пределы инфильтрата и распространяется на конъюнктиву нижнего века левого

глаза. По ходу левой угловой вены определяется болезненный инфильтрат в виде тяжа. Кожные покровы под ним гиперемированы, имеют синюшный оттенок, напряжены. Движения левого глазного яблока ограничены. В общем анализе периферической крови определяется лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 52 мм/ч. Результаты анализа мочи свидетельствуют об изменениях, характерных для токсического нефрита.

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Составьте план обследования и комплексного патогенетического лечения.

Ситуационная задача № 8.

Во время вечернего обхода врача на дежурстве его внимание задержал пациент Г., 36 лет, находящийся на лечении в специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии. Восемь часов назад после обследования в приемном покое многопрофильной больницы ему был выставлен диагноз фурункул правой щечной области, осложненный тромбозом угловой вены справа, проведена первичная хирургическая обработка гнойного очага и назначено лечение, включающее:

- 1) ежедневные перевязки;
- 2) антибиотики широкого спектра действия;
- 3) нестероидные противовоспалительные средства;
- 4) антигистаминные средства;
- 5) аспирин в качестве антикоагулянта непрямого действия.

Однако, несмотря на проводимое лечение, на момент осмотра врачом пациент предъявляет жалобы на озноб. Объективно: констатируется отек и инфильтрация тканей по ходу угловой вены лица. Отек распространяется за пределы инфильтрата. В участке инфильтрации определяется резкая болезненность. Болезненная зона имеет синюшный оттенок. Остальные кожные покровы бледные. Температура тела пациента 38,4 °C.

В анализе периферической крови определяется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, укорочение времени свертывания крови, появление фракции В «фибриногена», повышение активности XIII фактора, угнетение фибринолиза; протромбиновый индекс (ПТИ) в пределах нормы.

Вопросы:

1. Каким образом должно быть скорректировано комплексное лечение данного пациента?
2. Ошибка в лечении?

Ситуационная задача 9.

Пациентка А., 22 года, обратилась в стоматологическую поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на фурункул в области носогубной складки слева, озноб, слабость, повышенную температуру тела (более 39 °C), резкую боль в области левого глаза и его выпячивание. Из анамнеза известно, что 3 дня назад в области носогубной складки пациентка обнаружила фурункул, который неоднократно пыталась выдавить. Состояние постепенно ухудшалось, но она не обращалась за специализированной помощью, занималась самолечением. Объективно: отмечается выраженная интоксикация, температура тела 39,5 °C. Присутствует выраженный отек мягких тканей в области носогубной складки, который выходит за пределы инфильтрата и распространяется на левый глаз. Из-за отека век пациентке не удается раскрыть глазную щель, отмечается экзофтальм с левой стороны. Констатируется расширение зрачка левого глаза и вен глазного дна. По ходу левой угловой вены определяется болезненный инфильтрат в виде тяжа.

Кожные покровы под ним гиперемированы, имеют синюшный оттенок, напряжены. Движения глазного яблока резко ограничены. В общем анализе периферической крови

определяется лейкоцитоз (18×10^9 /л) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 58 мм/ч. Результаты анализа мочи свидетельствуют об изменениях, свойственных токсическому нефриту.

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациентке?
2. Укажите основные составляющие патогенетического лечения.

Ситуационная задача № 10.

В приемный покой многопрофильной больницы к челюстно-лицевому хирургу обратился пациент С., 57 лет, который предъявляет жалобы на боль при глотании, разговоре, движениях языком. Речь пациента невнятная, голос хриплый. Объективно: отмечается выраженный отек, и инфильтрация мягких тканей подподбородочной и поднижнечелюстной областей. Кожа в указанных областях гиперемирована, отечна, напряжена, в складку она не собирается. Отек распространяется на шею и доходит до ключиц и яремной впадины. При пальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат. Рот пациента полуоткрыт, из него ощущается неприятный запах. Язык сухой, покрытый налетом грязно-серого цвета, движения его ограничены. Слизистая оболочка дна полости рта гиперемирована, отечна. Кожные покровы лица и грудной клетки пациента цианотичны, пастозны, с мраморным оттенком. Отмечается резкая одышка. Число дыхательных движений достигает 48 в минуту. Дыхание поверхностное, вдох значительно укорочен, а выдох в 2 раза удлинен. Пульс 142 удара в минуту. Температура тела 39 оС. Пациент указывает, что испытывает некоторое облегчение в положении сидя с опущенной головой. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки в периферической крови, С-реактивный белок (+++). У пациента констатируются изменения кислотно-щелочного состояния крови, содержания щелочной и пировиноградной кислот, электролитного баланса.

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Какое дополнительное обследование для верификации поставленного диагноза необходимо провести?

Ситуационная задача № 11.

Пациент Р., 31 год, находится на лечении у стоматолога-хирурга. Три дня назад пациенту был удален зуб 4.6 и выполнена периостеотомия по поводу острого гнойного периостита нижней челюсти от зуба 4.6. Врач назначил пациенту местное лечение: гипотермию и ванночки с гипертоническим раствором натрия хлорида 5–6 раз в день. Через три дня пациент, придя на прием, отметил, что его беспокоят головные боли, бессонница, слабость, озноб, неоднократно повторяющийся в течение суток. Он указал, что боли в области нижней челюсти и отек мягких окологлазничных тканей сохраняются. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека в области нижней челюсти справа. Поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены ($1 \times 1,2$ см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот с трудом из-за сильной боли в нижней челюсти справа. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 4.5, 4.7, лунки зуба 4.6 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с язычной сторон. Лунка удаленного зуба 4.6 выполнена серым фибринозным налетом. В преддверии полости рта по переходной складке визуализируется рана протяженностью 1,5 см с дренажом из перчаточной резины, по которому выделяется гнойный экссудат.

Перкуссия зубов 4.5 и 4.7 болезненна. Указанные зубы патологически подвижны (II степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в области, вовлеченной в гнойно-воспалительный процесс участков костной ткани нижней челюсти, патологических изменений не выявлено. Температура тела пациента 38,2 °С. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ (16 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки в периферической крови, С-реактивный белок (+).

Вопросы:

1. На основании данных клинического обследования пациента поставьте диагноз.
2. Укажите тактические ошибки хирурга-стоматолога при ведении данного пациента.

Ситуационная задача № 12.

Пациентка Ш., 33 года, обратилась в выходной день к дежурному стоматологу-хирургу с жалобами на сильные боли в области лунки удаленного четыре дня назад зуба 1.4, неприятный запах изо рта, слабость.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека окологлазничных тканей в области верхней челюсти справа. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (0,9 × 1 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациентка открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 1.3, 1.5, лунки зуба 1.4 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с небной стороны, имеются ее разрывы с обнажением костной ткани альвеолярного отростка. Лунка удаленного зуба 1.4 выполнена серым фибринозным налетом. Перкуссия зубов 1.3 и 1.5 болезненна.

Указанные зубы имеют патологическую подвижность (II степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в области, вовлеченной в гнойно-воспалительный процесс участков костной ткани нижней челюсти, патологических изменений не выявлено. Температура

тела пациента 37,8 °С. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ (12 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, плазматические клетки, присутствие С-реактивного белка.

Вопросы:

1. На основании данных клинического обследования пациентки поставьте диагноз.
2. Определите тактику лечения пациентки.

Ситуационная задача № 13.

Пациентка А., 27 лет, обратилась к стоматологу-терапевту по поводу появившейся острой боли зуба 1.5 семь дней назад. Полость зуба 1.5 была раскрыта, из корневого канала удален распад пульпы. Пациентке врачом были даны рекомендации и назначен прием на следующий день, на который она не явилась. Пациентка обратилась к стоматологу-хирургу через семь дней из-за сильных болей в области верхней челюсти справа, ухудшения общего состояния и гнойных выделений из правой половины носа.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека в области окологлазничных мягких тканей верхней челюсти справа, распространяющегося и в подглазничную область. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (0,8 × 1,2 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациентка открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 1.4, 1.5, 1.6 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с небной стороны. Перкуссия указанных зубов болезненна. Патологически подвижны зубы 1.4, 1.5 (II степень), 1.6 (I степень). По данным

лучевых методов исследования (ортопантограммы) в области верхушки апекса корня зуба 1.5 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими и неровными контурами в виде языков пламени. Данные УЗИ свидетельствуют об уровне жидкости в правой верхнечелюстной пазухе. Температура тела пациента 37,9 °С. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ (14 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, плазматические клетки, присутствие С-реактивного белка.

Вопросы:

1. На основании данных клинического обследования пациентки поставьте диагноз.
2. Какое осложнение основного заболевания развилось у пациентки и какие еще могут развиться при неблагоприятном течении патологического процесса?

Ситуационная задача № 14.

Пациентка В., 35 лет, обратилась к стоматологу-терапевту по поводу острой боли зуба 2.4 две недели назад. Полость зуба 2.4 была раскрыта, из корневых каналов удален распад пульпы. Пациентке врачом были даны рекомендации и назначен прием на следующий день для продолжения лечения, однако на прием она не явилась. Пациентка обратилась к врачу через две недели из-за сильных болей в области верхней челюсти слева, ухудшения общего состояния. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека околочелюстных мягких тканей в области верхней челюсти слева. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (0,6 × 0,9 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациентка открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 1.3, 1.4, 1.5 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с небной стороны. В указанной области имеется муфтообразное утолщение альвеолярного отростка. Перкуссия указанных зубов болезненна. Зубы 1.3, 1.4, 1.5 патологически подвижны (II степень). Зуб 1.4 имеет патологический зубодесневой карман, из которого выделяется гнойный экссудат. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в области корней зубов 1.3, 1.4, определяются незначительные деструктивные изменения костной ткани с нечеткими контурами. Температура тела пациентки 38 °С. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ (15 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, плазматические клетки, присутствие С-реактивного белка (++).

Вопросы:

1. На основании данных клинического обследования пациентки поставьте диагноз.
2. На основании каких клинических данных было сделано заключение о длительности течения заболевания?

Ситуационная задача № 15.

Пациент Л., 45 лет, обратился с жалобами на боли в области нижней челюсти слева, озноб, слабость, затрудненное открывание рта, боль в горле слева, чувство онемения подбородка и нижней губы слева. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека околочелюстных мягких тканей в области нижней челюсти слева. Поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены (0,9 × 1,2 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот с трудом из-за сильной боли в нижней челюсти слева и воспалительной контрактуры жевательных мышц. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 3.8 и 3.7 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с язычной стороны. Зуб 3.8 на жевательной поверхности имеет глубокую кариозную полость, выполненную размягченным дентином, ее зондирование

безболезненно. Перкуссия зубов 3.8 и 3.7 болезненна. Указанные зубы патологически подвижны (II степень). В области зуба 3.8 с дистальной поверхности имеется патологический зубодесневой карман, из которого при надавливании на зуб выделяется гнойный экссудат. По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) в области, вовлеченной в гнойно-воспалительный процесс участков костной ткани нижней челюсти, патологических изменений не выявлено. Температура тела пациента 38,1 °С. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ (12 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки, С-реактивный белок (+).

Вопросы:

1. На основании данных клинического обследования пациента поставьте диагноз.
2. Как именуется симптом, свидетельствующий об онемении подбородка и нижней губы слева? Клиническим признаком каких изменений он является в данной ситуации?

Ситуационная задача № 16.

В отделение челюстно-лицевой хирургии поступил пациент Н., 50 лет, с жалобами на наличие свища в поднижнечелюстной области справа. Из анамнеза установлено, что 3 месяца назад по поводу хронического апикального периодонтита был удален зуб 4.8, после чего через два дня пациент поступил в отделение септической челюстно-лицевой хирургии с жалобами на сильные боли в области лунки удаленного зуба 4.8, асимметрию лица за счет коллатерального отека правой половины лица, неприятный запах изо рта, слабость, озноб, неоднократно повторяющийся в течение суток. Ему был поставлен диагноз острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа от удаленного зуба 4.8, осложненный флегмоной крылонижнечелюстного пространства, поднижнечелюстной области справа. В клинике была произведена операция — первичная хирургическая обработка гнойного очага. В течение двух недель проводилось комплексное противовоспалительное лечение. Лучевые методы исследования не выполнялись. Пациент был выписан на амбулаторное долечивание под наблюдением стоматолога-хирурга поликлиники по месту жительства. Через 2,5 месяца после операции (первичной хирургической обработки гнойного очага) в области послеоперационного рубца открылся свищ, из которого выделялся гнойный экссудат.

Вопросы:

1. На основании данных, представленных в условии задачи, поставьте пациенту предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования должны быть проведены пациенту для верификации диагноза?

Ситуационная задача № 17.

К дежурному стоматологу-хирургу приемного покоя в стационаре обратился пациент Ф., 56 лет, с жалобами на наличие свища, из которого выделяется гнойный экссудат. Из анамнеза известно, что пациент 3 месяца назад удалил зуб 3.8 и перенес острый одонтогенный остеомиелит, осложненный флегмоной крылонижнечелюстного пространства, поднижнечелюстной области слева.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрации мягких тканей в области угла и тела нижней челюсти слева.

В поднижнечелюстной области слева в зоне послеоперационного рубца визуализируется свищ, из которого определяется рост грануляционной ткани со скудным гнойным отделяемым. Кожные покровы в области свища гиперемированы, они имеют синюшный оттенок. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы увеличены (0,5 × 0,7 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот на 3 см.

При осмотре полости рта: из лунки зуба 3.8 выделяется гнойный экссудат. Определяется симптом Венсана. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и компьютерной томограммы) констатируется наличие большого числа очагов деструкции костной ткани с нечеткими контурами (секвестров), локализующихся в области горизонтального сегмента тела нижней челюсти, ее угла и ветви слева. Электроодонтодиагно-стика (ЭОД) выявила снижение порога возбудимости зубов 3.5, 3.6, 3.7.

Вопросы:

1. На основании данных клинического обследования поставьте диагноз пациенту.
2. Какие осложнения могут развиваться у пациента при неблагоприятном течении патологического процесса?

Ситуационная задача № 18.

В приемный покой к дежурному челюстно-лицевому хирургу обратилась пациентка К., 55 лет, с жалобами на наличие свища, из которого выделяется гнойный экссудат. Из анамнеза известно, что пациентка 3 месяца назад удалила зуб 4.7 и перенесла острый одонтогенный остеомиелит, осложненный флегмоной крыловиднонижнечелюстного пространства, поднижнечелюстной области справа. Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрации окологлазничных мягких тканей в области угла и тела нижней челюсти справа. В поднижнечелюстной области справа в зоне послеоперационного рубца имеется свищ, из которого определяется рост грануляционной ткани со скудным гнойным отделяемым. Кожные покровы в области свища гиперемированы, они имеют синюшный оттенок. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы увеличены (0,6 × 0,8 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациентка открывает рот на 2,5 см.

При осмотре полости рта: в лунке зуба 4.7 видно гнойное отделяемое.

Зубы 4.8 и 4.6 патологически подвижны (I степень). Определяется симптом Венсана. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и компьютерной томограммы) констатируется наличие большого числа очагов деструкции костной ткани с нечеткими контурами (секвестров), локализующихся в области горизонтального сегмента тела нижней челюсти, ее угла и ветви справа. Причем корень зуба 4.8 расположен в остеомиелитическом очаге, а корни 4.6 — в непосредственной близости от очага деструкции кости. ЭОД выявила снижение порога возбудимости зубов 4.6, 4.8. На основании приведенных данных пациентке был поставлен диагноз хронический одонтогенный диффузный остеомиелит горизонтального сегмента тела нижней челюсти, угла, ветви справа. С начала заболевания прошло 3 месяца.

Вопросы:

1. Какое хирургическое лечение должно быть проведено в указанной клинической ситуации?
2. Какой должна быть тактика челюстно-лицевого хирурга по отношению к зубам 4.6 и 4.8 (при показаниях ЭОД 40–50 мкА) с учетом данных лучевых методов исследования?

Ситуационная задача № 19.

Пациент А., 32 года, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на гнойное отделяемое в области лунки удаленного зуба 1.2. Из анамнеза известно, что зуб 1.2 был удален месяц назад по поводу хронического апикального гранулирующего периодонтита. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелю-

стные лимфатические узлы увеличены (0,4 × 0,6 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка десны в области лунки 1.2 гиперемирована, отечна. Из лунки выбухают грануляции с гнойным отделяемым. Перкуссия зубов 1.1 и 1.3 слабо положительна. Зуб 1.1 патологически подвижен (I степень), зуб 1.3 устойчив. По

данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) определяется множество мелких секвестров в области лунки зуба 1.2.

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании данных клинического обследования должен быть поставлен пациенту?
2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации?

Ситуационная задача № 20.

Пациент М., 36 лет, в течение четырех месяцев наблюдался у стоматолога-хирурга по поводу хронического одонтогенного диффузного остеомиелита горизонтального сегмента тела нижней челюсти слева. Он неоднократно был госпитализирован в стационар с целью проведения противовоспалительной терапии в отделение септической челюстно-лицевой хирургии.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрации мягких тканей в области угла и тела нижней челюсти слева. В поднижнечелюстной области слева определяется свищ, из которого виден рост грануляционной ткани с небольшим количеством гнойного отделяемого. Кожные покровы в области свища гиперемированы, они имеют синюшный оттенок. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы увеличены (0,5 × 0,8 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот на 2,5 см. При осмотре полости рта: из лунки зуба 3.7 выделяется гнойный экссудат. Перкуссия зубов 3.7, 3.5 слабо положительна. Указанные зубы патологически подвижны (I степень). Определяется симптом Венсана. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и компьютерной томограммы) констатируется наличие большого числа очагов деструкции костной ткани с нечеткими контурами (секвестров), локализующихся в области горизонтального сегмента тела нижней челюсти. ЭОД выявила снижение порога возбудимости зубов 3.5 и 3.6. Общее состояние пациента резко ухудшилось. Температура тела поднялась до 38,5 °С. Появилась инфильтрация мягких околочелюстных тканей в поднижнечелюстной области слева. Кожа над инфильтратом гиперемирована, отечна, в складку она не собирается. Определяется симптом глубокой флюктуации. Открывание рта ограничено из-за воспалительной контрактуры жевательных мышц.

Попытка открыть рот провоцирует сильный болевой приступ. Мягкие ткани в подъязычной области справа отечны, гиперемированы.

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Какие дополнительные методы обследования должен назначить стоматолог-хирург пациенту?

Ситуационная задача № 21.

Пациент К., 40 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на болезненные высыпания в полости рта, затрудненный прием пищи. Из анамнеза установлено, что около месяца пациент страдает лихорадочным состоянием, отмечает потливость, потерю аппетита, резкое похудение. На протяжении нескольких месяцев наблюдались высыпания на губах в виде пузырьков, корочек, но к стоматологу пациент не обращался. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (0,4 × 0,4 см), болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта отмечается поражение слизистой оболочки в области твердого и мягкого неба, переходных складок в виде язв неправильных очертаний, покрытых серовато-белым налетом. На нижней губе определяются пузырьки, заполненные серозным экссудатом, на гиперемированном основании.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Какие дополнительные методы обследования в указанной клинической ситуации должен назначить стоматолог-хирург пациенту?

Ситуационная задача № 22.

К стоматологу-хирургу обратился пациент Л., 35 лет, с жалобами на наличие белого творожистого налета на слизистой оболочке щек, языке, деснах, зеве. При сборе анамнеза было выявлено, что 4 месяца назад пациент перенес грипп, после чего в течение 2 месяцев у него отмечалась лихорадка, увеличение поднижнечелюстных, шейных, паховых лимфатических узлов, диспепсия (диарея более 1 месяца). За последние два месяца пациент резко снизил массу тела. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. При исследовании лимфатической системы установлено увеличение до $2,0 \times 2,5$ см поднижнечелюстных и до $1,5 \times 2,0$ см шейных и паховых лимфатических узлов. Они безболезненны, подвижны, уплотнены, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта выявлено наличие белого налета в виде творожистых бляшек на слизистой оболочке щек, языке, деснах и зеве. Налет легко снимается шпателем, после чего остаются кровоточащие эрозии.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Какое обследование должно быть назначено пациенту для верификации диагноза?

Ситуационная задача № 23.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Г., 52 года, житель г. Витебска, с жалобами на повреждения слизистой оболочки полости рта под языком и на небе, жжение в полости рта при приеме соленой, кислой или острой пищи. При сборе анамнеза было установлено, что полгода назад пациент перенес инфекционный мононуклеоз. Однако через месяц после выздоровления в течение 3,5 месяцев он отмечал лихорадку, увеличение поднижнечелюстных, шейных и подмышечных лимфатических узлов, диспепсию (диарея в течение 2 месяцев). Кроме того, пациент отметил значительное прогрессивное снижение массы тела. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. При исследовании лимфатической системы установлено увеличение до $2,0 \times 2,0$ см поднижнечелюстных, до $1,5 \times 2,0$ см шейных и до $2,5 \times 2,5$ см подмышечных лимфатических узлов. Они безболезненны, подвижны, уплотнены, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта выявлено наличие слабо различимых повреждений слизистой оболочки полости рта на дорсальной поверхности языка и мягком небе.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Где должна осуществляться первичная постановка диагноза и последующая диспансеризация данного пациента?

Ситуационная задача № 24.

На прием к стоматологу-хирургу по поводу удаления зуба обратился ВИЧ-инфицированный пациент В., 41 год. О наличии у него данного заболевания пациент своевременно предупредил врача. Визит пациента в учреждение здравоохранения был первичным.

Вопросы:

Как врач должен выполнить маркировку амбулаторной карты данного пациента при ее оформлении?

Ситуационная задача № 25.

К стоматологу-хирургу на консультацию обратился ВИЧ-инфицированный пациент Ю., 62 года, житель г. Могилева, которому в РНПЦ онкологии была выполнена операция Крайля по поводу злокачественного новообразования челюстно-лицевой области.

Вопросы:

1. Где пациент должен пройти освидетельствование для определения группы инвалидности?
2. Какие документы и из каких учреждений здравоохранения должны быть предоставлены пациентом для определения группы инвалидности?

Ситуационная задача № 26.

В отделении септической челюстно-лицевой хирургии в палате интенсивной терапии и реанимации умер пациент с диагнозом СПИД, острый одонтогенный остеомиелит от зуба 3.7, осложненный флегмоной дна полости рта, тотальным одонтогенным медиастинитом, полиорганной недостаточностью.

1. Кем должно быть оформлено врачебное свидетельство о смерти данного пациента?
2. Как следует указывать диагноз во врачебном свидетельстве о смерти ВИЧ-инфицированного пациента?

Ситуационная задача № 27.

На консультацию пациента С., 29 лет, находящегося на стационарном лечении в общем терапевтическом отделении, пригласили стоматолога-хирурга. Пациент предъявляет жалобы на повышение температуры тела различной интенсивности (чаще 37,5–38 °С, реже 39 °С), которое сопровождается познабливанием и потливостью; на боли и першение в горле, изъязвления на слизистой оболочке полости рта, боли в суставах и головные боли, высыпания на лице, туловище, конечностях. Из анамнеза удалось установить, что пациент относится к группе риска и употребляет наркотические вещества, причем наиболее часто вводит их внутривенно. Объектив

но: температура тела 37,9 °С, определены острый тонзиллит и фарингит, эритема и изъязвления на слизистой оболочке полости рта и глотки, полиаденопатия, увеличение печени и селезенки. На лице, туловище и конечностях констатированы петехиальные высыпания. В периферической крови отмечается незначительный лейкоцитоз, невысокий лимфоцитоз, появление молодых форм лимфоцитов, показатели СОЭ в пределах нормы.

1. Какой диагноз должен предположить консультант в данной клинической ситуации?
2. Какую стадию заболевания должен предположительно определить стоматолог-хирург?

Ситуационная задача № 28.

Стоматолог-хирург во время выполнения лечебных манипуляций ВИЧ-инфицированному пациенту порвал перчатку, в результате чего произошел контакт кожных покровов руки врача (без их повреждения) с инфицированными биологическими жидкостями — кровью и ротовой жидкостью пациента.

Вопросы:

1. Укажите последовательность действий стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации.

Ситуационная задача № 29.

При проведении планового оперативного вмешательства ВИЧ

инфицированному пациенту Т., 39 лет, челюстно-лицевой хирург уколол палец инъекционной иглой, которая была заражена инфицированным биологическим материалом больного — кровью.

Вопросы:

1. Какой должна быть тактика челюстно-лицевого хирурга в данной ситуации?
2. Где необходимо зафиксировать факт данного происшествия?

Ситуационная задача № 30.

При проведении операции удаления зуба у ВИЧ-инфицированного пациента биологически-инфицированный материал попал на склеру глаза стоматолога-хирурга.

Вопросы:

1. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной ситуации?
2. Какое нарушение санитарно-эпидемиологического режима допустил врач?

Ситуационная задача № 31.

К стоматологу-хирургу обратился пациент П., 46 лет, по поводу санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 1.6 физиологической окраски. Зуб 1.6 на ½ восстановлен пломбой из фотополимера. Перкуссия зуба 1.6 слабо болезненна. По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) в периапикальных тканях зуба 1.6 ближе к медиальному щечному корню определяется очаг деструкции костной ткани с четкими ровными контурами (0,2 × 0,2 см). В просвете канала визуализируется обломок эндодонтического инструмента. Небный и дистальный щечный корни запломбированы, апикальные отверстия obturated. В процессе удаления зуба 1.6 обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой в проекции лунки медиального щечного канала. Стоматолог-хирург принял решение применить данному пациенту консервативное лечение.

Вопросы:

1. Какая тактическая ошибка в указанной клинической ситуации была допущена стоматологом-хирургом?
2. Когда необходимо устранить сообщение с верхнечелюстной пазухой в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача № 32.

Пациент Т., 35 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на головную боль, повышение температуры тела, боль в области зуба 2.7, нарушение носового дыхания через левую половину носа. Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека подглазничной области слева, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены (0,5 × 1 см), слегка болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.7 гиперемирована, отечна. Зуб 2.7 разрушен ниже уровня десны. Его перкуссия резко болезненна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) определяется расширение периодонтальной щели в области апексов корней 2.7. В процессе удаления зуба 2.7 произошло проталкивание небного корня в верхнечелюстную пазуху, при этом из лунки зуба выделилось обильное гнойное отделяемое.

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Какова тактика лечения по отношению к небному корню зуба 2.7?

Ситуационная задача № 33.

Пациент Л., 47 лет, обратился к стоматологу-хирургу по поводу санации полости рта — удаления зуба 1.8. Из анамнеза пациента известно, что он страдает хроническим синуситом верхнечелюстной пазухи справа. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 1.8 физиологической окраски. Зуб 1.8 разрушен на $\frac{2}{3}$. Его перкуссия безболезненна.

В процессе операции удаления зуба 1.8 произошло проталкивание его в верхнечелюстную пазуху.

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Какова дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача № 34.

Пациентка З., 37 лет, обратилась к стоматологу-хирургу по поводу санации полости рта — удаления зуба 2.6. Из анамнеза пациентки известно, что она страдает хроническим синуситом верхнечелюстных пазух. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.6 физиологической окраски. Указанный зуб на $\frac{1}{2}$ восстановлен пломбой из фотополимера. Перкуссия зуба 2.6 слабо болезненна. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в его периапикальных тканях определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени. При удалении зуба 2.6 началось кровотечение из лунки, наблюдалась кровь с пузырьками воздуха. Симптом воздушной струи положительный. При обследовании лунки обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой.

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациентке?
2. Какой должна быть дальнейшая тактика лечения пациентки?

Ситуационная задача № 35.

Пациент У. обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на боль в области лунки зуба 1.7, заложенность правой половины носа, чувство тяжести в правой половине лица. Из анамнеза пациента известно, что зуб 1.7 удален десять дней назад по поводу обострения хронического гранулематозного периодонтита. Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека подглазничной области справа, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены (0,5 × 0,7 см), слегка болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области лунки зуба 1.7 гиперемирована, отечна. При обследовании лунки обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой.

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Каков план лечения пациента в указанной клинической ситуации?

«Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта»

Ситуационная задача № 1.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка 40 лет с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, вследствие нежелания пользоваться съёмным протезом из-за возможного нарушения дикции.

Объективно: на верхней челюсти отсутствуют |678. Зубы удалены более года назад по поводу осложненного кариеса. |45 интактны. На нижней челюсти 76/6 покрыты металлическими коронками. Коронки соответствуют клиническим требованиям.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Варианты ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 2.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 45 лет с жалобами на невозможность пользоваться съемным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции. Объективно: на нижней челюсти отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая. Слизистая без видимой патологии. На верхней челюсти металлокерамические мостовидные протезы с опорой на

0 к к к к 0

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Варианты ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 3.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 20 лет, получивший травму около 2 суток назад.

Объективно:

На верхней губе слева отмечается гиперемия, припухлость, болезненность при пальпации. На слизистой оболочке в области |12 - гематома.

На верхней челюсти слева отсутствуют коронки |12. Линия перелома корней находится ниже уровня десны, вестибулярные поверхности корней уходят на глубину 4-5 мм, корни |12 имеют II степень подвижности.

Соседние зубы интактны. По данным рентгенографии периодонтальные щели корней |12 расширены, в области верхушек отмечаются очаги затемнения.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Варианты лечения.

Ситуационная задача № 4.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная Я. 37 лет. Жалобы на эстетический дефект и кровоточивость в области 3.4 зубов. Дискомфорт жевания на правой стороне челюсти.

Анамнез заболевания: у 3.4 зуба целостность пломбы нарушена. Слизистая оболочка в области зуба гипертрофированна. 4.6 зуб удалили 6 месяцев назад вследствие кариеса и его осложнений.

Объективно при осмотре:

000 П О

3.4 зуб восстановлен световым композитом по III классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, ИРОПЗ-0.7. Десна в области 3.4 зуба отёчна, определяется кровоточивость при зондировании в

пришеечной области. Пломбы изготовлены единым блоком с нависающими краями. Гигиена полости рта удовлетворительная. Рентгенологический контроль 3.4 зуба выявил, что ранее проводилось эндодонтическое лечение, корневой канал запломбирован до апикального отверстия, разряжение в области верхушечного отверстия отсутствует. В области отсутствующих 4.6, 4.7 зубов деформации не выявлено. 4.5 зуб интактный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача № 5.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Р. 26 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетику передних зубов верхней челюсти, подвижность передних зубов на верхней челюсти. Анамнез заболевания: две недели назад пациент, катаясь на мотоцикле без шлема, совершил аварию.

Во время аварии, падая с транспортного средства, сильно ударился об асфальт. В результате – перелом правой лучевой кости, сотрясение мозга, отлом коронковой части двух передних зубов на верхней челюсти. Объективно при осмотре:

п RR

п п п

Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются и безболезненны. Пальпация ВНЧС безболезненная, лицо симметрично. Открывание полости рта свободное. Снижение высоты нижнего отдела лица не отмечается. Носогубные и подбородочные складки не выражены. Слизистая оболочка десен, нёба, щёк и альвеолярных отростков бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. В области 1.1, 2.1 зубов – гиперемирована, отёчна. Прикус ортогнатический.

Обследование полости рта: на верхней челюсти - отсутствуют коронковые части 2.1, 1.1 зубов. Корни данных зубов закрыты частично слизистой оболочкой. Сколы в пределах эмали 1.2, 2.2 зубов. Незначительная подвижность 1.2, 2.2 зубов (первая степень). В незначительном объёме наблюдаются твёрдые зубные отложения на зубах обеих челюстей. На 1.6, 2.6, 3.6, 4.6 зубах имеются композитные пломбы. На Rg наблюдается наличие корней 2.1, 1.1 зубов на уровне и ниже альвеолярной кости.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения, учитывая пожелания пациента о максимальной эстетике предполагаемых конструкций.

Ситуационная задача № 6.

Пациент К. 66 лет из ортопедического отделения с диагнозом «частичная вторичная потеря зубов» направлен в стоматологическое хирургическое отделение на консультацию и лечение с применением дентальных имплантатов. В анамнезе: из принесённых заболеваний отмечает ОРВИ, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Со слов пациента, зубы на верхней челюсти удалялись в течение жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту год назад был изготовлен полный съёмный протез на верхнюю челюсть, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а также из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может.

Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре.

При осмотре полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти. Отсутствуют 1.8 -1.1 2.1 - 2.8 зубы. Прикус – не фиксирован. На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8 зубов. В области отсутствующих 1.2 1.1 2.1 2.2 зубов дефицита костной ткани не выявлено.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту?
2. Каким может быть план обследования и необходимо ли проведение дополнительных исследований?

Ситуационная задача № 7.

Пациентка 27 лет обратилась в стоматологическое отделение с жалобами на частичное отсутствие зубов на верхней челюсти, на подвижность съёмного протеза при пережёвывании пищи и разговоре, а также на эстетический вид протеза. Из анамнеза было выяснено, что полгода назад у пациентки после ДТП в результате удара верхней челюсти о руль произошел полный вывих 1.2; 1.1; 2.1 зубов. В поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен частичный съёмный пластиночный протез на верхнюю челюсть.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы пальпируются, не увеличенные, подвижные, безболезненные. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка рта и преддверия увлажнена, бледнорозового цвета.

Прикус: частичная вторичная потеря зубов. На верхней челюсти частичный съёмный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 1.2; 1.1; 2.1 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней и нижней челюсти, интактные, но 4.1 и 3.1 зубы изменены в цвете. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы. На ортопантограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности, в области верхушек корней 4.1, 3.1 зубов определяется разрежение костной ткани с чёткими контурами в виде языков пламени.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту?
2. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

Ситуационная задача № 8.

Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и проведения лечения при помощи дентальных имплантатов. Обратился с жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти, затруднено пережёвывание пищи.

В анамнезе – ОРВИ, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-ти летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течении жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съёмный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а также из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может.

Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре.

При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти.

Отсутствуют: 1.8-1.1, 2.1-2.8, 3.5, 4.4, 4.6.

Прикус – не фиксирован.

На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции верхушек корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1.0 см, с четкими границами.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему?

Ситуационная задача № 9.

Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции.

При обследовании пациентки выявлено:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледнорозового цвета.

Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы.

Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы.

На представленной ортопантограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.

Ситуационная задача № 10.

Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года

назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала. Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни.

При обследовании отмечено:

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезиодистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.

Ситуационная задача № 11.

Пациент Б., 60 лет, обратился к врачу – стоматологу с жалобами на отсутствие зубов на нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи, для консультации по поводу возможности ортопедического лечения с применением имплантатов.

В анамнезе – ОРВИ, ветряная оспа в детстве. Зубы на нижней челюсти были удалены около 5-7 лет назад по поводу хронических воспалительных процессов. Ранее пациент обращался к стоматологу – ортопеду, был изготовлен съёмный протез на нижнюю челюсть, но пациент не смог привыкнуть к нему, также дикция была нарушена. На верхнюю челюсть был изготовлен частичный съёмный протез. Объективно: Лицо симметрично, кожный покров чистый, лимфоузлы не пальпируются, выявлено снижение высоты нижней трети лица, западение нижней губы, опущение углов рта.

При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие выраженной атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых отделах, незначительная резорбция альвеолярного отростка в переднем отделе. На верхней челюсти атрофия альвеолярного отростка незначительно выражена в области 1.5,

Коронка зуба 2.5 разрушена до уровня десны, размягчена. Зубная формула.

0 П П 0 0 К П П 0 0 К П Pt П П 0

Прикус – прогеническое соотношение челюстей.

На КЛКТ – дефицита костной ткани в области зубов 1.5, 1.4 не выявлено, в области зубов 2.1, 2.2 имеется дефект альвеолярного отростка в виде ножевидного гребня. В области зуба 2.5 периодонтальная щель равномерно расширена.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите план лечения.

Ситуационная задача № 12.

На приём к хирургу - стоматологу обратилась женщина 35 лет для консультации по поводу протезирования на имплантатах в области верхних зубов справа.

В анамнезе: детские болезни.

Зубы на верхней челюсти удалила 2 года назад по поводу обострения хронического гайморита справа. Удаление простое. Лечение гайморита проводилось. Ранее протезирование не проводилось.

Объективно: Лицо симметрично, кожный покров чистый, лимфоузлы не пальпируются. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная. В области зубов 1.6 и 1.7 ширина альвеолярного отростка 5,5 мм.

Зубная формула.

0 0 0 П П П П П П П 0

П П П П П

Прикус ортогнатический

На ортопантомограмме – пневматический тип строения верхнечелюстных пазух, прозрачность пазух не нарушена. Высота костной ткани 10 мм.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Составьте план лечения;

Ситуационная задача № 13.

Пациент 50 лет обратился в клинику с жалобами на боль и припухлость десны в области нижнего зуба слева, на подвижность коронки на имплантате.

Имплантологическое лечение проводилось полгода назад в другом городе.

Пациенту в области отсутствующего зуба 3.6. был установлен имплантат, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за 1 месяц до обращения и постепенно нарастала.

Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни.

Объективно:

Состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена.

Открывание рта в норме.

Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Слизистая оболочка полости рта без патологии.

Зубная формула:

0 К К П П П К К П П П П 0

0 П К И И К И П П

Прикус прямой.

В области зуба 3.6 имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна вместе с имплантатом в вестибуло - оральном направлении. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом, окружающая десна гиперемирована отёчна. Атрофия альвеолярного отростка в области зуба 3.6 выражена сильно. При надавливании на имплантат боль усиливается.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.

Ситуационная задача № 14.

Пациентка 25 лет обратилась в клинику по поводу разрушенных зубов на верхней челюсти. Ранее пациентка не протезировалась.

Объективно: Лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфоузлы не пальпируются, открывание рта в полном объёме, безболезненное. Зубная формула:

0 П П П П Pt Pt П П П П 0

0 П П П П П

Прикус ортогнатический

Зубы 1.1 и 1.2 коронки разрушены на 2/3, ткани размягчены, перкуссия зубов и пальпация альвеолярного отростка безболезненные, слизистая десны без изменений.

На внутриротовой контактной рентгенограмме: в апикальной части корня 1.1 имеется дефект костной ткани округлой формы размером 15×15 мм.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз;
2. Составьте план протезирования пациентки.

Ситуационная задача № 15.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка 40 лет с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, вследствие нежелания пользоваться съемным протезом из-за возможного нарушения дикции.

Объективно: на верхней челюсти отсутствуют 678. Зубы удалены более года назад по поводу осложненного кариеса. 45 интактны. На нижней челюсти 76/6 покрыты металлическими коронками. Коронки соответствуют клиническим требованиям.

Вопросы:

1. Метод имплантации. Показания и противопоказания.
2. Необходимое обследование.

Ситуационная задача № 16.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка 40 лет с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, вследствие нежелания пользоваться съемным протезом из-за возможного нарушения дикции. Объективно: на верхней челюсти отсутствуют 678. Зубы удалены более года назад по поводу осложненного кариеса. 45 интактны. На нижней челюсти 76/6 покрыты металлическими коронками. Коронки соответствуют клиническим требованиям.

Вопросы:

1. Сроки протезирования.
2. Этапность лечения.

Ситуационная задача № 17.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 45 лет с жалобами на невозможность пользоваться съемным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции.

Объективно: на нижней челюсти отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая. Слизистая без видимой патологии. На верхней челюсти металлокерамические мостовидные протезы с опорой на 7-5 и 4-6 соответствуют клиническим требованиям 8\8 отсутствуют.

Зубная формула:

0 к к к к 0

Вопросы:

1. План лечения. Дополнительные методы обследования при проведении методики имплантации.
2. Метод имплантации. Показания и противопоказания.

Ситуационная задача № 18.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 20 лет, получивший травму около 2 суток назад.

Объективно:

На верхней губе слева отмечается гиперемия, припухлость, болезненность при пальпации. На слизистой оболочке в области 12 - гематома.

На верхней челюсти слева отсутствуют коронки 12. Линия перелома корней находится ниже уровня десны, вестибулярные поверхности корней уходят на глубину 4-5 мм, корни 12 имеют II степень подвижности.

Соседние зубы интактны. По данным рентгенографии периодонтальные щели корней 12 расширены, в области верхушек отмечаются очаги затемнения.

Вопросы:

1. Метод имплантации.

2. Показания и противопоказания.

Ситуационная задача № 19.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 20 лет, получивший травму около 2 суток назад.

Объективно:

На верхней губе слева отмечается гиперемия, припухлость, болезненность при пальпации.

На слизистой оболочке в области |12 - гематома.

На верхней челюсти слева отсутствуют коронки |12. Линия перелома корней находится ниже уровня десны, вестибулярные поверхности корней уходят на глубину 4-5 мм, корни |12 имеют II степень подвижности.

Соседние зубы интактны. По данным рентгенографии периодонтальные щели корней |12 расширены, в области верхушек отмечаются очаги затемнения.

Вопросы:

1. Сроки протезирования.
2. Этапность лечения.

Ситуационная задача № 20.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная Я. 37 лет.

Жалобы на эстетический дефект и кровоточивость в области 3.4 зубов.

Дискомфорт жевания на правой стороне челюсти.

Анамнез заболевания: у 3.4 зуба целостность пломбы нарушена. Слизистая оболочка в области зуба гипертрофированна. 4.6 зуб удалили 6 месяцев назад вследствие кариеса и его осложнений.

Объективно при осмотре:

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

3.4 зуб восстановлен световым композитом по III классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, ИРОПЗ-0.7.

Десна в области 3.4 зуба отёчна, определяется кровоточивость при зондировании в пришеечной области. Пломбы изготовлены единым блоком с нависающими краями.

Гигиена полости рта удовлетворительная. Рентгенологический контроль 3.4 зуба выявил, что ранее проводилось эндодонтическое лечение, корневой канал запломбирован до апикального отверстия, разряжение в области верхушечного отверстия отсутствует.

В области отсутствующих 4.6, 4.7 зубов деформации не выявлено. 4.5 зуб интактный.

Вопросы:

1. Составьте план имплантологического лечения.
2. На какую глубину, с точки зрения биомеханики, должен погружаться штифт культевой вкладки со штифтом для обеспечения оптимальных условий функционирования протеза?

Ситуационная задача № 21.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Р. 26 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетику передних зубов верхней челюсти, подвижность передних зубов на верхней челюсти.

Анамнез заболевания: две недели назад пациент, катаясь на мотоцикле без шлема, совершил аварию. Во время аварии, падая с транспортного средства, сильно ударился об асфальт.

В результате – перелом правой лучевой кости, сотрясение мозга, отлом коронковой части двух передних зубов на верхней челюсти.

Объективно при осмотре:

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

Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются и безболезненны. Пальпация ВНЧС безболезненная, лицо симметрично. Открывание полости рта свободное. Снижение высоты нижнего отдела лица не отмечается. Носогубные и подбородочные складки не выражены. Слизистая оболочка десен, нёба, щёк и альвеолярных отростков бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. В области 1.1, 2.1 зубов – гиперемирована, отёчна. Прикус ортогнатический.

Обследование полости рта: на верхней челюсти - отсутствуют коронковые части 2.1, 1.1 зубов. Корни данных зубов закрыты частично слизистой оболочкой. Сколы в пределах эмали 1.2, 2.2 зубов. Незначительная подвижность 1.2, 2.2 зубов (первая степень). В незначительном объёме наблюдаются твёрдые зубные отложения на зубах обеих челюстей. На 1.6, 2.6, 3.6, 4.6 зубах имеются композитные пломбы. На Rg наблюдается наличие корней 2.1, 1.1 зубов на уровне и ниже альвеолярной кости.

Вопросы:

1. Составьте альтернативный план ортопедического лечения.
2. Какие манипуляции необходимы в качестве подготовительного этапа к протезированию?

Ситуационная задача № 22.

Пациент К. 66 лет из ортопедического отделения с диагнозом «частичная вторичная потеря зубов» направлен в стоматологическое хирургическое отделение на консультацию и лечение с применением дентальных имплантатов.

В анамнезе: из принесённых заболеваний отмечает ОРВИ, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Со слов пациента, зубы на верхней челюсти удалялись в течение жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту год назад был изготовлен полный съёмный протез на верхнюю челюсть, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а также из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может.

Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре.

При осмотре полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, увлажнена.

Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти. Отсутствуют 1.8 -1.1 2.1 - 2.8 зубы. Прикус – не фиксирован. На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8 зубов. В области отсутствующих 1.2 1.1 2.1 2.2 зубов дефицита костной ткани не выявлено.

Вопросы:

1. Назначьте лечение и обоснуйте его.
2. Оцените объём операционной травмы с целью выбора адекватного метода обезболивания.

Ситуационная задача № 23.

Пациентка 27 лет обратилась в стоматологическое отделение с жалобами на частичное отсутствие зубов на верхней челюсти, на подвижность съёмного протеза при пережёвывании пищи и разговоре, а также на эстетический вид протеза.

Из анамнеза было выяснено, что полгода назад у пациентки после ДТП в результате удара верхней челюсти о руль произошел полный вывих 1.2; 1.1; 2.1 зубов. В поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен частичный съёмный пластиночный протез на верхнюю челюсть.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы пальпируются, не увеличенные, подвижные, безболезненные. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка рта и преддверия увлажнена, бледнорозового цвета.

Прикус: частичная вторичная потеря зубов. На верхней челюсти частичный съёмный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 1.2; 1.1; 2.1 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней и нижней челюсти, интактные, но 4.1 и 3.1 зубы изменены в цвете. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы. На ортопантограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности, в области верхушек корней 4.1, 3.1 зубов определяется разрежение костной ткани с чёткими контурами в виде языков пламени.

Вопросы:

1. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Оцените объём операционной травмы с целью выбора адекватного метода обезболивания.

«Заболевания головы и шеи»

Ситуационная задача № 1.

Больная 24 лет, страдающая эпилепсией, во время чистки овощей потеряла сознание. Очнувшись на полу, в левой височной области, в мягких тканях находился воткнутый кухонный нож. После попытки инстинктивно удалить инородное тело из раны началось активное кровотечение струйного характера с пульсацией. Больная была в экстренном порядке доставлена в специализированное отделение каретой скорой помощи через 2,5 часа после травмы с давящей повязкой на голове. При осмотре: в левой височной области имеется колото-резаная рана длиной около 3 см, под самодельной повязкой, обильно пропитанной кровью. При попытке удалить повязку из раны отмечается струйное кровотечение пульсирующего характера.

Вопросы:

1. Учитывая сроки после травмы, какая хирургическая обработка будет осуществлена?

2. Какой метод анестезии более приемлем?

Ситуационная задача № 2.

У больного 24 лет, электрика, после полученного сутки тому назад удара кулаком в левую сторону лица, отмечается выраженная припухлость в этом участке, затруднение при боковых движениях нижней челюстью, незначительное повышение температуры тела. При осмотре: определяется наличие нескольких ссадин и кожно-подкожного кровоизлияния в нижнем отделе левой щечной области диаметром около 4-5 см, отек и припухлость мягких тканей. Пальпация в этом участке лица практически безболезненна, а глубине тканей выявляется небольшое уплотнение. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывает рот свободно. Прикус не нарушен, симптом «нагрузки» на нижнюю челюсть отрицателен. Движения суставных головок челюсти при открывании рта синхронны. На R-граммах костной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 3.

Больной поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии в бессознательном состоянии. Пострадал, со слов персонала скорой помощи, в дорожно-транспортном происшествии. Из носа и ушей кровь, массивный травматический отек средней зоны лица. Симптом «очков». Глазные яблоки не повреждены, но отмечается анизокория. При пальпации верхних челюстей они движутся вместе с носовыми и скуловыми костями. При пробе крови из носа на фильтровальной бумаге возникает «двойное пятно», а наволочка подушки выглядит «накрахмаленной».

Осмотрен нейрохирургом. При люмбальной пункции – ликвор имеет розовый оттенок.

Вопросы:

1. Диагноз по челюстно-лицевой патологии?
2. Возможные осложнения, прогноз?

Ситуационная задача № 4.

Больная 32 лет во время уборки квартиры поскользнулась и ударилась правой стороной лица о край стола. Сознание не теряла, но почувствовала острую боль в месте травмы, из правой половины носа выделилась кровь. Через 4 дня, когда отек уменьшился, обнаружила западение под глазом справа. Кроме того, отмечает онемение кожи нижнего века, боковой поверхности носа и верхней губы справа. Прикус не нарушен, открывание рта не затруднено. При пальпации по нижнему краю орбиты определяется наличие «ступеньки».

Вопросы:

1. Поставить полный, развернутый диагноз.
2. Наметить план комплексного лечения.

Ситуационная задача № 5.

Больному 36 лет был нанесен прямой удар в подбородок при широко открытом рте. Почувствовал резкую боль в проекции обоих ВНЧ суставов, зубы впоследствии сомкнуть не мог. По этому поводу обратился в травмпункт, откуда, после выполнения R-граммы, был направлен в челюстно-лицевое отделение через 8 часов после травмы. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было.

При осмотре: лицо в средней трети как бы «удлинено», симптом нагрузки резко положительный в области обоих ВНЧ суставов. Прикус по типу, со смещением нижней челюсти кзади.

Вопросы:

1. Какие диагностические мероприятия следует выполнить?
2. Возможные осложнения.

Ситуационная задача № 6.

Больному 42 лет был нанесен прямой удар в нос. Почувствовал острую боль в носу, было обильное кровотечение, дыхание через нос стало практически невозможным. По этому поводу вызвал скорую помощь и был доставлен в челюстно-лицевое отделение через 4 часа после травмы.

При осмотре: нос распухший, со следами царапин на коже, спинка его смещена влево от срединной линии. Пальпация носа резко болезненна, при этом отмечается костная крепитация. Носовые ходы забиты свежими кровяными сгустками, носовое дыхание практически отсутствует.

Вопросы:

1. О какой патологии может идти речь?
2. Возможные осложнения.

Ситуационная задача № 7.

Больная Н, 30 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие, периодически усиливающиеся боли в области подбородка слева, боль в нижней губе и деснах слева. Боли усиливаются при приеме горячей или холодной пищи, разговоре, последнее время беспокоят даже ночью.

Улучшение дают постоянно используемые анальгетики.

Из анамнеза выяснено, что месяц тому назад, после удаления 38 полуретенированного зуба на нижней челюсти слева у нее возникло чувство онемения в области нижней губы и подбородка слева. На следующий день возникла сильная боль в лунке удаленного зуба, а в дальнейшем присоединились боли, распространившиеся на десну, нижнюю губу и челюсть. Лечилась амбулаторно, боли стихали, но онемение не проходило. Стоматолог удалил 36 и 37 зубы на нижней челюсти слева. После удаления зубов, на фоне онемения, пациентка отмечала усиление болей, появилось чувство жжения в области подбородка.

Объективно: при пальпации точек Валле болезненности не отмечается. Триггерных зон не выявлено. Вертикальная перкуссия оставшихся зубов на нижней челюсти слева болезненна. Гиперестезия с участками анестезии кожи подбородка, нижней губы и десны слева. На рентгенограмме в области удаленных 36, 37, 38 зубов изменений костной ткани не определяется.

Вопросы:

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 8.

Больная 25 лет обратилась в клинику с жалобами на постоянные сильные боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Боли иррадируют в ухо и височную область справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились неделю назад после лечения 45 зуба по поводу периодонтита.

Объективно: конфигурация лица не изменена, подчелюстные лимфоузлы справа увеличены незначительно, малоболезненны. Определяется гипоэстезия в области кожи подбородка и нижней губы справа. В 45 зубе на жевательной поверхности – пломба, перкуссия резко положительна, слизистая оболочка вокруг гиперемирована. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа: канал 45 зуба запломбирован, за верхушкой корня 45 зуба имеется рентгеноконтрастная тень размером 0,5 x 0,7 см, распространяющаяся в нижнечелюстной канал.

Вопросы:

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 9.

Больной 60 лет обратился с жалобами на сильные приступообразные боли в области верхней челюсти и верхней губы справа, отдающие в височную область справа. Продолжительность боли 6-10 сек. Приступы болей сопровождаются слезотечением, повышенным слюноотделением, гиперемией кожи справа. Прием пищи, гигиенические мероприятия утром провоцируют приступы болей, что заставляет больного отказываться от них. Из анамнеза выяснено, что год назад появились сильные боли и припухлость в подглазничной области и в области 15 зуба, данный зуб периодически болел и раньше.

Больной обратился к врачу-стоматологу, был поставлен диагноз: нагноившаяся радикулярная киста верхней челюсти справа от 15 зуба.

Врачом был произведен разрез по переходной складке, рана дренирована. Состояние больного улучшилось. Через две недели 15 зуб был запломбирован и сделана операция цистэктомии с одномоментной ампутацией верхушки корня 15 зуба. После операции появились сильные приступообразные боли. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, гипертоническую болезнь. Пальпация верхней губы справа провоцирует приступы боли.

Вопросы:

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 10.

У больного после производственной травмы при падении с высоты была потеря сознания, тошнота, рвота, ретроградная амнезия, нарушение зрения, глотания, отёк мягких тканей, подкожная воздушная эмфизема. Первая медицинская помощь оказана бригадой скорой медицинской помощи. Состояние больного тяжёлое. При осмотре: выраженная деформация лица за счёт отёка и гематомы мягких тканей, смещения костей средней зоны лица. Имеется нарушение зрения – диплопия, крово- и ликворотечение из полости рта и носа, возникающие периодически тошнота и рвота. Прикус нарушен, контактируют только моляры с обеих сторон.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения больного.

Ситуационная задача № 11.

Больной Я., 22 лет, ранен осколком мины в лицо. Обширное разрушение мягких тканей с изъёмом кости нижней челюсти на протяжении 8-ми фронтальных зубов. Шок. На медицинском пункте проведены противошоковые мероприятия: переливание крови, дача сердечных средств, гемостаз легированием сосудов в ране, повязка. Через сутки от момента травмы доставлен в специализированный госпиталь. Общее состояние больного тяжёлое. На всем протяжении подбородочной области рваная, сообщающаяся с полостью рта рана, дефект кости нижней челюсти от 35 до 45 зуба. На правой щеке — рваная рана размером 2 x 1,2см, проникающая в полость рта.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 12.

Больной С., 20 лет, при запуске двигателя обратной отдачей заводной ручки получил удар в лицо с переломом верхней и нижней челюстей. В течение 20 минут находился в бессознательном состоянии. Доставлен в госпиталь в тяжёлом состоянии: положение пассивное, сознание затемнено, возбужден. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые, пульс ритмичный, слабого наполнения и напряжения, 50 ударов в минуту, артериальное давление 110/70. В легких сухие хрипы. Со стороны брюшной полости патологических изменений не обнаружено, мочеиспускание свободное. Сухожильные рефлексы повышены. Локально: лицо вытянутое, переносица сглажена, кровоизлияние в клетчатку век. Мягкие ткани в области правого угла нижней челюсти отечны и резко болезненные при пальпации. На верхней губе рваная рана, которая пересекает всю губу и сообщается с полостью рта. Прикус открытый. При сомкнутых зубах между верхними и нижними резцами остается щель в 1см высотой. Перелом 11,21,22 зубов. При закрывании рта левые верхние и нижние моляры приходят в контакт, в то время как справа контакт между зубами отсутствует. При бимануальном исследовании нижней челюсти — резкая

болезненность за 48 зубом. На рентгенограмме обнаружено нарушение непрерывности нижней челюсти в области правого угла. На фасной рентгенограмме черепа отмечается щель шириной в 2мм в месте соединения левой скуловой кости с лобной костью, и такая же щель проходит через нижнемедиальный угол левой глазницы.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 13.

Сержант Т. 30 лет ранен осколками в лицо. Входное отверстие расположено справа в подчелюстной области, выходное — на внутренней поверхности левой щеки в области выходящего отростка нижней челюсти. Двусторонний огнестрельный перелом нижней и верхней челюсти. На 6-й день состояние резко ухудшилось, появился кашель, начала нарастать температура тела. В последующие дни лихорадка стала гектической, пульс участился до 120 в минуту. Лицо отекло. Из полости рта обильное выделение зловонного гноя. В области выходного отверстия имеется участок некроза слизистой оболочки. В легких с обеих сторон появились обильные звучные влажные хрипы, мелко и средне-пузырчатые. Состояние тяжелое. Одышка, цианоз. Анализ крови: Нв 140 г/л, эр. 3,8-1012/л, л. 15-109/л, с. 75%, метамиелоциты 1%, п. 15%, лимф. 7%, мон. 3%. Анализ мочи: плотность 1018, белок 0,132 г/л, в осадке эритроциты, выщелоченные 2—3 в поле зрения, единичные цилиндры. В анализе мокроты лейкоциты покрывают все поле зрения, мокрота гнойная. Произведена рентгенография грудной клетки: справа в VIII—IX сегментах, слева — в IV—V сегментах крупноочаговые неомогенные затемнения.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 14.

Рядовой Н., 23 лет, доставлен на полковой медицинский пункт (ПМП) после ядерного взрыва в тяжелом состоянии с жалобами на резкую общую слабость, головные боли, головокружение, сухость во рту, повторную рвоту. Заторможен, бледен, на коже лица разлитая эритема, пульс 104 в минуту. Показание индивидуального дозиметра 5 Гр. После оказания первой доврачебной помощи эвакуирован в МедСБ, куда поступил в тяжелом состоянии. Рвота продолжается. Пульс 120 в минуту, артериальное давление 80/55 мм.рт.ст. Анализ крови: число лейкоцитов 98-109/л, из них лимфоцитов 20%. СОЭ - 7 мм/ч. Оказана неотложная квалифицированная терапевтическая помощь, после чего эвакуирован в госпиталь. В течение 2 недель чувствовал себя удовлетворительно, хотя на 8-е сутки после поражения число лейкоцитов снизилось до 1,8-109/л, процент лимфоцитов к этому времени составлял 11. На 15-й день появилась лихорадка, затем она стала нарастать, началось выпадение волос, на коже груди возникли точечные кровоизлияния. Сознание ясное, но резко угнетено. Артериальное давление 85/60 мм.рт.ст., пульс 100 - 120 в минуту. Началась повторная рвота, исчез аппетит. На 20-й день появились боли и урчание в животе, затем частый водянистый стул. С 15-го дня болезни число лейкоцитов 0,88x109/л, число тромбоцитов — 20x109/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 15.

Больной 38 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобой на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Увеличение припухлости возникает при приеме

пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Спустя 20-30 минут припухлость постепенно уменьшается, вместе с этим ослабевает интенсивность боли. Болен около 7-8 месяцев, когда впервые обратил внимание на возникающую боль при еде и появление припухлости в поднижнечелюстной области. Периодически припухлость и боли исчезали, но ненадолго. Последний месяц всегда при приеме пищи появлялись боли более резкие по сравнению с предыдущими. Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре патологии не выявлено. При бимануальной пальпации определяется увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, болезненная в области передне-верхнего полюса. В этом участке пальпируется выраженное болезненное уплотнение. Пальпация левого вартонова протока безболезненна, из его устья выделяется небольшое количество мутной слюны. На рентгенограмме определяется наличие овальной формы плотной тени в ампуле поднижнечелюстной слюнной железы размерами 2,5 x 1,3 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите варианты методик хирургического лечения данной патологии.

Ситуационная задача № 16.

Больной 47 лет поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на наличие болезненной припухлости в позадичелюстной области справа. Боли усиливаются при приеме пищи, приобретая колющий характер. Отмечается также сухость в полости рта, бессонница, повышенная температура тела до 38,5°C.

Заболел три дня назад, когда появилась, постепенно увеличивающаяся в размерах, припухлость в околоушной и позадичелюстных областях с нарастанием интенсивности боли и ухудшением общего состояния.

Больной 2 месяца назад оперирован по поводу злокачественной опухоли желудка. Аналогичное состояние было 6-7 месяцев тому назад.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Местно: при внешнем осмотре отмечается нарушение конфигурации лица за счет припухлости, захватывающей позадичелюстную, подмассетериальную и поднижнечелюстную области. Мочка правого уха оттопырена. Открывание рта ограничено до 1,5 см. Естественные складки в этих областях сглажены. Кожа в центре припухлости гиперемирована, отечна, пальпация в этом участке болезненна.

В полости рта: слизистая оболочка вокруг зияющего устья правого стенонова протока гиперемирована, отечна. При массировании железы от центра к периферии из устья протока выделяется вязкая, тягучая слюна в небольшом количестве. Язык обложен сероватым налетом. По линии смыкания зубов на слизистой оболочке щек с обеих сторон имеются участки гиперкератоза с белесоватыми пятнами. На рентгенограммах околоушной области наличия конкрементов в околоушной слюнной железе не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Возможные осложнения. Прогноз.

Ситуационная задача № 17.

Больному 36 лет был нанесен прямой удар в подбородок при широко открытом рте. Почувствовал резкую боль в проекции обоих ВНЧ суставов, зубы впоследствии сомкнуть не мог. По этому поводу обратился в травмпункт, откуда, после выполнения R-граммы, был направлен в челюстно-лицевое отделение через 8 часов после травмы. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было.

При осмотре: лицо в средней трети как бы «удлинено», симптом нагрузки резко положительный в области обоих ВНЧ суставов. Прикус по типу открытого, со смещением нижней челюсти кзади.

Вопросы:

1. R-граммы выполнены в неприемлемой проекции, нужной информации не несут. О каком повреждении какой кости следует думать?
2. Возможные осложнения.

Ситуационная задача № 18.

В стоматологическую поликлинику обратился больной 25 лет с наличием резко болезненной припухлости в области угла рта и щеки справа. Отмечает общую слабость, головную боль, боль в правой половине лица, двоение в глазах. Первые признаки заболевания появились 3 дня назад. Заболевание связывает с повреждением кожных покровов во время бритья. Пораженную кожу обрабатывал дважды одеколоном.

Местно: отек и инфильтрат в области угла рта, щеки, верхнего и нижнего века, экзофтальм, птоз. От уровня угла рта до внутреннего угла глаза распространяется болезненный отёк кожи и мягких тканей. В середине имеется плотный инфильтрат размером около 3 см в диаметре, в центре инфильтрата имеется конусообразное возвышение с некротическим стержнем. В поднижнечелюстной области справа, пальпируются увеличенные, болезненные, умеренно подвижные лимфатические узлы. Картина крови: СОЭ – 22 мм в час, лейкоцитов – 12×10^9 в девятой степени в 1л, нейтрофилов – 80%, моноцитов 4%, лимфоцитов – 3%.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и определите стадию процесса.
2. Лечение данного заболевания?

Ситуационная задача № 19.

Больная 32 лет обратилась с жалобами на ноющие боли в области височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) с обеих сторон. Движения суставных головок в суставах, особенно справа, сопровождается болевыми ощущениями, их экскурсии ограничены, открывание рта затруднено. Из анамнеза выявлено, что боль в суставе появилась через 12 дней после ангины. Из перенесенных ранее заболеваний отмечает частые ангины и ОРЗ, ревмокардит.

При внешнем осмотре отмечается незначительный отек в области ВНЧС с двух сторон, при пальпации определяется ограниченная подвижность суставных головок, позадичелюстные и поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены. В полости рта: прикус ортогнатический, слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины увеличены, в них имеются гнойные пробки, рубцы. При рентгенологическом исследовании ВНЧС отмечается расширение суставных щелей слева и справа.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 20.

Больной 60 лет обратился с жалобами на сильные приступообразные боли в области верхней челюсти и верхней губы справа, отдающие в височную область справа. Продолжительность боли 6-10 сек. Приступы болей сопровождаются слезотечением, повышенным слюноотделением, гиперемией кожи справа. Прием пищи, гигиенические мероприятия утром провоцируют приступы болей, что заставляет больного отказываться от них. Из анамнеза выяснено, что год назад появились сильные боли и припухлость в подглазничной области и в области 15 зуба, данный зуб периодически болел и раньше.

Больной обратился к врачу-стоматологу, был поставлен диагноз: нагноившаяся радикулярная киста верхней челюсти справа от 15 зуба. Врачом был произведен разрез по переходной складке, рана дренирована. Состояние больного улучшилось. Через две недели 15 зуб был запломбирован и сделана операция цистэктомии с одномоментной ампутацией

верхушки корня 15 зуба. После операции появились сильные приступообразные боли. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, гипертоническую болезнь. Пальпация верхней губы справа провоцирует приступы боли.

Вопросы:

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 21.

Мужчина 61 года направлен в клинику ЧЛХ врачом-стоматологом-хирургом из районной стоматологической поликлиники для госпитального лечения. Жалобы на недомогание, боли и припухлость в области нижней челюсти справа.

Из анамнеза выяснено, что 2 месяца назад была травма лица. По поводу установленного ангулярного перелома нижней челюсти справа лечился (раза 3 был на приёме, 2 недели носил повязку, поддерживающую нижнюю челюсть) амбулаторно.

Неделю назад стал болеть последний нижний зуб на нижней челюсти справа, полоскал рот раствором соды, 3 дня назад припухло под челюстью, со вчерашнего дня отмечает общий дискомфорт. Термометрия тела – 37,8, АД – 130/80 мм рт. ст., пульс 78 ударов в минуту. Конфигурация лица изменена из-за отёка мягких тканей подчелюстной области справа, кожа в цвете над ней гиперемирована, при пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат соответственно подчелюстному треугольнику справа. Симптомы не прямой нагрузки (Ходаровича и Рауэра) отрицательны. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывает свободно, 4,0 см. Слизистая оболочка рта розовая, влажная, без патологических элементов. Прикус нефиксирован из-за отсутствия зубов, имеются 1.8, 1.7, 1.3, 3.8, 4.5, 4.8 зубы, обильно покрытые зубными отложениями, корни их оголены на $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ величины корня, подвижность 2 степени. Имеется припухлость с оральной и вестибулярной сторон альвеолярного отростка в области 4.8, 4.7 зубочелюстных сегментов, гиперемия слизистой. Патологической подвижности нижней челюсти нет.

Крыловидно-челюстные складки выражены одинаково с обеих сторон. Зев чистый. На ОПТГ имеется щель (1,5 мм) перелома, идущая от верхушек 4.8 зуба к нижнему краю угла нижней челюсти, края отломков неровные; 4.8 зуб в остеопорозной кости на $\frac{1}{2}$ величины корня.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Опишите протокол операции вскрытия флегмоны поднижнечелюстного пространства.

Ситуационная задача № 22.

Мужчина 36 лет впервые обратился к врачу-стоматологу-хирургу с жалобами на наличие острого предмета на нёбе. «Может, кость от пищи застряла», - со слов больного.

Анамнез болезни выяснить не удалось из-за асоциального состояния: нет дома, живёт, где придётся, не работает, безразлично относится к своему физическому состоянию.

Термометрия тела – 37,4°C; АД – 140/90 мм рт. ст.; пульс – 72 удара в минуту. При внешнем осмотре кожа лица инъецирована сосудами, кое-где имеют место белого цвета рубцы от 1,5 до 2,0 см длиной. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывает свободно, 4,5 см. Слизистая оболочка рта розовая, влажная, без патологических элементов. Прикус не фиксирован из-за отсутствия большего количества зубов. В передней трети нёба почти по средней линии имеется дефект её, из него видна шероховатая серого цвета кость, подвижная; при глубоком зондировании сообщения с носовой полостью нет, зонд упирается в плотную кость.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Опишите протокол операции этому больному.

Ситуационная задача № 23.

Пациент Б. 37 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль и припухлость в нижней челюсти справа, боль при глотании, ограничение открывания рта, головную боль, общую слабость, повышенную температуру тела, озноб.

Анамнез: пять дней назад заболел ранее леченый 4.7 зуб, повысилась температура тела, появился озноб, боль и припухлость в области нижней челюсти справа. В последующие дни боль и припухлость нарастали, глотание стало болезненным.

Общее состояние относительно удовлетворительное, температура тела 38,7°C, кожные покровы бледные, влажные. Аллергия на Новокаин.

При осмотре: отёк мягких тканей щёчной и поднижнечелюстной областей справа. Кожа в цвете не изменена, плохо собирается в складку. Поднижнечелюстные (средние и задние) лимфатические узлы справа увеличены, болезненны при пальпации. Определяется снижение болевой и тактильной чувствительности кожи нижней губы и подбородка справа.

Открывание рта ограничено до 2 см между центральными резцами. Слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти с вестибулярной и язычной сторон в области 4.5; 4.6; 4.7; 4.8 зубов гиперемирована, отёчна. При пальпации переходной складки в области этих зубов с 2 сторон определяется плотный, болезненный инфильтрат и флюктуация с вестибулярной поверхности. В 4.7 зубе металлическая пломба, занимающая почти $\frac{3}{4}$ окклюзионной поверхности зуба. 4.5, 4.6, 4.8 зубы интактны.

Перкуссия 4.5; 4.6; 4.7; 4.8 зубов болезненна, определяется подвижность 1 степени. Изпод десневого края этих зубов выделяется гной. Зубная формула:

На рентгенограмме: канал переднего корня 4.7 зуба заполнен пломбирочным материалом на $\frac{2}{3}$, канал заднего корня – на всем протяжении. В верхушечной части переднего корня имеется деструкция костной ткани с чёткими контурами, округлой формы, диаметром 0,6 см.

ЭОД: 4.5, 4.6; 4.8 зубов – 25-27 мА; 4.7 зуб – нет реакции на 150 мА.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и укажите наиболее существенные для данного заболевания симптомы.
2. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.

Ситуационная задача № 24.

Пациент С. 48 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на припухлость и гнойные выделения из свища на коже в области нижней челюсти слева, повышение температуры тела до 37,2-37,3°C по вечерам. Развитие настоящего заболевания: два месяца назад проводилось лечение разрушенного 3.6 зуба по поводу хронического периодонтита. Через неделю после лечения появилась ноющая боль в этом зубе. Боль быстро нарастала и распространилась на соседние зубы и всю половину нижней челюсти. Появилась разлитая припухлость лица, температура тела повысилась до 39°C, был озноб, нарушился сон, пропал аппетит. Был госпитализирован. В стационаре было проведено удаление 3.6 зуба, вскрытие флегмоны поднижнечелюстного треугольника слева, сделаны разрезы с вестибулярной и оральной сторон альвеолярной части челюсти слева, проводилась дезинтоксикационная, антибактериальная, противовоспалительная терапия, местное лечение гнойных ран. Через 7-9 дней состояние больного улучшилось; нормализовалась температура тела, боль и припухлость в области нижней челюсти уменьшились. Через 10 суток был выписан. Через месяц после выписки в поднижнечелюстной области сформировался свищ с гнойным отделяемым.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C.

При осмотре: имеется припухлость в области нижней челюсти слева. При её пальпации определяется утолщение наружной поверхности и нижнего края тела нижней челюсти слева. Кожа в цвете не изменена. В поднижнечелюстной области рубец длиной 10 см. В центре его свищ с выбухающей грануляционной тканью и гнойным отделяемым.

Открывание рта слегка ограничено, послеоперационные раны в полости рта зарубцевались. Из лунки 3.6 зуба выбухает грануляционная ткань.

На рентгенограмме: в области среднего отдела тела нижней челюсти слева определяется очаг деструкции костной ткани с неровными краями размером 3 на 2 см, в центре которой участок отделившейся кости 1,3 на 1,0 см имеется неровность очертания нижнего края челюсти соответственно очагу деструкции в кости.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и укажите наиболее существенные для данного заболевания симптомы.
2. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.

Ситуационная задача № 25.

Пациент К. 33 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на безболезненное выбухание на десне в области 2.3 зуба с наружной стороны.

Развитие настоящего заболевания: выбухание заметил 2 недели назад, оно не беспокоит, не увеличивается.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное.

Под слизистой оболочкой переходной складки и на альвеолярном отростке соответственно верхушке корня 2.3 зуба с вестибулярной стороны определяется ограниченный плотный очаг полушаровидной формы, 1,0×0,5 см. Слизистая оболочка над ним не изменена, пальпация безболезненна. 2.3 зуб под металлокерамической коронкой, которая спаяна с коронками на соседних зубах. Металлокерамический мостовидный протез из 10 единиц изготовлен около 1 года назад.

На рентгенограмме: у верхушки корня 2.3 зуба определяется разрежение костной ткани с нечёткими границами. Канал корня зуба obturирован пломбировочным материалом на $\frac{2}{3}$ длины корня. Периодонт остальных зубов, покрытых металлокерамическими коронками, не изменён.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и укажите наиболее существенные для данного заболевания симптомы.
2. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.

Ситуационная задача № 26.

Пациентка Ф. 19 лет жалуется на постоянную ноющую боль в области верхней челюсти справа, отдающую в ухо и висок, припухлость правой щеки, слабость, сонливость.

Развитие настоящего заболевания: более года в 1.6 зубе периодически возникала боль, которая самостоятельно проходила в течение 3-4 дней. Два дня назад вновь возникла сильная боль в 1.6 зубе. Применяла тепловые процедуры: грелки, полоскания теплым раствором бикарбоната натрия. Боль в 1.6 зубе уменьшилась, но появилась припухлость правой щеки. В течение дня припухлость увеличилась, распространилась на подглазничную область и нижнее веко. Присоединилась боль в половине верхней челюсти.

Объективно: общее состояние больной удовлетворительное, температура тела 37,4°C. Пульс 72 удара в минуту, хорошего наполнения и напряжения.

При осмотре: отёк мягких тканей подглазничной, щёчной, скуловой областей и нижнего века справа. Носогубная складка справа сглажена, глазная щель сужена. Имеется гиперестезия кожи правой щеки. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, подвижны, болезненны. Рот открывается свободно. Слизистая оболочка переходной складки и щеки в области верхних премоляров и моляров справа гиперемирована и отёчна. На слизистые щеки видны отпечатки коронок зубов. Переходная складка на уровне 1.7, 1.6, 1.5, 1.4 зубов сглажена. При пальпации в этой области определяется плотный и болезненный инфильтрат, флюктуации нет. Язык влажный, покрыт желтоватым налётом. Коронковая часть 1.6 зуба полностью разрушена кариозным процессом, зуб слегка реагирует на перкуссию, неподвижен. 1.7, 1.5 зубы - интактные, на перкуссию не реагируют, неподвижны.

Зубная формула:

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

На рентгенограмме определяется деструкция кости с нечёткими контурами у верхушек щёчных корней 1.6 зуба. ЭОД 1.5 зуба – 6мА, 1.6 зуба – реакции нет, 1.7 зуба - 4 мА.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и укажите наиболее существенные для данного заболевания симптомы.
2. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.

Ситуационная задача № 27.

Пациент В. 24 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на острую боль в нижней челюсти слева, припухлость левой половины лица, онемение кожи нижней губы слева, общую слабость, повышение температуры тела до 39,0°C, озноб, сильную головную боль. Развитие настоящего заболевания: 2 года назад был лечен 3.6 зуб. Периодически этот зуб болел при накусывании. Две недели назад после перенесённого ОРВИ 3.6 зуб вновь заболел. К врачу не обращался. Спустя 5 дней возникла боль в зубах нижней челюсти слева, резко повысилась температура тела, был сильный озноб, возникла сильная слабость. Появилась припухлость лица, онемение кожи нижней губы слева. Самостоятельный приём Нурофена и Амоксициклава в течение 2 дней не привели к заметному улучшению в состоянии, обратился к врачу-стоматологу.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,6°C, пульс частый, слабого наполнения.

При осмотре: в левой щёчной и поднижнечелюстной областях плотный болезненный инфильтрат. Чувствительность кожи нижней губы слева снижена. Открывание рта ограничено до 2 см между центральными резцами. Слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти слева в области премоляров и моляров с вестибулярной и язычной поверхностей отёчна, гиперемирована, при пальпации, определяется инфильтрация тканей. Язык покрыт белым, рыхлым налётом. В 3.6 зубе на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, перкуссия слегка болезненна, подвижность II-степени. Коронковые части 3.4, 3.5, 3.7 зубов интактны; перкуссия их болезненна, подвижность I степени.

Зубная формула:

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

На рентгенограмме: в области верхушек корней 3.6 зуба имеется разрежение костной ткани с чёткими границами, размером 0,5×0,4 см. Каналы корней 3.6 зуба заполнены пломбирочным материалом на 2/3 длины. ЭОД 3.6 зуба – реакции нет; 3.4 зуба – 20 мА; 3.5 зуба – 35 мА; 3.7 зуба – 30 мА.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и укажите наиболее существенные для данного заболевания симптомы.
2. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.

Ситуационная задача № 28.

У больного после производственной травмы при падении с высоты была потеря сознания, тошнота, рвота, ретроградная амнезия, нарушение зрения, глотания, отёк мягких тканей, подкожная воздушная эмфизема. Первая медицинская помощь оказана бригадой скорой медицинской помощи. Состояние больного тяжёлое. При осмотре: выраженная деформация лица за счёт отёка и гематомы мягких тканей, смещения костей средней зоны лица. Имеется нарушение зрения – диплопия, крово- и ликворотечение из полости рта и носа, возникающие периодически тошнота и рвота. Прикус нарушен, контактируют только моляры с обеих сторон.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения больного.

Ситуационная задача № 29.

В отделение челюстно-лицевой хирургии поступил больной с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела, невозможность принимать пищу. 5 дней назад в поликлинике был удалён 4.7 зуб по поводу обострения хронического периодонтита. На следующий день температура тела повысилась до $39,0^{\circ}\text{C}$, появились боли при глотании, озноб. При поступлении: общее состояние больного тяжёлое, температура тела $39,5^{\circ}\text{C}$, АД - 100/60 мм рт. ст., PS - 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Кожные покровы бледные, суховаты. Тоны сердца приглушены.

Местно: в поднижнечелюстной области справа определяется болезненный инфильтрат, распространяющийся до кивательной мышцы. Открывание рта ограничено до 0,7 см. Гнилостный запах изо рта. Лунка 4.7 зуба наполнена сгустком грязно-серого цвета. Слизистая оболочка крыловидно-челюстной складки и боковой стенки глотки покрасневшая, выбухает в полость ротоглотки. При запрокидывании головы появляется резкая боль за грудиной, покашливание.

Анализ крови: НЬ - 120 г/л, лейкоциты - $17,7 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 57 мм/час. Токсическая зернистость нейтрофилов.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

«Детская стоматология»

Ситуационная задача № 1.

При осмотре ребёнка 12 лет отмечена зубная формула:

с	п																							п	с	
6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6														
6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6														
с	п																								с	п

Через год определялась следующая формула:

п	п	с	с	п	п
7	6	5	4	3	2
1		1	2	3	4
5		5	6	7	
7	6	5	4	3	2
1		1	2	3	4
5		5	6	7	
п	п			п	п

Вопросы:

1. Определите интенсивность кариеса.
2. Определить активность кариозного процесса.

Ситуационная задача № 2.

В школе обследовано 1500 детей. Среди них выявлено 1400 человек, имеющих кариозное поражение зубов.

Вопросы:

1. Какова распространённость кариеса зубов в данной группе обследованных?
2. Какой эпидемиологический показатель необходимо определить в этой школе?

Ситуационная задача № 3.

У ребёнка 4 лет имеются меловидные кариозные пятна на вестибулярной поверхности 51, 52, 53, 61, 62, 63 зубов.

Вопросы:

1. Укажите средства для местного лечения.
2. Классификация кариеса зубов.

Ситуационная задача № 4.

При профилактическом осмотре подготовительной группы детского сада распространённость заболеваний пародонта составила 42%.

Средний показатель гигиенического индекса по Фёдорову - Володкиной в данной группе детей составил 3,0 балла.

Вопросы:

1. Составьте план лечебно-профилактических мероприятий.
2. Укажите средства и способы ухода за полостью рта.

Ситуационная задача № 5.

При исследовании гигиенического состояния полости рта у ребёнка 11 лет определяется окрашивание центральных резцов на $\frac{1}{4}$ поверхности зуба, боковых резцов и клыков на $\frac{1}{2}$ поверхности зуба.

Вопросы:

1. Определите гигиенический индекс по Фёдорову-Володкиной.
2. Классификация зубных отложений.

Ситуационная задача № 6.

Ребёнок 3,5 лет жалуется на острую боль при приёме пищи, припухлость правой щеки, самопроизвольные боли в вечернее время. Болен в течение двух дней.

Объективно: лицо асимметричное за счёт отёка мягких тканей в правой щёчной области.

Подчелюстные лимфоузлы плотные, болезненные. В 54 зубе на жевательной поверхности глубокая кариозная полость. Полость зуба закрыта. Подвижность 54 зуба 1 степени, перкуссия резко болезненная.

Переходная складка сглажена, отёчна и гиперемирована в области указанного зуба. Пальпация в этой области болезненная, инфильтрата нет.

Вопросы:

1. Какие заболевания можно предположить?
2. Выберите метод лечения.

Ситуационная задача № 7.

Больной 8,5 лет жалуется на неприятные ощущения при жевании в области 26 зуба.

Объективно: на жевательной поверхности 26 зуба глубокая кариозная полость, заполненная светлым, размягчённым дентином. На холодную воду кратковременный приступ боли. После удаления размягчённого дентина зондирование дна полости болезненное. Сравнительная перкуссия 16 и 26 зубов безболезненная. Слизистая оболочка полости рта без видимых изменений.

Вопросы:

1. Поставьте окончательный диагноз.
2. Какое лечение должно быть проведено?

Ситуационная задача № 8.

Больной 15 лет обратился с жалобами на кровоточивость дёсен при чистке зубов и приёме твёрдой пищи. Указанные явления появились год тому назад. Лечение не проводилось. Перенесённые заболевания не помнит.

Практически здоров.

При объективном осмотре: общее состояние удовлетворительное.

Физическое и интеллектуальное развитие соответствует возрасту. Кожные покровы чистые. Лицо симметричное. Отклонений в прикреплении уздечек губ, языка не выявлено. Имеется сужение верхней и нижней челюсти, открытый прикус. В области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти маргинальная десна и межзубные сосочки гиперемированы, отёчны.

Гигиенический индекс по Фёдорову-Володкиной = 3,5 балла.

Вопросы:

1. Назовите дополнительные методы диагностики.
2. Составьте план лечения больного.

Ситуационная задача № 9.

Ребёнок 8 лет обратился к стоматологу с жалобами на дефект твёрдых тканей в области центральных и боковых зубов.

В анамнезе: ребёнок в течение первого года жизни перенёс кишечную инфекцию, болел бронхитом, пневмонией.

Объективно: отмечают симметричные дефекты эмали 12, 11, 21, 22, 31, 32, 41, 42 зубов, расположенные вблизи режущего края на вестибулярной поверхности и на буграх 16, 26, 36, 46 зубов. Дефекты имеют матовую окраску.

Вопросы:

1. Какие заболевания можно предположить?
- Причины системной, очаговой и местной гипоплазии.

Ситуационная задача № 10.

Ребёнку 1,5 года. Со слов матери: жалобы на рвоту, повышенную температуру тела до 39,0, отказ от приёма пищи. Указанные симптомы появились два дня назад.

При объективном осмотре: девочка вялая, отмечается гиперсаливация, температура тела 38,50. На коже лица вокруг губ 4 пузырька, наполненные полупрозрачным содержимым. На слизистой оболочке щёк, языка, вестибулярной поверхности губ 14 эрозий округлой формы, диаметром 2-3мм, покрытых белесоватым тонким налётом, резко болезненных при

пальпации. Десна отёчна, гиперемирована, наплывает на зубы. Десневые сосочки закруглены, кровоточат при прикосновении ватным тампоном.

Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, плотные, болезненные при пальпации.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения ребёнка.

Ситуационная задача № 11.

Пациентка Р., 14 лет. Обратилась к врачу-ортодонт с жалобами на криво стоящие зубы.

Анамнез: ОРВИ до 10 раз в год, частые отиты, аденоидные вегетации удалены в возрасте 9 лет, 36 зуб лечен по поводу осложненного кариеса в возрасте 11 лет.

Объективно: долихоцефалическая форма головы, лицо симметричное пропорциональное, тип профиля прямой, носогубные и подбородочные складки выражены умеренно. Величина открывания рта 28 мм, движения в височно-нижнечелюстных суставах не симметричные, отмечается девиация. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей, при глотании прокладывает язык между зубами. При смыкании зубов по сагиттали выявляется правильный фиссурно-бугорковый контакт, по трансверзали вестибулярные бугры нижних жевательных зубов располагаются кнаружи от соответствующих бугров верхних зубов. Глубина резцового перекрытия 1/3 коронки, срединная линия не совпадает, сагиттальная щель до 4 мм. Верхний зубной ряд равномерно сужен в области премоляров и моляров, форма нижнего зубного ряда парабола. Отмечается скученность и протрузия верхних фронтальных зубов, 12 и 22 зубы различаются по форме и размеру. 2/3 жевательной поверхности 36 зуба покрыты пломбой, краевое прилегание нарушено, перкуссия болезненна. На прицельной рентгенограмме 36 зуба: дистальный канал запломбирован на всем протяжении, мезиальные каналы не запломбированы, в области верхушки медиального корня разряжение костной ткани без четких границ в виде «языков пламени» диаметром до 5 мм.

П П

П П П

П П

П П

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план терапевтического лечения.

Ситуационная задача № 12.

В рамках проведения эпидемиологического обследования, осмотрены дети детских садов г. Красноярск. Пациент С., 5 лет.

Анамнез: 65 зуб разрушался в течение года, не болел, за лечением не обращался, гигиена полости рта не регулярная, с техникой чистки зубов не знаком.

Объективно: лицо симметричное, пропорционально, тип профиля прямой, носогубные и подбородочные складки выражены умеренно. Величина открывания рта 28 мм, движения в височно-нижнечелюстных суставах не симметричные, отмечается девиация. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей. В проекции верхушки корня 65 зуба свищевой ход.

При смыкании зубных рядов по трансверзали вестибулярные бугры нижних жевательных зубов располагаются в продольной фиссуре верхних, по сагиттали дистальные поверхности последних моляров образуют мезиальную ступеньку. При смыкании по вертикали: глубина перекрытия не превышает 1/3 высоты коронок нижних резцов. Форма зубных рядов

полукруг. Между нижними фронтальными зубами отмечаются промежутки 1-2 мм, верхние центральные резцы имеют небольшой поворот по оси, подвижность 2 степени. Коронки временных зубов стерты на 1/3-1/2 высоты коронок.

П

На жевательной поверхности 46 зуба цементная пломба, на жевательной и мезиальной поверхностях 65 зуба глубокая кариозная полость, разрушен на 2/3, прилегающий десневой сосочек гипертрофирован, закрывает кариозную полость зуба. Перкуссия безболезненна, зондирование и реакция на холодное безболезненна.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план терапевтического лечения.

Ситуационная задача № 13.

Пациент Г., 16 лет. Обратился с жалобами на боли в 26 зубе при приеме холодной и горячей пищи, иррадиирующие в левое ухо, усиливающиеся в ночное время, боли при приеме пищи. Анамнез: впервые 26 зуб заболел 6 месяцев тому назад, проводилось лечение по поводу кариеса, боли возобновились 2 дня тому назад, за последнюю ночь боли усилились.

Объективно: конфигурация лица изменена, подбородок смещен влево, верхняя, средняя и нижняя трети лица пропорциональны, носогубные, подносовая, подбородочная складки умеренно выражены, профиль прямой. Величина открывания рта 32 мм, движения в височно-нижнечелюстных суставах не симметричные, отмечается девиация. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: правые щечные бугорки нижних зубов контактируют с небными бугорками верхних зубов, слева щечные бугорки нижних зубов перекрывают щечные бугорки верхних зубов. По сагиттали: справа и слева медиальный щечный бугорок первого верхнего постоянного моляра располагается в межбугорковой фиссуре первого нижнего постоянного моляра. Глубина резцового перекрытия 1/3, в области 21, 22 зубов обратное перекрытие. При закрывании рта нижняя челюсть смещается вправо, при открывании возвращается в правильное положение. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, форма нижнего зубного ряда парабола. 21, 22 зубы с небным наклоном.

П

С Пс

П

П

На жевательной и мезиальной поверхностях 26 зуба пломба частично сохранена, при зондировании обнаруживается вскрытая полость зуба, пульпа кровоточит, реакция на холод резко болезненная. Вертикальная перкуссия 26 слабо болезненна. На дистальной поверхности 25 зуба кариозная полость в пределах эмали, на жевательной поверхности 16,

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план терапевтического лечения.

Ситуационная задача № 14.

Пациент Ш., 7 лет. Родители обратились к врачу-ортодонту с жалобами на неправильное прорезывание 22 зуба.

Анамнез: 74, 85 зубы удалены в возрасте 5 лет по поводу осложненного кариеса.

Объективно: лицо симметрично, высота нижней трети лица снижена, носогубные складки умеренные, подбородочная выражена, профиль прямой. Величина открывания рта 28 мм, движения в височно-нижнечелюстных суставах не симметричные, отмечается девиация. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей. При глотании язык прокладывает между зубами. Смыкание первых постоянных моляров соответствует норме. Смыкание зубов по сагиттали, трансверзали и вертикали физиологическое. Форма альвеолярных отростков челюстей полукруг. Физиологические тремы отсутствуют. 22 зуб прорезался вестибулярно, в торто-положении, 32 зуб с вестибулярным наклоном. Стираемость коронок временных зубов до 1/2 высоты. На жевательной поверхности 55, 64, 65, 75, 84 зубов кариозные полости средней глубины.

С С С С

С С

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план терапевтических мероприятий.

Ситуационная задача № 15.

Пациентка М., 12 лет. Обратилась к стоматологу-терапевту с жалобой на оголение корня верхнего зуба справа, направлена на консультацию к врачу-ортодонту.

Анамнез: хронический синусит, привычное ротовое дыхание. 85 зуб удален в возрасте 6 лет по поводу осложненного кариеса.

Объективно: аденоидный тип лица, профиль выпуклый, лицо симметричное, высота нижней трети снижена, носогубные складки сглажены, подбородочная выражена. Величина открывания рта 28 мм, движения в височно-нижнечелюстных суставах не симметричные, отмечается девиация. Красная кайма губ и слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей. Смыкание жевательных зубов по сагиттали – справа и слева отмечается бугорковое смыкание одноименных зубов антагонистов, по трансверзали физиологичный фиссурно-бугорковый контакт, по вертикали – глубина режцового перекрытия до 2/3 высоты коронок нижних резцов, сагиттальная щель 3 мм. Зубные ряды сужены, узкое «готическое» небо. Верхние фронтальные зубы в ретрузии, вестибулярное прорезывание 23 зуба, места в зубном ряду недостаточно. В области 55 зуба феномен Годона, оголение корня зуба на 1/3, в области отсутствующего 85 атрофия альвеолярного отростка, недостаток места для прорезывания 45 зуба.

П П С П

П С П

На медиальной поверхности 14 и 34 зубов кариозные полости средней глубины. На жевательных поверхностях 16, 55, 26, 36, 46 зубов цементные пломбы. На вестибулярной

поверхности, в области режущих краев центральных и латеральных резцов верхней и нижней челюсти меловидная крапчатость, эмаль блестящая гладкая.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план терапевтического лечения.

Ситуационная задача № 16.

Больная К., 15-ти лет, обратилась к врачу-стоматологу детскому с целью санации после исправления прикуса с помощью брекет-системы.

При осмотре: конфигурация лица без видимых изменений, рот открывается в полном объеме, фронтальные зубы видны в линии улыбки. На вестибулярной поверхности в пришеечной области резцов, клыков и премоляров верхней и нижней челюстей отмечаются округлые дефекты эмали глубиной 0,5 мм, чувствительные к холодной и сладкой пище, перкуссия безболезненная, ЭОД 2-10 мкА.

Наблюдается гиперемия и отек десневого сосочка между центральными резцами нижней челюсти, оголение шеек на 1,0 мм., прикрепление уздечки нижней губы к маргинальному краю десны. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются.

П П С С С С С С С С С П П

П П С С С С С С С С П

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, определите индекс интенсивности кариеса у данного пациента.
2. Укажите вероятную причину образования дефектов эмали. Выберите метод лечения.

Ситуационная задача № 17.

Больной Б., 6 лет жалуется на боли в нижней челюсти слева, припухлость в нижней трети левой щечной области, повышение температуры тела до 38,5°, общее недомогание.

Из анамнеза: 75 болел в течение 3 дней, отек постепенно нарастал, повышенная температура тела держится два дня.

Объективно: нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей левой щечной области, кожа в цвете не изменена, свободно собирается в складку. При пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется плотное, умеренно болезненное образование округлой формы, не спаянное с окружающими тканями, около 1,5 см. в диаметре. Рот открывается на 2,5 см. Подвижность 75 – I степени, коронка разрушена на 2/3, зондирование безболезненно, перкуссия безболезненна. Переходная складка в области 74, 75 сглажена, слизистая отечна, гиперемирована, при пальпации флюктуирует. При осмотре полости рта определяется отсутствие физиологических трем и диастем на верхней и нижней челюстях.

П

С О

С

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз. Определите индекс интенсивности кариеса у данного пациента.
2. Составьте план хирургического лечения.

Ситуационная задача № 18.

Больной В., 14 лет, поступил в детский хирургический стационар с жалобами на ноющие боли и припухлость в нижней трети левой щечной области.

Анамнез: год назад появились ноющие боли в 36 депульпированном и запломбированном зубе. Месяц тому назад появилась припухлость в области альвеолярного отростка и тела нижней челюсти слева, постоянные ноющие боли, онемение нижней губы и подбородка соответствующей стороны.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, нарушение конфигурации лица за счет припухлости левой щечной области. При пальпации - тело челюсти утолщено болезненно. Рот открывается на 2-2,5 см., 36 запломбирован, пломба сохранена. Подвижность 36, 37 - I степени, при надавливании на слизистую в области последних из зубодесневых карманов гнойное отделяемое. Перкуссия 36, 37 слабо болезненна. Переходная складка в области 36, 37 сглажена, межзубные сосочки и маргинальная десна гиперемированы. Отмечается протрузия верхних фронтальных зубов, сагиттальная щель составляет 13 мм. Смыкание 16 и 26 - II класс по Энгля.

На ортопантограмме определяется большое количество мелких и средних очагов деструкции костной ткани в теле нижней челюсти, в проекции 36, 37. Кортикальная пластинка по краю челюсти разрушена, надкостница утолщена.

П

С

С

П

П

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. План лечение 36, 37 зубов. Определите индекс интенсивности кариеса у данного пациента.

Ситуационная задача № 19.

Больной Г., 7 лет, поступил в детский специализированный хирургический стационар с жалобами на боли в 46 зубе, отек правой щеки.

Из анамнеза: 46 зуб был лечен по поводу кариеса 3 недели назад, заболел 2 недели назад, при этом периодически отмечалось припухание мягких тканей правой поднижнечелюстной области. 3 дня назад боли в зубе усилились, увеличилась припухлость, температура тела повышалась до 38,9°C, появилась болезненность при глотании, головные боли и общая слабость.

Объективно: нарушение конфигурации лица за счет воспалительного инфильтрата тканей правой поднижнечелюстной области, кожа гиперемирована, отечна, при пальпации резко болезненна, не собирается в складку. Рот открывает на 1,5 см. Коронка 46 разрушена на 2/3. Перкуссия резко болезненна, зондирование безболезненно, слизистая оболочка подъязычного валика справа отечна и гиперемирована. Наблюдается муфтообразный инфильтрат соответственно телу нижней челюсти справа, подвижность 46, 85, 84 - 2 степени. Температура тела 38,6°C.

На внутривидеом рентгенологическом снимке нижней челюсти определяется участок деструкции костной ткани у верхушек корней 46, 85, 84 с нечеткими контурами диаметром около 1,5 см.

П

П

С

С

П

Вопросы:

- 1.Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план хирургического лечения.

Ситуационная задача № 20.

Больной Т., 9 лет доставлен родителями в приемный покой детского хирургического стационара.

Анамнез: 2 часа назад произошла травма на детской площадке (упал с качелей), сознание не терял, была рвота кровью.

Объективно: сознание ясное, на вопросы отвечает правильно. При внешнем осмотре имеется рана верхней губы, проходящая через кожу, красную кайму и слизистую оболочку. Рана неправильной формы, длиной до 1,5 см., края неровные, наблюдается разрыв слизистой оболочки между 11, 12 зубами. Субтотальный дефект коронки 11 зуба со вскрытием пульповой камеры. Отмечается отсутствие 21 зуба в лунке (мальчик принес выпавший зуб в платочке), 12, 22 – подвижность 2 степени.

На 16, 12, 11, 22, 26, 36, 32, 31, 41, 42, 46 выявлены белые блестящие пятна с четкими границами.

Ребенок проживает в регионе с содержанием фтора в питьевой воде 0,2 мг/л.

П П

С О

С

С Пс

Пс

Вопросы:

- 1.Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения 11 зуба.

Ситуационная задача № 21.

Больной З., 14 лет, обратился в терапевтическое отделение детской стоматологической поликлиники с жалобами: на боль в деснах, кровоточивость десен, усиливающуюся при чистке зубов и приеме пищи, боль от сладкой пищи.

Анамнез: 7 дней назад появилась боль в деснах, отечность, краснота, кровоточивость, затрудненный прием пищи. Ранее подобных явлений со стороны десен не было. В детстве мальчик часто болел острыми респираторными вирусными заболеваниями. В питании преобладает мягкая высокоуглеводистая пища.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,8°С.

С

С

С

С

С

Пс С С

С С

В полости рта: в 16, 15, 11, 24, 25, 26, 36, 35, 44, 45, 46 зубах кариозные полости. На зубах имеются обильные зубные отложения, десна у пораженных зубов гиперемирована, отечна, резко болезненна, при прикосновении кровоточит. На щеках и боковых поверхностях языка видны отпечатки зубов. Индекс гигиены по Грину-Вермилиону равен 3,0.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения данного пациента.

Ситуационная задача № 22.

Больная В., 6 лет, родителями доставлена в детский хирургический стационар. Жалобы при поступлении: на боли и припухлость в подглазничной области слева. На повышение температуры тела – 38,1°C.

Анамнез: неделю назад девочку в левую подглазничную область укусило насекомое, 2 дня назад в данной области боли появились и отек, повысилась температура тела до 37,8°C.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, в подглазничной области слева имеется ограниченная припухлость размером 1,3 x 0,9 см. Кожа над припухлостью гиперемирована, при пальпации патологическое образование, резко болезненное, плотное, горячее, с очагом размягчения в центре. В центре припухлости определяется след от укуса насекомого.

В полости рта: зубная формула соответствует возрасту, на вестибулярной поверхности 11 зуба, ближе к режущему краю имеется пятно белого цвета, с четкими границами, блестящее. При зондировании шероховатость эмали не выявлена. Со слов мамы у девочки была травма 51 зуба.

П С С

П Пс Пс С

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения данного пациента и укажите место лечения.

Ситуационная задача № 23.

В детскую стоматологическую поликлинику обратилась мама с ребенком в возрасте 2-х недель с жалобами на беспокойное поведение ребенка во время кормления и налет белого цвета.

Анамнез: два дня тому назад мать обнаружила у ребенка на слизистой оболочке языка, губ и щек крошковидный налет белого цвета, температура тела повысилась до 37,1°C.

Объективно: конфигурация лица не изменена, рот открывается в полном объеме. В полости рта: на нижней челюсти слева имеется центральный резец, на верхней челюсти слева в области проекции резца на слизистой десны выявлена эрозия овальной формы с неровными краями. На слизистой языка, губ и щек имеется налет белого цвета точечно-островкового характера. Налет легко снимается, после чего под ним обнаруживается гиперемированный участок слизистой. Регионарные лимфоузлы не увеличены, температура тела 37,1°C.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения заболевания СОПР.

Ситуационная задача № 24.

В поликлинику обратилась мама с ребенком 6 лет, с жалобами на наличие болезненных «язвочек» в полости рта, которые затрудняют прием пищи.

Анамнез: «язвочки» появились 2-3 дня назад, перед этим было чувство болезненности при приеме пищи. Такие язвочки появлялись 4 месяца тому назад, лечение проводилось дома, к врачу не обращались. У ребенка отмечается нарушение аппетита, склонность к запорам, иногда беспричинные боли в области пупка. Имеются хронические заболевания ЖКТ –

дискинезия кишечника, гиперацидный гастрит и непереносимость пищевых продуктов - мяса курицы.

Объективно: конфигурация лица не изменена, на коже лица наблюдаются мелкие сосудистые «звездочки». В полости рта: зубная формула соответствует возрасту, слизистая оболочка полости рта бледная, несколько отечная. На слизистой оболочке верхней губы справа и переходной складке в области 82 зуба имеются эрозии округлой формы с выраженным венчиком гиперемии размером около 3 мм в диаметре, покрытые фибринозным налетом.

П О

П О

С П

О С

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения заболевания. Выпишите препараты для местного лечения СОПР.

Ситуационная задача № 25.

В детский хирургический стационар обратились родители ребенка 7 лет с жалобами на припухлость правой щеки, боли в 85 зубе, слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,7°C.

Из анамнеза: 4 дня назад заболел 85 зуб, на следующий день заметили припухлость щеки, увеличивавшуюся в последние дни. Лечение не проводилось.

Объективно: изменена конфигурация лица за счет отека правой щеки, кожа умеренно гиперемирована, с трудом собирается в складку. Открывание рта ограничено до 1,5 см. между режущими краями резцов за счет боли в щечной области. На вестибулярной поверхности 11, 21, 31, 41 зубов одиночные участки пигментации эмали светло- и темно-коричневого цвета, окраска более интенсивна в центре поражения, по краям она сходит на нет, сливаясь с общим фоном эмали. Коронки 84, 85 зубов разрушены на 2/3, полости зубов вскрыты, подвижность зубов II степени. Переходная складка от 85 зуба до 83 сглажена, слизистая оболочка гиперемирована, пальпируется муфтообразный инфильтрат в пределах 85, 84, 83 зубов.

Пальпируется поднижнечелюстной лимфатический узел справа размером до 1,6 см., болезненный, эластичный, гладкий, подвижный, кожа над ним собирается в складку. На внутриротовой рентгенограмме нижней челюсти деструкция кости у верхушек корней 84, 85 зубов с нечеткими, неровными контурами диаметром около 5 мм.

П

С С

С С

Пс

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Определите объем хирургического лечения ребенка. Назначьте комплекс лечения основного заболевания.

Ситуационная задача № 26.

Пациент М., 40 лет обратился с жалобами на подвижность зубов, неприятный запах изо рта, кровоточивость десен при чистке зубов.

Из анамнеза: кровоточивость десен замечал давно. Из-за подвижности удалены коренные зубы на нижней челюсти. Лечение у пародонтолога не проводилось. Курит. Отмечает заболевание тканей пародонта у родителей.

Объективно: лицо обычной конфигурации, региональные лимфатические узлы не увеличены. Прикус ортогнатический.

О

О

О О О

О О О

На верхней челюсти диастема 3 мм, низкое прикрепление уздечки верхней губы. Десна отечна с цианотичным оттенком, легко кровоточит при зондировании. Подвижность фронтальных зубов I-II степени, оголение шеек, корней зубов на 1-2 мм. Над- и поддесневые зубные отложения. Глубина пародонтальных карманов 4-5 мм.

На ОПТГ отмечается резорбция межзубных перегородок на 1/3 длины корня в области фронтальных зубов верхней челюсти и премоляров нижней челюсти, на 1/2 длины корня в области фронтальных зубов нижней челюсти, расширение периодонтальной щели в маргинальном отделе, деструкция компактной пластинки вершин межзубных перегородок.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план комплексного лечения.

«Ортодонтия и детское протезирование»

Ситуационная задача № 1.

Больному 11 лет. Жалобы на косметический дефект. При внешнем осмотре отмечается незначительное укорочение нижней трети лица. Со стороны полости рта: на верхней челюсти 11, 21 расположены нёбно, на нижней челюсти отмечается скученность в области 31, 41 зубов.

При соотношении зубных рядов фронтальная группа зубов верхней челюсти перекрывает зубы нижней челюсти на 2/3. 16, 26 зубы смыкаются по II классу классификации Энгля.

Вопросы:

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ситуационная задача № 2.

При осмотре ребёнка 7 лет выявлены нарушения функции носового дыхания, «инфантильный» тип глотания.

Вопросы:

1. Значение функций дыхания и глотания в развитии зубочелюстных деформаций.
2. К каким изменениям зубочелюстной системы приведёт нарушение данных функций.

Ситуационная задача № 3.

Больной 11 лет жалуется на косметический дефект верхнего зубного ряда. При осмотре со стороны полости рта определяется промежуток между 11, 21 зубами, равный 5,0 мм. Уздечка верхней губы расположена низко и начинается от десневого сосочка. Зубные ряды правильной формы. 16, 26 зубы расположены нейтрально.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 4.

Ребёнок в возрасте 6 лет направлен к врачу-ортодонту на консультацию после удаления 54, 55, 64, 65 зубов. При внешнем осмотре отклонений от нормы не наблюдается. Со стороны полости рта шестые нижние зубы в стадии прорезывания. Зубы верхней челюсти перекрывают зубы нижней челюсти во фронтальном участке более чем на 1/3.

Вопросы:

1. Причины ранней потери зубов у детей и их последствия.
2. Составьте и обоснуйте план профилактических мероприятий для данного пациента.

Ситуационная задача № 5.

Больной 4 лет обратился с жалобами на косметический дефект.

При внешнем осмотре: лицо без видимых изменений. Со стороны полости рта: на верхней челюсти отмечается плотный контакт между зубами в зубном ряду. На нижней челюсти между зубами имеются тремы и диастема. Бугры 53 и 63 зубов выражены. Соотношение зубных рядов во фронтальном участке по типу прямого прикуса. Соотношение зубов в боковых участках нейтральное.

Вопросы:

1. Морфологическая и функциональная характеристика временного прикуса.
2. В каких лечебно-профилактических мероприятиях нуждается ребёнок?

Ситуационная задача № 6.

Пациентка С. 13 лет обратилась с жалобами на неправильное положение зубов в переднем отделе верхней челюсти и эстетические нарушения. При осмотре полости рта выявлено смыкание первых постоянных моляров, соответствующее I классу по Энгля. Резцы смыкаются режущими краями. Клыки верхней челюсти находятся в вестибулярном и супраположении. На нижнем зубном ряду видимых нарушений не обнаруживается.

Вопросы:

1. Опишите признаки смыкания первых постоянных моляров по I классу Энгля.
2. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести такому пациенту и зачем?

Ситуационная задача № 7.

Пациентка А., 8 лет. При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту. Между 11 и 21 зубами диастема = 4 мм; на рентгенограмме между корнями 11 и 21 зубов — зачаток сверхкомплектного зуба.

Вопросы:

1. Дополнительно необходимо рентгенологическое исследование?
2. Последовательность лечения?

Ситуационная задача № 8.

Пациент 8 лет. Жалобы на неправильно расположенные зубы, эстетические нарушения.

При осмотре полости рта: зубная формула соответствует возрасту; тесное положение резцов на верхней челюсти; поворот по оси 11, 21; 12, 22 расположены небно. Индекс Тона = 1,33. Зубные ряды сужены.

Вопросы:

1. Дополнительные методы обследования необходимо провести в данном клиническом случае?

2. Для определения пропорциональности размеров резцов верхней челюсти и нижней челюсти необходимо применить следующий метод?

Ситуационная задача № 9.

Пациенту 25 лет. При оценке функций выявлен симптом «наперстка», больной облизывает нижнюю губу. Зубная формула соответствует возрасту.

Вопросы:

В каком периоде прикуса симптом «наперстка» является проявлением физиологического состояния зубочелюстной системы?

Ситуационная задача № 10.

При осмотре стоматологом пациента 30 лет выявлено, что зубы бокового сегмента верхней челюсти контактируют с одноименными и позади стоящими зубами нижней челюсти.

Вопросы:

При каком виде прикуса возможно данное смыкание?

Ситуационная задача № 11.

На приеме у стоматолога-ортопеда пациент 32 лет. Объективно: лицо симметрично и пропорционально. В полости рта все зубы постоянные. Во фронтальном участке зубы верхней челюсти контактируют с режущими краями нижних резцов, имеют плотный режуще-режущий контакт, межрезцовые линии совпадают. Смыкание зубов бокового сегмента по первому классу Энгля.

Вопросы:

Какой физиологический тип прикуса соответствует данному смыканию?

Ситуационная задача № 12.

Больной 14 лет обратился с жалобами на эстетический дефект, затруднённое откусывание и пережёвывание пищи.

При внешнем осмотре отмечается увеличение объёма нижней трети лица. Нижняя челюсть по отношению к верхней расположена мезиально. Тело нижней челюсти в пределах нормы. Угол нижней челюсти 140°. Нижняя губа выстоит впереди по отношению к верхней. При смыкании губ определяется напряженность мышц приротовой области. Со стороны полости рта: верхняя челюсть в пределах нормы, на нижней челюсти отмечается наличие трем и диастема. Зубодесневые сосочки в области 31, 32, 42, 41 зубов гиперемированы и отёчны. При соотношении зубных рядов передние щёчные бугры 16, 26 расположены между 37, 36, 46, 47 зубами. Сагиттальная щель между резцами 8,0 мм.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.

Ситуационная задача № 13.

У больного 7 лет при внешнем осмотре отмечается незначительное выступание подбородка вперед. Нижние резцы выступают впереди по отношению к верхним. Бугры 73, 83 хорошо выражены. Соотношение зубов в боковых участках нейтральное.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите причину имеющейся аномалии прикуса.

Ситуационная задача № 14.

У ребёнка 4 лет при внешнем осмотре отмечается выступание подбородка. Язык расположен между губами и выступает из полости рта. Носогубные складки сглажены. При осмотре полости рта между зубами верхней и нижней челюсти имеются диастемы и тремы.

Фронтальные зубы верхней и нижней челюсти протрусованы, причём на нижней челюсти гораздо значительнее, чем на верхней. На боковых поверхностях языка отпечатки зубов. Попытки убрать язык в полость рта не увенчались успехом.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования и лечения больного.

Ситуационная задача № 15.

Ребёнку 4 года. Жалобы на невозможность откусывания и затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект. При внешнем осмотре отмечается увеличение нижней трети лица. Носогубные и подбородочная складки сглажены. Рот полуоткрыт. При смыкании губ определяется напряжение мышц приротовой области.

Из анамнеза выявлено, что ребёнок до 2-х лет сосал соску, а в настоящее время имеет привычку сосать палец. Со стороны полости рта: слизистая без видимых изменений. На верхней челюсти отмечается протруссия зубов во фронтальном участке, сужение в боковых отделах, нёбо глубокое. Нижняя челюсть без изменений. При смыкании зубных рядов имеется разобщение прикуса в области фронтальных зубов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте последовательность лечебно-профилактических мероприятий.

Ситуационная задача № 16.

Больному 13 лет. Обратился с жалобами на эстетический дефект, затруднённое откусывание и пережёвывание пищи. При обследовании был поставлен диагноз: «дистальный прикус, сочетанный с глубоким».

Вопрос:

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для выбора метода лечения.
2. Ошибки и осложнения при ортодонтическом лечении.

Ситуационная задача № 17.

Ребёнок 10 лет направлен к ортодонт после удаления центральных верхних резцов вследствие травмы.

Вопросы:

1. Какие последствия травмы возможны.
2. Какой вид лечебно-профилактических мероприятий может быть использован в данном случае.

Ситуационная задача № 18.

У пациента 5,5 лет по поводу осложнённого кариозного процесса были удалены 51. 61 зубы, между зубами верхней и нижней челюстей отмечаются плотные контакты, между зубами-антагонистами выраженный фиссурно-бугорковый контакт, стираемость окклюзионных поверхностей слабо выражена.

Вопросы:

1. Составьте план ортодонтического лечения.
2. Какие виды лечебных аппаратов могут применяться (классификация ортодонтических аппаратов).

Ситуационная задача № 19.

Родители пациента К. 8 лет обратились к врачу-ортодонт с целью профилактического осмотра и определения нуждемости в лечении. При осмотре полости рта определяется скученное положение резцов нижней челюсти, центральные резцы повернуты по оси,

ОПК-10									
ОПК-11									
ОПК-12									
ОПК-13									
ПК-1									
ПК-2									
ПК-3									
ПК-4									
ПК-5									
ПК-6									
ПК-7									
ПК-8									
ПК-9									
ПК-10									
ПК-11									
ПК-12									
ПК-13									

7.3. Содержание оценочных средств государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен

Государственный экзамен является одним из оценочных средств для государственной итоговой аттестации.

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Терапевтическая стоматология

Дисциплина «Кариесология и эндодонтия»

- 1 Организация и типовое оснащение стоматологического кабинета: меры защиты медицинского персонала.
- 2 Эмаль зуба, гистологическое строение, химический состав, физико-химические свойства, понятия минерализации, де- и реминерализации.
- 3 Дентин и цемент зуба: гистологическое строение, химический состав, функции.
- 4 Материалы для временных пломб: физико-химические свойства, техника приготовления и клинические особенности их применения.
- 5 Классификация фотополимерных композитных пломбировочных материалов: требования, физико-химические свойства и клинические особенности их применения.
- 6 Пломбировочные материалы для постоянных пломб: классификация, назначения.
- 7 Классификация стеклоиономерных цементов: требования, физико-химические свойства и клинические особенности их применения.
- 8 Временные пломбировочные материалы для каналов зубов: классификация, физико-химические свойства и клинические особенности их применения.
- 9 Материалы для постоянного пломбирования каналов зубов: классификация, физико-химические свойства и клинические особенности их применения.
- 10 Медикаментозная обработка корневых каналов зубов: инструментарий, средства и методы их применения.
- 11 Эндодонтический инструментарий: классификация и стандартизация.
- 12 Методики препарирования (механическая обработка каналов).

- 13 Профилактика кариеса (современные средства реминерализующей терапии, герметизации фиссур).
 - 14 Пломбирование кариозных полостей I класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.
 - 15 Пломбирование кариозных полостей II класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.
 - 16 Пломбирование кариозных полостей III класс по Блэку: особенности выбора материала и методика восстановления. особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.
 - 17 Пломбирование кариозных полостей IV класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.
 - 18 Некариозные поражения зубов, возникающие после их прорезывания: классификация, этиология.
 - 19 Пульпит: этиология, патологическая анатомия, классификация, методы диагностики, выбор метода лечения пульпита в зависимости от формы пульпита.
 - 20 Флюороз зубов: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 - 21 Системная и местная гипоплазия, причины развития, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 - 22 Кариес эмали, стадия «белого пятна», поверхностный кариес: патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения, показания к реминерализующей терапии.
 - 23 Средний кариес: патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 - 24 Глубокий кариес: патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения при лечении глубокого кариеса, их профилактика.
 - 25 Пломбирование кариозных полостей V класс по Блэку: особенности препарирования, выбора материала и методика восстановления.
- Дисциплина «Пародонтология»
- 26 Способы обнаружения зубных отложений, пародонтологический инструментарий.
 - 27 Строение тканей пародонта, функции, этиология.
 - 28 Методы обследования и диагностики больных с заболеваниями пародонта.
 - 29 Гингивиты: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика.
 - 30 Пародонтиты: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика.
 - 31 Терапевтические методы лечения заболеваний пародонта: показания, противопоказания, методика выполнения.
 - 32 Хирургические методы лечения заболеваний пародонта: показания, противопоказания, методика выполнения.
 - 33 Ортопедические методы лечения заболеваний пародонта: показания, противопоказания, методика выполнения.
 - 34 Назубные отложения: виды, состав, механизм образования, роль в патогенезе стоматологических заболеваний.
 - 35 Профессиональная гигиена полости химическим и механическим и аппаратным способом очистки: инструментарий, показания и методика проведения.
- Дисциплина «Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта»
- 36 Особенности элементов поражения и патологических процессов на слизистые оболочки полости рта (СОПР).
 - 37 Инфекционно-вирусные поражения слизистой полости рта: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
 - 38 Бактериальные инфекции слизистой оболочки полости рта: классификация, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 - 39 Травматические поражения слизистой полости рта: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.

40 Аллергические заболевания слизистой оболочки полости рта. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Ортопедическая стоматология

Дисциплина «Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)»

- 1 Частичная адентия, этиология, классификация.
- 2 Физиологическая стираемость. Возрастные особенности. Аспекты физиологической стираемости.
- 3 Виды протезов, применяемых при частичной адентии.
- 4 Клинико- лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов.
- 5 Клинические и параклинические методы обследования пациента с частичным отсутствием зубов.
- 6 Опорно- удерживающий кламмер (Акерра) и Роуча. Составные части, расположение на зубе.
- 7 Кламмер, его составные части: виды кламмеров, их роль при распределении жевательного давления.
- 8 Требования к опорным зубам при изготовлении бюгельного протеза. Размещение опорных и ретенционных зон кламмера на опорных зубах.
- 9 Клиническая картина частичной адентии в зависимости от класса по Кеннеди.
- 10 Характеристика слизисто-костной основы протезного ложа при частичном отсутствии зубов.
- 11 Фиксация и стабилизация протеза. Методы фиксации и стабилизации при применении ЧСПП.
- 12 Избирательное пришлифовывание зубов: показания, цели, методика проведения (Дженкельсон, Schuler).
- 13 Показания к изготовлению индивидуальной ложки и особенности получения функционального оттиска при частичной адентии (пробы Гербста).
- 14 Артикуляция и окклюзия. Виды окклюзии. Признаки центральной окклюзии.
- 15 Клинические и лабораторные ориентиры для подбора и постановки искусственных зубов.
- 16 Этап наложения готового ЧСПП. Коррекция.
- 17 Клинические этапы изготовления ЧСПП.
- 18 Вторичные зубочелюстные деформации прикуса при частичной потере зубов.
- 19 Локализованная патологическая стираемость: этиология, клиника и лечение.
- 20 Генерализованная патологическая стираемость: этиология, патогенез, клиническая картина.

Дисциплина «Зубопротезирование (простое протезирование)»

- 21 Оттиски: определения, классификация, оттискные ложки и материалы.
- 22 Методы обследования пациента в ортопедической стоматологии.
- 23 Понятие «прикуса». Физиологические и патологические виды прикуса, их характеристика.
- 24 Виды зубных микропротезов, восстанавливающих анатомическую форму зубов. ИРОПЗ.
- 25 Клинико-лабораторные этапы изготовления вкладок.
- 26 Клинические и лабораторные этапы протезирования пластмассовыми коронками.
- 27 Клинические и лабораторные этапы протезирования металлическими штампованными коронками.
- 28 Клинические и лабораторные этапы протезирования металлокерамическими коронками.
- 29 Этиология, клиника, функциональные нарушения, связанные с дефектом зубного ряда.
- 30 Классификации дефектов зубных рядов (Кеннеди, Вильд, Гаврилова и др.).

- 31 Клинические и лабораторные этапы изготовления цельнолитых мостовидных протезов.
- 32 Клинические и лабораторные этапы изготовления металлокремических мостовидных протезов.
- 33 Клинические методы обследования пациентов с частичным отсутствием зубов.
- 34 Параклинические методы обследования пациентов с частичным отсутствием зубов.
- 35 Оценка и выбор опорных зубов при изготовлении мостовидного протеза.
- 36 Жевательная эффективность, парадонтограмма.
- 37 Клинические этапы изготовления адгезивных мостовидных протезов.
- 38 Клинико-лабораторные этапы изготовления безметалловых мостовидных протезов.
- 39 Клинико-лабораторные этапы металлопластмассовых мостовидных протезов.
- 40 Особенности препарирования опорных зубов для цельнолитых мостовидных протезов.

Хирургическая стоматология

Дисциплина «Хирургия полости рта»

- 1 Особенности обследования больного на хирургическом стоматологическом приеме.
- 2 Местные анестетики, применяемые в хирургической стоматологии.
- 3 Поверхностная (аппликационная) анестезияб показания, противопоказания, техника выполнения, зона обезболивания.
- 4 Инфильтрационная анестезияб показания, противопоказания, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
- 5 Проводниковая анестезия на верхней челюстиб туберальная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
- 6 Проводниковая анестезия на верхней челюсти: подглазничная (инфроорбитальная) анестезия: внутриротовой и внеротовой способ выполнения, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
- 7 Проводниковая анестезия на верхней челюсти: палатинальная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
- 8 Проводниковая анестезия на нижней челюсти: мандибулярная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
- 9 Проводниковая анестезия на нижней челюсти: торусальная анестезия, техника выполнения, зона обезболивания, осложнение.
- 10 Операция удаления зуба: показания и противопоказания к проведению удаления зуба, методика проведения.
- 11 Хирургические методы лечения хронического периодонтита: виды оперативных вмешательств, показания и противопоказания.
- 12 Острый одонтогенный периостит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
Одонтогенный остеомиелит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 14 Задержка прорезывания: ретенция, дистопия, тортоаномалия зубов: клиника, диагностика, лечение.
- 15 Перикоронит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 16 Проявление ВИЧ инфекции в челюстно-лицевой области: клиника, диагностика, профилактика.
- 17 Фурункулы лица и шеи: этиология, патогенез, клиника, диагностика, пути распространения инфекции, лечение.
- 18 Карбункулы лица и шеи: этиология, патогенез, клиника, диагностика, пути распространения инфекции, лечение.
- 19 Абсцессы и флегмоны мягких тканей дна полости рта и шеи: классификация, этиология, пути распространения инфекции, патогенез и план обследования пациента.
- 20 Осложнения одонтогенных воспалительных заболеваний (медиастинит, одонтогенный сепсис): этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Дисциплина «Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта»

- 21 Показания и противопоказания к применению дентальных имплантатов.
- 22 Хирургический инструментарий и медикаментозное сопровождение дентальной имплантации.
- 23 Морфология биосовместимости внутрикостных имплантатов: регенерация, репарация и понятие остеоинтеграции.
- 24 Феномен остеоинтеграции: предпосылки и факторы, влияющие на взаимодействие имплантатов с костной тканью.
- 25 Диагностика и планирование лечения пациентов с использованием дентальных имплантатов: виды адентии, способы протезирования, объем кости, тип архитектоники кости.
- 26 Осложнения в дентальной имплантологии: виды, лечение, профилактика.
Хирургический этап лечения: предоперационная подготовка.
- 28 Общие принципы имплантации, базовые методики оперативных вмешательств в имплантологии.
- 29 Виды реконструктивных вмешательств на челюстных костях и техника их проведения при имплантации.
- 30 Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации: показания и этапы операции.

Дисциплина «Заболевания головы и шеи»

- 31 Инструментарий в челюстно-лицевой хирургии: виды, назначение и методика применения.
- 32 Осложнения местного обезболивания, способы их предупреждения и устранения.
- 33 Повреждения челюстно-лицевой области: статистика и классификация травм.
- 34 Хирургическая обработка неогнестрельных повреждений челюстно-лицевой области.
- 35 Травмы зубов и костей лицевого скелета: классификация, клиника.
- 36 Повреждения мягких тканей лица: виды и периоды заживления.
- 37 Переломы нижней челюсти: классификация, клиника, диагностика и лечение.
- 38 Переломы верхней челюсти: классификация, клиника, диагностика и лечение.
- 39 Вывихи нижней челюсти: классификация, клиника, диагностика и лечение.
- 40 Вывихи височно-нижнечелюстного сустава: классификация, клиника, диагностика и лечение.

Детская стоматология

Дисциплина «Детская стоматология»

- 1 Методы обследования детей в клинике стоматологии детского возраста.
Этапы формирования и прорезывания молочных и постоянных зубов.
- 3 Кариес зубов у детей: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
- 4 Кариес зубов у детей: методы лечения, осложнения, профилактика осложнений.
Особенности клинического течения кариеса зубов у детей: индексы интенсивности кариеса у детей разного возраста.
- 6 Принципы лечения кариеса в зависимости от степени активности кариозного процесса.
- 7 Характеристика пломбировочных материалов, применяемых в детской стоматологии: показания к применению.
- 8 Выбор пломбировочного материала для реставрации при лечении кариеса у детей, в зависимости от возраста ребенка, групповой принадлежности зуба и локализации кариозной полости.
- 9 Лечебные прокладки в детской стоматологии: состав, свойства, механизм действия, показания к применению.

- 10 Профилактика кариеса зубов у детей: методы и средства экзогенной и эндогенной профилактики.
 - 11 Ошибки и осложнения при лечении кариеса в детской стоматологии.
 - 12 Современные методы обезболивания при лечении зубов у детей.
 - 13 Пульпиты у детей: этиология, патогенез, классификации, методы оценки состояния пульпы. Особенности клинического течения пульпитов молочных и постоянных зубов с несформированными и сформированными корнями.
Пульпиты у детей: клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.
 - 15 Особенности клинического течения острого пульпита в молочных и постоянных зубах с несформированными корнями.
 - 16 Методы лечения пульпитов у детей: показания и противопоказания к каждому методу лечения.
 - 17 Метод девитальной ампутации: показания, противопоказания, методика проведения, оценка эффективности лечения.
 - 18 Метод витальной ампутации: показания, противопоказания, методика проведения.
 - 19 Метод витальной ампутации, с применением препаратов на основе гидроокиси кальция: показания, противопоказания, методика проведения.
 - 20 Метод девитальной экстирпации: показания, методика проведения, выбор пломбировочного материала для корневых каналов молочных и постоянных зубов у детей.
 - 21 Системная гипоплазия, местная гипоплазия: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.
 - 22 Флюороз: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.
 - 23 Наследственные поражения: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.
 - 24 Травматических повреждений зубов: классификация, методы обследования.
 - 25 Ушиб, вывих (неполный, полный, вколоченный): клиника, диагностика, лечение, прогноз.
- Дисциплина «Ортодонтия и детское протезирование»**
- 26 Охарактеризуйте период временного прикуса: дайте понятие сменного прикуса, его особенности.
 - 27 Инструментарий и методика установки стандартных металлических коронок в детской стоматологии.
 - 28 Классификация зубочелюстных аномалий и деформаций Энгля, Калвеллиса, Персина.
 - 29 Классификация зубочелюстных аномалий: этиопатогенетическая; функциональная; морфологическая.
 - 30 Морфологические и функциональные изменения в зубочелюстной системе при ортодонтических вмешательствах.
 - 31 Внутриротовые аппараты механического действия: виды, составляющие элементы, показания и противопоказания к использованию.
 - 32 Внеротовые аппараты механического действия: виды, составляющие элементы, показания и противопоказания к использованию.
 - 33 Методы исследования больных с зубочелюстными аномалиями и деформациями (антропометрические, графические, функциональные, рентгенологические).
 - 34 Аномалии количества и размеров зубов: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
 - 35 Аномалии прорезывания зубов: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
 - 36 Классификация Симона: принцип классификации, основные группы аномалий.
 - 37 Классификация Курляндского: принцип классификации, основные группы аномалий.
 - 38 Классификация Каламкарлова: принцип классификации, основные группы аномалий.

39 Классификация Хорошилкиной: принцип классификации, основные группы аномалий.

40 Международная классификация ВОЗ: принцип классификации, основные группы аномалий

Критерии оценивания результатов сдачи государственного экзамена

Результаты сдачи государственного экзамена определяются оценками "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", "неудовлетворительно". Оценки "отлично", "хорошо", "удовлетворительно" означают успешную сдачу государственного экзамена.

Оценка *«отлично»* выставляется обучающемуся, если он отвечает на поставленные вопросы в экзаменационном билете логично, последовательно, при этом не требуются дополнительные пояснения. Делает обоснованные выводы. Соблюдает нормы литературной речи. Ответ обучающегося развернутый, уверенный, содержит четкие формулировки. Обучающийся демонстрирует всестороннее систематическое и глубокое знание программного материала; владеет понятийным аппаратом; демонстрирует способность к анализу и сопоставлению различных подходов к решению заявленной в вопросе проблематики; подтверждает теоретические постулаты примерами из практики.

Оценка *«хорошо»* выставляется обучающемуся, если он отвечает на поставленные вопросы систематизировано, последовательно и уверенно. Демонстрирует умение анализировать материал, однако не все его выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдает нормы литературной речи. Обучающийся обнаруживает твердое знание программного материала; знание основных закономерностей и взаимосвязей между явлениями и процессами, способен применять знание теории к решению задач профессионального характера, однако допускает отдельные погрешности и неточности при ответе

Оценка *«удовлетворительно»* выставляется обучающемуся, если он при ответе в основном знает программный материал в объеме, необходимом для предстоящей работы по профессии. При этом допускает погрешности в ответе на вопросы. Приводимые им формулировки являются недостаточно четкими, в ответах допускаются неточности. Демонстрирует поверхностное знание вопроса, имеет затруднения с выводами, но очевидно понимание обучающимся сущности основных категорий по рассматриваемым вопросам. Нарушений норм литературной речи практически не наблюдается.

Оценка *«неудовлетворительно»* выставляется обучающемуся, если он при ответе обнаруживают значительные пробелы в знаниях основного программного материала; допускает принципиальные ошибки в ответе на вопросы экзаменационного билета. Материал излагает непоследовательно, не демонстрирует наличие системы знаний. Имеет заметные нарушения норм литературной речи.