

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра стоматологии №5

Оценочные материалы
текущей и промежуточной аттестации
по дисциплине **Стоматология общей практики**
(приложение к рабочей программе дисциплины)

Специальность 31.08.72 Стоматология общей практики

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной или в формировании которых участвует дисциплина

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
УК-1 Способность критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
ОПК - 4 Способность проводить клиническую диагностику, направлять на обследование пациентов с целью выявления стоматологических заболеваний	ОПК-4 В части диагностики проводится обследование с целью определения стоматологических заболеваний
ОПК-5 Способность назначать и проводить лечение и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с целью выявления стоматологических заболеваний	ОПК-5 В части диагностики проводится обследование с целью определения стоматологических заболеваний
ОПК-6 Способность проводить и контролировать эффективность санитарно-противоэпидемических мероприятий по охране здоровья населения	ОПК-6 В части проведения профилактических исследований и документации, составлять этапность диспансерного наблюдения, оценивать качество и эффективность диспансеризации населения
ОПК - 7 Способность проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиенического просвещению населения с целью профилактики стоматологических заболеваний	ОПК-7 В части формирования системного подхода к анализу медицинской информации, решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности
ПК-1 Способность применять клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы для диагностики и лечения стоматологических заболеваний	ПК-1 В части проводить и интерпретировать опрос, осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного, способность и готовность поставить диагноз с учетом Международной статистической классификацией болезней для пациентов детского возраста и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Контролируемые компетенции: УК-1

Тестовые задания

1. В определение общественного здоровья, принятое в ВОЗ, входят элементы

- A) физическое, социальное и психологическое благополучие
- B) возможность трудовой деятельности
- C) наличие или отсутствие болезней
- D) наличие благоустроенного жилища
- E) верно A), B), C)

Эталон ответа: E

2. Общественное здоровье характеризуют показатели

- A) трудовая активность населения
- B) заболеваемость
- C) инвалидность
- D) демографические показатели
- E) физическое развитие населения

Эталон ответа: A

3. В определение понятия "здоровье ребенка" входят критерии

- A) оптимальный уровень достигнутого развития физического, нервно-психического, интеллектуального
- B) достаточная функциональная и социальная адаптация
- C) высокая степень сопротивляемости по отношению к неблагоприятным воздействиям
- D) отсутствие пограничных состояний и признаков хронических заболеваний
- E) показатели рождаемости

Эталон ответа: E

4. Основными задачами поликлиники являются

- A) медицинская помощь больным на дому
- B) лечебно-диагностическое обслуживание населения
- C) организация работы по пропаганде здорового образа жизни
- D) профилактическая работа
- E) экспертиза временной нетрудоспособности

Эталон ответа: B

5. Организация мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники включает

- A) анализ интенсивности потока больных по времени
- B) нормирование деятельности врачей
- C) правильную организацию графика приема врачей
- D) четкую работу регистратуры
- E) дисциплину персонала

Эталон ответа: B

6. Правовой базой обязательного медицинского страхования являются документы

- A) закон РФ "О медицинском страховании граждан"
- B) дополнения и изменения к закону "О медицинском страховании"
- C) закон "О санитарно-эпидемическом благополучии населения"
- D) основы законодательства об охране здоровья граждан
- E) верно A), B), D)

Эталон ответа: E

7. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят

- A) перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС
- B) стоимость различных видов медицинской помощи
- C) организация добровольного медицинского страхования
- D) виды платных медицинских услуг

Е) дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста

Эталон ответа: А

8. Из перечисленных позиций относятся к лицензированию медицинского учреждения

А) определение видов и объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ

В) выдача документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе медицинского страхования

С) определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам

Д) оценка степени квалификации медицинского персонала

Е) верно А), В), Д)

Эталон ответа: Е

9. Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируются за счет

А) средств местной администрации

В) средств государственных предприятий и учреждений

С) средств частных и коммерческих предприятий и учреждений

Д) средств граждан

Е) верно А), В), С)

Эталон ответа: Е

10. Базовой программой обязательного медицинского страхования детского населения является:

А) диспансеризация, динамическое наблюдение и проведение плановых профилактических и лечебных мероприятий

В) организация и проведение профилактических прививок

С) лечение при острых и обострении хронических заболеваний

Д) наблюдение врачами стационара за больным ребенком на дому после выписки из больницы

Е) верно А), В), С)

Эталон ответа: Е

11. Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы

А) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) заведения

В) сертификат

С) лицензия

Д) свидетельство об окончании курсов

Е) верно А), В), С)

Эталон ответа: Е

12. Срок действия квалификационной категории врачей, провизоров, работников среднего медицинского (фармацевтического) персонала

А) 5 лет

В) 3 года

С) 7 лет

Эталон ответа: А

13. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся

А) среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН)

В) показатель систематичности наблюдения

С) показатель частоты рецидивов

Д) полнота охвата ДН

Е) заболеваемость с временной утратой трудоспособности у состоящих на ДН

Ф) верно А), С)

Эталон ответа: Ф

14. Медицинская деонтология - это

- A) самостоятельная наука о долге медицинских работников
- B) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики

Эталон ответа: B

15. Вашему помощнику (сестре) полагается

- A) выполнять неограниченно широкие функции
- B) инструктировать пациента по гигиене полости рта
- C) помогать Вам у кресла
- D) снимать зубной камень

Эталон ответа: C

16. Основную ответственность за клинический диагноз несет

- A) зубной техник
- B) помощник стоматолога (сестра)
- C) помощник стоматолога, получивший сертификат
- D) врач-стоматолог
- E) главный врач стоматологической поликлиники

Эталон ответа: D

17. Основную ответственность за правильное начало и дальнейшее планирование гигиенической обработки полости рта пациента несет

- A) зубной техник
- B) помощник стоматолога (сестра) с сертификатом
- C) помощник стоматолога (сестра) без сертификата
- D) зубной гигиенист
- E) стоматолог

Эталон ответа: E

18. Зубной техник конструирует протез на основании

- A) выбора цвета и формы зубов
- B) диалога с пациентом
- C) снятия слепка в полости рта
- D) указаний стоматолога

Эталон ответа: D

19. Помощник делает пациенту инъекцию

- A) после того, как помощник самостоятельно оценил статус полости рта
- B) после того, как помощник проверил надписи на лекарствах
- C) после проверки возможной аллергической реакции, самостоятельно проведенной помощником
- D) только по строгому предписанию врача-стоматолога

Эталон ответа: D

20. Регистратор может по телефону информировать пациента о стоимости какой-либо работы

- A) после оценки клинической картины на слух
- B) по требованию пациента
- C) по преискуранту, определенному врачам
- D) этого лучше не делать

Эталон ответа: D

21. Если пациент по телефону просит лекарство при послеоперационных болях вашему помощнику позволено

- A) самостоятельно рекомендовать лекарство
- B) позвонить фармацевту
- C) записать на бумаге его просьбу
- D) отослать пациента к врачу-стоматологу
- E) самостоятельно принять решение о физиотерапевтической процедуре

Эталон ответа: D

22. Избавляет от возможных необоснованных обвинений в адрес врача после проведенного не совсем удачного лечения

- A) только тщательная запись выполненных манипуляций
- B) запись предписаний
- C) сниженный прейскурант
- D) запись обращений к специалистам
- E) запись полного анамнеза и тщательная запись выполненных манипуляций

Эталон ответа: E

23. Помощнику (сестре), кроме ассистенции, необходимо

- A) записать детально сделанные Вами манипуляции в карточку пациента
- B) объяснить пациенту смысл каждой манипуляции
- C) соблюдать конфиденциальность проводимых процедур
- D) обсудить финансовые расходы с пациентом

Эталон ответа: C

24. Аутотрофные микроорганизмы культивируются

- A) на неорганическом материале
- B) на омертвевшем органическом материале
- C) на живом органическом материале
- D) на любом материале

Эталон ответа: A

25. В целях асептики важно:

- A) создать температурные условия (100°C)
- B) знать характеристику химического агента
- C) знать характеристику микроорганизма
- D) знать факторы, влияющие на взаимодействие химического агента и микроорганизма
- E) предотвратить доступ микроорганизмов к полю деятельности врача

Эталон ответа: E

Задачи

Задача 1.

Пациент 15 лет, планируется операция по поводу короткой уздечки языка. Внешне боязни операции не проявляет, ощущается лишь некоторая скованность. После введения 0,5% раствора лидокаина в количестве 1,5 мл появилось двигательное беспокойство, позывы на рвоту, боль в животе.

Объективно: сознание сохранено, кожа лица, шеи гиперемирована, дыхание учащенное, затрудненное, пульс частый, полный.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Укажите последовательность мероприятий по оказанию неотложной помощи ребенку.
3. Какие лекарственные препараты и в какой последовательности необходимо ввести.
4. Действия врача стоматолога в отношении данного больного.
5. В чем заключается профилактика аллергических реакций при лечении стоматологических заболеваний.

Ответ к задаче: 1. Аллергическая реакция на анестетик. Короткая уздечка языка. 2. Прекратить введение медикаментозных средств. Очистить полость рта от слюны. Повернуть голову ребенка набок и придать ей разгибательное положение. Освободить шею, грудь от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха. Искусственное дыхание при необходимости. 3. Внутривенно вводят преднизолон внутривенно, внутримышечно либо подкожно 0,1 мл. 0,1% раствора адреналина. Внутривенно 1,0 мл. 1% раствора димедрола. 4. Вызов реанимационной бригады скорой помощи, госпитализация в реанимационное либо терапевтическое отделение стационара. В амбулаторной карте делается соответствующая запись проявлений аллергической реакции, указывается аллерген,

записываются все неотложные мероприятия, которые проводились с указанием последовательности введения и дозировки лекарственных препаратов. На первой странице амбулаторной карты делается запись об аллергологическом анамнезе. 5. Тщательное выявление аллергологического анамнеза. Проведение операции под наркозом при отягощенном аллергологическом анамнезе.

Задача 2. Больная Л. 14 лет обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочки правой щеки. Постоянно прикусывает слизистую оболочку щеки в области 14 и 15 зубов. Полгода назад больная обратила внимание на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочки щеки.

Объективные данные: конфигурация лица не нарушена. На фоне неизменной слизистой оболочки правой щеки по линии смыкания зубов определяется опухолевидное образование на ножке размером 0,3x0,5 см с белесоватой ворсинчатой поверхностью. Прикус ортогнатический.

С	П 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
П	П

На дистально-щечной поверхности 16 глубокая кариозная полость с острыми краями, дно плотное, пигментированно. Зондирование, перкуссия безболезненные, кратковременная боль на холодное. ЭОД – 16 мкА.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Определите объем хирургического вмешательства.
3. Последовательность действий при лечении 16.
4. возможная причина изменения слизистой оболочки полости рта.

Ответ к задаче: 1. Папиллома слизистой оболочки левой щечной области. Глубокий кариес 16.

2. Удаление опухолевидного образования в пределах здоровых тканей с гистологическим исследованием. 3. Проводниковая или инфильтрационная анестезия, препарирование кариозной полости, антисептическая обработка, высушивание, наложение лечебной прокладки с гидроокисью кальция, изолирующей прокладки (фосфат-цемент, стеклоиономер), пломбы силикофосфатного цемента, стеклоиономерного цемента, композита химического или светового отверждения. 4. Хроническая травма (прикусывание щеки в месте дефекта зубного ряда).

Задача 3.

Больной В. 18 лет направлен на санацию в стоматологическую поликлинику. Из анамнеза: С 7 лет страдает эпилепсией, постоянно принимает антиконвульсанты. Объективно: увеличение, деформация десневых сосочков, утолщение маргинального края, перекрывающего коронки зубов на 1/2 - 1/3 высоты во фронтальном отделе верхней и нижней челюстей. Десна бледно-розового цвета, плотная, безболезненна при пальпации. При зондировании определяется карман между десной и коронкой зуба, плотный зубной налет. Прикус – ортогнатический. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов верхней челюсти выявлены кариозные полости средней глубины с пигментированным дентином. Реакция на холод слабо болезненная, кратковременная. Зондирование дна и стенок слабо болезненное

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

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите подготовку полости рта к хирургическому лечению.
4. Выберите метод хирургического лечения.

Ответ к задаче: 1. Гипертрофический гингивит, генерализованная форма, средний кариес 12, 11, 21, 22 зубов. 2. Общий анализ крови, мочи, анализ крови на сахар, ОПГ, ЭОД зубов. 3. Удаление зубных отложений, антисептическая обработка карманов, пломбирование кариозных полостей с тщательной полировкой поверхности, аппликации антисептиков, геля «Метрагил-дента». 4. Корректирующая гингивэктомия

Задача 4.

Больная К. 22 лет жалуется на зуд, боль при открывании рта, высыпания на коже лица. Из анамнеза: 5 дней назад после продолжительного лечения зуба появилась трещина в углу рта. На следующий день на коже щечной области слева появилась краснота, затем пузырьки с мутным содержимым и корки. Смазывала корки метиленовой синью. Свежие высыпания продолжали появляться. При осмотре на коже левой щеки на фоне разлитой эритемы выявлены множественные мелкие фликтены и эрозии с фестончатыми краями, рыхлые гнойные корки медового цвета. В левом углу рта заеда, покрытая рыхлой желтовато-медового цвета коркой, кровоточащая при широком открывании рта. Региональные лимфоузлы увеличены, безболезненны, подвижны.

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

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Назначьте общее и местное медикаментозное лечение.

Ответ к задаче: 1. Вульгарное импетиго. Стрепто-стафилококковая заеда.

2. Режим амбулаторный. Исключить жирную, жареную пищу. Не умываться водой. Здоровую кожу лица протирать 2% борным или 3% салициловым спиртом. Местно: гнойные корки отмачивать 3% р-ром перекиси водорода, 0,02% р-ром фурациллина, осушить, нанести антибиотиковые мази: эритромициновую, линкомициновую, тетрациклиновую. После исчезновения стрепто-стафилодермии провести санацию полости рта.

Задача 5.

Больной М., 25 лет обратился с жалобами на боль при приеме пищи, слабость, недомогание, неприятный запах изо рта. Из анамнеза: в течение 3-х дней отмечается кровоточивость десен, болеет в течение 3-5 дней. При осмотре отмечено повышение температуры тела до 37,8°C, серовато-землистый цвет кожи. Увеличение поднижнечелюстных лимфоузлов. В крови СОЭ – 14 мм/час.

П	
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

Полость рта санирована. Прикус – ортогнатический, разворот боковых резцов верхней челюсти. Обильный зубной налет, некроз десневых сосочков и маргинальной десны в области фронтальных зубов и левых моляров нижней челюсти, в ретромолярной области слева отмечается изъязвление капюшона над непрорезавшимся третьим моляром размером 0,5 x 1см. На внутриротовой рентгенограмме отмечается горизонтальное положение 38, значительное расширение периодонтальной щели в маргинальном отделе.

1. Перечислите группу заболеваний с подобной симптоматикой. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
3. Выпишите препараты для обработки участков некроза, уменьшения воспалительной реакции и ускорения эпителизации.
4. Обоснуйте сроки и объем вмешательства в области 38.

Задача 6

Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования. Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съемными протезами.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ответы к задаче 6

1. Заеда (ангулярный хейлит). 2. Главные причины - заражение стрептококком, дрожжевым грибом, травма. Заеда часто образуется у лиц с сухой, малоэластичной кожей. Так же воспаление, трещины углов рта могут быть вторичными, связаны со снижением окклюзионной высоты и высоты нижнего отдела лица в случае полного отсутствия зубов. 3. Стоматологический анамнез, внешний осмотр, осмотр слизистых оболочек полости рта, гигиеническая оценка съемных протезов, оценка качества и правильности конструкций съемных протезов, определение соизмеримости ротовой щели и базиса протеза, лабораторные методы исследования (биохимические и клинические данные крови, мочи и слюны, цитологический, микробиологический методы).

Задача 7

Больной К. обратился с жалобами на сильное жжение под базисом протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были наложены съемные протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечаются гиперемия и отек слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость слизистых оболочек, больше под протезами. Язык гиперемирован, сухой. Сосочки сглажены, атрофированы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Механизм действия токсинов при данном заболевании.
4. Ваш план ортопедического лечения.

Ответы к задаче 7

1. Токсический стоматит, вызванный пластмассовыми протезами.
2. Спектральный анализ слюны, клинический анализ крови. Исследование соскобов с языка, протезов на гриб *Candida albicans*. Определение ферментной активности КФ, ЩФ, ЛДГ, протеиназ и др. РН-метрия, определение разности потенциалов. Определение остаточного мономера, качества протеза, болевой чувствительности слизистых оболочек протезного поля.
3. Токсины нарушают функцию парасимпатических нервов, а также ткань слюнных желез, что приводит к изменению обмена гистатина и серотонина, калия, белка, следствием чего является гипосаливация.
4. При выявлении некачественных протезов (плохая фиксация, балансирование протезов и т.д.), а также повышенного содержания мономера (более 0,5%) - изготовление нового протеза при строгом соблюдении режима полимеризации и правил зубного протезирования. Так же применяется элиминирующая терапия (удаление протеза, пользование только во время еды) и химическое серебрение акрилового протеза (металлизация пластмассы) через каждые 3 дня ношения, в количестве 2-3 сеансов.

Задача 8

Больной М., 24 года, обратился с жалобами на боль в области десны 26. Два года назад 26 покрыт металлической коронкой. Обследовано: десневые сосочки в области 26,27 гиперемированы, отечны, при зондировании кровоточат. В области 26,27 пародонтальный карман 5 мм. с гнойным экссудатом. Коронка 26 глубоко заходит под маргинальный край десны. Горизонтальная перкуссия 26 болезненна. Данные R-граммы: в области 26, 27 деструкция снижения высоты межзубных перегородок на 1/2, металлическая коронка не

соответствует нормам протезирования. Костная структура в других отделах без изменений.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Укажите причину, вызвавшую появление резких симптомов в полости рта. **Ответы к задаче 8.**

1). Хронический локализованный пародонтит средней степени. 2). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим локализованным пародонтитом легкой степени, при котором глубина пародонтальных карманов достигает 3,5 мм; б) с хроническим локализованным пародонтитом тяжелой степени, при котором глубина пародонтального кармана будет более 5 мм; в) с пародонтозом, при котором имеют место участки ретракции десневого края, а также клиновидные дефекты. Пародонтальные карманы, которые являются показателем для пародонтита, при пародонтозе отсутствуют. г) с хроническим остеомиелитом, при котором решающее значение имеет рентгенологическое исследование, где при пародонтите определяется отсутствие секвестров, зон секвестральных разъединений в сочетании с отсутствием свищевых ходов и рубцов от разрезов на слизистой оболочке. д) с эозинофильной гранулемой, при которой определяются первопричинные жалобы на постоянную, часто беспричинно усиливающуюся боль в определенной группе зубов. Необходимо провести рентгенологическое исследование костей черепа, фаланги кистей рук и стопы, анализ крови. Установление локальных изменений в указанных костях в сочетании с эозинофилией говорит в пользу наличия у обследуемого эозинофильной гранулемы. 3). Причиной данной патологии является нерациональное протезирование 26 зуба, так как конструкция была глубоко посажена под маргинальный край десны.

Задача 9.

Больная А., 55 лет, обратилась с жалобами на расхождение зубов в переднем отделе верхней челюсти, эстетический дефект, кровоточивость при чистке зубов, неприятный запах изо рта. Быстрое образование мягкого налета, зубного камня. Считает себя здоровой. Объективно: Десна верхней и нижней челюсти гиперемирована, отечна, при пальпации кровоточит. Обильное количество над- и поддесневого зубного камня в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. При зондировании определяются пародонтальные карманы глубиной 5 мм. Подвижность зубов 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. II степени На рентгенограмме: убыль высоты межзубных перегородок на 2/3 длины корня, расширение периодонтальной щели на всю длину корня, очаги резорбции в теле челюсти, признаки вертикального типа резорбции, костные карманы в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубов.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Наметьте план санации полости рта.

Ответы к задаче 9

1). Хронический генерализованный пародонтит средней степени. 2). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени, при котором глубина пародонтальных карманов достигает 3,5 мм; б) с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени, при котором глубина пародонтального кармана будет более 5 мм; в) с пародонтозом, при котором имеют место участки ретракции десневого края, а также клиновидные дефекты. Пародонтальные карманы, которые являются показателем для пародонтита, при пародонтозе отсутствуют. г) с хроническим катаральным гингивитом, при котором отсутствует подвижность зубов и не определяются пародонтальные карманы. 3). Профессиональная гигиена полости рта, лечение кариеса 25 и 32 зубов, консультация с хирургом по поводу удаления корня 15 зуба, рациональное протезирование зубных рядов. Повторный прием через 6 месяцев.

Задача 10.

Больной Г. 56 лет страдает язвенной болезнью желудка. Обратился с жалобами: боль в области десен верхней и нижней челюстей, затрудненное откусывание и пережевывание

пищи вследствие расшатанности зубов. За последние годы заметил появление диастем и трем между зубами, изменение положения зубов. Гноетечение, периодическое образование свищей на деснах. При объективном осмотре полости рта: значительно отложение зубного камня над и поддесневого, мягкого налета, неприятный запах изо рта. Десна легко отделяется от зубов, кровоточит при легком зондировании. Определяются пародонтальные карманы глубиной 6-7 мм.

1. Поставьте диагноз. 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Ответы к задаче 10

1). Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени. 2). Необходимо провести рентгенологическое исследование для определения состояния костной ткани, микробиологическое исследование для определения микробного фона и подбора антибактериальной терапии. Возможно использование функциональных методов исследования (реопародонтография, фотоплетизмография, полярография, эхоостеометрия). Для подтверждения эндогенного генеза заболевания следует использовать дополнительные методы исследования: анализ крови на содержание глюкозы (при диабете), определение С-реактивного белка, содержание в крови сиаловой кислоты (при ревматизме, гепатите, холецистите), т. е. необходимо провести все исследования для определения тяжести общесоматического заболевания. 3). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени, при котором глубина пародонтального кармана будет 4 - 5 мм; б) с пародонтозом, при котором имеют место участки ретракции десневого края, а также клиновидные дефекты. Пародонтальные карманы, которые являются показателем для пародонтита, при пародонтозе отсутствуют. в) с хроническим катаральным гингивитом, при котором отсутствует подвижность зубов и не определяются пародонтальные карманы. г) с хроническим остеомиелитом, при котором решающее значение имеет рентгенологическое исследование, где при пародонтите определяется отсутствие секвестров, зон секвестральных разъединений в сочетании с отсутствием свищевых ходов и рубцов от разрезов на слизистой оболочке.

Задача 11.

На прием к врачу-стоматологу обратилась женщина с жалобами на недомогание, $t=38^{\circ}\text{C}$, потерю аппетита, асимметрию лица, увеличение лимфатических узлов. Из анамнеза пациентка перенесла ОРВИ. Объективно: десна в области 36, 37 застойно - гиперемирована, межзубные сосочки набухшие, кровоточат, обильное количество над и поддесневого камня, мягкого налета. Пародонтальные карманы в области 36, 37 зубов глубиной 5 мм. Резкая болезненность при пальпации переходной складки, перкуссия 36, 37 резко болезненна. Подчелюстные лимфоузлы слева увеличены, болезненны.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? 4. Какие хирургические манипуляции могут быть проведены.

Ответы к задаче 11

1). Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени в стадии абсцедирования. 2). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени, при котором глубина пародонтального кармана будет 4 - 5 мм; б) с хроническим остеомиелитом, при котором решающее значение имеет рентгенологическое исследование, где при пародонтите определяется отсутствие секвестров, зон секвестральных разъединений в сочетании с отсутствием свищевых ходов и рубцов от разрезов на слизистой оболочке. в) с острым гнойным периоститом, при котором определяется коллатеральный отек мягких тканей и асимметрия лица, процесс локализованный, причинный зуб без патологических карманов. 3). Необходимо провести рентгенологическое исследование для определения состояния костной ткани, микробиологическое исследование для определения микробного фона и

подбора антибактериальной терапии. Возможно использование функциональных методов исследования (реопародонтография, фотоплетизмография, полярография, эхоостеометрия). 4). Вскрытие пародонтальных абсцессов с дренированием и проведение лаважа.

Задача 12

При лицензировании медицинской организации по виду деятельности «Ортопедическая стоматология» установлено, что врач-стоматолог, имея большой стаж практической работы врачом стоматологом-ортопедом, имеет профессиональную переподготовку и сертификат специалиста лишь по специальности «Терапевтическая стоматология». Лицензирующий орган в лицензировании данного вида деятельности медицинской организации отказал. Главный врач не согласен с решением, мотивируя свое несогласие тем, что врач длительно и качественно выполняет обязанности стоматолога-ортопеда (жалоб и претензий со стороны пациентов за период его работы нет). Вопросы (задание): 1. Правомерны ли требования лицензирующего органа? 2. Какими законодательными актами определены права и обязанности администрации по подготовке и переподготовке кадров? 3. Что необходимо сделать администрации медицинской организации?

Ответ к задаче 12

1. Действия лицензирующего органа являются правомерными (в соответствии с ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" и постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291"О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково)"). 2. Права и обязанности администрации медицинской организации по подготовке и переподготовке кадров определены ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ст. 72) и трудовым законодательством РФ. 3. Администрация медицинской организации в соответствии с приказом МЗ РФ от 08.10.2015 г. № 707н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" должна направить врача на профессиональную переподготовку по специальности "Стоматология ортопедическая". После прохождения обучения и получения сертификата администрации медицинской организации необходимо при лицензировании медицинской деятельности заявить вид деятельности «Ортопедическая стоматология» в лицензирующий орган.

Задача 13

Порядками оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями, утвержденными приказом МЗ РФ от 13.11.2012 г. № 910н, предусмотрено проведение лечения множественного осложнения кариеса у детей до 3 лет, а также иных стоматологических заболеваний по медицинским показаниям у детей независимо от возраста под общей анестезией. По многолетним наблюдениям в городе Н. ежегодно в анестезиологическом пособии нуждаются 190-200 детей при проведении стоматологических вмешательств по поводу осложненных форм кариеса. Вопросы (задание): 1. Подготовьте проект приказа главного врача медицинской организации по реализации данной задачи.

Ответ к задаче 13

1. Приказом по учреждению создана рабочая группа для решения задачи. Руководитель группы – главный врач. Пример распорядительной части управленческого решения (приказа): 1. Заместителю главного врача по медицинской части: - изучить опыт передовых медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь детям в условиях общей анестезии с выездом в Московский медико-стоматологический университет и в ООО "Детская стоматология"; - организовать последипломное обучение

специалистов поликлиники по программе "Организация деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров"; - подготовить перечень помещений, необходимых для работы группы анестезиологии-реанимации и по согласованию с главным детским анестезиологом подготовить перечень медицинского оборудования (оснащения) группы анестезиологии-реанимации в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 12.11.2012 г. № 909н; 2. Начальнику хозяйственного отдела подготовить дефектные ведомости и проектно-сметную документацию на реконструкцию помещений, устройство приточно-вытяжной вентиляции, системы снабжения медицинскими газами и охранной сигнализации в помещении для хранения наркотических средств и психотропных веществ. 3. Руководителю закупочной комиссии провести обзор рынка и представить ценовые предложения на поставку наркозно-дыхательной аппаратуры и аппаратов функциональной диагностики. 4. Специалисту по кадрам заключить трудовые договоры со специалистами для работы в должности врача анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста. Оформить допуски к работе, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ. 5. Главной медицинской сестре: - подготовить перечень учетно-отчетной документации для представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ; - совместно с анестезиологом-реаниматологом подготовить перечень расходных материалов и лекарственных средств для медицинской деятельности по специальности "анестезиология и реанимация" из расчета месячной потребности.

Задача 14

В стоматологическую поликлинику обратилась страховая компания ЗАО «МАК-М» с просьбой о предоставлении информации о правах застрахованных. Вопросы (задание): 1. Где застрахованный может узнать о своих правах на получение медицинской помощи в данном медицинском учреждении? 2. Какова длительность времени ожидания пациентом первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме? 3. Каким образом предоставляется информация о состоянии здоровья застрахованного?

Ответ к задаче 14

1. На специально оформленном стенде у регистратуры поликлиники указано полное название стоматологической поликлиники, копия лицензии на право осуществления медицинской деятельности с указанием перечня разрешенных работ и услуг, права пациента, предусмотренные ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». На стенде указаны часы работы служб медицинской организации и специалистов; перечень оказываемых бесплатно видов медицинской помощи; правила пребывания пациента в медицинском учреждении; местонахождение и служебные телефоны вышестоящего органа управления медицинским учреждением; наименование, местонахождение и телефоны страховых медицинских организаций, обеспечивающих обязательное медицинское страхование населения. Информация о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи размещена на официальном сайте поликлиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». 2. Оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме осуществляется в течение 2 часов с момента обращения, наличие очередности (в соответствии с листом ожидания). Информация размещена на информационном стенде для пациента. 3. Информация о состоянии здоровья застрахованного предоставляется лично лечащим врачом в устной или письменной форме о причинах заболевания, его течении и прогнозе, выборе лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья. В отношении лиц до 15 лет (страдающих наркоманиями – 16 лет) и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

Задача 15

Пациентка Л. обратилась в стоматологическую клинику, где ей проводилось лечение зубов и протезирование дефектов зубных рядов, для получения копии медицинской карты. Вопросы (задание): 1. Какие нормативные документы определяют право пациента на получение копии медицинской карты? 2. Как правильно подать запрос на получение копии медицинской карты?

Ответ к задаче 15

Право на получение копии медицинской карты амбулаторного пациента и других документов закреплено в ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно ст. 4 "Основные принципы охраны здоровья"; ст. 13 "Соблюдение врачебной тайны" медицинская карта стоматологического больного относится к документам, содержащим врачебную тайну, поэтому как выписка из медицинской карты, так и ее копия, могут быть предоставлены только самому пациенту, либо его законному представителю. Согласно ст. 22 "Информация о состоянии здоровья" каждый гражданин имеет право получить в доступной форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии здоровья, в т.ч. сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. 2. Согласно письму МЗСР РФ от 04.04.2005 г. № 734/МЗ-14 «О порядке хранения амбулаторной карты» выдача оригинала медицинской карты на руки пациенту осуществляется только по разрешению главного врача медицинского учреждения. По требованию гражданина предоставляются копии медицинских документов, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны. На основании выше изложенного пациентке необходимо написать письменное заявление на имя главного врача стоматологической поликлиники, где указать, какие сведения необходимо получить и срок предоставления документа.

Задача 16

Пациент А. обратился в частную стоматологическую клинику для удаления ретинированного 8 зуба справа сверху. В ходе операции врачом стоматологом-хирургом была отломана часть коронки рядом стоящего 7 зуба. После удаления был наложен ватно-марлевый тампон и приложен местно холод на 20 мин. Придя домой, пациент обнаружил отсутствие коронковой части 7 зуба, о чем его врач не поставил в известность. Пациент обратился к главному врачу клиники с претензией о компенсации причинённого вреда. Вопросы (задание): 1. Какой вид ответственности возник в данном случае? 2. Кто будет возмещать пациенту нанесенный ущерб?

Ответ к задаче 16

1. Гражданско-правовая ответственность (деликтная). 2. Материальную компенсацию пациенту будет возмещать стоматологическая поликлиника, т.к. согласно ст. 1068 ГК РФ ответственность за вред, причинённый работником, несет юридическое лицо. Если по результатам внутреннего контроля качества руководство поликлиники признает претензию пациента обоснованной и выплатит ему компенсацию, то потом может привлечь виновного в причинении ущерба врача к возмещению понесенных поликлиникой затрат.

Задача №17

У больного 47 лет, невралгия тройничного нерва. Жалобы: боль приступообразного характера в левой половине лица, появляющаяся в холодную ветреную погоду. Цель физиотерапии — обезболивание. Назначение: 0,5 % новокаин-электрофорез на левую

половину лица. Трехлопастной электрод (полумаска Бергонье) площадью 250 см², под прокладку которого помещают смоченные раствором новокаина листки фильтровальной бумаги такой же формы, располагают на левой половине лица и соединяют с анодом. Второй электрод прямоугольной формы площадью 200см² помещают в межлопаточной области и соединяют с катодом. Сила тока до 10 мА, 15 мин, ежедневно, № 15.

1. Выделите проблемы пациента.
2. Как фиксируют электрод на лице.
2. Обозначьте место наложения электродов.

Ответы к задаче 17

1. Боль в левой половине лица
2. Бинтованием
3. Трехлопастный электрод на левую половину лица, второй электрод накладывают на межлопаточную область

Задача №18

Больной К., 42 лет, обратился на прием к стоматологу с жалобами на сухость во рту, периодически появляющуюся припухлость в правой поднижнечелюстной области. Анамнез: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые во время приема пищи появились приступы боли и припухлость в правой поднижнечелюстной области. Объективно: конфигурация лица без видимых изменений, кожные покровы в цвете не изменены, рот открывает в полном объеме, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, не достаточно увлажнена, в поднижнечелюстной области справа бимануально пальпируется увеличенная, уплотненная, слабо болезненная поднижнечелюстная слюнная железа, при массаже которой слюна из протока не выделяется. Коронка 16 зуба разрушена на 2/3, изменена в цвете, полость зуба вскрыта. Зондирование, перкуссия зуба безболезненны. На слизистой оболочке альвеолярной десны отмечается свищевой ход с гнойным отделяемым. Прикус ортогнатический.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Спланируйте объем хирургического вмешательства, физиотерапевтического лечения

Ответы к задаче 18

1. Хронический калькулезный сиалоденит правой поднижнечелюстной слюнной железы. Хронический периодонтит 16. Вторичная частичная адентия левой верхней челюсти. 2. Необходимо выполнение рентгенограмм правой поднижнечелюстной слюнной железы в аксиальной и боковой проекциях с целью выявления конкрементов, контрастная сиалография, рентгенография или визиография 16. 3. Хирургическое лечение слюннокаменной болезни (удаление камня), в зависимости от локализации конкремента (в протоке или в железе) и изменений тканей железы. Физиотерапия - Необходимо назначить амплипульс терапию. Электроды устанавливаются в области слюнной железы. При параметрах: режим переменный, частота 100 Гц, глубина модуляции 100%, III-IV род работы, длительность посылок по 3 сек. Время воздействия – 8-10 мин., 15 процедур на курс, ежедневно.

Задача № 19

Больной Б., 6 лет жалуется на боли в нижней челюсти слева, припухлость в нижней трети левой щечной области, повышение температуры тела до 38°, общее недомогание. Из анамнеза: 75 болел в течение 3 дней, отек постепенно нарастал. 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.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза? 3. Составьте план хирургического лечения и физиотерапевтического лечения. 4. Тактика в отношении 75. 5. Составьте план ортодонтического лечения.

Ответ к задаче № 19

1. Острый гнойный периостит нижней челюсти слева. Нагноившаяся киста нижней челюсти от 75. Острый серозный поднижнечелюстной лимфоденит слева. 2. ОПГ, ОАК. 3. Проведение периостотомии, назначить противовоспалительную терапию, цистэктомия, лечение лимфаденита, диспансеризация. УФ-облучение, начиная с 0,5 биодозы, доводя до 2 биодоз. Курс 4 процедуры. Параллельно проводят ИК-облучение лампой «Соллюкс» - 2 раза в день по 15-20 минут. 4. Сохранение 75 зуба. Раскрытие полости зуба, инструментальная и антисептическая обработка каналов, пломбирование каналов цинк-эвгеноловой пастой, восстановление коронки зуба. 5. Ортодонтическое лечение: для стимуляции роста челюстных костей используется функционально – действующие аппараты. Диспансерное наблюдение.

Задача №20

Пациент 20 лет обратился с жалобами на высыпания в полости рта, сопровождающиеся резкой болезненностью при приеме пищи, разговоре, обильное слюноотделение, боль в поднижнечелюстной области. Заболевание сопровождается повышением температуры тела до 38°C, недомоганием, головной болью. Считает себя больным 5 дней. Высыпания появились в день обращения к врачу. Ранее заболеваний слизистой оболочки полости рта не отмечает. При осмотре: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Красная кайма губ сухая, покрыта единичными чешуйками. Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована и отечна. На спинке языка, прикрепленной десне, твердом небе определяются точечные эрозии, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные при пальпации. Десна гиперемирована, отечна. Кариозные полости в зубах 17 16 37 36. Гигиена полости рта неудовлетворительная. Лабораторное исследование препаратов показало наличие полиморфно-ядерных нейтрофилов в стадии некробиоза и гигантские многоядерные клетки. Вопрос: 1. Поставьте правильный диагноз? 2. Что является возбудителем?

Ответ к задаче 20 1. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

2. Возбудителем заболевания является вирус простого герпеса

Вопросы для собеседования

1. Кариес зубов. Этиология, патогенез кариеса зубов.

Ответ: Одним из самых частых поводов обращения к стоматологу является кариес зубов. Так называют поражение твердых тканей, которое начинается с разрушения эмали. Если не предпринимать никаких мер и не проводить профилактику, кариозный процесс распространяется вглубь. Образуются полости, могут присоединиться различные осложнения. При неблагоприятном течении происходит потеря зуба. Причиной кариеса считается разрушительное действие бактерий на твердые ткани зуба. Во рту человека обитает большое количество разнообразных микроорганизмов, уже через 2–4 часа после тщательной чистки зубов их количество может достигать до 1 млн. Они активно прикрепляются к поверхности и воздействуют на эмаль, что вызывает кариес зубов. Основной причиной кариеса являются стрептококки – *Streptococcus mutans* и *Streptococcus sanguis*. Причем активность и вредоносность бактерий во многом зависит от сопротивляемости организма и наличия предрасполагающих факторов.

2. Основные методы обследования стоматологического пациента с кариесом зубов.

Ответ: к основным методам относятся: опрос (анамнез заболевания, анамнез жизни), осмотр, пальпация (зондирование), перкуссия. К дополнительным методам относят:

витальное окрашивание, избирательную сепарацию, рентгенографию и другие методы диагностики.

3. Кариес эмали. Кариозное пятно. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
Ответ: поверхностный кариес – кариозное поражение, при котором патологический процесс затрагивает только эмаль зуба и не распространяется на дентинную часть. Возникает кариозный очаг в деминерализованных участках, после начального кариеса в стадии белого пятна.

Во время приема кислой, сладкой, солёной, а также горячей и холодной пищи возникает кратковременная боль в пораженном участке. После прекращения воздействия раздражителя боль быстро проходит, поэтому часто пациенты списывают такую реакцию на повышенную чувствительность зубов.

Во время самостоятельного осмотра дома можно увидеть очаг поражения. Кариозный очаг выделяется на фоне здоровой эмали пятном желто–серого или темно–коричневого цвета с неровными краями и шероховатой поверхностью.

Кариес эмали – распространенное заболевание, встречается у большей части населения, начиная с младших дошкольников (2–3 лет), заканчивая взрослым населением (встречается чаще у женщин в период беременности и лактации).

4. Лечение кариеса в стадии пятна (начального кариеса).

Ответ: лечение кариеса стадии белого пятна проводится с помощью нескольких методов:

Реминерализующая терапия. Наиболее популярный и эффективный метод лечения, который проводится на стадии только белого пятна. Предполагает насыщение пораженных тканей микроэлементами и минералами путем аппликаций лекарственных веществ. Процедуры проводятся ежедневно или через день, курс состоит из 10-15 процедур.

Фторирование. Лечение заключается в насыщении эмали фторидами, а также другими микроэлементами. Фторапатиты являются более прочными по сравнению с гидроксипатитами, таким образом происходит укрепление эмали.

Серебрение. Метод предполагает импрегнацию кариозных очагов специальным препаратом. Во время процедуры происходит выделение ионов серебра, которые оседают в эмали и останавливают разрушительный кариозный процесс. В настоящее время метод применяется крайне редко, так как он не способен устранить кариес и окрашивает зубы в темный цвет.

Методика Icon – это наиболее современная технология, которая обладает многими преимуществами. Заключается в послойном нанесении нескольких препаратов на белое пятно. Средства устраняют пористый слой, удаляют микробы и запечатывают эмаль. Таким образом происходит пломбирование полости без применения бора. Лечение является очень эффективным, безболезненным и простым.

Шлифование. При неэффективности других методов применяется шлифование пятна, чаще коричневого. Стоматолог с помощью специального бора или щетки аккуратно устраняет пораженные ткани, далее проводится курс фторирования и реминерализации.

Классическое пломбирование. При невозможности лечения другими методами применяется пломбирование. Для этого доктор с помощью небольшого бора удаляет разрушенные ткани, а затем восстанавливает зуб пломбировочными материалами.

Физиотерапевтические процедуры. В качестве комплексной терапии используются физиопроцедуры: электрофорез и фонофорез глюконата кальция, фосфора, фтористого натрия и других микроэлементов.

5. Использование пломбировочных материалов при лечении кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов. Опрос, тестовые задания, ситуационные задачи.

6. Кариес дентина.

Ответ: Кариес дентина — это патологический процесс, при котором кариес поражает не только зубную эмаль, но и находящийся под ней дентин. Кариес цемента —

патологический процесс, при котором кариес поражает цемент и возникает после оголения корня зуба.

7. Кариес цемента. Клиника.

Ответ: Кариес цемента (корня) – это патология зубного ряда, выраженная в поражении участка зуба у десны или же под ней. В зависимости от кариозного очага, это заболевание делится на несколько типов: пришеечный, корневой и прикорневой.

8. Изменения цвета зубов. Отбеливание.

Ответ: Отбеливание зубов — гигиеническая процедура, которая быстро и безболезненно осветлит зубную эмаль на несколько тонов. Проводимая под контролем специалистов, она абсолютно безвредна и не доставляет никакого дискомфорта. Проводится специалистом в стоматологическом кабинете. Врач наносит на зубную эмаль специальный раствор с основной из перекиси водорода, а затем просвечивает зубы катализатором — лазером, светодиодной или галогеновой лампой, или другими аппаратами. Из-за просвечивания паста начинает выделять атомарный кислород и расщеплять образовавшийся на зубах налёт. После процедуры стоматолог удаляет остатки пасты и промывает ротовую полость водой.

9. Реставрация зубов.

Ответ: Реставрация зубов светоотверждаемыми композитными материалами – это прямой метод реставрации. Проводится непосредственно в ротовой полости пациента, врач прямо на месте формирует новый зуб. При разрушении твердых зубных тканей не более чем на 1/3, возможна реставрация передних зубов композитными материалами.

10. Этиология, патогенез воспаления пульпы зуба. Классификации заболеваний пульпы.

Ответ: Этиология воспаления пульпы всегда обусловлено попаданием инфекции в пульповую камеру. Это может происходить двумя путями: интрадентально (через коронку зуба) и ретроградно (через апикальное (расположенное на верхушке зуба) отверстие). Чаще всего пульпит является осложнением кариеса.

Классификация пульпита зубов по МКБ-10 K04.0

Пульпит K04.00

Начальный (гиперемия) K04.01

Острый K04.02

Гнойный (пульпарный абсцесс)

K04.03 Хронический

K04.04 Хронический язвенный

K04.05 Хронический гипертрофический (пульпарный полип)

K04.08 Другой уточнённый пульпит

K04.09 Пульпит неуточнённый

11. Методы лечения пульпита.

Ответ: Поэтапный план лечения пульпита включает в себя:

Анестезию;

Препарирование кариозной полости;

Частичное или полное удаление пульпы;

Антисептическую обработку и введение лекарственных средств;

Пломбирование корневых каналов;

Пломбирование коронкой части зуба.

12. . Классификация периодонтита.

Ответ: Классификация периодонтита (МКБ-10)

К 04.4 - острый апикальный периодонтит

К 04.5 - хронический апикальный периодонтит

К 04.6 - периапикальный абсцесс со свищем

К 04.7 - периапикальный абсцесс без свища

К 04.8 - корневая киста апикальная и боковая

К 04.8 - корневая киста периапикальная

13. Методы лечения апикального периодонтита.

Ответ: Лечение периодонтита включает:

проведение местной анестезии (при необходимости и при отсутствии общих противопоказаний)

создание доступа к полости зуба

раскрытие полости зуба

создание прямого доступа к корневым каналам

прохождение канала (или его распломбирование в ранее депульпированных зубах)

определение рабочей длины корневого канала

обработку корневых каналов (механическую и медикаментозную).

применение физических методов (по потребности)

пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами

рентгенологический контроль на этапах лечения

реставрацию зубов после эндодонтического лечения.

14. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита.

Ответ: Главными осложнениями, возникающими вследствие некорректно проведенной или несвоевременной терапии, считаются:

Переход патологического процесса из серозной формы в гнойную с формированием обширного абсцесса.

Флегмона десны.

Общее заражение крови – сепсис. Является смертельно опасным состоянием.

15. . Основные этапы эндодонтического лечения.

Ответ: Основные этапы современного эндодонтического лечения

Диагностика.

Обезболивание.

Изоляция операционного поля.

Препарирование.

Удаление пульпы.

Определение длины корневого канала.

Механическая (инструментальная) и медикаментозная обработка корневых каналов.

Пломбирование корневых каналов в трехмерном пространстве.

Оценка качества лечения в ближайшие и отдаленные сроки.

16. Физиотерапевтические методы в практической эндодонтии.

Ответ: Применяют для прекращения кровотечения после витальной экстирпации при лечении пульпита применяется диатермокоагуляция.

Для уменьшения риска проталкивания инфицированного содержимого корневого канала за верхушку, угнетания жизнедеятельности микрофлоры в корневых каналах, стимуляции репаративных процессов в периодонте применяется диатермокоагуляция и диатермия.

Необходимо проводить мероприятия по уменьшению болевых процессов, купирования острых воспалительных процессов в периодонте.

После купирования острых воспалительных процессов, необходимо нормализовать трофику и микроциркуляцию в периапикальных тканях, стимулировать репаративные процессы в костных тканях.

17. Строение и функции пародонта. Этиология заболеваний пародонта.

Ответ: Пародонт - сложный морфофункциональный комплекс тканей, окружающий и удерживающий зуб в кости. Все составляющие пародонт элементы (десна, периодонт, костная ткань альвеолы и цемент) тесно связаны в развитии и строении, что обеспечивает выполнение разнообразных и весьма сложных функций - барьерной, трофической, пластической, опорно-удерживающей и др. В то же время, каждый отдельный элемент имеет свои особенности.

18. Патогенез заболеваний пародонта, классификация.

Ответ: К05: Гингивит и болезни пародонта

К05.0 Острый гингивит

К05.1 Хронический гингивит

К05.2 Острый пародонтит

К05.3 Хронический пародонтит

К05.4 Пародонтоз

К05.5 Другие болезни пародонта

К05.6 Болезнь пародонта неуточненная

19. Гингивит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Ответ: Гингивит – воспаление ткани десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения. В большинстве случаев гингивит становится следствием неудовлетворительной гигиены полости рта и скопления зубного налета, который раздражают слизистую. В результате формируются десневые карманы (увеличивается расстояние между зубом и мягкими тканями), в которых активно размножаются бактерии. Таким образом, воспаление десен имеет бактериальную природу.

Кроме того, гингивит может стать следствием аллергии, грибковых и вирусных инфекций.

20. Пародонтит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Что такое пародонтит и как лечить?

Ответ: Пародонтит – это инфекционное воспаление пародонта. Чаще всего ему предшествует гингивит, при котором воспаляется поверхность десны. Появляются кровоточивость, дискомфортные ощущения. При пародонтите воспаление проникает глубже, симптомы могут усиливаться

21. Зубные отложения. Налеты, твердые зубные отложения. Диагностика.

Что такое зубные отложения?

Ответ: Зубные отложения – это твердый или мягкий налёт на поверхности эмали зубов, образующийся из микроорганизмов, паразитирующих в ротовой полости, продуктов их жизнедеятельности и компонентов химического состава внутренней среды полости рта.

22. Пародонтоз: этиология, патогенез. Патоморфология.

Ответ: Пародонтоз представляет собой невоспалительное хроническое заболевание тканей, которые окружают зуб: десен, периодонта, альвеолярных отростков. Характеризуется атрофией отдельных участков пародонта, склеротическими изменениями костной ткани, приводящими к обнажению шеек зубов.

23. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующими лизисом пародонта.

Особенности клинических проявлений.

Что такое идиопатические заболевания?

Ответ: Идиопатическое заболевание — это любое заболевание с неизвестной причиной или механизмом очевидного спонтанного происхождения. От греческого ἴδιος *idios* «свой» и πάθος *pathos* «страдающий» идиопатия означает примерно «заболевание себе подобного».

24. Хирургические методы лечения пародонтита направленные на устранения пародонтального кармана и нарушений строения мягких тканей преддверия полости рта.

Ответ: Лечение десен хирургическое - это пародонтологические операции, направленные на удаление инфекционных очагов в пародонте и общее лечение десен (пластика тяжей и уздечек, лоскутные операции, кюретаж, вестибулопластика, гингивэктомия, шинирование, удлинение коронковой части зуба).

25. Другие заболевания пародонта. Пародонтолиз.

Ответ: Пародонтолиз - воспалительная деструкция пародонта, протекающая на фоне некомпенсированного диабета 1 типа, агаммаглоблинемии, нейтропении, лейкоза, гистиоцитоза X.

26. Избирательное пришлифовывание зубов.

Ответ: Избирательное пришлифовывание зуба — метод комплексного лечения, который применяется при заболеваниях пародонта. Процедура используется для коррекции окклюзии и артикуляции на естественных и искусственных зубах, позволяет равномерно распределить жевательную нагрузку на зубы.

27. Шинирование зубов.

Ответ: Шинирование зубов — это процедура, которая позволяет зафиксировать положение расшатавшихся зубных единиц, а также равномерно распределить на них жевательную нагрузку. За период ношения конструкции процесс расшатывания зубов прекращается, а ткани пародонта регенерируют и восстанавливают свои опорные свойства.

28. Строение слизистой оболочки полости рта.

Ответ: Слизистая оболочка рта состоит из 3 слоев: эпителиального, собственной пластинки слизистой оболочки и подслизистой основы. На всем протяжении слизистая оболочка рта выстлана многослойным плоским эпителием. Самый глубокий слой — базальный. Он состоит из цилиндрических или кубических клеток.

29. Травматические поражения слизистой оболочки рта.

Ответ: Травматические поражения СОПР в результате действия разных факторов (механических, физических, химических) возникают в том случае, если интенсивность их влияния превышает физиологический запас прочности слизистой оболочки (СО).

30. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Вирусные заболевания.

Что такое вирусная инфекция полости рта?

Ответ: Вирусное заболевание полости рта – инфекционный тип патологии, поражающий ткани полости рта. Вирусные заболевания могут возникать либо в результате разрушения клеток, либо в результате иммунной реакции на вирусные белки.

31. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Бактериальные инфекции.

Ответ: Бактериальные и вирусные инфекции языка и рта относительно распространены, и в большинстве случаев их можно вылечить при правильной диагностике и лечении. Некоторые инфекции, которые могут поражать рот и язык, включают: Камни миндалин. Также известные как тонзиллиты, это бактериальные инфекции, которые поражают ваши миндалины.

32. Аллергические заболевания слизистой оболочки рта. Приведите примеры.

Ответ: многоформная экссудативная эритема; синдром Стивенса-Джонсона; • болезнь Лайела; • хронический рецидивирующий афтозный стоматит; • синдром Бехчета; • синдром Шегрена.

33. Изменения слизистой оболочки рта при дерматозах. Примеры.

Ответ: Пузырчатка.

Красный плоский лишай.

Системная красная волчанка.

34. Заболевания губ.

Ответ: Хейлит – это изолированный воспалительный процесс в области слизистой оболочки, кожи и красной каймы губ. Внешне выглядит как отек с покраснением и шелушением тканей. Может быть самостоятельным заболеванием или симптоматическим проявлением других патологий. Рано или поздно с ним сталкивается почти каждый человек, однако в молодом возрасте болезнь протекает заметно легче, реже рецидивирует и не имеет осложнений. У пожилых людей за счет ослабления иммунной системы периодические рецидивы хейлита могут стать причиной злокачественного перерождения тканей.

35. Заболевания языка.

Ответ: Издавна состояние языка считается показателем здоровья человека. Глоссит – это целая группа заболеваний языка. Существует множество клинических вариантов глоссита и причин его появления. При многих заболеваниях изменение внешнего вида языка

является основным проявлением болезни. Лечебная тактика и прогноз зависят от своевременной и правильной диагностики типа глоссита и причины его возникновения. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта.

36. Состояние органов полости рта у людей пожилого возраста
Ответ: Слизистая оболочка полости рта и десен становится менее эластичной, тонкой и легко ранимой, а процессы заживления протекают гораздо медленнее. Сухость в полости рта. Уменьшение слюноотделения, как результат сухость слизистой оболочки полости рта – обычная проблема пожилых людей.
37. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике.
Ответ: Виды неотложных состояний:
1. Обморок.
 2. Коллапс.
 3. Аллергические реакции
 4. Анафилактический шок.
 5. Гипертонический криз.
 6. Ишемия миокарда.
 7. Аритмия.
 8. Астматический статус.
 9. Судорожные состояния.
 10. Гипогликемическая кома. Кетоацидотическая кома.
 11. Острая дыхательная недостаточность.
38. Уровни экспертизы качества медицинской помощи.
Ответ: Как контролируют качество медпомощи на разных уровнях
- 1 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заведующим ...
 - 2 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заместителем главного врача ...
 - 3 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи врачебной комиссией
39. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.
Ответ: Информированное добровольное согласие – письменное или устное уведомление пациента, соответствующее праву личности на получение информации о медицинском вмешательстве, в которой указываются цели, методы оказания медицинской помощи, риски и возможные негативные результаты лечения.
40. Основные источники финансирования здравоохранения в России.
Ответ: Основными источниками финансирования здравоохранения являются федеральный бюджет, бюджеты субъектов РФ, местные бюджеты и средства ОМС. Дополнительными источниками выступают добровольное медицинское страхование и платные услуги, однако их доля в структуре финансирования здравоохранения незначительна.
41. Понятие, виды и свойства медицинских услуг.
Ответ: В Федеральном законе «Об охране здоровья граждан», медицинские услуги – это комплекс специальных вмешательств, проводимых медицинскими специалистами для лечения пациента, диагностики у него заболеваний, а также в профилактических и реабилитационных целях.
42. Ценообразование в здравоохранении.
Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.
43. Условия допуска к трудовой деятельности в стоматологии.
Ответ: В соответствии со ст. 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан «право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в РФ имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое

образование в РФ, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности».

44. Основные характеристики качества медицинской помощи.

Ответ: Специалисты отмечают дополнительно такие характеристики качества медицинской помощи, как:

- профессиональные компетенции;
- доступность;
- безопасность;
- непрерывность;
- эффективность;
- межличностные отношения;
- удобство;
- соответствие ожиданиям пациентов.

45. Виды и характеристика медицинских услуг.

Ответ: По функционалу медицинской услуги их подразделяют на лечебно-диагностические, реабилитационные, профилактические, транспортные, санитарно-гигиенические. Также выделяют такие виды, как простые, сложные и комплексные услуги.

46. Права и обязанности медицинских и фармацевтических работников в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ».

Ответ:

1. Медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе на:

- 1) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;
- 2) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;
- 3) профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;
- 4) прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;
- 5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;
- 6) создание профессиональных некоммерческих организаций;
- 7) страхование риска своей профессиональной ответственности.

47. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к детям.

Ответ: Принципы стоматологической деонтологии:

Приветливость и доброжелательность, располагающие ребенка. Осторожность, выражающаяся в правильной подаче информации относительно патологии ребенка. Тактичность в обращении к ребенку и его родителям. Сдержанность, требующая контроля собственных эмоций перед ребенком.

48. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к пожилым и престарелым пациентам.
Ответ: Прежде всего отметим, что возрастные психологические изменения у неработающих пожилых лиц часто приобретают деформированный, патологический вид. Известно, что многие старики чаще реагируют тревогой, страхом, депрессией на возникающие изменения и трудности жизни. Возможно появление переживаний, вызванных постепенным ослаблением физических и психических функций у пожилых и престарелых больных нередко возникают ипохондрические, фобические и депрессивные настроения. Отношение больных старческого возраста к своим заболеваниям отличается не столько их недооценкой, сколько переоценкой.
49. Ценообразование в здравоохранении.
Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.
50. Основные виды правовых конфликтов в медицине и стоматологии.
Ответ: Медицинский конфликт делят на две группы:
а) межличностные конфликты, сторонами которых выступают: врач – пациент; врач – врач; врач – администратор, медработник – родственник пациента; б) межгрупповые: администрация ЛПУ – пациент; врач – родственники пациента; администрация ЛПУ – пациент.
51. Автоматизированное рабочее место врача-стоматолога.
Ответ: Автоматизированное рабочее место (АРМ) – это совокупность программных продуктов и технических средств, обеспечивающих автоматизацию рабочих процессов врача. Программное обеспечение UNIVERSE-Медицина позволяет сотрудникам легко осуществлять доступ к электронной картотеке пациентов с историей болезни и лечения.
52. Виды юридической ответственности медицинских работников в стоматологии.
Ответ: Различают несколько видов юридической ответственности медицинских работников: уголовную, административную, дисциплинарную (в том числе – материальную) и гражданско-правовую.
53. Ведомственная экспертиза качества медицинской помощи в стоматологии.
Ответ: Экспертизу проводят по поручению фондов ОМС и страховых медицинских организаций эксперты КМП, включенные в территориальный реестр экспертов КМП. Ведомственная экспертиза КМП проводится штатными и внештатными экспертами-специалистами органов управления здравоохранением и подведомственных медицинских организаций.
54. Перечислите формы иммунитета организма
Ответ:
Гуморальный иммунный ответ (В–лимфоцит);
Клеточный иммунный ответ (Т–лимфоцит);
Иммунологическая память (Т– и В–лимфоциты);
Иммунологическая толерантность.
55. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
Ответ: Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области:
гаймориты (воспаление околоносовых пазух);
лимфадениты (воспаление лимфатических узлов);
остеомиелиты (воспаление костной ткани челюстей и других костей лица);
корневые гранулемы и кисты (воспаление в области верхушек корней зубов).

Контролируемые компетенции ОПК-4

Тестовые задания

1. В определение общественного здоровья, принятое в ВОЗ, входят элементы

- A) физическое, социальное и психологическое благополучие
- B) возможность трудовой деятельности
- C) наличие или отсутствие болезней
- D) наличие благоустроенного жилища
- E) верно A), B), C)

Эталон ответа: E

2. Общественное здоровье характеризуют показатели

- A) трудовая активность населения
- B) заболеваемость
- C) инвалидность
- D) демографические показатели
- E) физическое развитие населения

Эталон ответа: A

3. В определение понятия "здоровье ребенка" входят критерии

- A) оптимальный уровень достигнутого развития физического, нервно-психического, интеллектуального
- B) достаточная функциональная и социальная адаптация
- C) высокая степень сопротивляемости по отношению к неблагоприятным воздействиям
- D) отсутствие пограничных состояний и признаков хронических заболеваний
- E) показатели рождаемости

Эталон ответа: E

4. Основными задачами поликлиники являются

- A) медицинская помощь больным на дому
- B) лечебно-диагностическое обслуживание населения
- C) организация работы по пропаганде здорового образа жизни
- D) профилактическая работа
- E) экспертиза временной нетрудоспособности

Эталон ответа: B

5. Организация мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники включает

- A) анализ интенсивности потока больных по времени
- B) нормирование деятельности врачей
- C) правильную организацию графика приема врачей
- D) четкую работу регистратуры
- E) дисциплину персонала

Эталон ответа: B

6. Правовой базой обязательного медицинского страхования являются документы

- A) закон РФ "О медицинском страховании граждан"
- B) дополнения и изменения к закону "О медицинском страховании"
- C) закон "О санитарно-эпидемическом благополучии населения"
- D) основы законодательства об охране здоровья граждан
- E) верно A), B), D)

Эталон ответа: E

7. Из перечисленных веществ наиболее активны для повышения процессов реминерализации эмали при кариесе

- A) молибден, ванадий, селен, медь, фосфаты, кальций
- B) витамины
- C) фтор
- D) препараты, содержащие декстраназу

Е) гормоны

Эталон ответа: С

8. Наиболее рациональны при глубоком кариесе прокладки

А) противовоспалительного действия

В) антимикробного действия

С) на основе глюкокортикоидов

Д) одонтотропные

Е) индифферентные

Эталон ответа: D

9. Препараты, обладающие одонтотропным действием

А) сульфаниламидные

В) гидроокись кальция

С) антибиотики и антисептики

Д) кортикостероиды

Е) эвгенол

Эталон ответа: A

10. Применение паст в качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе на основе кортикостероидных препаратов

А) да, т.к. они уменьшают воспалительные явления в пульпе, которые сопровождают глубокий кариес

В) нет, ибо они угнетают защитную реакцию пульпы

С) да, т.к. они оказывают дезаллергизирующее действие

Д) нет, ибо они способствуют дисбактериозу, стимулируя рост флоры кариозной полости

Е) нет, т.к. они раздражают соединительную ткань

Эталон ответа: B

11. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят

А) перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС

В) стоимость различных видов медицинской помощи

С) организация добровольного медицинского страхования

Д) виды платных медицинских услуг

Е) дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста

Эталон ответа: A

12. Из перечисленных позиций относятся к лицензированию медицинского учреждения

А) определение видов и объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ

В) выдача документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе медицинского страхования

С) определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам

Д) оценка степени квалификации медицинского персонала

Е) верно А), В), D)

Эталон ответа: E

13. Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируются за счет

А) средств местной администрации

В) средств государственных предприятий и учреждений

С) средств частных и коммерческих предприятий и учреждений

Д) средств граждан

Е) верно А), В), С)

Эталон ответа: E

14. Ремтерапия показана при наличии:

А) флюороза

В) мраморной эмали

- С) гипоплазии системной
- Д) очаговой деминерализации
- Е) гипоплазии местной, очаговой

Эталон ответа: D

15. Наиболее прочно герметизирует фиссуры

- А) амальгама
- В) стеклоиономерный цемент
- С) композиционный материал
- Д) фтористый фосфат-цемент
- Е) твердеющий лак

Эталон ответа: С

16. Простая и эффективная методика подготовки зубов к аппликационной терапии

- А) гигиеническая обработка зубов специальным абразивным порошком
- В) обработка зубов 2% раствором перекиси водорода
- С) гигиеническая обработка зубов с помощью зубной щетки и пасты
- Д) гигиеническая обработка зубов специальными приспособлениями и инструментами

Эталон ответа: С

17. Дифференциальные (отличительные) признаки начального кариеса зубов от эрозии эмали

- А) типичная локализация дефекта, окрашивание метиленовой синью, размягченные участки поражения
- В) отсутствие окраски витальными красителями, твердое дно дефекта
- С) наличие гиперестезии дентина, усиливающейся при воздействии теплой водой
- Д) дефекты округлые со сглаженными краями, блестящим гладким дном
- Е) цвет эмали и дентина не изменен, форма дефекта правильная, чаще овальная

Эталон ответа: А

18. Комплекс профилактических мероприятий у взрослых

- А) применение фторсодержащих зубных паст
- В) применение 0.2% раствора фтористого натрия и фтористых зубных паст для обработки зубов
- С) электрофорез с раствором фтористого натрия и применение фтористых зубных паст
- Д) назначение глицерофосфата кальция и микроэлементов внутрь в сочетании с применением реминерализующих зубных паст
- Е) назначение фтористых таблеток внутрь и применение местно фтористого лака

Эталон ответа: С

19. Дифференциальные (отличительные) признаки среднего кариеса зубов от эрозии эмали

- А) высокая чувствительность к химическим и термическим раздражителям, высокая степень пигментации твердых тканей
- В) высокая чувствительность к химическим и термическим раздражителям, высокая степень пигментации пораженных тканей
- С) низкая чувствительность к раздражителям, относительно неглубокая полость, нечувствительность при зондировании дна полости
- Д) низкая чувствительность тканей к химическим и термическим раздражителям, боли при зондировании дна полости
- Е) высокая чувствительность к раздражителям, болезненность при зондировании дна кариозной полости

Эталон ответа: С

20. Дифференциальные (отличительные) признаки глубокого кариеса зубов от острого пульпита

- А) высокая чувствительность к холодному, болезненность при зондировании дна кариозной полости

- В) высокая чувствительность к горячему, болезненность при зондировании дна кариозной полости
- С) высокая чувствительность к химическим раздражителям и наличие самопроизвольных болей
- Д) отсутствие самопроизвольных болей, чувствительность к химическим и термическим раздражителям
- Е) наличие самопроизвольных болей, боли от холодного

Эталон ответа: D

21. Наиболее предпочтительным методом лечения начальной формы кариеса зубов является

- А) сошлифование пораженной эмали
- В) иссечение пораженной эмали с последующим пломбированием
- С) восстановление минерального состава эмали

Эталон ответа: С

22. Факторы, повышающие противокариозное действие фторидов при проведении профилактических мероприятий

- А) высокая концентрация фторидов (до 1.5-2 мг/л) в воде
- В) постоянное применение фторсодержащих зубных паст
- С) содержание оптимального или повышенного количества кальция в воде ("жесткая вода")
- Д) применение попеременно фтористых полосканий и покрытие зубов фторлаком
- Е) применение фторсодержащих таблеток не менее 100 дней в году

Эталон ответа: С

23. К происхождению эпителия гранулем, кист -

- А) это вегетировавший через десневой карман многослойный плоский эпителий полости рта
- В) это вегетировавший через свищевой ход многослойный плоский эпителий полости рта
- С) эпителиальную выстилку гранулем и кист образует эпителиальные островки Маласса, клетки которых пролиферируют под влиянием воспаления
- Д) идиопатическое происхождение

Эталон ответа: С

24. Тактика врача в случаях болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала в зубе, ранее леченном по поводу пульпита с давно выпавшей пломбой

- А) удалить зуб, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент зуба
- В) применить мышьяковистую пасту, поскольку лечить такой зуб надо как пульпитный
- С) провести диатермокоагуляцию и непосредственное пломбирование
- Д) провести под обезболиванием тщательную инструментальную, медикаментозную обработку и запломбировать канал

Эталон ответа: D

25. Пломбирование каналов нетвердеющими пастами при лечении хронических гранулирующих периодонтитов

- А) возможно, ибо контакт с тканями воспаленного периодонта дает лечебный эффект и будет способствовать его регенерации
- В) нельзя, потому что эти пасты будут быстро рассасываться за счет грануляционной ткани
- С) возможно и нужно, поскольку всегда есть возможность исправить дефекты пломбирования, а при наличии свищевого хода тем более целесообразно, ибо лекарственные вещества, входящие в состав пасты, будут способствовать его закрытию
- Д) нет, т.к. при пломбировании этими пастами нельзя добиться герметичности

Эталон ответа: В

Ситуационные задачи

Задача 1

Больной в течение последних лет регулярно наблюдается у стоматолога по поводу кариеса. Объективно: на очередном приеме обнаружено большое количество мягкого налета на передних зубах верхней челюсти 321 I 12. В области 54 I 5 дефекты неглубокие, определяется шероховатость при зондировании. Реакция на раздражители кратковременная. ЭОД = 4мкА.

1. Предполагаемый диагноз. 2. Методы борьбы с налетом.

Ответы к задаче 1.

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

Задача 2

Больной выезжает за граничную командировку, saniрует полость рта. Объективно: множественный кариес в стадии пятна в пришеечной области. На температурные раздражители резкая боль, кратковременная ЭОД = 2-6. мкА, окраска пятен метиленовой синью 2 % положительная. При зондировании на фоне деминерализации обнажается поверхностный дефект.

1. Каковы методы обследования больного? 2. Методы обезболивания.

Ответы к задаче 2

1). Необходимо провести рентгенологическое исследование для выявления скрытых полостей, а также проверки общего состояния костной ткани челюстей. Можно провести лазерную диагностику DIAGNOdent. После предварительного очищения и высушивания поверхностей зубов применяется лазерное флуоресцентное устройство. Прибор содержит лазерный диод (длина волны 650 нм), как активирующее световое устройство и фотодиод, комбинированный с длиннофокусным фильтром, как обнаружитель. Активирующий свет пропускается при помощи оптического волокна (пучок из 9 волокон) на зуб и, собираясь концентрически вокруг него, помогает обнаружению кариозного очага. 2). Для проведения анестезии в данном случае достаточно инфильтрационного обезболивания, при этом необходимо тщательно выяснить анамнез жизни больного и убедиться в отсутствии аллергических реакций на местные анестетики.

Задача 3

Пациент жалоб не предъявляет. Saniрует полость рта. Объективно: на вестибулярной поверхности 21, 12 ограниченные участки белого цвета (в виде вкраплений). Поверхность гладкая. Зонд скользит. Пятно окрашивается раствором метиленового синего. ЭОД = 4 мкА.

1. Поставьте диагноз. 2. Механизм образования пятен. 3. Классификация кариеса.

Ответы к задаче 3

1). Кариес в стадии пятна. 2). Основная причина – это мягкий микробный зубной налет и пищевые остатки. т.е. неудовлетворительная гигиена полости рта. Процесс образования белых пятен протекает следующим образом - кариесогенные микроорганизмы активно переваривают пищевые остатки (преимущественно углеводы) – в результате чего микроорганизмы выделяют органические кислоты. При контакте кислоты с зубом происходит процесс, который заключается в том, что эмаль, состоящая из солей кальция – начинает растворяться. Кислота вымывает кальций из зубной эмали, делая последнюю пористой и хрупкой. Деминерализованный участок сначала теряет свой естественный блеск и приобретает матовый оттенок белого, желтоватого, а затем светло-коричневого цвета. 3). 1. Топографическая: а) кариес в стадии пятна (белое, пигментированное); б) поверхностный кариес; в) средний кариес; г) глубокий кариес. 2.

Анатомическая: а) кариес эмали; б) кариес дентина; в) кариес цемента корня зуба. 3. По локализации: а) фиссурный; б) апроксимальный; в) пришеечный.

Задача 4.

Пациент обратился с жалобами на кратковременную боль от кислого и холодного в области нижней челюсти слева. Боль возникла впервые 4 месяца назад. Объективно: в пришеечной области 34 кариозная полость в пределах эмали, светло-коричневого цвета. Зондирование стенок и дна болезненно. Реакция на холодное болезненна, быстро, проходящая.

1. Поставьте диагноз. 2. Этапы препарирования кариозной полости.

Ответы к задаче 4 1). Поверхностный кариес. 2). Определение окклюзионных точек. Очистка зуба от пищевого налёта с помощью щётки и пасты или стоматологических пескоструев (Air flow и др.). Наложение изолирующей системы по ситуации (коффердам, OptiDam и др.). Препарирование кариозной полости бормашиной. Удаление нависающих краёв эмали, некрэктомия (полное удаление размягчённого инфицированного дентина), формирование полости для лучшей фиксации пломбы. Антисептическая обработка кариозной полости. Пломбирование. Пришлифовка окклюзионных контактов, полировка пломбы.

Задача 5. Пациент обратился с жалобами на возникновение боли от химических, температурных и механических раздражителей в области верхней челюсти слева. Боль впервые возникла 2 месяца назад. Объективно: на контактной поверхности 12 кариозная полость с поражением средних слоев дентина. Стенки кариозной полости и дно плотные. Зондирование по эмалево-дентинной границе болезненно. Реакция на холодное отсутствует (безболезненна). Перкуссия отрицательная. ЭОД – 6 мкА.

1. Поставьте диагноз. Классификация кариеса. 2. Современная концепция этиологии кариеса

Ответы к задаче 5

1). Диагноз - средний кариес. Классификация кариеса: 1. Топографическая: а) кариес в стадии пятна (белое, пигментированное); б) поверхностный кариес; в) средний кариес; г) глубокий кариес. 2. Анатомическая: а) кариес эмали; б) кариес дентина; в) кариес цемента корня зуба. 3. По локализации: а) фиссурный; б) апроксимальный; в) пришеечный. 4. По характеру течения: а) быстротекущий; б) медленнотекущий; в) стабилизированный. 5. По степени активности: I - компенсированный кариес; II - субкомпенсированный; III - декомпенсированный. Классификация Блека по локализации: 1,2,3,4,5 класс. 2). Современная концепция этиологии кариеса - общепризнанным механизмом возникновения кариеса является прогрессирующая деминерализация твёрдых тканей зубов под действием органических кислот, образование которых связано с деятельностью микроорганизмов. В возникновении кариозного процесса принимают участие множество этиологических факторов, что позволяет считать кариес полиэтиологическим заболеванием.

Задача 6

Больной А., 27 лет, обратился к стоматологу с жалобами на измененный внешний вид эмали зубов. При осмотре: коронки всех групп зубов, особенно вестибулярной поверхности фронтальной группы, пигментирована, имеет меловидный оттенок, но сохраняет блеск. В области фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей на вестибулярной поверхности имеются отдельные участки пигментации эмали светлокоричневого цвета и округлой формы, дефекты коронок диаметром до 1,5 мм и глубиной 0,1 – 0,3 мм., дно их светло-желтого цвета.

1. Назовите наиболее вероятный (предварительный) диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Укажите причину, обуславливающую данную патологию.

Ответы к задаче 6.

1). Флюороз – меловидно-крапчатая форма. 2). Легкую и умеренную формы флюороза необходимо дифференцировать от кариеса в стадии пятна. Если при кариесе поражения единичные и располагаются в типичных для этой патологии участках зуба, то для флюороза характерны множественные поражения, проявляющиеся с момента прорезывания зубов. 3). Флюороз - системное нарушение развития твердых тканей, которое развивается при приеме внутрь воды и продуктов с повышенным содержанием фтора. По мнению многих авторов, флюороз - это гипоплазия специфического происхождения, которая обусловлена избытком фтора в питьевой воде.

Задача 7. Больной С., 52 года, обратился к стоматологу с жалобами на появление дефектов эмали в области зубов верхней челюсти и появление боли под действием химических и термических раздражителей. При осмотре в области 54 I 45 имеется дефект эмали и дентина в форме клина с ровными краями и стенками. Глубина дефекта 0,2-0,3 мм, длина 3,5-4 мм, цвет дефекта сходен желтоватым цветом нормальной дентина. В области пораженных зубов определяется ретракция десны и обнажение шеек зубов на 1/3 длины корня.

1. Определите характер заболевания, поставьте диагноз. 2. Укажите причины, обуславливающие возникновение данного заболевания.

Ответы к задаче 7.

1). Некариозное поражение зубов, возникающее после их прорезывания. Клиновидный дефект. 2). Причины появления клиновидных дефектов, как правило, местного происхождения: а) неправильная техника чистки зубов – это прежде всего это использование движений щеткой в горизонтальной плоскости (т.е. тех движений, которые делать вообще нельзя). Также образованию клиновидных дефектов способствует чистка зубов сразу же после употребления фруктов, содержащих кислоты (апельсин), или сразу после употребления вина. Кислоты, входящие в состав таких продуктов, вымывают кальций из поверхностного слоя эмали. б) плохая гигиена полости рта – наличие в пришеечных областях мягкого зубного налета и зубных отложений приводит к деминерализации эмали зубов, т.е. потере эмалью минералов – в первую очередь кальция. Это происходит из-за того, что кариесогенная микрофлора в составе мягкого зубного налета и зубных камней (особенно при наличии пищевых остатков в полости рта после еды) начинает активно выделять органические кислоты. Эти кислоты контактируют с поверхностью зуба и растворяют ее, постепенно вымывая из нее кальций. в) наличие гингивита, пародонтита – при данных заболеваниях отмечается выделение большого количества десневой жидкости из зубо-десневой борозды. Состав десневой жидкости при этих заболеваниях таков, что эта жидкость также способствует вымыванию кальция из эмали зуба. Ослабление структуры эмали и способствует развитию клиновидного дефекта.

Задача 8

Больная М., 45 лет, обратилась с жалобами на дефект эмали в области передних зубов верхней челюсти и повышенную чувствительность от химических раздражителей. При осмотре в области 2 1 I 1 2 определяются овальные дефекты эмали, расположенные в поперечном направлении наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронок зубов, дно дефектов гладкое, блестящее, твердое. Эмаль в участке поражения светложелтая и блестящая

1. Поставьте диагноз. 2. Укажите стадию поражения. 3. Какие зубы не поражаются при данном заболевании?

Ответы к задаче 8.

1). Эрозии твердых тканей 12,11,21,22 зубов. 2). Средняя стадия - поражена вся толщина эмалевого покрова зубов вплоть до дентиноэмалевого соединения. 3). Практически не встречаются эрозии на резцах и больших коренных зубах нижней челюсти.

Задача 9

Больная К. 45 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на стираемость твердых тканей зубов, эстетический недостаток, боль при приеме холодной,

горячей, сладкой, кислой пищи. Из анамнеза выяснено, что больная работает на химическом предприятии. Состоит на учете у врача-эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы. Страдает язвенной болезнью желудка. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена. В полости рта: прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. Осмотр твердых тканей зубов выявил наличие фасеток стирания на режущей поверхности фронтальных зубов и окклюзионной поверхности жевательных зубов в пределах эмалево-дентиной границы. Реакция на термические раздражители положительная. Отмечается гипертрофия альвеолярного отростка челюстей. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

1. Поставьте предположительный диагноз. 2. Осветите этиологию и патогенез данного заболевания.

Ответы к задаче 9

1) Патологическая стираемость зубов верхней и нижней челюстей, компенсированная, генерализованная, горизонтальная форма. 2) В этиологии и патогенезе повышенной стираемости твердых тканей зубов взаимодействуют в основном два фактора: структурная неполноценность эмали и дентина или повышенная окклюзионная нагрузка на зубы. Первая может быть обусловлена генетическими особенностями строения этих тканей, расстройствами обмена веществ, заболеваниями ЖКТ и другими общими заболеваниями, нейроциркуляторными и эндокринными нарушениями, сопровождающимися неполноценным обызвествлением твердых тканей зубов, вторая - патологией окклюзии, потерей многих зубов, особенностями функции жевательных мышц, например бруксизм. Известную роль в этиологии и патогенезе патологической стираемости зубов играют и другие факторы: профессиональная вредность, характер пищи, условия внешней среды и т.д.

Задача 10

Больной Н. обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на повышенную чувствительность передних нижних зубов к физическим и химическим раздражителям, уменьшение высоты коронок этих зубов. Из анамнеза выяснено, что вышеперечисленные явления появились спустя некоторое время после фиксации металлокерамических коронок на передние верхние зубы. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена. В полости рта: Прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. На верхних резцах имеются металлокерамические коронки, которые отвечают клиническим требованиям. На режущей поверхности передних нижних зубов отмечаются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. Реакция на термические раздражители положительная. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

1. Поставьте предположительный диагноз. 2. Расскажите о клинике и диагностике данного заболевания.

Ответы к задаче 10

1) Патологическая стираемость 42, 41 и 31, 32 зубов, горизонтальная, локализованная форма. 2) Патологическая стираемость твердых тканей зубов сопровождается рядом морфологических, эстетических и функциональных изменений. Клиническая картина патологической стираемости зубов весьма многообразна и зависит от ряда факторов: возраста больного, реактивности организма, виды прикуса, величины и топографии дефектов зубных рядов, степени выраженности патологического процесса. Наиболее типичными признаками патологической стираемости зубов являются: нарушение их анатомической формы, гиперестезия дентина, снижение нижней трети лица, нарушение эстетики, дисфункция височнонижнечелюстного сустава, изменение формы и величины альвеолярных отростков челюстей, поражение тканей пародонта. Диагностика патологической стираемости зубов включает в себя: изучение жалоб больного, анамнеза данного заболевания и объективное исследование. Последнее состоит из внешнего

осмотра пациента, осмотра полости рта, пальпации жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава, различных отделов лица, шеи и полости рта, измерений на лице и интеральвеолярного расстояния, изучения гипсовых моделей челюстей, определения электровозбудимости пульпы (электроодонтодиагностика), рентгенография зубов и челюстей, томография височно-нижнечелюстного сустава, электромиография жевательных мышц, электромиотонометрии.

Задача 11

Больная 50-ти лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на боли от химических (кислого, сладкого) и механических (чистка зубов) раздражителей. При осмотре на вестибулярных поверхностях 14, 13, 12, 22, 23, 24, в пришеечной части обнаружены дефекты твердых тканей треугольной формы, с гладкими, плотными, блестящими стенками. Средняя глубина дефектов 0,2-0,3 мм, протяженность 3,5 мм.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями твердых тканей зуба. 3. Назовите причины возникновения данного заболевания.

Ответы к задаче 11

1. Клиновидный дефект 14, 13, 12 | 22, 23, 24 .2. Клиновидный дефект необходимо дифференцировать с кариозным процессом и эрозией твердых тканей. При кариесе поверхностном и среднем имеются размягченные ткани, поверхность шероховатая, а при клиновидном дефекте дно плотное, гладкое. Клиновидный дефект от эрозии отличают по форме (при эрозии чашеобразная убыль, при клиновидном дефекте треугольной формы). 3. Основными причинами, приводящими к возникновению клиновидных дефектов являются механические и химические факторы (жесткие зубные щетки и порошок, деминерализующее действие кислот), а также эндокринные нарушения, заболевания ЦНС и ЖКТ.

Задача 12

Пациент 15 лет, планируется операция по поводу короткой уздечки языка. Внешне боязни операции не проявляет, ощущается лишь некоторая скованность. После введения 0,5% раствора лидокаина в количестве 1,5 мл появилось двигательное беспокойство, позывы на рвоту, боль в животе.

Объективно: сознание сохранено, кожа лица, шеи гиперемирована, дыхание учащенное, затрудненное, пульс частый, полный.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Укажите последовательность мероприятий по оказанию неотложной помощи ребенку.
3. Какие лекарственные препараты и в какой последовательности необходимо ввести.

Ответ к задаче: 12. 1. Аллергическая реакция на анестетик. Короткая уздечка языка. 2. Прекратить введение медикаментозных средств. Очистить полость рта от слюны. Повернуть голову ребенка набок и придать ей разгибательное положение. Освободить шею, грудь от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха. Искусственное дыхание при необходимости. 3. Внутривенно вводят преднизолон внутривенно, внутримышечно либо подкожно 0,1 мл 0,1% раствора адреналина. Внутривенно 1,0 мл 1% раствора димедрола.

Задача 13. Больная Л. 14 лет обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочке правой щеки. Постоянно прикусывает слизистую оболочку щеки в области 14 и 15 зубов. Полгода назад больная обратила внимание на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочке щеки.

Объективные данные: конфигурация лица не нарушена. На фоне неизменной слизистой оболочки правой щеки по линии смыкания зубов определяется опухолевидное образование на ножке размером 0,3x0,5 см с белесоватой ворсинчатой поверхностью. Прикус ортогнатический.

С

П 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

П

П

На дистально-щечной поверхности 16 глубокая кариозная полость с острыми краями, дно плотное, пигментированно. Зондирование, перкуссия безболезненные, кратковременная боль на холодное. ЭОД – 16 мкА.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Определите объем хирургического вмешательства.
3. Последовательность действий при лечении 16.
4. возможная причина изменения слизистой оболочки полости рта.

Ответ к задаче: 13. Папиллома слизистой оболочки левой щечной области. Глубокий кариес 16.

2. Удаление опухолевидного образования в пределах здоровых тканей с гистологическим исследованием. 3. Проводниковая или инфильтрационная анестезия, препарирование кариозной полости, антисептическая обработка, высушивание, наложение лечебной прокладки с гидроокисью кальция, изолирующей прокладки (фосфат-цемент, стеклоиономер), пломбы силикофосфатного цемента, стеклоиономерного цемента, композита химического или светового отверждения. 4. Хроническая травма (прикусывание щеки в месте дефекта зубного ряда).

Задача 14.

Больной В. 18 лет направлен на санацию в стоматологическую поликлинику. Из анамнеза: С 7 лет страдает эпилепсией, постоянно принимает антиконвульсанты. Объективно: увеличение, деформация десневых сосочков, утолщение маргинального края, перекрывающего коронки зубов на 1/2 - 1/3 высоты во фронтальном отделе верхней и нижней челюстей. Десна бледно-розового цвета, плотная, безболезненна при пальпации. При зондировании определяется карман между десной и коронкой зуба, плотный зубной налет. Прикус – ортогнатический. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов верхней челюсти выявлены кариозные полости средней глубины с пигментированным дентином. Реакция на холод слабо болезненная, кратковременная. Зондирование дна и стенок слабо болезненное

О С С С С

17 16 15 14 13 12 11 □ 21 22 23 24 25 26 27

47 46 45 44 43 42 41 □ 31 32 33 34 35 36 37

О О

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите подготовку полости рта к хирургическому лечению.
4. Выберите метод хирургического лечения.

Ответ к задаче: 14. Гипертрофический гингивит, генерализованная форма, средний кариес 12, 11, 21, 22 зубов. 2. Общий анализ крови, мочи, анализ крови на сахар, ОПГ, ЭОД зубов. 3. Удаление зубных отложений, антисептическая обработка карманов, пломбирование кариозных полостей с тщательной полировкой поверхности, аппликации антисептиков, геля «Метрагил-дента». 4. Корректирующая гингивэктомия

Задача 15

Больная К. 22 лет жалуется на зуд, боль при открывании рта, высыпания на коже лица. Из анамнеза: 5 дней назад после продолжительного лечения зуба появилась трещина в углу рта. На следующий день на коже щечной области слева появилась краснота, затем пузырьки с мутным содержимым и корки. Смазывала корки метиленовой синью. Свежие высыпания продолжали появляться. При осмотре на коже левой щеки на фоне разлитой эритемы выявлены множественные мелкие фликтены и эрозии с фестончатыми краями, рыхлые гнойные корки медового цвета. В левом углу рта заеда, покрытая рыхлой желтовато-медового цвета коркой, кровоточащая при широком открывании рта. Региональные лимфоузлы увеличены, безболезненны, подвижны.

П П

П

17 16 15 14 13 12 11 □ 21 22 23 24 25 26 27

47 46 45 44 43 42 41 □ 31 32 33 34 35 36 37

П

П

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Назначьте общее и местное медикаментозное лечение.

Ответ к задаче: 15. Вульгарное импетиго. Стрепто-стафилококковая заеда.

2. Режим амбулаторный. Исключить жирную, жареную пищу. Не умываться водой. Здоровую кожу лица протирать 2% борным или 3% салициловым спиртом. Местно: гнойные корки отмачивать 3% р-ром перекиси водорода, 0,02% р-ром фурациллина, осушить, нанести антибиотиковые мази: эритромициновую, линкомициновую, тетрациклиновую. После исчезновения стрепто-стафилодермии провести санацию полости рта.

Задача 16.

Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования. Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съёмными протезами.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ответы к задаче 16

1. Заеда (ангулярный хейлит). 2. Главные причины - заражение стрептококком, дрожжевым грибом, травма. Заеда часто образуется у лиц с сухой, малоэластичной кожей. Так же воспаление, трещины углов рта могут быть вторичными, связаны со снижением окклюзионной высоты и высоты нижнего отдела лица в случае полного отсутствия зубов. 3. Стоматологический анамнез, внешний осмотр, осмотр слизистых оболочек полости рта, гигиеническая оценка съёмных протезов, оценка качества и правильности конструкций съёмных протезов, определение соизмеримости ротовой щели и базиса протеза, лабораторные методы исследования (биохимические и клинические данные крови, мочи и слюны, цитологический, микробиологический методы).

Задача 17

Больной К. обратился с жалобами на сильное жжение под базисом протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были наложены съёмные протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечаются гиперемия и отек слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость слизистых оболочек, больше под протезами. Язык гиперемирован, сухой. Сосочки сглажены, атрофированы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Механизм действия токсинов при данном заболевании.

Ответы к задаче 17

1. Токсический стоматит, вызванный пластмассовыми протезами.
2. Спектральный анализ слюны, клинический анализ крови. Исследование соскобов с языка, протезов на гриб *Gandida albicans*. Определение ферментной активности КФ, ЩФ, ЛДГ, протеиназ и др. РН-метрия, определение разности потенциалов. Определение остаточного мономера, качества протеза, болевой чувствительности слизистых оболочек протезного поля.
3. Токсины нарушают функцию парасимпатических нервов, а также ткань слюнных желез, что приводит к изменению обмена гистатина и серотонина, калия, белка, следствием чего является гипосаливация.

Задача 18

Больной М., 24 года, обратился с жалобами на боль в области десны 26. Два года назад 26 покрыт металлической коронкой. Обследовано: десневые сосочки в области 26,27 гиперемированы, отечны, при зондировании кровоточат. В области 26,27 пародонтальный карман 5 мм. с гнойным экссудатом. Коронка 26 глубоко заходит под маргинальный край десны. Горизонтальная перкуссия 26 болезненна. Данные Р-граммы: в области 26, 27 деструкция снижения высоты межзубных перегородок на 1/2, металлическая коронка не соответствует нормам протезирования. Костная структура в других отделах без изменений.

1. Поставьте диагноз. 2. Укажите причину, вызвавшую появление резких симптомов в полости рта.

Ответы к задаче 18.

1). Хронический локализованный пародонтит средней степени. 2). Причиной данной патологии является нерациональное протезирование 26 зуба, так как конструкция была глубока посажена под маргинальный край десны.

Задача 19.

Больная А., 55 лет, обратилась с жалобами на расхождение зубов в переднем отделе верхней челюсти, эстетический дефект, кровоточивость при чистке зубов, неприятный запах изо рта. Быстрое образование мягкого налета, зубного камня. Считает себя здоровой. Объективно: Десна верхней и нижней челюсти гиперемирована, отечна, при пальпации кровоточит. Обильное количество над- и поддесневого зубного камня в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. При зондировании определяются пародонтальные карманы глубиной 5 мм. Подвижность зубов 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. II степени На рентгенограмме: убыль высоты межзубных перегородок на 2/3 длины корня, расширение периодонтальной щели на всю длину корня, очаги резорбции в теле челюсти, признаки вертикального типа резорбции, костные карманы в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубов.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Наметьте план санации полости рта.

Ответы к задаче 19

1). Хронический генерализованный пародонтит средней степени. 2). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени, при котором глубина пародонтальных карманов достигает 3,5 мм; б) с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени, при котором глубина пародонтального кармана будет более 5 мм; в) с пародонтозом, при котором имеют место участки ретракции десневого края, а также клиновидные дефекты. Пародонтальные карманы, которые являются показателем для пародонтита, при пародонтозе отсутствуют. г) с хроническим катаральным гингивитом, при котором отсутствует подвижность зубов и не определяются пародонтальные карманы. 3). Профессиональная гигиена полости рта, лечение кариеса 25 и 32 зубов, консультация с хирургом по поводу удаления корня 15 зуба, рациональное протезирование зубных рядов. Повторный прием через 6 месяцев.

Задача 20.

Больной Г. 56 лет страдает язвенной болезнью желудка. Обратился с жалобами: боль в области десен верхней и нижней челюстей, затрудненное откусывание и пережевывание пищи вследствие расшатанности зубов. За последние годы заметил появление диастем и трем между зубами, изменение положения зубов. Гноетечение, периодическое образование свищей на деснах. При объективном осмотре полости рта: значительно отложение зубного камня над и поддесневого, мягкого налета, неприятный запах изо рта. Десна легко отделяется от зубов, кровоточит при легком зондировании. Определяются пародонтальные карманы глубиной 6-7 мм.

1. Поставьте диагноз. 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Ответы к задаче 20

1). Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени. 2). Необходимо провести рентгенологическое исследование для определения состояния костной ткани, микробиологическое исследование для определения микробного фона и подбора антибактериальной терапии. Возможно использование функциональных методов исследования (реопародонтография, фотоплетизмография, полярография, эхоостеометрия). Для подтверждения эндогенного генеза заболевания следует использовать дополнительные методы исследования: анализ крови на содержание глюкозы (при диабете), определение С-реактивного белка, содержание в крови сиаловой кислоты (при ревматизме, гепатите, холецистите), т. е. необходимо провести все исследования для определения тяжести общесоматического заболевания.

Вопросы к собеседованию

1. Кариес зубов. Этиология, патогенез кариеса зубов.

Ответ: Одним из самых частых поводов обращения к стоматологу является кариес зубов. Так называют поражение твердых тканей, которое начинается с разрушения эмали. Если не предпринимать никаких мер и не проводить профилактику, кариозный процесс распространяется вглубь. Образуются полости, могут присоединиться различные осложнения. При неблагоприятном течении происходит потеря зуба. Причиной кариеса считается разрушительное действие бактерий на твердые ткани зуба. Во рту человека обитает большое количество разнообразных микроорганизмов, уже через 2–4 часа после тщательной чистки зубов их количество может достигать до 1 млн. Они активно прикрепляются к поверхности и воздействуют на эмаль, что вызывает кариес зубов. Основной причиной кариеса являются стрептококки – *Streptococcus mutans* и *Streptococcus sanguis*. Причем активность и вредоносность бактерий во многом зависит от сопротивляемости организма и наличия предрасполагающих факторов.

2. Основные методы обследования стоматологического пациента с кариесом зубов.

Ответ: к основным методам относятся: опрос (анамнез заболевания, анамнез жизни), осмотр, пальпация (зондирование), перкуссия. К дополнительным методам относят: витальное окрашивание, избирательную сепарацию, рентгенографию и другие методы диагностики.

3. Кариес эмали. Кариозное пятно. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

Ответ: поверхностный кариес – кариозное поражение, при котором патологический процесс затрагивает только эмаль зуба и не распространяется на дентинную часть. Возникает кариозный очаг в деминерализованных участках, после начального кариеса в стадии белого пятна.

Во время приема кислой, сладкой, соленой, а также горячей и холодной пищи возникает кратковременная боль в пораженном участке. После прекращения воздействия раздражителя боль быстро проходит, поэтому часто пациенты списывают такую реакцию на повышенную чувствительность зубов.

Во время самостоятельного осмотра дома можно увидеть очаг поражения. Кариозный очаг выделяется на фоне здоровой эмали пятном желто–серого или темно–коричневого цвета с неровными краями и шероховатой поверхностью.

Кариес эмали – распространенное заболевание, встречается у большей части населения, начиная с младших дошкольников (2–3 лет), заканчивая взрослым населением (встречается чаще у женщин в период беременности и лактации).

4. Лечение кариеса в стадии пятна (начального кариеса).

Ответ: лечение кариеса стадии белого пятна проводится с помощью нескольких методов:

Реминерализующая терапия. Наиболее популярный и эффективный метод лечения, который проводится на стадии только белого пятна. Предполагает насыщение пораженных тканей микроэлементами и минералами путем аппликаций лекарственных веществ. Процедуры проводятся ежедневно или через день, курс состоит из 10-15 процедур.

Фторирование. Лечение заключается в насыщении эмали фторидами, а также другими микроэлементами. Фторапатиты являются более прочными по сравнению с гидроксипатитами, таким образом происходит укрепление эмали.

Серебрение. Метод предполагает импрегнацию кариозных очагов специальным препаратом. Во время процедуры происходит выделение ионов серебра, которые оседают в эмали и останавливают разрушительный кариозный процесс. В настоящее время метод применяется крайне редко, так как он не способен устранить кариес и окрашивает зубы в темный цвет.

Методика Icon – это наиболее современная технология, которая обладает многими преимуществами. Заключается в послойном нанесении нескольких препаратов на белое пятно. Средства устраняют пористый слой, удаляют микробы и запечатывают эмаль. Таким образом происходит пломбирование полости без применения бора. Лечение является очень эффективным, безболезненным и простым.

Шлифование. При неэффективности других методов применяется шлифование пятна, чаще коричневого. Стоматолог с помощью специального бора или щетки аккуратно устраняет пораженные ткани, далее проводится курс фторирования и реминерализации.

Классическое пломбирование. При невозможности лечения другими методами применяется пломбирование. Для этого доктор с помощью небольшого бора удаляет разрушенные ткани, а затем восстанавливает зуб пломбировочными материалами.

Физиотерапевтические процедуры. В качестве комплексной терапии используются физиопроцедуры: электрофорез и фонофорез глюконата кальция, фосфора, фтористого натрия и других микроэлементов.

5. Использование пломбировочных материалов при лечении кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов. Опрос, тестовые задания, ситуационные задачи.
6. Кариес дентина.

Ответ: Кариес дентина — это патологический процесс, при котором кариес поражает не только зубную эмаль, но и находящийся под ней дентин. Кариес цемента — патологический процесс, при котором кариес поражает цемент и возникает после оголения корня зуба.

7. Кариес цемента. Клиника.

Ответ: Кариес цемента (корня) – это патология зубного ряда, выраженная в поражении участка зуба у десны или же под ней. В зависимости от кариозного очага, это заболевание делится на несколько типов: пришеечный, корневой и прикорневой.

8. Изменения цвета зубов. Отбеливание.

Ответ: Отбеливание зубов — гигиеническая процедура, которая быстро и безболезненно осветлит зубную эмаль на несколько тонов. Проводимая под контролем специалистов, она абсолютно безвредна и не доставляет никакого дискомфорта. Проводится специалистом в стоматологическом кабинете. Врач наносит на зубную эмаль специальный раствор с основной из перекиси водорода, а затем просвечивает зубы катализатором — лазером, светодиодной или галогеновой лампой, или другими аппаратами. Из-за просвечивания паста начинает выделять атомарный кислород и расщеплять образовавшийся на зубах налёт. После процедуры стоматолог удаляет остатки пасты и промывает ротовую полость водой.

9. Реставрация зубов.

Ответ: Реставрация зубов светоотверждаемыми композитными материалами – это прямой метод реставрации. Проводится непосредственно в ротовой полости пациента, врач прямо на месте формирует новый зуб. При разрушении твердых зубных тканей не более чем на 1/3, возможна реставрация передних зубов композитными материалами.

10. Этиология, патогенез воспаления пульпы зуба. Классификации заболеваний пульпы.

Ответ: Этиология воспаления пульпы всегда обусловлено попаданием инфекции в пульповую камеру. Это может происходить двумя путями: интрадентально (через коронку

зуба) и ретроградно (через апикальное (расположенное на верхушке зуба) отверстие).

Чаще всего пульпит является осложнением кариеса.

Классификация пульпита зубов по МКБ-10 K04.0

Пульпит K04.00

Начальный (гиперемия) K04.01

Острый K04.02

Гнойный (пульпарный абсцесс)

K04.03 Хронический

K04.04 Хронический язвенный

K04.05 Хронический гипертрофический (пульпарный полип)

K04.08 Другой уточнённый пульпит

K04.09 Пульпит неуточнённый

11. Методы лечения пульпита.

Ответ: Поэтапный план лечения пульпита включает в себя:

Анестезию;

Препарирование кариозной полости;

Частичное или полное удаление пульпы;

Антисептическую обработку и введение лекарственных средств;

Пломбирование корневых каналов;

Пломбирование коронкой части зуба.

12. . Классификация периодонтита.

Ответ: Классификация периодонтита (МКБ-10)

K 04.4 - острый апикальный периодонтит

K 04.5 - хронический апикальный периодонтит

K 04.6 - периапикальный абсцесс со свищем

K 04.7 - периапикальный абсцесс без свища

K 04.8 - корневая киста апикальная и боковая

K 04.8 - корневая киста периапикальная

13. Методы лечения апикального периодонтита.

Ответ: Лечение периодонтита включает:

проведение местной анестезии (при необходимости и при отсутствии общих противопоказаний)

создание доступа к полости зуба

раскрытие полости зуба

создание прямого доступа к корневым каналам

прохождение канала (или его распломбирование в ранее депульпированных зубах)

определение рабочей длины корневого канала

обработку корневых каналов (механическую и медикаментозную).

применение физических методов (по потребности)

пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами

рентгенологический контроль на этапах лечения

реставрацию зубов после эндодонтического лечения.

14. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита.

Ответ: Главными осложнениями, возникающими вследствие некорректно проведенной или несвоевременной терапии, считаются:

Переход патологического процесса из серозной формы в гнойную с формированием обширного абсцесса.

Флегмона десны.

Общее заражение крови – сепсис. Является смертельно опасным состоянием.

15. . Основные этапы эндодонтического лечения.

Ответ: Основные этапы современного эндодонтического лечения

Диагностика.

Обезболивание.

Изоляция операционного поля.

Препарирование.

Удаление пульпы.

Определение длины корневого канала.

Механическая (инструментальная) и медикаментозная обработка корневых каналов.

Пломбирование корневых каналов в трехмерном пространстве.

Оценка качества лечения в ближайшие и отдаленные сроки.

16. Физиотерапевтические методы в практической эндодонтии.

Ответ: Применяют для прекращения кровотечения после витальной экстирпации при лечении пульпита применяется диатермокоагуляция.

Для уменьшения риска проталкивания инфицированного содержимого корневого канала за верхушку, угнетения жизнедеятельности микрофлоры в корневых каналах, стимуляции репаративных процессов в периодонте применяется диатермокоагуляция и диатермия.

Необходимо проводить мероприятия по уменьшению болевых процессов, купирования острых воспалительных процессов в периодонте.

После купирования острых воспалительных процессов, необходимо нормализовать трофику и микроциркуляцию в периапикальных тканях, стимулировать репаративные процессы в костных тканях.

17. Строение и функции пародонта. Этиология заболеваний пародонта.

Ответ: Пародонт - сложный морфофункциональный комплекс тканей, окружающий и удерживающий зуб в кости. Все составляющие пародонт элементы (десна, периодонт, костная ткань альвеолы и цемент) тесно связаны в развитии и строении, что обеспечивает выполнение разнообразных и весьма сложных функций - барьерной, трофической, пластической, опорно-удерживающей и др. В то же время, каждый отдельный элемент имеет свои особенности.

18. Патогенез заболеваний пародонта, классификация.

Ответ: K05: Гингивит и болезни пародонта

K05.0 Острый гингивит

K05.1 Хронический гингивит

K05.2 Острый пародонтит

K05.3 Хронический пародонтит

K05.4 Пародонтоз

K05.5 Другие болезни пародонта

K05.6 Болезнь пародонта неуточненная

19. Гингивит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Ответ: Гингивит – воспаление ткани десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения. В большинстве случаев гингивит становится следствием неудовлетворительной гигиены полости рта и скопления зубного налета, который раздражают слизистую. В результате формируются десневые карманы (увеличивается расстояние между зубом и мягкими тканями), в которых активно размножаются бактерии. Таким образом, воспаление десен имеет бактериальную природу.

Кроме того, гингивит может стать следствием аллергии, грибковых и вирусных инфекций.

20. Пародонтит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Что такое пародонтит и как лечить?

Ответ: Пародонтит – это инфекционное воспаление пародонта. Чаще всего ему предшествует гингивит, при котором воспаляется поверхность десны. Появляются кровоточивость, дискомфортные ощущения. При пародонтите воспаление проникает глубже, симптомы могут усиливаться

21. Зубные отложения. Налеты, твердые зубные отложения. Диагностика.
Что такое зубные отложения?
Ответ: Зубные отложения – это твердый или мягкий налёт на поверхности эмали зубов, образующийся из микроорганизмов, паразитирующих в ротовой полости, продуктов их жизнедеятельности и компонентов химического состава внутренней среды полости рта.
22. Пародонтоз: этиология, патогенез. Патоморфология.
Ответ: Пародонтоз представляет собой невоспалительное хроническое заболевание тканей, которые окружают зуб: десен, периодонта, альвеолярных отростков. Характеризуется атрофией отдельных участков пародонта, склеротическими изменениями костной ткани, приводящими к обнажению шеек зубов.
23. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующими лизисом пародонта. Особенности клинических проявлений.
Что такое идиопатические заболевания?
Ответ: Идиопатическое заболевание — это любое заболевание с неизвестной причиной или механизмом очевидного спонтанного происхождения. От греческого ἴδιος *idios* «свой» и πάθος *pathos* «страдающий» идиопатия означает примерно «заболевание себе подобного».
24. Хирургические методы лечения пародонтита направленные на устранения пародонтального кармана и нарушений строения мягких тканей преддверия полости рта.
Ответ: Лечение десен хирургическое - это пародонтологические операции, направленные на удаление инфекционных очагов в пародонте и общее лечение десен (пластика тяжей и уздечек, лоскутные операции, кюретаж, вестибулопластика, гингивэктомия, шинирование, удлинение коронковой части зуба).
25. Другие заболевания пародонта. Пародонтолиз.
Ответ: Пародонтолиз - воспалительная деструкция пародонта, протекающая на фоне некомпенсированного диабета 1 типа, агаммаглоблинемии, нейтропении, лейкоза, гистиоцитоза Х.
26. Избирательное шлифовывание зубов.
Ответ: Избирательное шлифовывание зуба — метод комплексного лечения, который применяется при заболеваниях пародонта. Процедура используется для коррекции окклюзии и артикуляции на естественных и искусственных зубах, позволяет равномерно распределить жевательную нагрузку на зубы.
27. Шинирование зубов.
Ответ: Шинирование зубов — это процедура, которая позволяет зафиксировать положение расшатавшихся зубных единиц, а также равномерно распределить на них жевательную нагрузку. За период ношения конструкции процесс расшатывания зубов прекращается, а ткани пародонта регенерируют и восстанавливают свои опорные свойства.
28. Строение слизистой оболочки полости рта.
Ответ: Слизистая оболочка рта состоит из 3 слоев: эпителиального, собственной пластинки слизистой оболочки и подслизистой основы. На всем протяжении слизистая оболочка рта выстлана многослойным плоским эпителием. Самый глубокий слой — базальный. Он состоит из цилиндрических или кубических клеток.
29. Травматические поражения слизистой оболочки рта.
Ответ: Травматические поражения СОПР в результате действия разных факторов (механических, физических, химических) возникают в том случае, если интенсивность их влияния превышает физиологический запас прочности слизистой оболочки (СО).
30. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Вирусные заболевания.
Что такое вирусная инфекция полости рта?
Ответ: Вирусное заболевание полости рта – инфекционный тип патологии, поражающий ткани полости рта. Вирусные заболевания могут возникать либо в результате разрушения клеток, либо в результате иммунной реакции на вирусные белки.

31. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Бактериальные инфекции.
Ответ: Бактериальные и вирусные инфекции языка и рта относительно распространены, и в большинстве случаев их можно вылечить при правильной диагностике и лечении. Некоторые инфекции, которые могут поражать рот и язык, включают: Камни миндалин. Также известные как тонзиллиты, это бактериальные инфекции, которые поражают ваши миндалины.
32. Аллергические заболевания слизистой оболочки рта. Приведите примеры.
Ответ: многоформная экссудативная эритема; синдром Стивенса-Джонсона; • болезнь Лайела; • хронический рецидивирующий афтозный стоматит; • синдром Бехчета; • синдром Шегрена.
33. Изменения слизистой оболочки рта при дерматозах. Примеры.
Ответ: Пузырчатка.
Красный плоский лишай.
Системная красная волчанка.
34. Заболевания губ.
Ответ: Хейлит – это изолированный воспалительный процесс в области слизистой оболочки, кожи и красной каймы губ. Внешне выглядит как отек с покраснением и шелушением тканей. Может быть самостоятельным заболеванием или симптоматическим проявлением других патологий. Рано или поздно с ним сталкивается почти каждый человек, однако в молодом возрасте болезнь протекает заметно легче, реже рецидивирует и не имеет осложнений. У пожилых людей за счет ослабления иммунной системы периодические рецидивы хейлита могут стать причиной злокачественного перерождения тканей.
35. Заболевания языка.
Ответ: Издавна состояние языка считается показателем здоровья человека. Глоссит – это целая группа заболеваний языка. Существует множество клинических вариантов глоссита и причин его появления. При многих заболеваниях изменение внешнего вида языка является основным проявлением болезни. Лечебная тактика и прогноз зависят от своевременной и правильной диагностики типа глоссита и причины его возникновения. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта.
36. Состояние органов полости рта у людей пожилого возраста
Ответ: Слизистая оболочка полости рта и десен становится менее эластичной, тонкой и легко ранимой, а процессы заживления протекают гораздо медленнее. Сухость в полости рта. Уменьшение слюноотделения, как результат сухость слизистой оболочки полости рта – обычная проблема пожилых людей.
37. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике.
Ответ: Виды неотложных состояний:
1. Обморок.
2. Коллапс.
3. Аллергические реакции
4. Анафилактический шок.
5. Гипертонический криз.
6. Ишемия миокарда.
7. Аритмия.
8. Астматический статус.
9. Судорожные состояния.
10. Гипогликемическая кома. Кетоацидотическая кома.
11. Острая дыхательная недостаточность.
38. Уровни экспертизы качества медицинской помощи.
Ответ: Как контролируют качество медпомощи на разных уровнях
1 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заведующим ...

2 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заместителем главного врача ...

3 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи врачебной комиссией

39. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.

Ответ: Информированное добровольное согласие – письменное или устное уведомление пациента, соответствующее праву личности на получение информации о медицинском вмешательстве, в которой указываются цели, методы оказания медицинской помощи, риски и возможные негативные результаты лечения.

40. Основные источники финансирования здравоохранения в России.

Ответ: Основными источниками финансирования здравоохранения являются федеральный бюджет, бюджеты субъектов РФ, местные бюджеты и средства ОМС. Дополнительными источниками выступают добровольное медицинское страхование и платные услуги, однако их доля в структуре финансирования здравоохранения незначительна.

41. Понятие, виды и свойства медицинских услуг.

Ответ: В Федеральном законе «Об охране здоровья граждан», медицинские услуги – это комплекс специальных вмешательств, проводимых медицинскими специалистами для лечения пациента, диагностики у него заболеваний, а также в профилактических и реабилитационных целях.

42. Ценообразование в здравоохранении.

Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.

43. Условия допуска к трудовой деятельности в стоматологии.

Ответ: В соответствии со ст. 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан «право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в РФ имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в РФ, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности».

44. Основные характеристики качества медицинской помощи.

Ответ: Специалисты отмечают дополнительно такие характеристики качества медицинской помощи, как:

- профессиональные компетенции;
- доступность;
- безопасность;
- непрерывность;
- эффективность;
- межличностные отношения;
- удобство;
- соответствие ожиданиям пациентов.

45. Виды и характеристика медицинских услуг.

Ответ: По функционалу медицинской услуги их подразделяют на лечебно-диагностические, реабилитационные, профилактические, транспортные, санитарно-гигиенические. Также выделяют такие виды, как простые, сложные и комплексные услуги.

46. Права и обязанности медицинских и фармацевтических работников в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ».

Ответ:

1. Медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе на:
 - 1) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;
 - 2) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;
 - 3) профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;
 - 4) прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;
 - 5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;
 - 6) создание профессиональных некоммерческих организаций;
 - 7) страхование риска своей профессиональной ответственности.
47. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к детям.
Ответ: Принципы стоматологической деонтологии:
Приветливость и доброжелательность, располагающие ребенка. Осторожность, выражающаяся в правильной подаче информации относительно патологии ребенка. Тактичность в обращении к ребенку и его родителям. Сдержанность, требующая контроля собственных эмоций перед ребенком.
48. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к пожилым и престарелым пациентам.
Ответ: Прежде всего отметим, что возрастные психологические изменения у неработающих пожилых лиц часто приобретают деформированный, патологический вид. Известно, что многие старики чаще реагируют тревогой, страхом, депрессией на возникающие изменения и трудности жизни. Возможно появление переживаний, вызванных постепенным ослаблением физических и психических функций у пожилых и престарелых больных нередко возникают ипохондрические, фобические и депрессивные настроения. Отношение больных старческого возраста к своим заболеваниям отличается не столько их недооценкой, сколько переоценкой.
49. Ценообразование в здравоохранении.
Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.
50. Основные виды правовых конфликтов в медицине и стоматологии.
Ответ: Медицинский конфликт делят на две группы:
 - а) межличностные конфликты, сторонами которых выступают: врач – пациент; врач – врач; врач – администратор, медработник – родственник пациента;
 - б) межгрупповые: администрация ЛПУ – пациент; врач – родственники пациента; администрация ЛПУ – пациент.
51. Автоматизированное рабочее место врача-стоматолога.

Ответ: Автоматизированное рабочее место (АРМ) – это совокупность программных продуктов и технических средств, обеспечивающих автоматизацию рабочих процессов врача. Программное обеспечение UNIVERSE-Медицина позволяет сотрудникам легко осуществлять доступ к электронной картотеке пациентов с историей болезни и лечения.

52. Виды юридической ответственности медицинских работников в стоматологии.

Ответ: Различают несколько видов юридической ответственности медицинских работников: уголовную, административную, дисциплинарную (в том числе - материальную) и гражданско-правовую.

53. Ведомственная экспертиза качества медицинской помощи в стоматологии.

Ответ: Экспертизу проводят по поручению фондов ОМС и страховых медицинских организаций эксперты КМП, включенные в территориальный реестр экспертов КМП. Ведомственная экспертиза КМП проводится штатными и внештатными экспертами-специалистами органов управления здравоохранением и подведомственных медицинских организаций.

54. Перечислите формы иммунитета организма

Ответ:

Гуморальный иммунный ответ (В-лимфоцит);

Клеточный иммунный ответ (Т-лимфоцит);

Иммунологическая память (Т- и В-лимфоциты);

Иммунологическая толерантность.

55. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Ответ: Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области:

гаймориты (воспаление околоносовых пазух);

лимфадениты (воспаление лимфатических узлов);

остеомиелиты (воспаление костной ткани челюстей и других костей лица);

корневые гранулемы и кисты (воспаление в области верхушек корней зубов).

Контролируемые компетенции: ОПК-5

Тестовые задания

1. Защитные свойства пульпы обеспечивают

А) коллагеновые волокна

В) нервные элементы

С) одонтобласты

Д) кровеносные сосуды

Е) эластические волокна

Эталон ответа: С

2. Большой процент несовпадений клинического и гистологического диагноза пульпита объясняется

А) несовершенством методов диагностики пульпитов

В) поздним обращением больных

С) закрытой полостью зуба

Д) гиперэргическим характером воспалений

Эталон ответа: А

3. Наиболее рациональный метод лечения острого воспаления пульпы в постоянных зубах с незаконченным ростом корней и степенью активности кариеса -

А) биологический метод

В) метод, предусматривающий удаление всей пульпы

С) метод прижизненной ампутации

Д) метод девитальной ампутации

Эталон ответа: С

4. Наиболее рациональный и эффективный метод лечения воспаления пульпы временных зубов у детей в возрасте от 4 до 7 лет

- A) биологический метод
- B) метод девитализации с последующей мумификацией
- C) метод Прижизненной ампутации
- D) метод полного удаления пульпы (экстирпация)

Эталон ответа: В

5. Наиболее целесообразно и эффективно при диатермокоагуляции в тонких корневых каналах зубов у детей

- A) введение тонкой ручной дрели до верхушки корня зуба, а затем коснуться активным электродом к ручке ручного дильбора, т.е. использовать передачу "тока с металла на металл"
- B) введение на величину прохождения тонкий пульпоэкстрактор, а затем провести диатермокоагуляцию передачей тока "с металла на металл"

Эталон ответа: А

6. Метод лечения воспаления пульпы постоянных зубов у детей, предусматривающий сохранение жизнеспособности корневой пульпы

- A) биологический метод
- B) метод прижизненной ампутации
- C) метод девитальной ампутации
- D) комбинированные методы

Эталон ответа: В

7. Наиболее простой и эффективный метод приготовления инструментов для проведения прижизненной ампутации -

- A) приготовление заранее всех инструментов и материалов в специальной матерчатый пакет
- B) приготовление всех инструментов и материалов непосредственно в то время, когда пришел больной
- C) приготовление заранее инструментов и материалов в стоматологический лоток
- D) материалы приготовить заранее в стеклянных баночках

Эталон ответа: А

8. Ведущим при проведении метода прижизненной ампутации является

- A) хорошее качество обезболивания
- B) качественное проведение этапа ампутации пульпы
- C) готовность к методу (инструменты, материалы и т.д.)
- D) хорошее знание этапов проведения Методов

Эталон ответа: А

9. Наиболее эффективен метод при лечении воспаления пульпы постоянных зубов у детей с неполностью сформированной верхушкой корня

- A) метод диатермокоагуляции
- B) метод прижизненной ампутации коронковой пульпы
- C) метод глубокой ампутации
- D) метод девитальной ампутации
- E) метод прижизненной экстирпации

Эталон ответа: С

10. После лечения пульпита у ребенка методом девитальной ампутации с проведением резорцин-формалинового метода в зубе отмечается боль от холодного, горячего, при накусывании на зуб. Боли возникли за счет

- A) грубой механической травмы пульпы при лечении
- B) раздражения пульпы медикаментами
- C) некроза пульпы
- D) хронического воспаления корневой пульпы

Е) распада корневой пульпы

Эталон ответа: D

11. Предпочтительным методом лечения при хроническом пульпите в стадии обострения у ребенка 5 лет является

А) биологический метод

В) витальная ампутация коронковой пульпы

С) высокая ампутация

Д) девитальная ампутация

Е) девитальная экстирпация

Эталон ответа: D

12. Предпочтительным методом лечения у ребенка 7 лет, страдающего хронической пневмонией, повышенной чувствительностью к лекарственным препаратам, при хроническом фиброзном пульпите в ПIV является

А) биологический метод

В) витальная ампутация

С) девитальная ампутация

Д) девитальная экстирпация

Е) удаление зуба

Эталон ответа: E

13. Происхождение эпителия гранулем, кист -

А) это вегетировавший через десневой карман многослойный плоский эпителий полости рта

В) это вегетировавший через свищевой ход многослойный плоский эпителий полости рта

С) эпителиальную выстилку гранулем и кист образует эпителиальные островки Малассе, клетки которых пролиферируют под влиянием воспаления

Д) идиопатическое происхождение

Эталон ответа: C

14. Тактика врача в случаях болевых ощущений при зондировании

и кровоточивости из корневого канала в зубе ранее леченном по поводу пульпита с давно выпавшей пломбой

А) удалить зуб, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент зуба

В) применить мышьяковистую пасту, поскольку лечить такой зуб надо как пульпитный

С) провести диатермокоагуляцию и непосредственное пломбирование

Д) провести под обезболиванием тщательную инструментальную, медикаментозную обработку и запломбировать канал

Эталон ответа: D

15. Пломбирование каналов нетвердеющими пастами при лечении хронических гранулирующих периодонтитов

А) возможно, ибо контакт с тканями воспаленного периодонта дает лечебный эффект и будет способствовать его регенерации

В) нельзя, потому что эти пасты будут быстро рассасываться за счет грануляционной ткани

С) возможно и нужно, поскольку всегда есть возможность исправить дефекты пломбирования, а при наличии свищевого хода тем более целесообразно, ибо лекарственные вещества, входящие в состав пасты, будут способствовать его закрытию

Д) нет, т.к. при пломбировании этими пастами нельзя добиться герметичности

Эталон ответа: B

16. Наиболее эффективным для разжижения, расщепления и нейтрализации некротических масс при лечении хронических периодонтитов у детей является

А) перекись водорода

В) антибиотики широкого спектра действия

- C) антисептик
- D) ферменты (трипсина)

Эталон ответа: D

17. Вид резорбции корней, наиболее часто обуславливающий раннее удаление молочного зуба

- A) резорбция идиопатическая
- B) резорбция в результате новообразований
- C) патологическая резорбция при хроническом воспалении
- D) физиологическая резорбция (III тип в области бифуркации корней)

Эталон ответа: C

18. Наиболее эффективная паста для корневых каналов зубов с незаконченным ростом корней и сохранением зоны роста при хронических периодонтитах постоянных зубов у детей?

- A) серебряная паста Гениса
- B) резорцин-формалиновая паста
- C) эвгеноловая паста
- D) иодоформная паста

Эталон ответа: C

19. Эффективный пломбировочный материал для корневых каналов при лечении хронических периодонтитов в зубах с незаконченным ростом корней и погибшей ростковой зоной:

- A) эвгеноловая паста
- B) резорцин-формалиновая паста
- C) материал на основе эпоксидной смолы "эцходент"
- D) серебряная паста Гениса

Эталон ответа: D

20. Ведущим при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей является

- A) инструментальная обработка корневых каналов
- B) медикаментозная обработка корневых каналов зубов
- C) применение физиотерапевтических методов лечения
- D) использование при лечении сильнодействующих препаратов для дезинфекции корневых каналов

Эталон ответа: A

21. Самым эффективным методом при лечении хронических верхушечных периодонтитов постоянных зубов у детей является

- A) инструментальный метод лечения
- B) медикаментозный метод лечения
- C) физиотерапевтический метод лечения
- D) хирургический метод лечения

Эталон ответа: A

22. Наиболее эффективна паста для пломбирования корневых каналов молочных зубов при лечении хронических гранулирующих периодонтитов в случаях, когда на альвеолярном отростке имеется свищевой ход

- A) серебряная паста Гениса
- B) эвгеноловая паста
- C) резорцин-формалиновая паста
- D) иодоформная паста

Эталон ответа: C

23. Типичный признак рентгенологического изменения при хроническом фиброзном периодонтите постоянных зубов у детей - .

- A) деструкция костной ткани в области верхушки корня зуба
- B) деформация периодонтальной щели

- С) разрежение костной ткани в области верхушки корня зуба
- Д) равномерное расширение периодонтальной щели без выраженных деструктивных изменений в кости

Эталон ответа: В

24. Самым эффективным видом консервативного лечения хронических периодонтитов молочных зубов у детей является

- А) метод полного удаления распада из корневых каналов (инструментальная обработка) с последующим воздействием лекарственными веществами на стенки полости зуба, периодонта и окружающие ткани и пломбирование корневых каналов
- В) резорцин-формалиновый метод
- С) физиотерапевтический метод
- Д) фенол-формалиновый метод

Эталон ответа: А

25. Ведущим показанием к удалению молочного зуба с хроническим периодонтитом является

- А) возраст ребенка
- В) сроки прорезывания постоянного зуба заместителя
- С) характер деструктивных изменений в периодонте и степень распространения патологического процесса на фолликулы и зачатки постоянных зубов
- Д) наличие; свищевого хода (на альвеолярном отростке челюсти в области больного зуба)

Эталон ответа: С

Задача 1

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

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?. 3. Наметьте план лечебных мероприятий.

Ответы к задаче 1

1). Острый верхушечный гнойный периодонтит. 2). Рентгенологическое исследование, ЭОД-диагностика. 3). Сводится к снятию боли, устранению воспалительного очага в периапикальных тканях, уничтожению патогенных микроорганизмов из корневого канала и его пломбированию, а также в восстановлении правильной анатомической формы зуба и его функций

Задача 2.

Пациент 36 лет обратился в клинику с жалобами на необычный вид слизистой оболочки полости рта. Курит в течение 25 лет. В анамнезе хронический гастрит, хронический коллит. В подъязычной области определяется ограниченное образование белого цвета, возвышающееся над уровнем слизистой оболочки. Очаг поражения при пальпации плотный, безболезненный. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

1. Поставьте диагноз. 2. Этиология и патогенез данного заболевания. 3. Классификация данной патологии.

Ответы к задаче 2.

1). Плоская лейкоплакия. 2). В возникновении лейкоплакии главную роль играют местные раздражители (механические, термические, химические). Наиболее частой причиной лейкоплакии является курение, при котором на слизистую оболочку рта оказывают сочетанное воздействие термические и химические раздражители (аммиачные и феноловые соединения, никотин, производные дегтя). В возникновении лейкоплакии

важное значение имеет воздействие слабых, но длительное время существующих раздражителей: употребление очень горячей или острой пищи, крепких спиртных напитков, жевание табака, бетеля, употребление наса, неблагоприятное воздействие метеорологических факторов (сильная инсоляция, холод, ветер). Механическое раздражение могут вызывать острые края зубов, большое количество зубного камня, некачественные протезы, дефекты зубных рядов, аномалии положения отдельных зубов. Гальванический ток, возникающий между различными металлами коронок и металлических пломб, находящихся во рту, также может явиться одним из этиологических факторов лейкоплакии. В возникновении лейкоплакии большое значение имеет снижение резистентности слизистой оболочки рта. 3). Различают плоскую, веррукозную (бляшечную и бородавчатую), эрозивную формы заболевания и лейкоплакию курильщика Таппейнера.

Задача 3

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

1. Какие методы исследования необходимы для постановки диагноза? 2. Поставьте окончательный диагноз. 3. Проведите дифференциальную диагностику заболеваний, имеющих сходную симптоматику.

Ответы к задаче 3.

1). Необходимо провести рентгенологическое исследование и ЭОД диагностику. 2). Хронический гранулирующий периодонтит 15 зуба. 3). Гранулирующий периодонтит следует дифференцировать от околокорневой кисты, хронического остеомиелита челюстей, свищей лица и шеи, актиномикоза. При гранулирующем периодонтите с поднадкостничной гранулемой и околокорневой кисте имеется выбухание альвеолярного отростка. Однако при кисте наблюдают смещение зубов, иногда отсутствует кость в области выбухания и на рентгенограмме имеется очаг резорбции кости значительных размеров с четкими ровными контурами. Для одонтогенного остеомиелита челюсти характерна острая стадия болезни, сопровождающаяся симптомами интоксикации. В хронической стадии на рентгенограмме находят очаги резорбции кости, в центре которых теннисеквестры. Соседние интактные зубы становятся подвижными. Имеют сходство свищи при хроническом гранулирующем периодонтите и актиномикозе лица и шеи. Однако при хроническом периодонтите свищ одиночный, при актиномикозе свищи располагаются в центре разлитых или отдельных мелких инфильтратов.

Задача 4

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

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину. 3. Какие показания ЭОД 46 предположительно ожидать? 4. Определите индекс КПУ данному пациенту. **Ответы к задаче 4.**

1). Острый диффузный пульпит 46 зуба. 2). Данную форму пульпита следует дифференцировать с острым очаговым или обострившимся хроническим пульпитом,

острым верхушечным или обострившимся хроническим периодонтитом, невралгией тройничного нерва, гайморита и луночковых болей. 3). Показания ЭОД 40-60 мкА. 4). КПУ – 8.

Задача 5

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

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими сходную симптоматику. 3. Определите индекс КПУ. 4. Выберите метод лечения 46 зуба. 5. Дайте прописи лекарственных веществ, применяемых при лечении зубов с плохо и непроходимыми корневыми каналами. 6. Чем вы будете пломбировать корневые каналы 46 зуба?

Ответы к задаче 5.

1). Хронический фиброзный пульпит 46 зуба. 2). Хронический фиброзный пульпит необходимо дифференцировать с глубоким кариесом, острым очаговым пульпитом и хроническим гангренозным пульпитом. При глубоком кариесе боль исчезает после устранения раздражителя. Имеется разница в степени снижения электровозбудимости пульпы. Для хронического гангренозного пульпита характерны широкое сообщение с полостью зуба, слабая болезненность при зондировании пульпы и более выраженное снижение электровозбудимости пульпы (до 50—90 мкА) за счет большего или меньшего разрушения пульпы. Общее: приступообразные боли в анамнезе, сообщение кариозной полости с полостью зуба. Длительные боли под влиянием температурного - раздражителя; могут быть изменения в периодонте. 3). Индекс КПУ – 10. 4). Девитальная экстирпация, так как каналы зуба искривлены. 5). Для мумификации могут использоваться пасты: Rp.: Tricresoli 2,5 Creolini 5,0 Trioxymethyleni 5,0 Zinci oxydati 15,0 Glycerini q.s. ut fiat pasta D.S. Триопаста Гизи. Rp.: Thyraoli Zinci oxydati aa 2,5 Formalini 0,5 Glycerini q.s. ut fiat pasta D.S. Формалин-тимоловая паста. Rp.: Zinci oxydati 30,0 TricresoU 15,0 Formalini 4,0 Glycerini 1,0 M. ut fiat pasta D.S. Трикрезолформалиновая паста. Rp.: Trioxymethyleni 0,5 Thymoli 0,05 Zinci oxydati 5,0 Olei Camphorati q.s. ut fiat pasta D.S. Асфалиновая паста. Rp.: Paraformaldehydi Thymoli aa 1,0 Zinci oxydati 5,0 Glycerini q.s. ut fiat pasta D.S. Пароформальдегидтимоловая паста. 6). Возможно применение готовых препаратов фирмы Септодонт: Темпофор, Форфенан, Рокль № 4 на дексаметазоне, Рокль концентрат, так как они могут мумифицировать остатки пульпы в труднодоступных местах.

Задача 6

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 отёчна, гиперемирована, болезненна при пальпации.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Показания к консервативному (терапевтическому) методу лечения.
3. Назовите основные этапы эндодонтического лечения.
4. Назовите пломбировочные материалы для временного пломбирования корневых каналов.
5. Укажите показания к проведению и методы хирургического лечения в данной ситуации

Ответ на задачу 6

1. Хронический апикальный периодонтит (K04.5).
2. Очаг деструкции костной ткани, канал запломбирован не полностью, обострение хронического периодонтита.
3. Создание эндодонтического доступа, вскрытие и раскрытие полости зуба, нахождение и расширение устьев корневых каналов, определение рабочей длины корневых каналов, инструментальная обработка, ирригация, высушивание, obturation корневых каналов до физиологической верхушки зуба.
4. Пломбировочные материалы на основе гидроокиси кальция и йодоформа (Метапекс, Апексдент, Метапаста и т.д.).
5. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня. Цистотомия, цистэктомия с резекцией верхушки корня с ретроградным пломбированием каналов. Удаление зуба.

Задача 7

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.

1. Определите план лечения 1.5 зуба.
2. Назовите основные противопоказания к повторному эндодонтическому вмешательству.
3. Укажите возможные причины осложнения при проведенном эндодонтическом лечении 1.5 зуба.
4. Назовите препараты для ирригации корневых каналов при эндодонтическом лечении.
5. Назовите основные этапы эндодонтического лечения.

Ответы на задачу 7

1. План лечения зуба: Повторное эндодонтическое лечение, удаление выведенного за верхушку зуба гуттаперчи и пломбировочного материала. Резекция верхушки корня 1.5 зуба с удалением гуттаперчи и избытков пломбировочного материала.
2. Корневой канал obturated плотно с избыточным выведением материала за верхушку.
3. Ошибки при определении рабочей длины корневого канала, избыточное расширение апикального отверстия, отсутствие апикального уступа, корневой канал obturated плотно с избыточным выведением материала за верхушку.
4. Растворы Гипохлорита натрия, Хлоргексидина биглюконата, Перекиси водорода.
5. Создание эндодонтического доступа, вскрытие и раскрытие полости зуба, нахождение и расширение устьев корневых каналов определение рабочей длины корневого канала, инструментальная обработка, ирригация, высушивание, obturation.

Задача 8

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.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.

4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.
5. Перечислите возможные местные и общие осложнения.

Ответы на задачу 8

1. Хронический гранулематозный периодонтит 2.3 зуба.
2. Хронический пульпит. Радикулярная киста. Хронический фиброзный периодонтит. Хронический гранулирующий периодонтит.
3. Консультация врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 2.3 зуба. На первом этапе необходимо провести ревизию и пломбирование канала 2.3 зуба. В случае успешного эндодонтического лечения, динамическое наблюдение в течение 6-8 месяцев (Т.Г. Робустова, 2010, с.175,) если околоверхушечный гранулирующий или гранулематозный очаг не ликвидируется, выполняют оперативное вмешательство на корнях. При невозможности консервативного лечения проведение зубосохраняющей операции (резекции верхушки корня) с ретроградным пломбированием канала.
4. Предварительное эндодонтическое лечение 2.3 зуба, ревизия канала. Операция резекции верхушки корня: анестезия, проведение полуовального разреза, отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, формирование трепанационного окна, резекция верхушки корня, удаление гранулемы, при необходимости ретроградное пломбирование канала 2.3 зуба, ушивание раны.
5. Обострение хронического периодонтита. Периостит. Остеомиелит.

Задача 9

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.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.
4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.
5. Перечислите возможные местные и общие осложнения.

Ответы к задаче 9

1. Острый периодонтит 3.6 зуба.
2. Острый пульпит. Периостит. Остеомиелит. Обострение хронического периодонтита.
3. Рентгенография 3.6 зуба. Консультация врача-стоматолога-ортопеда и врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 3.6 зуба. При невозможности консервативного лечения удаление 3.6 зуба.
4. Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж.
5. Периостит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона. Лимфаденит.

Задача 10

Пациент Ф. 38 лет жалуется на образование на десне в области 1.1 зуба, из которого выделяется гной.

Развитие настоящего заболевания: 1.1 зуб был лечен более 7 лет назад. В течение всего этого периода не беспокоил. После перенесённой простуды 1 месяц назад, 1.1 зуб

стал периодически болеть. Неделю назад на десне появилось небольшое образование с гнойным отделяемым.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: аллергия на бытовую пыль. Считает себя практически здоровым.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6° С.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объеме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: 1.1 зуб под коронкой. Перкуссия зуба безболезненна. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны в области проекции верхушки корня 1.1 зуба гиперемирована, отечна, отмечается наличие свищевого хода с гнойным отделяемым.

На рентгенограмме: разрежение костной ткани у верхушки корня 1.1 зуба без четких границ в виде «языков пламени». Канал корня obturирован пломбировочным материалом на $\frac{2}{3}$. В канале фиксирована штифтовая конструкция.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.
4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.
5. Перечислите возможные местные и общие осложнения.

Ответы на задачу 10

1. Хронический гранулирующий периодонтит 1.1 зуба. По МКБ — 10: 04.62 Периапикальный абсцесс со свищем, имеющий сообщение с полостью рта.
2. Хронический фиброзный периодонтит, хронический гранулематозный периодонтит, хронический остеомиелит, свищи лица и шеи, актиномикоз.
3. Консультация врача-стоматолога-ортопеда и врача-стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления 1.1 зуба. На первом этапе необходимо провести ревизию и перепломбирование канала 1.1 зуба. В случае успешного эндодонтического лечения, динамическое наблюдение в течение 6-8 месяцев (Т.Г. Робустова, 2010, с.175), если околоверхушечный гранулирующий или гранулематозный очаг не ликвидируется, выполняют оперативное вмешательство на корнях. Проведение зубосохраняющей операции (резекции верхушки корня), при невозможности консервативного лечения с ретроградным пломбированием канала.
4. Предварительное эндодонтическое лечение 1.1 зуба, ревизия канала.

Операция резекции верхушки корня: анестезия, проведение полуовального разреза, отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, формирование трепанационного окна, резекция верхушки корня, удаление гранулемы, при необходимости ретроградное пломбирование канала 1.1 зуба, ушивание раны.

Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж.

5. Периостит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона

Задача 11.

На прием к врачу-стоматологу обратилась женщина с жалобами на недомогание, t-38°С, потерю аппетита, асимметрию лица, увеличение лимфатических узлов. Из анамнеза пациентка перенесла ОРВИ. Объективно: десна в области 36, 37 застойно - гиперемирована, межзубные сосочки набухшие, кровоточат, обильное количество над и поддесневого камня, мягкого налета. Пародонтальные карманы в области 36, 37 зубов глубиной 5 мм. Резкая болезненность при пальпации переходной складки, перкуссия 36, 37 резко болезненна. Подчелюстные лимфоузлы слева увеличены, болезненны.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
4. Какие хирургические манипуляции могут быть проведены.

Ответы к задаче 11

1). Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени в стадии абсцедирования. 2). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени, при котором глубина пародонтального кармана будет 4 - 5 мм; б) с хроническим остеомиелитом, при котором решающее значение имеет рентгенологическое исследование, где при пародонтите определяется отсутствие секвестров, зон секвестральных разъединений в сочетании с отсутствием свищевых ходов и рубцов от разрезов на слизистой оболочке. в) с острым гнойным периоститом, при котором определяется коллатеральный отек мягких тканей и асимметрия лица, процесс локализованный, причинный зуб без патологических карманов. 3). Необходимо провести рентгенологическое исследование для определения состояния костной ткани, микробиологическое исследование для определения микробного фона и подбора антибактериальной терапии. Возможно использование функциональных методов исследования (реопародонтография, фотоплетизмография, полярография, эхоостеометрия). 4). Вскрытие пародонтальных абсцессов с дренированием и проведение лаважа.

Задача 12

При лицензировании медицинской организации по виду деятельности «Ортопедическая стоматология» установлено, что врач-стоматолог, имея большой стаж практической работы врачом стоматологом-ортопедом, имеет профессиональную переподготовку и сертификат специалиста лишь по специальности «Терапевтическая стоматология». Лицензирующий орган в лицензировании данного вида деятельности медицинской организации отказал. Главный врач не согласен с решением, мотивируя свое несогласие тем, что врач длительно и качественно выполняет обязанности стоматолога-ортопеда (жалоб и претензий со стороны пациентов за период его работы нет). Вопросы (задание): 1. Правомерны ли требования лицензирующего органа? 2. Какими законодательными актами определены права и обязанности администрации по подготовке и переподготовке кадров? 3. Что необходимо сделать администрации медицинской организации?

Ответ к задаче 12

1. Действия лицензирующего органа являются правомерными (в соответствии с ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" и постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково)"). 2. Права и обязанности администрации медицинской организации по подготовке и переподготовке кадров определены ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ст. 72) и трудовым законодательством РФ. 3. Администрация медицинской организации в соответствии с приказом МЗ РФ от 08.10.2015 г. № 707н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" должна направить врача на профессиональную переподготовку по специальности "Стоматология ортопедическая". После прохождения обучения и получения сертификата администрации медицинской организации необходимо при лицензировании медицинской деятельности заявить вид деятельности «Ортопедическая стоматология» в лицензирующий орган.

Задача 13

Порядками оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями, утвержденными приказом МЗ РФ от 13.11.2012 г. № 910н, предусмотрено проведение лечения множественного осложнения кариеса у детей до 3 лет, а также иных стоматологических заболеваний по медицинским показаниям у детей независимо от возраста под общей анестезией. По многолетним наблюдениям в городе Н. ежегодно в анестезиологическом пособии нуждаются 190-200 детей при проведении

стоматологических вмешательств по поводу осложненных форм кариеса. Вопросы (задание): 1. Подготовьте проект приказа главного врача медицинской организации по реализации данной задачи.

Ответ к задаче 13

1. Приказом по учреждению создана рабочая группа для решения задачи. Руководитель группы – главный врач. Пример распорядительной части управленческого решения (приказа): 1. Заместителю главного врача по медицинской части: - изучить опыт передовых медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь детям в условиях общей анестезии с выездом в Московский медико-стоматологический университет и в ООО "Детская стоматология"; - организовать последиplomное обучение специалистов поликлиники по программе "Организация деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров"; - подготовить перечень помещений, необходимых для работы группы анестезиологии-реанимации и по согласованию с главным детским анестезиологом подготовить перечень медицинского оборудования (оснащения) группы анестезиологии-реанимации в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 12.11.2012 г. № 909н; 2. Начальнику хозяйственного отдела подготовить дефектные ведомости и проектно-сметную документацию на реконструкцию помещений, устройство приточно-вытяжной вентиляции, системы снабжения медицинскими газами и охранной сигнализации в помещении для хранения наркотических средств и психотропных веществ. 3. Руководителю закупочной комиссии провести обзор рынка и представить ценовые предложения на поставку наркозно-дыхательной аппаратуры и аппаратов функциональной диагностики. 4. Специалисту по кадрам заключить трудовые договоры со специалистами для работы в должности врача анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста. Оформить допуски к работе, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ. 5. Главной медицинской сестре: - подготовить перечень учетно-отчетной документации для представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ; - совместно с анестезиологом-реаниматологом подготовить перечень расходных материалов и лекарственных средств для медицинской деятельности по специальности "анестезиология и реанимация" из расчета месячной потребности.

Задача 14

В стоматологическую поликлинику обратилась страховая компания ЗАО «МАК-М» с просьбой о предоставлении информации о правах застрахованных. Вопросы (задание): 1. Где застрахованный может узнать о своих правах на получение медицинской помощи в данном медицинском учреждении?

Ответ к задаче 14

1. На специально оформленном стенде у регистратуры поликлиники указано полное название стоматологической поликлиники, копия лицензии на право осуществления медицинской деятельности с указанием перечня разрешенных работ и услуг, права пациента, предусмотренные ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». На стенде указаны часы работы служб медицинской организации и специалистов; перечень оказываемых бесплатно видов медицинской помощи; правила пребывания пациента в медицинском учреждении; местонахождение и служебные телефоны вышестоящего органа управления медицинским учреждением; наименование, местонахождение и телефоны страховых медицинских организаций, обеспечивающих обязательное медицинское страхование населения. Информация о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи размещена на официальном сайте поликлиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Задача 15

Пациентка Л. обратилась в стоматологическую клинику, где ей проводилось лечение зубов и протезирование дефектов зубных рядов, для получения копии медицинской карты. Вопросы (задание): 1. Как правильно подать запрос на получение копии медицинской карты?

Ответ к задаче 15

1. Согласно письму МЗСР РФ от 04.04.2005 г. № 734/МЗ-14 «О порядке хранения амбулаторной карты» выдача оригинала медицинской карты на руки пациенту осуществляется только по разрешению главного врача медицинского учреждения. По требованию гражданина предоставляются копии медицинских документов, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны. На основании выше изложенного пациентке необходимо написать письменное заявление на имя главного врача стоматологической поликлиники, где указать, какие сведения необходимо получить и срок предоставления документа.

Задача 16

Пациент А. обратился в частную стоматологическую клинику для удаления ретинированного 8 зуба справа сверху. В ходе операции врачом стоматологом-хирургом была отломана часть коронки рядом стоящего 7 зуба. После удаления был наложен ватно-марлевый тампон и приложен местно холод на 20 мин. Придя домой, пациент обнаружил отсутствие коронковой части 7 зуба, о чем его врач не поставил в известность. Пациент обратился к главному врачу клиники с претензией о компенсации причинённого вреда. Вопросы (задание): 1. Какой вид ответственности возник в данном случае? 2. Кто будет возмещать пациенту нанесенный ущерб?

Ответ к задаче 16

1. Гражданско-правовая ответственность (деликтная). 2. Материальную компенсацию пациенту будет возмещать стоматологическая поликлиника, т.к. согласно ст. 1068 ГК РФ ответственность за вред, причинённый работником, несет юридическое лицо. Если по результатам внутреннего контроля качества руководство поликлиники признает претензию пациента обоснованной и выплатит ему компенсацию, то потом может привлечь виновного в причинении ущерба врача к возмещению понесенных поликлиникой затрат.

Задача №17

У больного 47 лет, невралгия тройничного нерва. Жалобы: боль приступообразного характера в левой половине лица, появляющаяся в холодную ветреную погоду. Цель физиотерапии — обезболивание. Назначение: 0,5 % новокаин-электрофорез на левую половину лица. Трехлопастной электрод (полумаска Бергонье) площадью 250 см², под прокладку которого помещают смоченные раствором новокаина листки фильтровальной бумаги такой же формы, располагают на левой половине лица и соединяют с анодом. Второй электрод прямоугольной формы площадью 200 см² помещают в межлопаточной области и соединяют с катодом. Сила тока до 10 мА, 15 мин, ежедневно, № 15.

1. Выделите проблемы пациента.

2. Как фиксируют электрод на лице.

2. Обозначьте место наложения электродов.

Ответы к задаче 17

1. Боль в левой половине лица

2. Бинтованием

3. Трехлопастный электрод на левую половину лица, второй электрод накладывают на межлопаточную область

Задача №18

Больной К., 42 лет, обратился на прием к стоматологу с жалобами на сухость во рту, периодически появляющуюся припухлость в правой поднижнечелюстной области. Анамнез: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые во время приема пищи появились приступы боли и припухлость в правой поднижнечелюстной области.

Объективно: конфигурация лица без видимых изменений, кожные покровы в цвете не изменены, рот открывает в полном объеме, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, не достаточно увлажнена, в поднижнечелюстной области справа бимануально пальпируется увеличенная, уплотненная, слабо болезненная поднижнечелюстная слюнная железа, при массировании которой слюна из протока не выделяется. Коронка 16 зуба разрушена на 2/3, изменена в цвете, полость зуба вскрыта. Зондирование, перкуссия зуба безболезненны. На слизистой оболочке альвеолярной десны отмечается свищевой ход с гнойным отделяемым. Прикус ортогнатический.

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? 3. Спланируйте объем хирургического вмешательства, физиотерапевтического лечения

Ответы к задаче 18

1. Хронический калькулезный сиалоденит правой поднижнечелюстной слюнной железы. Хронический периодонтит 16. Вторичная частичная адентия левой верхней челюсти. 2. Необходимо выполнение рентгенограмм правой поднижнечелюстной слюнной железы в аксиальной и боковой проекциях с целью выявления конкрементов, контрастная сиалография, рентгенография или визиография 16. 3. Хирургическое лечение слюннокаменной болезни (удаление камня), в зависимости от локализации конкремента (в протоке или в железе) и изменений тканей железы. Физиотерапия - Необходимо назначить амплипульс терапию. Электроды устанавливаются в области слюнной железы. При параметрах: режим переменный, частота 100 Гц, глубина модуляции 100%, III-IV род работы, длительность посылок по 3 сек. Время воздействия – 8-10 мин., 15 процедур на курс, ежедневно.

Задача № 19

Больной Б., 6 лет жалуется на боли в нижней челюсти слева, припухлость в нижней трети левой щечной области, повышение температуры тела до 38⁰, общее недомогание. Из анамнеза: 75 болел в течение 3 дней, отек постепенно нарастал. 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.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза? 3. Составьте план хирургического лечения и физиотерапевтического лечения. 4. Тактика в отношении 75. 5. Составьте план ортодонтического лечения.

Ответ к задаче № 19

1. Острый гнойный периостит нижней челюсти слева. Нагноившаяся киста нижней челюсти от 75. Острый серозный поднижнечелюстной лимфоденит слева. 2. ОПГ, ОАК. 3. Проведение периостотомии, назначить противовоспалительную терапию, цистэктомия, лечение лимфаденита, диспансеризация. УФ-облучение, начиная с 0,5 биодозы, доводя до 2 биодоз. Курс 4 процедуры. Параллельно проводят ИК-облучение лампой «Солюкс» - 2 раза в день по 15-20 минут. 4. Сохранение 75 зуба. Раскрытие полости зуба, инструментальная и антисептическая обработка каналов, пломбирование каналов цинк-эвгеноловой пастой, восстановление коронки зуба. 5. Ортодонтическое лечение: для стимуляции роста челюстных костей используется функционально – действующие аппараты. Диспансерное наблюдение.

Задача №20

Пациент 20 лет обратился с жалобами на высыпания в полости рта, сопровождающиеся резкой болезненностью при приеме пищи, разговоре, обильное слюноотделение, боль в поднижнечелюстной области. Заболевание сопровождается повышением температуры тела до 38°C, недомоганием, головной болью. Считает себя больным 5 дней. Высыпания появились в день обращения к врачу. Ранее заболеваний слизистой оболочки полости рта не отмечает. При осмотре: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Красная кайма губ сухая, покрыта единичными чешуйками. Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована и отечна. На спинке языка, прикрепленной десне, твердом небе определяются точечные эрозии, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные при пальпации. Десна гиперемирована, отечна. Кариозные полости в зубах 17 16 37 36. Гигиена полости рта неудовлетворительная. Лабораторное исследование препаратов показало наличие полиморфно-ядерных нейтрофилов в стадии некробиоза и гигантские многоядерные клетки. Вопрос: 1. Поставьте правильный диагноз? 2. Что является возбудителем?

Ответ к задаче 20 1. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

2. Возбудителем заболевания является вирус простого герпеса

Вопросы для собеседования

1. Классификация периодонтита.

Ответ: Классификация периодонтита (МКБ-10)

К 04.4 - острый апикальный периодонтит

К 04.5 - хронический апикальный периодонтит

К 04.6 - периапикальный абсцесс со свищем

К 04.7 - периапикальный абсцесс без свища

К 04.8 - корневая киста апикальная и боковая

К 04.8 - корневая киста периапикальная

2. Методы лечения апикального периодонтита.

Ответ: Лечение периодонтита включает:

проведение местной анестезии (при необходимости и при отсутствии общих противопоказаний)

создание доступа к полости зуба

раскрытие полости зуба

создание прямого доступа к корневым каналам

прохождение канала (или его распломбирование в ранее депульпированных зубах)

определение рабочей длины корневого канала

обработку корневых каналов (механическую и медикаментозную).

применение физических методов (по потребности)

пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами

рентгенологический контроль на этапах лечения

реставрацию зубов после эндодонтического лечения.

3. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита.

Ответ: Главными осложнениями, возникающими вследствие некорректно проведенной или несвоевременной терапии, считаются:

Переход патологического процесса из серозной формы в гнойную с формированием обширного абсцесса.

Флегмона десны.

Общее заражение крови – сепсис. Является смертельно опасным состоянием.

4. . Основные этапы эндодонтического лечения.

Ответ: Основные этапы современного эндодонтического лечения

Диагностика.

Обезболивание.

- Изоляция операционного поля.
Препарирование.
Удаление пульпы.
Определение длины корневого канала.
Механическая (инструментальная) и медикаментозная обработка корневых каналов.
Пломбирование корневых каналов в трехмерном пространстве.
Оценка качества лечения в ближайшие и отдаленные сроки.
5. Физиотерапевтические методы в практической эндодонтии.
Ответ: Применяют для прекращения кровотечения после витальной экстрипации при лечении пульпита применяется диатермокоагуляция.
Для уменьшения риска проталкивания инфицированного содержимого корневого канала за верхушку, угнетения жизнедеятельности микрофлоры в корневых каналах, стимуляции репаративных процессов в периодонте применяется диатермокоагуляция и диатермия.
Необходимо проводить мероприятия по уменьшению болевых процессов, купирования острых воспалительных процессов в периодонте.
После купирования острых воспалительных процессов, необходимо нормализовать трофику и микроциркуляцию в периапикальных тканях, стимулировать репаративные процессы в костных тканях.
6. Строение и функции пародонта. Этиология заболеваний пародонта.
Ответ: Пародонт - сложный морфофункциональный комплекс тканей, окружающий и удерживающий зуб в кости. Все составляющие пародонт элементы (десна, периодонт, костная ткань альвеолы и цемент) тесно связаны в развитии и строении, что обеспечивает выполнение разнообразных и весьма сложных функций - барьерной, трофической, пластической, опорно-удерживающей и др. В то же время, каждый отдельный элемент имеет свои особенности.
7. Патогенез заболеваний пародонта, классификация.
Ответ: K05: Гингивит и болезни пародонта
K05.0 Острый гингивит
K05.1 Хронический гингивит
K05.2 Острый пародонтит
K05.3 Хронический пародонтит
K05.4 Пародонтоз
K05.5 Другие болезни пародонта
K05.6 Болезнь пародонта неуточненная
8. Гингивит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
Ответ: Гингивит – воспаление ткани десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения. В большинстве случаев гингивит становится следствием неудовлетворительной гигиены полости рта и скопления зубного налета, который раздражают слизистую. В результате формируются десневые карманы (увеличивается расстояние между зубом и мягкими тканями), в которых активно размножаются бактерии. Таким образом, воспаление десен имеет бактериальную природу.
Кроме того, гингивит может стать следствием аллергии, грибковых и вирусных инфекций.
9. Пародонтит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
Что такое пародонтит и как лечить?
Ответ: Пародонтит – это инфекционное воспаление пародонта. Чаще всего ему предшествует гингивит, при котором воспаляется поверхность десны. Появляются кровоточивость, дискомфортные ощущения. При пародонтите воспаление проникает глубже, симптомы могут усиливаться
10. Зубные отложения. Налеты, твердые зубные отложения. Диагностика.
Что такое зубные отложения?

Ответ: Зубные отложения – это твердый или мягкий налёт на поверхности эмали зубов, образующийся из микроорганизмов, паразитирующих в ротовой полости, продуктов их жизнедеятельности и компонентов химического состава внутренней среды полости рта.

11. Пародонтоз: этиология, патогенез. Патоморфология.

Ответ: Пародонтоз представляет собой невоспалительное хроническое заболевание тканей, которые окружают зуб: десен, пародонта, альвеолярных отростков. Характеризуется атрофией отдельных участков пародонта, склеротическими изменениями костной ткани, приводящими к обнажению шеек зубов.

12. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующими лизисом пародонта. Особенности клинических проявлений.

Что такое идиопатические заболевания?

Ответ: Идиопатическое заболевание — это любое заболевание с неизвестной причиной или механизмом очевидного спонтанного происхождения. От греческого ἴδιος *idios* «свой» и πάθος *pathos* «страдающий» идиопатия означает примерно «заболевание себе подобного».

13. Хирургические методы лечения пародонтита направленные на устранения пародонтального кармана и нарушений строения мягких тканей преддверия полости рта.

Ответ: Лечение десен хирургическое - это пародонтологические операции, направленные на удаление инфекционных очагов в пародонте и общее лечение десен (пластика тяжей и уздечек, лоскутные операции, кюретаж, вестибулопластика, гингивэктомия, шинирование, удлинение коронковой части зуба).

14. Другие заболевания пародонта. Пародонтолиз.

Ответ: Пародонтолиз - воспалительная деструкция пародонта, протекающая на фоне некомпенсированного диабета 1 типа, агаммаглоблинемии, нейтропении, лейкоза, гистиоцитоза Х.

15. Избирательное шлифовывание зубов.

Ответ: Избирательное шлифовывание зуба — метод комплексного лечения, который применяется при заболеваниях пародонта. Процедура используется для коррекции окклюзии и артикуляции на естественных и искусственных зубах, позволяет равномерно распределить жевательную нагрузку на зубы.

16. Шинирование зубов.

Ответ: Шинирование зубов — это процедура, которая позволяет зафиксировать положение расшатавшихся зубных единиц, а также равномерно распределить на них жевательную нагрузку. За период ношения конструкции процесс расшатывания зубов прекращается, а ткани пародонта регенерируют и восстанавливают свои опорные свойства.

17. Строение слизистой оболочки полости рта.

Ответ: Слизистая оболочка рта состоит из 3 слоев: эпителиального, собственной пластинки слизистой оболочки и подслизистой основы. На всем протяжении слизистая оболочка рта выстлана многослойным плоским эпителием. Самый глубокий слой — базальный. Он состоит из цилиндрических или кубических клеток.

18. Травматические поражения слизистой оболочки рта.

Ответ: Травматические поражения СОПР в результате действия разных факторов (механических, физических, химических) возникают в том случае, если интенсивность их влияния превышает физиологический запас прочности слизистой оболочки (СО).

19. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Вирусные заболевания.

Что такое вирусная инфекция полости рта?

Ответ: Вирусное заболевание полости рта – инфекционный тип патологии, поражающий ткани полости рта. Вирусные заболевания могут возникать либо в результате разрушения клеток, либо в результате иммунной реакции на вирусные белки.

20. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Бактериальные инфекции.

Ответ: Бактериальные и вирусные инфекции языка и рта относительно распространены, и в большинстве случаев их можно вылечить при правильной диагностике и лечении. Некоторые инфекции, которые могут поражать рот и язык, включают: Камни миндалин. Также известные как тонзиллиты, это бактериальные инфекции, которые поражают ваши миндалины.

21. Аллергические заболевания слизистой оболочки рта. Приведите примеры.

Ответ: многоформная экссудативная эритема; синдром Стивенса-Джонсона; • болезнь Лайела; • хронический рецидивирующий афтозный стоматит; • синдром Бехчета; • синдром Шегрена.

22. Изменения слизистой оболочки рта при дерматозах. Примеры.

Ответ: Пузырчатка.

Красный плоский лишай.

Системная красная волчанка.

23. Заболевания губ.

Ответ: Хейлит – это изолированный воспалительный процесс в области слизистой оболочки, кожи и красной каймы губ. Внешне выглядит как отек с покраснением и шелушением тканей. Может быть самостоятельным заболеванием или симптоматическим проявлением других патологий. Рано или поздно с ним сталкивается почти каждый человек, однако в молодом возрасте болезнь протекает заметно легче, реже рецидивирует и не имеет осложнений. У пожилых людей за счет ослабления иммунной системы периодические рецидивы хейлита могут стать причиной злокачественного перерождения тканей.

24. Заболевания языка.

Ответ: Издавна состояние языка считается показателем здоровья человека. Глоссит – это целая группа заболеваний языка. Существует множество клинических вариантов глоссита и причин его появления. При многих заболеваниях изменение внешнего вида языка является основным проявлением болезни. Лечебная тактика и прогноз зависят от своевременной и правильной диагностики типа глоссита и причины его возникновения.

Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта.

25. Состояние органов полости рта у людей пожилого возраста

Ответ: Слизистая оболочка полости рта и десен становится менее эластичной, тонкой и легко ранимой, а процессы заживления протекают гораздо медленнее. Сухость в полости рта. Уменьшение слюноотделения, как результат сухость слизистой оболочки полости рта – обычная проблема пожилых людей.

26. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике.

Ответ: Виды неотложных состояний:

1. Обморок.

2. Коллапс.

3. Аллергические реакции

4. Анафилактический шок.

5. Гипертонический криз.

6. Ишемия миокарда.

7. Аритмия.

8. Астматический статус.

9. Судорожные состояния.

10. Гипогликемическая кома. Кетоацидотическая кома.

11. Острая дыхательная недостаточность.

27. Уровни экспертизы качества медицинской помощи.

Ответ: Как контролируют качество медпомощи на разных уровнях

1 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заведующим ...

2 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заместителем главного врача ...

- 3 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи врачебной комиссией
28. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.
Ответ: Информированное добровольное согласие – письменное или устное уведомление пациента, соответствующее праву личности на получение информации о медицинском вмешательстве, в которой указываются цели, методы оказания медицинской помощи, риски и возможные негативные результаты лечения.
29. Основные источники финансирования здравоохранения в России.
Ответ: Основными источниками финансирования здравоохранения являются федеральный бюджет, бюджеты субъектов РФ, местные бюджеты и средства ОМС. Дополнительными источниками выступают добровольное медицинское страхование и платные услуги, однако их доля в структуре финансирования здравоохранения незначительна.
30. Понятие, виды и свойства медицинских услуг.
Ответ: В Федеральном законе «Об охране здоровья граждан», медицинские услуги – это комплекс специальных вмешательств, проводимых медицинскими специалистами для лечения пациента, диагностики у него заболеваний, а также в профилактических и реабилитационных целях.
31. Ценообразование в здравоохранении.
Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.
32. Условия допуска к трудовой деятельности в стоматологии.
Ответ: В соответствии со ст. 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан «право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в РФ имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в РФ, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности».
33. Основные характеристики качества медицинской помощи.
Ответ: Специалисты отмечают дополнительно такие характеристики качества медицинской помощи, как:
профессиональные компетенции;
доступность;
безопасность;
непрерывность;
эффективность;
межличностные отношения;
удобство;
соответствие ожиданиям пациентов.
34. Виды и характеристика медицинских услуг.
Ответ: По функционалу медицинской услуги их подразделяют на лечебно-диагностические, реабилитационные, профилактические, транспортные, санитарно-гигиенические. Также выделяют такие виды, как простые, сложные и комплексные услуги.
35. Права и обязанности медицинских и фармацевтических работников в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ».
Ответ:
1. Медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе на:

- 1) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;
 - 2) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;
 - 3) профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;
 - 4) прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;
 - 5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;
 - 6) создание профессиональных некоммерческих организаций;
 - 7) страхование риска своей профессиональной ответственности.
36. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к детям.
Ответ: Принципы стоматологической деонтологии:
Приветливость и доброжелательность, располагающие ребенка. Осторожность, выражающаяся в правильной подаче информации относительно патологии ребенка. Тактичность в обращении к ребенку и его родителям. Сдержанность, требующая контроля собственных эмоций перед ребенком.
37. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к пожилым и престарелым пациентам.
Ответ: Прежде всего отметим, что возрастные психологические изменения у неработающих пожилых лиц часто приобретают деформированный, патологический вид. Известно, что многие старики чаще реагируют тревогой, страхом, депрессией на возникающие изменения и трудности жизни. Возможно появление переживаний, вызванных постепенным ослаблением физических и психических функций у пожилых и престарелых больных нередко возникают ипохондрические, фобические и депрессивные настроения. Отношение больных старческого возраста к своим заболеваниям отличается не столько их недооценкой, сколько переоценкой.
38. Ценообразование в здравоохранении.
Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.
39. Основные виды правовых конфликтов в медицине и стоматологии.
Ответ: Медицинский конфликт делят на две группы:
а) межличностные конфликты, сторонами которых выступают: врач – пациент; врач – врач; врач – администратор, медработник – родственник пациента; б) межгрупповые: администрация ЛПУ – пациент; врач – родственники пациента; администрация ЛПУ – пациент.
40. Автоматизированное рабочее место врача-стоматолога.
Ответ: Автоматизированное рабочее место (АРМ) – это совокупность программных продуктов и технических средств, обеспечивающих автоматизацию рабочих процессов врача. Программное обеспечение UNIVERSE-Медицина позволяет сотрудникам легко осуществлять доступ к электронной картотеке пациентов с историей болезни и лечения.

41. Виды юридической ответственности медицинских работников в стоматологии.
Ответ: Различают несколько видов юридической ответственности медицинских работников: уголовную, административную, дисциплинарную (в том числе - материальную) и гражданско-правовую.
42. Ведомственная экспертиза качества медицинской помощи в стоматологии.
Ответ: Экспертизу проводят по поручению фондов ОМС и страховых медицинских организаций эксперты КМП, включенные в территориальный реестр экспертов КМП. Ведомственная экспертиза КМП проводится штатными и внештатными экспертами-специалистами органов управления здравоохранением и подведомственных медицинских организаций.
43. Перечислите формы иммунитета организма
Ответ:
Гуморальный иммунный ответ (В-лимфоцит);
Клеточный иммунный ответ (Т-лимфоцит);
Иммунологическая память (Т- и В-лимфоциты);
Иммунологическая толерантность.
44. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
Ответ: Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области:
гаймориты (воспаление околоносовых пазух);
лимфадениты (воспаление лимфатических узлов);
остеомиелиты (воспаление костной ткани челюстей и других костей лица);
корневые гранулемы и кисты (воспаление в области верхушек корней зубов).
45. Понятие о ретенции и дистопии зубов.
Ответ: Хирургическое лечение дистопированных зубов – это только лечение (удаление) в условиях стационара с предварительной предоперационной подготовкой пациента. Ретенция – затрудненное прорезывание зуба. Ретинированным может быть любой зуб. Наиболее часто затрудненное прорезывание встречается у нижних зубов «мудрости».
46. Перикоронит: причины развития.
Ответ: Перикоронит, или перикоронит, — это воспалительное заболевание, которое распространяется на ткани вокруг прорезывающегося зуба. Механизм развития воспаления состоит в том, что зуб при прорезывании преодолевает массу препятствий: костную ткань, надкостницу, мягкие ткани. При трудном и длительном прорезывании над зубом формируется своеобразный капюшон, под который попадают болезнетворные бактерии и остатки пищи. В результате развивается воспалительный процесс.
47. Одонтогенный остеомиелит челюстей
Ответ: Одонтогенный остеомиелит челюстей — это инфекционный гнойно-некротический воспалительный процесс, развивающийся в костной ткани под влиянием различных агрессивных факторов на фоне предварительной сенсibilизации организма и нейрогуморальных сдвигов, предшествующих началу развития заболевания.
48. Абсцессы и флегмоны лица и шеи. Классификация. Пути проникновения и распространения инфекции в мягких тканях.
Ответ: Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области различной локализации возникают как осложнения периодонтита, периостита или остеомиелита челюстей, а также фурункулов, карбункулов и других неodontогенных гнойных процессов кожи. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, они относятся к классу L03.2 (флегмоны лица) и K12.2 (флегмоны и абсцессы области рта). Абсцессы и флегмоны представляют собой гнойный воспалительный процесс, локализованный в клетчатке, при этом он может быть ограниченным (при абсцессах) или разлитым (при флегмонах). Ограничение воспалительного процесса достигается за счет формирования пиогенной мембраны, однако клинически не всегда можно четко отделить абсцесс от флегмоны.

Классификация. В РФ в клинической практике используют классификацию гнойно-воспалительных процессов А.И. Евдокимова и Г.А. Васильева, построенную по топографо-анатомическому принципу. Согласно этой классификации, абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области и шеи подразделяют на:

- расположенные в клетчаточных пространствах, прилегающих к верхней челюсти (подглазничная, скуловая и орбитальная области, височная, подвисочная и крыловидно-нёбная ямки, твердое и мягкое нёбо);
- расположенные в клетчаточных пространствах, прилегающих к нижней челюсти (подбородочная, подподбородочная, поднижнечелюстная и щечная области, крыловидно-нижнечелюстное, окологлоточное и поджевательное пространства, область околоушной слюнной железы, позадинижнечелюстная ямка);
- абсцессы и флегмоны дна полости рта - верхний и нижний отделы;
- абсцессы и флегмоны языка и шеи.

49. Показания к удалению зубов и сберегательным хирургическим операциям.

Ответ: Показанием к удалению является безуспешное перелечивание каналов ранее неоднократно леченых зубов. Неправильное положение зубов мудрости и патологические процессы в них, запущенное выраженное кариозное разрушение зуба, который невозможно вылечить также являются показаниями для удаления.

50. Одонтогенный периостит челюстей: этиология, патогенез, клиническая картина,

Ответ: Одонтогенный периостит наиболее частое заболевание. Острый одонтогенный периостит относится к гнойному виду заболевания, характеризуется инфицированием надкостницы альвеолярного отростка с локализацией первичного очага воспаления в тканях пародонта. Наиболее часто гнойный периостит возникает в области нижней челюсти.

51. Классификация осложненных форм ретенции нижних третьих моляров, клиника, диагностика, принципы лечения.

Ответ: Прорезывание зубов является результатом взаимодействия активности ростковой зоны корня зуба и перестройки окружающей костной ткани. При нарушении взаимодействия этих факторов нарушается положение зуба, возникает дистопия. Один из вариантов дистопии - ретенция, наиболее часто встречается у нижних третьих моляров (НТМ).

Ретенция зуба - задержка прорезывания зуба относительно среднего срока прорезывания.

Различают следующие виды ретенции:

1. По отношению к полости рта:

частичная;

полная.

2. По отношению к костной ткани:

клиническая;

анатомическая.

52. Показания к удалению ретинированных и дистопированных зубов, комплексное лечение.

Ответ: Удаление ретинированного и дистопированного зуба мудрости – это сложная процедура, так как корни можно удалить только хирургическим вмешательством. На первом этапе стоматолог проводит детальный осмотр челюсти, определяя точное расположение корней и степень патологии. Деформация зуба мудрости называется ретенцией, которая может принимать различные формы:

Обычная форма. В этом случае прорезывание зуба связано с определенными трудностями и может сопровождаться воспалительным процессом.

Полная ретенция. Если коронка полностью скрыта десенной тканью, удаление осуществляется в срочном порядке, так как зуб начинает расти неправильно и нарушает положение роста соседних зубов.

Частичная ретенция. В том случае, когда коронка скрыта лишь частично, процесс извлечения становится проще, но корни обычно разрезаются на несколько частей для полного удаления.

Процедура удаления ретинированного и дистопированного зуба мудрости осуществляется под анестезией, так как стоматологам предстоит разрезать десны и извлекать коронку по частям. При этом процесс извлечения может проводиться в несколько этапов, и иногда требуется несколько отдельных операций для полного удаления зуба.

53. Понятие о репаративном остеогенезе.

Ответ: Репаративный остеогенез – это многокомпонентный процесс, основными этапами которого являются дифференцировка клеток, пролиферация, резорбция погибшей ткани и образование кости с ее ремоделированием, формирование органического внеклеточного матрикса и его минерализация.

54. Понятие о антибиотикорезистентности возбудителей

Ответ: Устойчивость к противомикробным препаратам возникает, когда микробы развивают механизмы, которые защищают их от воздействия противомикробных препаратов. Антибиотикорезистентность (от антибиотик и резистентность) — это частный случай устойчивости к противомикробным препаратам, когда бактерии становятся устойчивыми к антибиотикам. Устойчивые микробы труднее лечить, требуются более высокие дозы или альтернативные лекарства, которые могут оказаться более токсичными. Эти подходы также могут быть более дорогими.

55. Влияние факторов местной иммунной защиты на резистентность тканей полости рта.

Ответ: Резистентность слизистой оболочки рта обеспечивается комплексом клеточных и гуморальных механизмов защиты. Как известно, в полости рта обитает около 200 представителей различных микроорганизмов, среди которых есть и патогенные. В микробных биоптатах преобладает грамположительная микрофлора. При электронно-микроскопическом изучении микробной бляшки выявлены следующие изменения ее состава в различные сроки формирования: в однодневных микробных бляшках преобладают кокки, в трехдневных – кокки и палочки, в пятидневных наряду с кокками и палочками появляются подвижные формы – спирохеты, образуются микробные комплексы. Максимальная концентрация микроорганизмов в 1 мл слюны здорового человека соответствует 10^7 для факультативных видов и 10^8 для анаэробов. Различают постоянную – резидентную флору ротовой области и случайную – транзитную. В состав постоянной флоры входят бактерии, грибы, спирохеты, простейшие и вирусы, преобладают стрептококки альфа- и гамма-типов, вейлонеллы и актиномицеты. Непостоянная флора включает в себя микроорганизмы, обитающие в дистальном отделе тонкого и толстого кишечника, в частности бактерии группы кишечной палочки, энтерококки, бактерии протей, клостридии и др. Обильному размножению микрофлоры способствуют оптимальная температура полости рта, обилие влаги, органических веществ, близкая к нейтральной реакция среды. Однако бесконечного размножения микроорганизмов не происходит в связи с наличием в ротовой полости разнообразных механизмов неспецифической резистентности и специфической иммунологической защиты.

Контролируемые компетенции: ОПК-6

Тесты

1. Оптимальная нагрузка врача-ортопеда, выраженная числом посещений пациентов в день, составляет

- A) 7.0
- B) 10.0
- C) 12.0
- D) 14.0

Е) 16.0

Эталон ответа: С

2.Средние сроки пользования пластиночными зубными протезами

А)1 год

В)3 года

С)5 лет

Д) 7 лет

Е) 10 лет

Эталон ответа: В

3.Соотношение должностей врач-зубной техник должно быть

А) 0.5:1.0

В) 1.0:1.0

С) 1.0:2.0

Д)1.5:2.0

Е)2.0:3.0

Эталон ответа: С

4.Норматив обеспеченности врачебными кадрами по ортопедической стоматологии в расчете на 10 000 населения

А)0.25

В)0.5

С)1.0

Д)1.5

Е)2.0

Эталон ответа: С

5.Врач-ортопед по нормативу должен принять в час

А)0.5 пациента

В)1.0 пациент

С)1.5 пациента

Д)2.0 пациента

Е)2.5 пациента

Эталон ответа: D

6.Абсолютным показателем к протезированию является потеря жевательной эффективности по Н.А.Агапову

А)свыше 10%

В)15%

С)20%

Д)25%

Е)50%

Эталон ответа: E

7.Должность медицинской сестры положена на следующее число врачей-ортопедов

А)1.0

В)1.5

С)2.0

Д)2.5

Е)3.0

Эталон ответа: С

8.Срок гарантии на изготовленный зубной протез?

А)0.5 года

В)1 год

С)2 года

Д)3 года

Е)4 года

Эталон ответа: С

9. Общественное здоровье характеризуют показатели

- А) трудовая активность населения
- В) заболеваемость
- С) инвалидность
- Д) демографические показатели
- Е) физическое развитие населения

Эталон ответа: А

10. Мандибулярная ветвь тройничного нерва иннервирует следующие мышцы

- А) мышцу, опускающую небную занавеску
- В) мышцу, поднимающую небную занавеску
- С) небно-язычную
- Д) язычок
- Е) щечную

Эталон ответа: А

11. Дефицит аскорбиновой кислоты в период заживления раны приводит

- А) к замедлению продуцирования коллагена фибробластами
- В) к воспалительной реакции
- С) к вазодилатации
- Д) к замедлению митотической активности эпителия

Эталон ответа: А

12. Иннервация слизистой оболочки носа происходит

- А) от подглазничного нерва
- В) от надблокового нерва
- С) от крыло-небного узла
- Д) от переднего решетчатого нерва
- Е) от зубного сплетения

Эталон ответа: Е

13. Носослезный канал состоит

- А) из соединения латерального и максиллярного отростков
- В) от соединения медиального носового и максиллярного отростков
- С) от латерального носового отростка
- Д) от медиального носового отростка
- Е) от максиллярного отростка

Эталон ответа: С

14. Носовая полость образована

- А) крыльями хрящами
- В) костями носа
- С) перпендикулярной пластинкой решетчатой кости
- Д) хрящем перегородки носа

Эталон ответа: А

15. Основным методом обследования больного в клинике ортопедической стоматологии является

- А) клинический
- В) рентгенологический
- С) биометрический
- Д) реографический
- Е) измерение диагностических моделей челюстей

Эталон ответа: А

16. Наибольшую информацию о состоянии периапикальных тканей зубов верхней и нижней челюсти дает следующий метод рентгенологического обследования

- А) дентальная рентгенография

- В)панорамная рентгенография
- С)ортопантомография
- Д)телерентгенография
- Е)рентгенокинематография

Эталон ответа: С

17.Наиболее информативным методом рентгенологического обследования для оценки качества пломбирования корневых каналов зубов верхней и нижней челюсти является

- А)дентальная рентгенография
- В)панорамная рентгенография
- С)ортопантомография
- Д)телерентгенография
- Е)рентгенокинематография

Эталон ответа: А

18.Методом рентгенодиагностики, дающим исчерпывающую информацию о состоянии тканей пародонта, является

- А)дентальная рентгенография
- В)панорамная рентгенография
- С)ортопантомография
- Д)телерентгенография
- Е)рентгенокинематография

Эталон ответа: А

19.Наиболее информативным методом рентгенодиагностики при выявлении морфологии элементов височно-нижнечелюстного сустава является

- А)панорамная рентгенография
- В)ортопантомография
- С)телерентгенография
- Д)рентгенокинематография
- Е)томография височно-нижнечелюстных суставов

Эталон ответа: Е

20.Деформация зубных рядов прогрессирует

- А)в молодом возрасте
- В)в старческом возрасте
- С)одинаково как в молодом, так и в старческом возрасте

Эталон ответа: А

21.Отношение между экстра- и интраальвеолярной частями зуба остается неизменным

- А)при I форме феномена Попова
- В)при II форме, 2-я группа феномена Попова
- С)при II форме, 1-я группа феномена Попова
- Д)при III форме феномена Попова

Эталон ответа: А

22.В периодонте зубов, не имеющих антагонистов, разрастается

- А)фиброзная ткань
- В)рыхлая соединительная ткань
- С)эпителиальная ткань

Эталон ответа: А

23.Метод дезокклюзии применяется

- А)при I форме феномена Попова
- В)при II форме феномена Попова
- С)при I и II формах феномена Попова

Эталон ответа: А

24.При методе дезокклюзии выравнивание окклюзионной поверхности происходит

- А) за счет вколачивания зубов
- В) за счет перестройки костной ткани

Эталон ответа: В

25. Реография области височно-нижнечелюстного сустава используется для определения

- А) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области
- В) гемодинамики
- С) движения головок нижней челюсти
- Д) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава

Эталон ответа: В

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной 30-ти лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на нижней и верхней челюсти. Данные анамнеза: Зубы удалены 5 лет назад вследствие осложненного кариеса. Объективно: конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Прикус ортогнатический. Имеется деформация акклюзионной поверхности, образовавшаяся в результате выдвигания. Альвеолярный отросток в области 25 увеличен, деструктивные изменения в пародонте отсутствуют, при смыкании зубных рядов 25 пересекают акклюзионную поверхность на 1/4.

1. Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди. 2. Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой. 3. Составьте план лечения. 4. Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов. 5. Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов

Ответы к задаче 1.

1. Частичная потеря зубов, осложненная деформацией зубных рядов на верхней и нижней челюстях. Включенный дефект в боковом отделе на верхней челюсти (III класс по Кеннеди) односторонний дистально не ограниченный дефект на нижней челюсти (II класс по Кеннеди). 2. Взаимное вертикальное перемещение зубов (III класс по Гаврилову). Наличие деструктивных изменений пародонта зубов в пределах 1/4 корня указывает на II класс, I подкласс по Пономаревой. 3. Устранение деформации зубных рядов методом сошлифовывания твердых тканей 28, 27, 25 с покрытием их коронками. Дефект зубного ряда на нижней челюсти восстановить мостовидным протезом с опорой на 38, 37, 34. 4. Причиной деформации зубных рядов является удаление зубов без своевременного протезирования. 5. а) Метод сошлифовывания твердых тканей. б) Метод дезокклюзии. в) Аппаратно-хирургический метод.

Задача 2

Больной С. 50 лет обратился в ортопедическое отделение с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на верхней и нижней челюстях. Анамнез: Выявлено, что последние зубы удалены более 5 лет назад. Причиной потери зубов явился осложненный кариес. Объективно: Конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. 27 и 35 выдвинулись в вертикальном направлении, шейки обнажены - реакция на холод болезненная. Прикус ортогнатический.

1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди. 2. Указать причину возникновения деформаций. 3. Перечислите ведущие клинические симптомы при частичной потере зубов. 4. Составьте план лечения.

Ответы к задаче 2

1) Частичная потеря зубов на верхней челюсти - III класс на нижней челюсти II - класс, осложненная деформацией зубного ряда на верхней и нижней челюстях. 2) Следствие травматической окклюзии, частичная потеря зубов без своевременного протезирования, осложнения кариеса. 3) - нарушение непрерывности зубного ряда, т.е. образование

дефекта. - появление 2-х групп зубов (функционирующая и нефункционирующая). - функциональная перегрузка отдельных групп зубов. - деформация зубных рядов. - нарушения функции жевания, речи и эстетических норм. - нарушение деятельности височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц. 4. Укорочение клинической коронки 24, 27, 28 на верхнюю челюсть мостовидный протез с опорой на 23, 24, 27 на нижнюю бюгельный протез с покрытием 35 бюгельной коронкой

Задача 3

Пациентка 34 года обратилась с жалобами на болезненность, кровоточивость десны в области боковых верхних зубов справа. Анамнез: Подобная болезненность в этой области возникла 3 месяца назад после того как на 16 поставили коронку, так как имелся дефект коронковой части зуба. Зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса. Объективно: Десна в области 17 и 16 гиперемирована, отечна, кровоточит при дотрагивании межзубного сосочка. Переходная складка без изменений, 16 покрыт коронкой, края которой глубоко заходят под десну. На переднежевательной поверхности 17 имеется пломба.

1. Поставьте диагноз. 2. Ваша тактика. 3. Причины возникновения пародонтита. 4. Какие степени патологической подвижности зубов по Д.А. Энтину вы знаете.

Ответы к задаче 3

1. Локальный парадонтит в области 16, 17. Снять коронку 16|и изготовить новую, которая отвечает клиническим требованиям. 3. Отсутствие контактного пункта, несоответствие клиническим требованиям коронок, аномалии прикрепления, мягких тканей в виде мелкого преддверия полости рта, патология прикуса. 4. I - степень - подвижность в вестибулооральном направлении меньше 1 мм. II - смещение зуба в вестибулооральном и мезиодистальном направлении до 1 мм. III - подвижность зуба описанных направлениях более 1 мм. IV - смещение зуба во всех направлениях.

Задача 4

Больная И. 39 лет обратилась в ортопедическое отделение с целью протезирования. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия жевательных зубов на нижней челюсти слева и верхней челюсти справа. Анамнез: выяснено, что причиной потери зубов явился осложненный кариес. Зубы удалены в различные периоды жизни. Ранее не протезировалась. Объективно: Прикус ортогнатический, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. На жевательных поверхностях 44 и 36 пломбы остальные зубы интактные.

1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди. 2. Какие виды протезов можно применить в данной ситуации? 3. Перечислите клинические этапы изготовления мостовидных протезов. 4. Перечислите патологические виды прикуса.

Ответы к задаче 4

1. III - класс. 2. а) Мостовидный протез с опорой на 17, 15, 25, 27, 34, 36. б) Цельнолитой мостовидный протез. Консольный протез с опорой, 17, 27, 36 если небольшая промежуточная часть. 3. а) Препарирование зубов. б) Снятие оттиска. в) Припасовка коронок. г) Снятие оттиска с коронками, под промежуточную часть. д) Припасовка мостовидного протеза. е) Фиксация мостовидного протеза. 4. Прогнатия, прогения, глубокий, открытый, перекрестный.

Задача 5.

Пациент Н., 56 лет был протезирован по поводу полной потери зубов съемными пластиночными протезами с пластмассовым базисом. После наложения протезов обратился с жалобами на смещение протеза нижней челюсти (дистально) при открывании рта и пережевывании пищи. Других жалоб не предъявляет. При осмотре полости рта обнаруживается резкая атрофия альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти во фронтальном участке, дистальное положение языка, гипертонус мышц, окружающих ротовую щель.

1. Какие виды расстановки искусственных зубов вы знаете? 2. Какую фазу адаптации характеризует данная клиническая картина? 3. Фазы адаптации к съемным протезам? 4. Что такое "нейтральная зона"? Ее значение при конструировании зубных рядов съемных протезов при полной потере зубов. 5. Перечислите виды мышечного равновесия и особенности расстановки зубов связанные с ними. 7 6. Каким методом возможно определить зону мышечного равновесия? Перечислить последовательность этапов данного метода.

Ответы к задаче 5

1. Виды расстановки искусственных зубных рядов - по стеклу (Гизи-Васильеву) - по сферам - по индивидуальным окклюзионным кривым. 2. Первая фаза - фаза возбуждения. 3. Фазы адаптации: а) возбуждения б) неполного торможения в) полного торможения. 4. "Нейтральная зона" - пространство между мышцами языка и мышцами окружающими ротовую щель. Искусственные зубные ряды должны находиться в "нейтральной зоне", иначе протезы будут смещаться в сагитальной плоскости под влиянием мышц. 5. Зона мышечного равновесия может быть расположена вестибулярно от гребня альвеолярного отростка, лингвально, соответствовать положению гребня альвеолярного отростка. 6. Зону мышечного равновесия возможно определить путем функционального оформления вестибулярной поверхности краев базисов съемных протезов или индивидуальных ложек.

Задача 6

Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования. Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съемными протезами.

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ответы к задаче 6

1. Заеда (ангулярный хейлит). 2. Главные причины - заражение стрептококком, дрожжевым грибом, травма. Заеда часто образуется у лиц с сухой, малоэластичной кожей. Так же воспаление, трещины углов рта могут быть вторичными, связаны со снижением окклюзионной высоты и высоты нижнего отдела лица в случае полного отсутствия зубов. 3. Стоматологический анамнез, внешний осмотр, осмотр слизистых оболочек полости рта, гигиеническая оценка съемных протезов, оценка качества и правильности конструкций съемных протезов, определение соизмеримости ротовой щели и базиса протеза, лабораторные методы исследования (биохимические и клинические данные крови, мочи и слюны, цитологический, микробиологический методы).

Задача 7

Больной К. обратился с жалобами на сильное жжение под базисом протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были наложены съемные протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечаются гиперемия и отек слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость слизистых оболочек, больше под протезами. Язык гиперемирован, сухой. Сосочки сглажены, атрофированы.

2. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назначьте дополнительные методы исследования. 3. Механизм действия токсинов при данном заболевании. 4. Ваш план ортопедического лечения.

Ответы к задаче 7

1. Токсический стоматит, вызванный пластмассовыми протезами. 2. Спектральный анализ слюны, клинический анализ крови. Исследование соскобов с языка, протезов на гриб *Gandida albicans*. Определение ферментной активности КФ, ЩФ, ЛДГ, протеиназ и др. РН-метрия, определение разности потенциалов. Определение остаточного мономера,

качества протеза, болевой чувствительности слизистых оболочек протезного поля. 3. Токсины нарушают функцию парасимпатических нервов, а также ткань слюнных желез, что приводит к изменению обмена гистатина и серотонина, калия, белка, следствием чего является гипосаливация. 4. При выявлении некачественных протезов (плохая фиксация, балансирование протезов и т.д.), а также повышенного содержания мономера (более 0,5%) - изготовление нового протеза при строгом соблюдении режима полимеризации и правил зубного протезирования. Так же применяется элиминирующая терапия (удаление протеза, пользование только во время еды) и химическое серебрение акрилового протеза (металлизация пластмассы) через каждые 3 дня ношения, в количестве 2-3 сеансов.

Задача 8

Больная К. обратилась в клинику ортопедической стоматологии с целью протезирования. При внешнем осмотре отмечается резкое снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных и подбородочной складок. Осмотр верхней челюсти: альвеолярный отросток (а/о) незначительно и равномерно атрофирован. Скат альвеолярного отростка - пологий; гребень а/о - острый. Позадимоларные бугры сохранены, округлые с обеих сторон. Свод твердого неба выпуклый. Небо плоское. Уздечка верхней губы и щечно-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". Позадимоларные бугорки сохранены, подвижны, округлой формы. Внутренние косые линии выражены, острые, покрытые тонкой слизистой оболочкой при ее пальпации отмечается болезненность.

1. Установите основной диагноз и его осложнения. 2. Перечислите клинические этапы изготовления съемных протезов при полном отсутствии зубов. 3. Расскажите о классификациях типов атрофии беззубых челюстей по Шредеру, Курляндскому.

Ответы к задаче 8

1. Основное заболевание: Полная потеря зубов на верхней челюсти II тип по Шредеру. Полная потеря зубов на нижней челюсти IV тип по Курляндскому. Осложнение основного заболевания: Снижение высоты нижнего отдела лица. 2. а) получение анатомических оттисков с обеих челюстей; б) припасовка индивидуальных ложек с использованием проб Гербста, получение функциональных оттисков; в) определение центрального соотношения челюстей; г) проверка конструкции протезов; д) припасовка и наложение протезов в полости рта; ж) проведение коррекции протезов. 3. Классификация типов атрофии беззубых челюстей. Шредер различает 3 типа атрофии беззубой верхней челюсти. I тип характеризуется хорошо сохранившимся альвеолярным отростком, хорошо выраженными буграми и высоким небным сводом. Место прикрепления мышц и складок слизистой оболочки расположены относительно высоко. II тип характеризуется средней степенью атрофии альвеолярного отростка. Альвеолярный отросток и альвеолярные бугры сохранены, небный свод выражен. Переходная складка расположена ближе к вершине альвеолярного отростка. III тип характеризуется резкой атрофией: альвеолярные отростки и бугры отсутствуют, небо плоское. Низкое крепление уздечек и переходной складки. Курляндский различает 5 типов атрофии беззубой нижней челюсти. I тип: альвеолярный отросток выступает над уровнем мест прикрепления мышц внутренней и внешней сторон. II тип: альвеолярный отросток и тело челюсти атрофированы до уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней сторон. III тип: атрофия тела челюсти прошла ниже уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней сторон. IV тип: большая атрофия в области жевательных зубов. V тип: большая атрофия в области передних зубов.

Задача 9

На этапе «проверка восковой конструкции полного съемного протеза» в положении центральной окклюзии обнаружена ошибка, при этом в полости рта определяется: - преимущественно бугорковое смыкание зубов справа (одноименными буграми); -

повышение межальвеолярной (окклюзионной) высоты; - смещение центра нижнего зубного ряда вправо; - просвет между боковыми зубами слева (от 23 до 27 и 33 до 37).

1. Объясните причину возникновения ошибки. 2. Дайте определение понятию «центральная окклюзия», «центральное соотношение (положение) челюстей». 3. Назовите последовательность этапов определения центрального соотношения челюстей. 4. Перечислите возможные другие ошибки при определении центрального положения челюстей. 5. Перечислите основные требования, предъявляемые к восковым шаблонам и окклюзионным валикам, применяемым при определении пространственного положения беззубых челюстей.

Ответы к задаче 9

1. Смещение нижней челюсти влево. 2. Центральное соотношение челюстей соответствует положению центральной окклюзии у пациентов до потери всех зубов. 3. 1) определение высоты нижнего отдела лица в покое. определение окклюзионной высоты. формирование фронтального участка протетической плоскости, формирование боковых участков протетической плоскости. нанесение ретенционных нарезок на окклюзионной поверхности верхнего валика. припасовка нижнего валика к верхнему. формирование вестибулярной поверхности валиков. фиксация центрального соотношения челюстей. проверка правильности определения и фиксации центрального соотношения челюстей. нанесение антропометрических ориентиров. 4. Определение и фиксация вместо центральной окклюзии: 1.левой боковой окклюзии; 2. Передней окклюзии. 3. Дистальной окклюзии. 5. Оценка восковых базисов: - толщина; - протяженность; - монолитность; - плотность прилегания к модели; - наличие укрепляющей металлической дужки. Оценка окклюзионных валиков: - высота; - ширина; - монолитность; - соответствие центру альвеолярного отростка -армированность.

Задача 10

Больной Н. были изготовлены полные съемные пластиночные протезы. Она обратилась в клинику с жалобами на плохую фиксацию съемного протеза на верхней челюсти во время еды и при разговоре. При осмотре в полости рта: граница протеза в области переходной складки соответствует "нейтральной" зоне, в дистальном отделе обнаружено значительное укорочение базиса, в результате чего отмечается нарушение заднего замыкательного клапана и плохая фиксация протеза.

1. Ваша тактика по ведению больного. 2. Назовите факторы обеспечивающие фиксацию съемных протезов на беззубых челюстях. 3. Объясните термины: "стабилизация", "фиксация". 4. Расскажите о правилах проведения перебазировки съемных протезов при полном отсутствии зубов. 5. Назовите стадии созревания пластмассового теста.

Ответы к задаче 10

1. Провести полную перебазировку протеза лабораторным способом. 2. Анатомическая ретенция, функциональная присасываемость, адгезия. 3. Фиксация - устойчивость протезов во время покоя различных органов жевательного аппарата (челюсти, губы, язык, мягкое небо). Стабилизация - устойчивость протезов во время функции названных выше органов. 4. Клинический метод. С внутренней поверхности протеза удаляют слой пластмассы толщиной 1 мм. Самоотвердеющую пластмассу замешивают в следующей пропорции: 1 весовая часть мономера и 2 весовые части полимера. Применяют самоотвердеющие пластмассы "Протакрил" или "Редонт". В фазе "тянущихся нитей" пластмассовое тесто накладывают на обработанный базис протеза равномерным слоем, так, чтобы были покрыты и его края. Протез устанавливают на челюсти в положении центральной окклюзии. Оформляют края протеза при помощи активного и пассивного методов. В полости рта протез находится около 2- минут, затем его выводят и на 10 минут помещают в аппарат, где при t 40-50°C и давлении в 3 атмосфер проводят полимеризацию пластмассы. Противопоказаниями к клиническому методу перебазировки являются хронические заболевания слизистой оболочки полости рта,

аллергия, бронхиальная астма. Лабораторный метод. Получают оттиск с протезом ортокором или сизластом. В лаборатории техник гипсует протез с оттиском в кювету прямым методом. После удаления оттискного материала пластмассу пакуют и полимеризуют. 5. Стадии полимеризации пластмассы: 1.Песочная. 2.Маслоподобная. 3.Тестообразная. 4.Резиноподобная. 5.Твердая

Задача 11

Больной А., 22 года, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида, вследствие разрушения коронки переднего зуба. В полости рта: Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. Прикус ортогнатический. На дистальной поверхности 11 обширная кариозная полость, переходящая на вестибулярную и оральную поверхность, без нарушения целостности угла коронки зуба. Коронка зуба имеет более темную окраску по сравнению с рядом стоящими зубами. 11 – устойчив, перкуссия болезненная, зондирование дна кариозной полости безболезненное, реакция на холод отрицательная. Из анамнеза: кариозная полость впервые была обнаружена в 14 лет. Дефект был восстановлен пломбой, целостность которой была нарушена спустя 1 год. При повторном пломбировании границы полости были расширены, проявилась резкая болезненность была проведена девитализация 1 и пломбирование композитным материалом. В течении последних 3-х лет целостность пломбы нарушалась неоднократно. В результате чего пациент обратился к врачу – ортопеду.

Поставьте диагноз с учетом классификации по Блеку, определите тактику врача – ортопеда. 2. Укажите степень разрушения окклюзионной поверхности зуба в % . Какая связь между индексом РОПЗ и ортопедической конструкцией? 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в данном клиническом случае? 4. Какие показания к изготовлению коронки Вы знаете? 5. Назовите классификацию коронок по способу изготовления и материалу. 6. Какая коронка будет наиболее предпочтительна в данном клиническом случае.

Ответы к задаче 11

1. Дефект твердых тканей 1, III кл. по Блеку. 2. ИРОПЗ до 0,5 – 0,6 – вкладка более 0,6 – до 0,8 – коронка более 0,8 – штифтовая конструкция 3. Провести рентгенологические исследования. 4. Коронки изготавливают: 1) для предупреждения дальнейшего разрушения тканей зуба. 2) для восстановления его анатомической формы. 3) для расположения опорных и фиксирующих элементов при изготовлении ортодонтических протезов, мостовидных протезов, съемных протезов, челюстно-лицевых аппаратов. 4) При изменении цвета коронки зуба при некариозных поражениях вследствие некроза пульпы. 5) При аномалиях положения, величины и формы коронковой части зуба. 6) При деформации зубных рядов (феномен Попова-Годона) 7) Коронка как носитель лекарственного вещества 8) Для шинирования зубов. 5. По способу изготовления: Литые; штампованные; полученные путем полимеризации; полученные путем обжиг. По материалу: металлические, пластмассовые, фарфоровые, комбинированные. 6. Самой эстетичной будет фарфоровая коронка.

Задача 12

Больная М., 25 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на дефект пломбы в боковом зубе на нижней челюсти справа. Объективно: конфигурация лица не нарушена, асимметрии, припухлости лица нет. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. Прикус прямой: В 46 – пломба занимает более 1/2 жевательной поверхности, переходящая на дистальную поверхность, пломба смещается контактный пункт между 47 и 46 отсутствует, после ее удаления дно и стенки полости плотные, зондирование безболезненное по дну, отмечается болезненность при зондировании эмалево-дентальной границы, реакция на холод положительная быстропроходящая. Перкуссия безболезненная, зуб устойчив. Зуб по сравнению с рядом стоящими зубами в цвете не изменен. На R –

грамме периапикальных изменений нет, периодонтальная щель не расширена. Из анамнеза: Кариозная полость появилась два года назад, после пломбирования больная отмечала дискомфорт в результате попадания пищи между 47 и 46.

Поставить диагноз, с учетом классификации по Блеку и ИРОПЗ. 2. Выберите конструкцию микропротеза. 3. Перечислите показания к изготовлению вкладки. 4. Назовите особенности формирования полости под вкладку.

Ответы к задаче 12

1. Дефект коронки 46, II кл. по Блеку. ИРОПЗ 0,5 2. Требуется изготовление вкладки 3. Показания: 1) предупреждение дальнейшего разрушения тканей зуба 2) восстановление анатомической формы зуба 3) Как опора мостовидных протезов 4) При замковой системе фиксации съемных протезов. 4. Принцип формирования полости под вкладку. 1) Все наружные стенки полости должны дивергировать. 2) Внутренние стенки полости должны быть параллельны друг другу и перпендикулярны стенке, обращенной к полости зуба. 3) Профилактическое расширение полости 4) дно и стенки должны противостоять жевательному давлению 5) Создание ретенционных пунктов в пределах здоровых твердых тканей 6) Образование фальца (скоса) в пределах эмали 7) Расположение полости в пределах не только эмали, но и дентина. 8) Создание дополнительной площадки на боковой поверхности зуба

Задача 13

Больной П., 43 года, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на невозможность пережевывания пищи в результате травмы языка острым краем искусственной коронки. В полости рта: Слизистая оболочка преддверия и полости рта без патологических изменений, умеренной влажности. На правой боковой поверхности языка, а также в области язычной поверхности маргинального края слизистой оболочки в проекции 44 отмечаются эрозированные, гиперемированные участки слизистой оболочки. Прикус ортогнатический. Коронка 44 не соответствует клиническим требованиям, короткая, не плотно охватывает шейку зуба, изготовлена 14 лет. назад. После снятия коронки зуб изменен в цвете, пломбирован, устойчив, перкуссия безболезненная, реакция на холод отрицательная. Из анамнеза: перед изготовлением коронки 44 был лечен по поводу кариеса, под коронкой зуб не беспокоил.

1. Поставьте диагноз. Дальнейшая Ваша тактика по лечению данного больного. 2. Требуется ли дополнительное обследование, обоснуйте свой ответ. 3. Перечислите возможные в данном случае ортопедические конструкции. 4. Классификация несъемных протезов. 5. Клинико-лабораторные этапы изготовления штампованной коронки.

Ответы к задаче 13

1. Дефект твердых тканей 44. Очаговый травматический стоматит в области маргинального края десны и слизистой оболочки боковой поверхности языка справа. Требуется снятие коронки. 2. Необходимо рентгенологическое обследование, т.к. после снятия коронки зуб изменен в цвете. 3. а) штампованная коронка; б) цельнолитая коронка; в) комбинированная цельнолитая коронка (металлопластмассовая или металлокерамическая) 4. III группы: вкладки, коронки, штифтовые зубы. Вкладки: металлические, фарфоровые, композитные, комбинированные. Коронки: фарфоровые, пластмассовые, цельнолитые, цельнолитые комбинированные, штампованные комбинированные, штампованные. Штифтовые конструкции: по Логану, Ильиной-Маркосян, Ричмонду, культовая штифтовая вкладка по Копейкину. 5. 1) препарирование зуба 2) получение слепка 3) получение модели, гравировка шейки 4) моделирование 5) получение гипсового и металлического штампов 6) подбор гильзы 7) предварительная и окончательная штамповка 8) припасовка коронки 9) отбеливание и полировка 10) фиксация коронки

Задача 14

Больной 49 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на подвижность верхних зубов, затруднение при приеме пищи. В течение 2-х лет находится на

диспансерном учете у пародонтолога. Ежегодно проводился курс терапевтического лечения. Объективно: Дефект зубного ряда на верхней челюсти замещен съёмным пластиночным протезом с кламмерной фиксацией на 18, 13, 14, 18, на нижней челюсти – мостовидным с опорой на 47 и 44. Воспаление десневого края, гноетечение, кровоточивость, наличие патологических десневых карманов, подвижность зубов I-II степени. На ортопантограмме: отсутствие межзубных перегородок, неравномерная атрофия костной ткани в области всех зубов на 1/3-в области передних и 1/2 длины корней в области боковых зубов.

1. Поставьте предварительный диагноз. Составьте план и лечения. 2. Сосудисто-биохимическая теория возникновения и прогрессирования заболеваний пародонта (по В.Н. Копейкину).

Ответы к задаче 14

1. Генерализованный пародонтит средней степени тяжести в стадии обострения, осложненный частичной потерей зубов верхней и нижней челюсти (3-й класс дефектов по Кеннеди). Протезировать зубные ряды верхней и нижней челюстей шинирующими бюгельными протезами с применением кламмерной системы с применением кламмерной системы фиксации. 2. 1) Сосудисто-биомеханическая теория возникновения и прогрессирования заболеваний пародонта сформирована В.Н. Копейкиным в 1979 году. Теория основана на трех основных положениях: 1) В норме зуб является рычагом с центром вращения, находящимся между коронковой частью и серединой корня. 2) При окклюзионных нагрузках в апикальной и пришеечной частях стенок альвеол и пародонта возникают участки в которых чередуются ишемия и гиперемия. Это перемежающаяся активность сосудистых образований является местным фактором, регулирующим кровоснабжение в пародонте и, тем самым обеспечивает положительный градиент метаболических процессов. 3) При прогрессировании воспалительно-дистрофических процессов в пародонте, сопровождающихся нарушением венозного оттока, нормальная по величине жевательная нагрузка, вызывает нарушение транспортного обмена с последующим прогрессированием резорбтивных процессов в пародонте

Задача 15.

Больная 55 лет обратилась с жалобами на подвижность передних зубов на нижней челюсти, кровоточивость десен при чистке зубной щеткой. При осмотре полости рта отмечается подвижность передних зубов в области 321/123 первой степени. На ортопантограмме: сглаженность вершин межзубных перегородок, резорбция костной ткани в области передних зубов верхнего и нижнего зубного ряда на 2/3 длины корня.

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какая конструкция протеза обеспечивает разгрузку на фронтальных зубах нижней челюсти. 3. Назовите показания к депульпированию зубов при заболеваниях пародонта. 4. Каково терапевтическое значение гальванического покрытия золотом шинирующих бюгельных протезов.

Ответы к задаче 15

1. – Частичная потеря зубов нижней челюсти (3-й класс по Кеннеди), очаговый пародонтит в области передних зубов верхнего и нижнего зубного ряда тяжелой степени в стадии ремиссии. 2. - Проведение несъемного шинирования зубов при пародонтите тяжелой степени. 3 - Изготовление перекрывающих протезов по Румпелю-Долдеру при пародонтите тяжелой степени, осложненном субтотальными дефектами зубных рядов (3-4 зуба). - Ортопедическое лечение пародонтита тяжелой степени с использованием “платформы” по Осборну. 4. Лечебное значение гальванического покрытия золотом шинирующих бюгельных протезов заключается в достижении положительного электропотенциала литого каркаса. Доказано, что положительный потенциал позитивно влияет на воспаленные ткани. Слой золота (6-8 мк) предупреждает выход в полость рта и включения в состав ротовой жидкости составных элементов кобальтохромового сплава, которые могут образовывать микрогальванопары.

Задача 16

Больная К. 45 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на стираемость твердых тканей зубов, эстетический недостаток, боль при приеме холодной, горячей, сладкой, кислой пищи. Из анамнеза выяснено, что больная работает на химическом предприятии. Состоит на учете у врача-эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы. Страдает язвенной болезнью желудка. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена. В полости рта: прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. Осмотр твердых тканей зубов выявил наличие фасеток стирания на режущей поверхности фронтальных зубов и окклюзионной поверхности жевательных зубов в пределах эмалево-дентиной границы. Реакция на термические раздражители положительная. Отмечается гипертрофия альвеолярного отростка челюстей. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

1. Поставьте предположительный диагноз. 2. Осветите этиологию и патогенез данного заболевания. 3. Как классифицируется данное заболевание

Ответы к задаче 16

Патологическая стираемость зубов верхней и нижней челюстей, компенсированная, генерализованная, горизонтальная форма. 2) В этиологии и патогенезе повышенной стираемости твердых тканей зубов взаимодействуют в основном два фактора: структурная неполноценность эмали и дентина или повышенная окклюзионная нагрузка на зубы. Первая может быть обусловлена генетическими особенностями строения этих тканей, расстройствами обмена веществ, заболеваниями ЖКТ и другими общими заболеваниями, нейроdistрофическими и эндокринными нарушениями, сопровождающимися неполноценным обызвествлением твердых тканей зубов, вторая - патологией окклюзии, потерей многих зубов, особенностями функции жевательных мышц, например бруксизм. Известную роль в этиологии и патогенезе патологической стираемости зубов играют и другие факторы: профессиональная вредность, характер пищи, условия внешней среды и т.д. 3) Известны следующие классификации патологической стираемости. А.А. Грозовский (1946) выделяет три клинические формы патологической стираемости зубов: горизонтальную, вертикальную, смешанную. По протяженности патологического процесса В.Ю. Курляндский (1962) различает локализованную и генерализованную формы патологической стираемости. Е.И. Гаврилов (1978) делит формы патологической стираемости зубов на ограниченную и разлитую. По степени и глубине поражения М.Г. Буша (1972) различает стираемость физиологическую (в пределах эмали), переходную (в пределах эмали и частично дентина), патологическую (в пределах дентина). Патологическую стираемость автор оценивает по глубине поражения: а) до 1/3 длины коронки, б) от 1/3 до 2/3 длины коронки, в) от 2/3 длины коронки до десен

Задача 17

Больной Н. обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на повышенную чувствительность передних нижних зубов к физическим и химическим раздражителям, уменьшение высоты коронок этих зубов. Из анамнеза выяснено, что вышеперечисленные явления появились спустя некоторое время после фиксации металлокерамических коронок на передние верхние зубы. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена. В полости рта: Прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. На верхних резцах имеются металлокерамические коронки, которые отвечают клиническим требованиям. На режущей поверхности передних нижних зубов отмечаются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. Реакция на термические раздражители положительная. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

1. Поставьте предположительный диагноз. 2. Расскажите о клинике и диагностике данного заболевания.

Ответы к задаче 17

1) Патологическая стираемость 42, 41 и 31, 32 зубов, горизонтальная, локализованная форма. 2) Патологическая стираемость твердых тканей зубов сопровождается рядом морфологических, эстетических и функциональных изменений. Клиническая картина патологической стираемости зубов весьма многообразна и зависит от ряда факторов: возраста больного, реактивности организма, виды прикуса, величины и топографии дефектов зубных рядов, степени выраженности патологического процесса. Наиболее типичными признаками патологической стираемости зубов являются: нарушение их анатомической формы, гиперестезия дентина, снижение нижней трети лица, нарушение эстетики, дисфункция височнонижнечелюстного сустава, изменение формы и величины альвеолярных отростков челюстей, поражение тканей пародонта. Диагностика патологической стираемости зубов включает в себя: изучение жалоб больного, анамнеза данного заболевания и объективное исследование. Последнее состоит из внешнего осмотра пациента, осмотра полости рта, пальпации жевательных мышц, височнонижнечелюстного сустава, различных отделов лица, шеи и полости рта, измерений на лице и интеральвеолярного расстояния, изучения гипсовых моделей челюстей, определения электровозбудимости пульпы (электроодонтодиагностика), рентгенография зубов и челюстей, томография височнонижнечелюстного сустава, электромиография жевательных мышц, электромиотонометрии.

Задача 18

Больная 50-ти лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на боли от химических (кислого, сладкого) и механических (чистка зубов) раздражителей. При осмотре на вестибулярных поверхностях 14, 13, 12 | 22, 23, 24, в пришеечной части обнаружены дефекты твердых тканей треугольной формы, с гладкими, плотными, блестящими стенками. Средняя глубина дефектов 0,2-0,3 мм, протяженность 3,5 мм.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями твердых тканей зуба. 3. Назовите причины возникновения данного заболевания. 4. Какие группы данного заболевания вы знаете? 5. Составьте и обоснуйте план лечения

Ответы к задаче 18

1. Клиновидный дефект 14, 13, 12 | 22, 23, 24. 2. Клиновидный дефект необходимо дифференцировать с кариозным процессом и эрозией твердых тканей. При кариесе поверхностном и среднем имеются размягченные ткани, поверхность шероховатая, а при клиновидном дефекте дно плотное, гладкое. Клиновидный дефект от эрозии отличают по форме (при эрозии чашеобразная убыль, при клиновидном дефекте треугольной формы). 3. Основными причинами приводящими к возникновению клиновидных дефектов являются механические и химические факторы (жесткие зубные щетки и порошок, деминерализующее действие кислот), а также эндокринные нарушения, заболевания ЦНС и ЖКТ. 4. Различают 4 группы клиновидных дефектов: 1 - начальные проявления, 2 - поверхностные клиновидные дефекты, 3 - средние и 4 - глубокие (С.М. Махмудханов, 1968 г.). 5. Проводят общее лечение, направленное на укрепление структуры зуба и устранение гиперестезии дентина и местное лечение - пломбирование. При плохой фиксации пломбы и опасности переломов коронки зуба показано ортопедическое лечение

Задача 19

Больной Н., 29 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания полости рта, увеличивающуюся асимметрию лица, затрудненное откусывание и пережевывание пищи, глотание, нарушение речи. Анамнез: 2 года назад перенес травму челюстнолицевой области слева. После общего лечения боли в области височнонижнечелюстного сустава не беспокоили, постепенно появилось ограничение открывания рта, увеличивающаяся асимметрия лица. Объективно: асимметрия лица со смещением подбородка влево. Открывание полости рта ограничено в пределах 0,7-1 см. При открывании рта смещение увеличивающееся смещение влево. Отмечается нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов и челюстей: с левой стороны – наклон в оральную

сторону жевательных зубов и альвеолярных отростков. При пальпации ВНЧС слева – незначительное шарнирное движение. Боковое движение нижней челюсти сохранено в большую сторону. Рентгенологически: отдельные фиброзные сращения, сужение суставной щели ВНЧС слева.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Определите план лечения.

Ответы к задаче 19

Диагноз: частичный фиброзный посттравматический анкилоз височнонижнечелюстного сустава слева. 2. Дифференцировать по клиническим и рентгенологическим данным с полным фиброзным анкилозом, артрозами различных этиологий. 3. Лечение ортопедическое. а) под проводниковой анестезией провести разведение челюстей до 3-3,5 см и возможности введения роторасширителя с целью разрыва фиброзных сращений. б) наложение распорки из пластмассы между зубными рядами на 2-3 суток, пластмассовые зубонаддесневые шины. в) введение в полость сустава гидрокартизона, проведение лечебной гимнастики и физиотерапии. г) исправление деформаций, рациональное протезирование. При наличии дефектов в зубных рядах, деформациях окклюзионных поверхностей и снижении высоты нижнего отдела лица необходимо выравнивание окклюзионных взаимоотношений зубных рядов или перестройка миотатического рефлекса с помощью накусочной пластинки; протезирование.

Задача 20

Больная Н., 40 лет, обратилась с жалобами на боль и щелканье в височно-нижнечелюстном суставе справа, тугоподвижность, скованность движений нижней челюсти, особенно по утрам. Боли усиливаются после приема твердой пищи, длительного разговора и после простудных заболеваний. Иногда боль в правом ухе, головная боль. Анамнез: часто страдает простудными заболеваниями, гриппом, 4 года назад перенесла правосторонний отит. Зубы теряла в связи с кариозными поражениями и несвоевременным лечением. Зубными протезами не пользовалась. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена. Пальпация в области ВНЧС слева и справа болезненна. При открывании полости рта нижняя челюсть совершает зигзагообразные движения влево, а затем со щелчком – вправо. В полости рта на нижней челюсти отсутствуют 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38, на верхней – зубной ряд интактный. На рентгенограмме – деформация поверхности суставных головок, более выражена справа. Сужение суставной щели справа.

1. Поставьте диагноз. 2. Возможные причины заболевания. 3. С какими заболеваниями ВНЧС возможна дифференциальная диагностика. 4. Определите план и этапы ортопедического лечения. 5. Укажите конструкцию современного рационального протеза.

Ответы к задаче 20

Частичная потеря зубов, 1 класс по Кеннеди. Деформирующий артроз ВНЧС справа. Причинами деформирующего артроза могут быть: травма, частичная потеря зубов и несвоевременное протезирование, снижение высоты нижнего отдела лица, влияние перенесенного отита. 3. Дифференциальная диагностика возможна с хроническими артрозами воспалительного, инфекционного происхождения, склерозирующим артрозом. 4. Ортопедическое лечение при наличии дефектов в зубных рядах, деформирующих окклюзионных поверхностях и снижении высоты нижнего отдела лица необходимо проводить в 2 этапа: а) выравнивание окклюзионных взаимоотношений зубных рядов ортодонтическими аппаратами или перестройка миотатического рефлекса с помощью накусочной пластинки; б) рациональное протезирование; в) физиотерапия на область ВНЧС (электрофорез 5% р-ом иодистого калия и 2% р-ом новокаина), випротокс и др. 5. Рациональной конструкцией протеза является опирающийся протез на нижнюю челюсть.

Задача 21 Больная М., 39 лет, обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на сильные боли в височно-нижнечелюстном суставе справа, самопроизвольные и при

приеме пищи; стреляющие боли в правое ухо, постоянные головные боли, особенно в правой половине, боли и усталость в области жевательных мышц. Боли значительно усилились после протезирования. До изготовления протезов беспокоила повышенная чувствительность зубов. Анамнез: обследовалась и проходила курсы лечения у отоларинголога, невропатолога и хирурга-стоматолога, которым была направлена в ортопедическое отделение в связи с безуспешным лечением. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, пальпация задних пучков собственно-жевательных мышц и в области височнонижнечелюстного сустава, особенно справа резко болезненна. В полости рта имеются мостовидные протезы на нижней челюсти с опорными коронками на 47, 44 и 34, 37 и фасетками в области отсутствующих 46, 45 и 35, 36. 16, 26, 41, 42, 43, 33, 32, 31 покрыты одиночными металлическими коронками. Коронки и искусственные зубы не отвечают клиническим требованиям: отсутствует анатомическая форма, укорочена коронковая часть жевательных зубов, имеются неравномерные окклюзионные контакты, центральная линия нижней челюсти смещена вправо. На рентгенограммах: сужение суставной щели в височнонижнечелюстном суставе справа, в области 4321/1234 – расширение периодонтальной щели.

1. Поставьте диагноз. 2. Укажите причины патологии. 3. Чем обусловлены боли в ВНЧС и изменения в соотношениях его элементов. 4. Укажите рациональные конструкции протезов. 5. Можно ли ограничиться ортопедическим лечением?

Ответы к задаче 21

1. Частичная потеря зубов 3 класс по Кеннеди, артроз ВНЧС справа. 2. Снижением высоты нижнего отдела лица без его восстановления нерациональным протезированием. 3. Снижением высоты нижнего отдела лица глубоким резцовым перекрытием, дистально-боковым смещением нижней челюсти. 4. Несъемные цельнолитные конструкции с восстановлением высоты нижнего отдела лица. 5. Перед протезированием необходима ортодонтическая подготовка с помощью коррегирующей пластинки с накусочной площадкой, на верхнюю челюсть для осуществления передне-сагиттального, левостороннего перемещений нижней челюсти, совмещения центральной линии и нормализации соотношений в элементах ВНЧС.

Задача 22

Больной М., 45 лет, обратился с жалобами на постоянную сухость в полости рта, боль в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, чувство тяжести и усталости в области жевательных мышц, особенно во время приема пищи, частые головные боли. Анамнез: больной – военный инженер, много лет обследовался и лечился у терапевта, отоларинголога, невропатолога, хирурга-стоматолога. В течении 11 лет лечился в госпиталях по поводу изнуряющих головных болей. Выявлено, что больной много лет бессознательно стискивал зубы вне акта жевания, родственники отмечают ночной скрежет зубов. В прошлом – глубокие семейные переживания, постоянное профессиональное напряжение. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, пальпация болезненна в области задних отделов собственно жевательных, височных мышц, в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, мышц дна полости рта и шеи. Глубокое резцовое перекрытие. Зубные ряды интактны, жевательные поверхности и режущие края зубов патологически стертые на 1/2 величины коронковой части. Клиновидные дефекты. Состояние относительного физиологического покоя не определяется. На слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов имеются складки слизистой оболочки. На рентгенограммах: сужение суставной щели в верхне-заднем отделе; атрофия межзубных перегородок, расширение периодонтальной щели в верхне-боковых отделах.

1. Поставьте диагноз. 2. Какова тактика врача-стоматолога. 3. Определите последовательность и методы лечения. 4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для окончательной постановки диагноза. 5. Что является первичным на ранних стадиях формирования артроза: нарушение гемодинамики или изменения в костных структурах ВНЧС.

Ответы к задаче 22

1. Хронический бруксизм, осложненный патологической стертостью зубов артрозом ВНЧС. 2. Установить контакт с больным, убедить в необходимости длительного комплексного поэтапного лечения. 3. а) Перестройка миотатического рефлекса с помощью назубных съемных пластмассовых капп в ночное время; массаж жевательных мышц, миогимнастика; физиолечение, при недостаточности ортопедической релаксации – миорелаксанты, болеутоляющие. б) пластина на верхнюю челюсть с накусочной площадкой для осуществления передне-сагиттального сдвига нижней челюсти и нормализации соотношений в элементах ВНЧС; в) рациональное протезирование с восстановлением высоты нижнего отдела лица; г) наставления больному: при повторном протезировании информировать врача о проведенном поэтапном лечении; в случае рецидива бруксизма - повторное профилактическое лечение: назубные каллы, массаж, физиолечение. 4. дополнительными методами исследования являются электромиография и реопародонтография. 5. При формировании артроза на ранних стадиях заболевания первично нарушение гемодинамики, когда рентгенологически изменения костных тканей не выявляются.

Задача 23

В клинику обратился больной И. 22 лет с жалобами на боли в области передних зубов верхней челюсти, эстетический дефект вследствие отлома коронковой части левого верхнего центрального резца. В анамнезе - острая травма, произошедшая около 12 часов назад. Объективно: При внешнем осмотре заметна незначительная припухлость в области верхней губы. Данные осмотра полости рта. Слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток в области 21 зуба гиперемирована, отечна, с очагами кровоизлияния, болезненна при пальпации. Подобные изменения наблюдаются на слизистой оболочке верхней губы. Прикус ортогнатический. Наблюдается отлом 2/3 коронки 21 зуба, зондирование, пальпация, перкуссия резко болезненны. 21 зуб имеет патологическую подвижность I-II степени. На рентгенограмме определяется поперечный перелом корня 21 зуба на уровне средней трети, с незначительным смещением отломков пришеечного фрагмента дистально.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения. 2. Классификации травматических повреждений зубов. 3. Назовите способы иммобилизации отломков корня зуба. 4. Расскажите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом для лечения переломов корней зубов.

Ответы к задаче 23

1. Дефект твердых тканей |1, срединный поперечный перелом корня |1, с разрывом пульпы. План лечения: экстирпация пульпы, пломбирование верхушечного фрагмента корня, применение культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом и активным штифтом. Классификация переломов коронки. 33
2. По локализации: а) в зоне эмали, б) в зоне дентина, в) с обнажением пульпы, г) полный отлом коронки. По направлению: а) поперечный, б) косой, в) множественный. Классификация переломов корней. По целостности пульпы: а) без разрыва, б) с разрывом пульпы. По локализации: а) пришеечный, б) срединный, в) верхушечный. По направлению: а) поперечный, б) косой, в) продольный, г) множественный (оскольчатый). По положению: а) без смещения, б) со смещением.
3. Культевая штифтовая вкладка с внутрикультевым каналом и активным штифтом по методу Брагина Е.А. с соавт., стандартным внутрикорневым штифтом с резьбой в апикальной части по методу Грибана А.М. с соавт.
4. Диагностика перелома, формирование в устьевой части амортизационной полости, расширение корневого канала, моделирование восковой композиции культевой вкладки, введение резьбового штифта и создание внутрикультевого канала, выведение штифта и введение трубчатой заготовки, замена воска на металл, припасовка и фиксация культевой вкладки и резьбового штифта, с одновременной репозицией отломков корня.

Задача 24

В клинику обратился больной Т. 34 лет с жалобами на эстетический дефект вследствие частичного разрушения коронковой части верхнего бокового резца слева, периодическое выделение гноя из десны над этим зубом. Из анамнеза выявлено, что ранее пациент неоднократно обращался к стоматологу для лечения данного зуба, последний раз 3 месяца назад, когда зуб был восстановлен с применением внутрикорневого штифта и композиционного материала световой полимеризации. Со слов пациента рентгенографическое исследование не проводилось, после завершения лечения периодическое выделение гноя из десны продолжалось. Объективно: При внешнем осмотре лицо – овальной формы, носогубные и подбородочная складки не выражены, высота нижней трети лица не снижена, открывание рта свободное. Данные осмотра полости рта. С вестибулярной поверхности в проекции верхушки корня 22 на слизистой оболочке определяется отверстие свищевого хода. Слизистая оболочка вокруг отверстия свищевого хода гиперемирована, отечна, при надавливании появляется скудное гнойное отделяемое. Прикус ортогнатический. Коронковая часть |2 имеет дефект, частично заполненный пломбировочным материалом. Перкуссия слабо болезненна, патологической подвижности нет. На рентгенограмме корневой канал запломбирован не до верхушечного отверстия, в канале находится активный штифт, незначительно отклоняющийся от направления корневого канала, глубина погружения штифта составляет не более 1/4 длины корня. Вокруг верхушки корня в альвеолярной кости - разрежение 2-3 мм в диаметре с нечеткими границами. Дефекты твердых тканей 16, 36, 46 восстановлены пломбами, отвечающими предъявляемым требованиям.

1. Поставьте диагноз. 2. Укажите допущенные ошибки, предложите возможные варианты врачебной тактики. 3. Назовите этапы восстановления коронковой части зуба с применением стандартных штифтов. Детализируйте каждый этап. 4. Перечислите виды выпускаемых стандартных штифтов. 5. Назовите материалы, применяемые для изготовления стандартных штифтов. 6. Назовите материалы, применяющиеся для создания культи зуба вокруг стандартного штифта.

Ответы к задаче 24

1. Ошибки: фиксация штифта в корневом канале зуба, имеющего некупированные патологические изменения в периапикальных тканях; введение штифта на недостаточную глубину; отклонение от оси корневого канала. Тактика: извлечение штифта; повторное эндодонтическое лечение, возможно в сочетании с хирургической санацией воспалительного очага; укрепление в корневом канале стандартного штифта, введенного на 1/2 - 2/3 длины корня; восстановление дефекта твердых тканей зуба композиционным материалом или в сочетании с применением искусственной коронки. При невозможности выполнения или неэффективности вышеперечисленных этапов - удаление зуба. 2. Этапы: выбор стандартного штифта; подготовка посадочного ложа для штифта, если штифт активный - нарезание резьбы в канале; фиксация штифта; создание искусственной культи. 3. Гладкие конические, цилиндрические зубчатые, цилиндрические с винтовой резьбой, конический с резьбой, цилиндро-конические с резьбой, корневые штифты с винтовой резьбой системы FLEXY - POST. 4. Металлические материалы: нержавеющая сталь; титан; сплавы золота с платиной или покрытия благородных сплавов золотом. Неметаллические материалы: стекловолоконные штифты, цельнокерамические штифты. 5. Композиты, стеклоиономерные цементы, амальгама.

Задача 25

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Н. 27 лет с жалобами на затрудненное пережевывание пищи вследствие частичной потери зубов на нижней челюсти. Из анамнеза выявлено, что ранее за ортопедической помощью пациент не обращался, 46, 45 и 35, 36 были удалены 3-4 месяца назад, отлом коронковой части 47 произошел 2 месяца назад. Объективно: При внешнем осмотре лицо овальной формы, носогубные и подбородочная складки не выражены, высота нижней трети лица не снижена,

открывание рта свободное. Данные осмотра полости рта. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений. Коронковая часть 47 разрушена до уровня деснового края, глубина полости рта 1-1,5 мм; зондирование, перкуссия безболезненны; 47 не имеет патологической подвижности. На рентгенограмме корневые каналы 47 запломбированы до верхушечного отверстия, корневые каналы переднего и заднего корней не параллельны друг другу, патологических изменений в периапикальных тканях не наблюдается.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения. 2. Назовите показания, противопоказания и к применению штифтовых конструкций.

Ответы к задаче 25

1. Полное отсутствие коронковой части 47| зуба, частичная потеря зубов на нижней челюсти III класс по Кеннеди. Изготовить культевую вкладку для восстановления 47|, мостовидные протезы с опорой на 47, 44 и 37, 34. 2. Показания: - для восстановления коронковой части зуба при полном ее отсутствии или значительном разрушении (ИРОПЗ 0,8 и более); - в качестве опоры мостовидного протеза; - для шинирования зубов при заболеваниях пародонта; - для фиксации внутриальвеолярных переломов корня; - при аномалиях положения передних зубов у взрослых, когда невозможно провести ортопедическое лечение; - для армирования депульпированных зубов. Противопоказания: - некупированные патологические изменения в периапикальных тканях; - непроходимость корневых каналов; - короткие корни с истонченными стенками; - атрофия костной ткани альвеолярного отростка 3 и 4 степени. - разрушение корня больше, чем на 1/4 его длины; - дефект какой-либо из стенок корня, равный или больший 1/4 величины корня; - подвижность зуба 3-ей, а в некоторых случаях 2-ой степени.

Задача 26

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной, 45 лет с жалобами на частичное отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, повышенную чувствительность фронтальной группы зубов к химическим (кислое, сладкое) и механическим (чистка зубов) раздражителям. При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижнего отдела лица. Глубокое резцовое перекрытие. 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38 отсутствуют в течение 8 лет, отмечается разрушение коронковой части фронтальных зубов верхней и нижней челюстей на 1/2 их высоты, фасетки стирания в пределах дентина.

1. Поставьте диагноз. 2. Укажите причины и механизм развития данного заболевания. 3. Какие формы этого заболевания вы знаете, в зависимости от глубины поражения твердых тканей зуба, протяженности процесса, плоскости поражения и изменения чувствительности дентина. 4. Чем характеризуется клиническая картина данного заболевания при бруксизме? 5. Составьте и обоснуйте план лечения

Ответы к задаче 26

1. а) Частичная потеря зубов на нижней челюсти (I класс по Кеннеди), осложненный снижением высоты нижнего отдела лица; б) патологическая стираемость фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей. 2. В данном клиническом случае причина патологической стираемости - функциональная перегрузка передних зубов в следствии потери жевательных на нижней челюсти. 3. В зависимости от стадии: физиологическая, переходная, патологическая; от плоскости поражения: горизонтальная, вертикальная, смешанная; от протяженности: ограниченная, генерализованная; от изменения чувствительности дентина: в пределах нормы, с гиперестезией. 4. Гипертонус жевательных мышц, генерализованный характер патологической стираемости, снижение высоты нижнего отдела лица, изменяются соотношения элементов ВНЧС. 5. Медикаментозные и ортопедические методы лечения.

Задача 27

К врачу-стоматологу обратился больной 16 лет с жалобами на наличие пятен на центральных резцах и молярах. При осмотре на вестибулярных поверхностях 22, 21 и 12,

11 и на буграх 16/ 26 обнаружены множественные меловидные пятна. Эмаль в области пятен гладкая, блестящая. Пятна существуют с момента прорезывания зубов. Больной проживает в местности с избыточным содержанием фтористых соединений в воде.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями твердых тканей зуба. 3. Назовите причины возникновения данного заболевания. 4. Какие формы этого заболевания вы знаете и чем они характеризуются? 5. Составьте и обоснуйте план лечения.

Ответы к задаче 27

1. Флюороз зубов (пятнистая форма) 16, 12, 11, 21, 22, 26. 2. Флюороз на стадии пятна дифференцируют от кариозного процесса, для которого характерно одиночное поражение в типичных для кариеса участках (пришеечная область, контактная поверхность). При флюорозе поражения множественные, располагаются на вестибулярной и язычной поверхностях. Кроме того, флюороз проявляется с момента прорезывания зубов. 3. Употребление питьевой воды с избыточным содержанием фтористых соединений. 4. Различают 5 форм флюороза зубов: 1) штриховая, 2) пятнистая, 3) меловидно-крапчатая, 4) эрозивная, 5) декструктивная. 5. Лечение зависит от формы и степени развития патологического процесса. При пятнистой форме - лечение заключается в отбеливании с последующей реминерализующей терапией. При недостаточной эстетическом эффекте восстановление фасеток передних зубов винирами.

Задача 28

Больной 30-ти лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на нижней челюсти. Данные анамнеза: Зубы удалены 5 лет назад вследствие осложненного кариеса. Объективно: конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Прикус ортогнатический. Имеется деформация акклюзионной поверхности, образовавшаяся в результате выдвигания 25. Альвеолярный отросток в области 25 увеличен, деструктивные изменения в пародонте отсутствуют, при смыкании зубных рядов 25 пересекают акклюзионную поверхность на 1/4.

1. Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди. 2. Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой. 3. Составьте план лечения. 4. Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов. 5. Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

Ответы к задаче 28

1. Частичная потеря зубов на нижней челюсти (III класс по Кеннеди) осложненная деформацией зубного ряда на верхней челюсти. 2. Вертикальное перемещение зуба на верхней челюсти (I класс по Гаврилову). Отсутствие деструктивных изменений пародонта указывает на I класс по Пономаревой. 3. Устранение деформации зубного ряда на верхней челюсти методом дезокклюзии. Дефект зубного ряда на нижней челюсти восстановить мостовидным протезом с опорой на 37 и 34. Причиной деформации зубных рядов является удаление зубов без своевременного протезирования. 5. а) Метод сошлифовывания твердых тканей. б) Метод дезокклюзии. в) Аппаратно-хирургический метод. г) Хирургический метод.

Задача 29

Больной 56-ти лет обратился к врачу-ортопеду с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, на отсутствие боковых зубов, боль от горячего и холодного в области зубов на верхней и нижней челюстях справа. Данные анамнеза: Зубы удалены 7 лет назад вследствие осложненного кариеса. Объективно: конфигурация лица не нарушена. Слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Имеется значительная деформация окклюзионной поверхности, образовавшаяся в результате выдвигания 38, 37 и 35 зубов в области дефектов зубных рядов. Альвеолярный отросток в области 38, 37 зубов увеличен, корни этих зубов

обнажены менее 1/4 корня, в области 35| обнажена шейка зуба. При смыкании зубных рядов 38, 37 и 35 на 1/2 коронки пересекают окклюзионную поверхность. Перкуссия безболезненна.

1. Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди. 2. Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой. 3. Составьте план лечения с учетом выносливости пародонта. 4. Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов. 5. Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

Ответы к задаче 29

1. Частичная потеря зубов, осложненная деформацией зубных рядов на верхней и нижней челюстях. Включенный дефект в боковом отделе на верхней челюсти (III класс по Кеннеди) односторонний дистально не ограниченный дефект на нижней челюсти (II класс по Кеннеди). 2. Взаимное вертикальное перемещение зубов (III класс по Гаврилову). Наличие деструктивных изменений пародонта зубов в пределах 1/4 корня указывает на II класс, I подкласс по Пономаревой. 3. Устранение деформации зубных рядов методом сошлифовывания твердых тканей 38, 37 и 35 с покрытием их коронками. Дефект зубного ряда на верхней челюсти восстановить мостовидным протезом с опорой на 87 4|. Дефект зубного ряда на нижней челюсти восстановить бюгельным протезом. 4. Причиной деформации зубных рядов является удаление зубов без своевременного протезирования. 5. а) Метод сошлифовывания твердых тканей. б) Метод дезокклюзии. в) Аппаратно-хирургический метод. г) Хирургический метод.

Задача 30

Больной С. 50 лет обратился в ортопедическое отделение с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на верхней и нижней челюстях. Анамнез: Выявлено, что последние зубы удалены более 5 лет назад. Причиной потери зубов явился осложненный кариес. Конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. 27 и 35 выдвинулись в вертикальном направлении, шейки обнажены - реакция на холод болезненная. Прикус ортогнатический.

1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди. 2. Указать причину возникновения деформаций. 3. Перечислите ведущие клинические симптомы при частичной потере зубов. 4. Составьте план лечения.

Ответы к задаче 30

1) Частичная потеря зубов на верхней челюсти - III класс на нижней челюсти II - класс, осложненная деформацией зубного ряда на верхней и нижней челюстях. 2) Следствие травматической окклюзии, частичная потеря зубов без своевременного протезирования, осложнения кариеса. 3) нарушение непрерывности зубного ряда, т.е. образование дефекта. - появление 2-х групп зубов (функционирующая и нефункционирующая). - функциональная перегрузка отдельных групп зубов. - деформация зубных рядов. - нарушения функции жевания, речи и эстетических норм. - нарушение деятельности височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц. 4. Укорочение клинической коронки 34, 37, 38, на верхнюю челюсть мостовидный протез с опорой на 23, 24, 27 на нижнюю бюгельный протез с покрытием 35 бюгельной коронкой.

Вопросы для собеседования

1. Реставрация зубов.
Ответ: Реставрация зубов светоотверждаемыми композитными материалами – это прямой метод реставрации. Проводится непосредственно в ротовой полости пациента, врач прямо на месте формирует новый зуб. При разрушении твердых зубных тканей не более чем на 1/3, возможна реставрация передних зубов композитными материалами.
2. Этиология, патогенез воспаления пульпы зуба. Классификации заболеваний пульпы.

Ответ: Этиология воспаления пульпы всегда обусловлено попаданием инфекции в пульповую камеру. Это может происходить двумя путями: интрадентально (через коронку зуба) и ретроградно (через апикальное (расположенное на верхушке зуба) отверстие). Чаще всего пульпит является осложнением кариеса.

Классификация пульпита зубов по МКБ-10 K04.0

Пульпит K04.00

Начальный (гиперемия) K04.01

Острый K04.02

Гнойный (пульпарный абсцесс)

K04.03 Хронический

K04.04 Хронический язвенный

K04.05 Хронический гипертрофический (пульпарный полип)

K04.08 Другой уточнённый пульпит

K04.09 Пульпит неуточнённый

3. Классификация периодонтита.

Ответ: Классификация периодонтита (МКБ-10)

K 04.4 - острый апикальный периодонтит

K 04.5 - хронический апикальный периодонтит

K 04.6 - периапикальный абсцесс со свищем

K 04.7 - периапикальный абсцесс без свища

K 04.8 - корневая киста апикальная и боковая

K 04.8 - корневая киста периапикальная

4. Методы лечения апикального периодонтита.

Ответ: Лечение периодонтита включает:

проведение местной анестезии (при необходимости и при отсутствии общих противопоказаний)

создание доступа к полости зуба

раскрытие полости зуба

создание прямого доступа к корневым каналам

прохождение канала (или его распломбирование в ранее депульпированных зубах)

определение рабочей длины корневого канала

обработку корневых каналов (механическую и медикаментозную).

применение физических методов (по потребности)

пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами

рентгенологический контроль на этапах лечения

реставрацию зубов после эндодонтического лечения.

5. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита.

Ответ: Главными осложнениями, возникающими вследствие некорректно проведенной или несвоевременной терапии, считаются:

Переход патологического процесса из серозной формы в гнойную с формированием обширного абсцесса.

Флегмона десны.

Общее заражение крови – сепсис. Является смертельно опасным состоянием.

6. Основные этапы эндодонтического лечения.

Ответ: Основные этапы современного эндодонтического лечения

Диагностика.

Обезболивание.

Изоляция операционного поля.

Препарирование.

Удаление пульпы.

Определение длины корневого канала.

Механическая (инструментальная) и медикаментозная обработка корневых каналов.

Пломбирование корневых каналов в трехмерном пространстве.

Оценка качества лечения в ближайшие и отдаленные сроки.

7. Физиотерапевтические методы в практической эндодонтии.

Ответ: Применяют для прекращения кровотечения после витальной экстирпации при лечении пульпита применяется диатермокоагуляция.

Для уменьшения риска проталкивания инфицированного содержимого корневого канала за верхушку, угнетения жизнедеятельности микрофлоры в корневых каналах, стимуляции репаративных процессов в периодонте применяется диатермокоагуляция и диатермия.

Необходимо проводить мероприятия по уменьшению болевых процессов, купирования острых воспалительных процессов в периодонте.

После купирования острых воспалительных процессов, необходимо нормализовать трофику и микроциркуляцию в периапикальных тканях, стимулировать репаративные процессы в костных тканях.

8. Строение и функции пародонта. Этиология заболеваний пародонта.

Ответ: Пародонт - сложный морфофункциональный комплекс тканей, окружающий и удерживающий зуб в кости. Все составляющие пародонт элементы (десна, периодонт, костная ткань альвеолы и цемент) тесно связаны в развитии и строении, что обеспечивает выполнение разнообразных и весьма сложных функций - барьерной, трофической, пластической, опорно-удерживающей и др. В то же время, каждый отдельный элемент имеет свои особенности.

9. Патогенез заболеваний пародонта, классификация.

Ответ: K05: Гингивит и болезни пародонта

K05.0 Острый гингивит

K05.1 Хронический гингивит

K05.2 Острый пародонтит

K05.3 Хронический пародонтит

K05.4 Пародонтоз

K05.5 Другие болезни пародонта

K05.6 Болезнь пародонта неуточненная

10. Гингивит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Ответ: Гингивит – воспаление ткани десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения. В большинстве случаев гингивит становится следствием неудовлетворительной гигиены полости рта и скопления зубного налета, который раздражают слизистую. В результате формируются десневые карманы (увеличивается расстояние между зубом и мягкими тканями), в которых активно размножаются бактерии. Таким образом, воспаление десен имеет бактериальную природу.

Кроме того, гингивит может стать следствием аллергии, грибковых и вирусных инфекций.

11. Пародонтит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Что такое пародонтит и как лечить?

Ответ: Пародонтит – это инфекционное воспаление пародонта. Чаще всего ему предшествует гингивит, при котором воспаляется поверхность десны. Появляются кровоточивость, дискомфортные ощущения. При пародонтите воспаление проникает глубже, симптомы могут усиливаться

12. Зубные отложения. Налеты, твердые зубные отложения. Диагностика.

Что такое зубные отложения?

Ответ: Зубные отложения – это твердый или мягкий налет на поверхности эмали зубов, образующийся из микроорганизмов, паразитирующих в ротовой полости, продуктов их жизнедеятельности и компонентов химического состава внутренней среды полости рта.

13. Пародонтоз: этиология, патогенез. Патоморфология.

Ответ: Пародонтоз представляет собой невоспалительное хроническое заболевание тканей, которые окружают зуб: десен, периодонта, альвеолярных отростков. Характеризуется атрофией отдельных участков пародонта, склеротическими изменениями костной ткани, приводящими к обнажению шеек зубов.

14. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующими лизисом пародонта. Особенности клинических проявлений.

Что такое идиопатические заболевания?

Ответ: Идиопатическое заболевание — это любое заболевание с неизвестной причиной или механизмом очевидного спонтанного происхождения. От греческого ἴδιος *idios* «свой» и πάθος *pathos* «страдающий» идиопатия означает примерно «заболевание себе подобного».

15. Хирургические методы лечения пародонтита направленные на устранения пародонтального кармана и нарушений строения мягких тканей преддверия полости рта.

Ответ: Лечение десен хирургическое - это пародонтологические операции, направленные на удаление инфекционных очагов в пародонте и общее лечение десен (пластика тяжей и уздечек, лоскутные операции, кюретаж, вестибулопластика, гингивэктомия, шинирование, удлинение коронковой части зуба).

16. Другие заболевания пародонта. Пародонтолиз.

Ответ: Пародонтолиз - воспалительная деструкция пародонта, протекающая на фоне некомпенсированного диабета 1 типа, агаммаглоблинемии, нейтропении, лейкоза, гистиоцитоза X.

17. Избирательное шлифование зубов.

Ответ: Избирательное шлифование зуба — метод комплексного лечения, который применяется при заболеваниях пародонта. Процедура используется для коррекции окклюзии и артикуляции на естественных и искусственных зубах, позволяет равномерно распределить жевательную нагрузку на зубы.

18. Шинирование зубов.

Ответ: Шинирование зубов — это процедура, которая позволяет зафиксировать положение расшатавшихся зубных единиц, а также равномерно распределить на них жевательную нагрузку. За период ношения конструкции процесс расшатывания зубов прекращается, а ткани пародонта регенерируют и восстанавливают свои опорные свойства.

19. Строение слизистой оболочки полости рта.

Ответ: Слизистая оболочка рта состоит из 3 слоев: эпителиального, собственной пластинки слизистой оболочки и подслизистой основы. На всем протяжении слизистая оболочка рта выстлана многослойным плоским эпителием. Самый глубокий слой — базальный. Он состоит из цилиндрических или кубических клеток.

20. Травматические поражения слизистой оболочки рта.

Ответ: Травматические поражения СОПР в результате действия разных факторов (механических, физических, химических) возникают в том случае, если интенсивность их влияния превышает физиологический запас прочности слизистой оболочки (СО).

21. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Вирусные заболевания.

Что такое вирусная инфекция полости рта?

Ответ: Вирусное заболевание полости рта – инфекционный тип патологии, поражающий ткани полости рта. Вирусные заболевания могут возникать либо в результате разрушения клеток, либо в результате иммунной реакции на вирусные белки.

22. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Бактериальные инфекции.

Ответ: Бактериальные и вирусные инфекции языка и рта относительно распространены, и в большинстве случаев их можно вылечить при правильной диагностике и лечении. Некоторые инфекции, которые могут поражать рот и язык, включают: Камни миндалин. Также известные как тонзиллиты, это бактериальные инфекции, которые поражают ваши миндалины.

23. Аллергические заболевания слизистой оболочки рта. Приведите примеры.
Ответ: многоформная экссудативная эритема; синдром Стивенса-Джонсона; • болезнь Лайела; • хронический рецидивирующий афтозный стоматит; • синдром Бехчета; • синдром Шегрена.
24. Изменения слизистой оболочки рта при дерматозах. Примеры.
Ответ: Пузырчатка.
Красный плоский лишай.
Системная красная волчанка.
25. Заболевания губ.
Ответ: Хейлит – это изолированный воспалительный процесс в области слизистой оболочки, кожи и красной каймы губ. Внешне выглядит как отек с покраснением и шелушением тканей. Может быть самостоятельным заболеванием или симптоматическим проявлением других патологий. Рано или поздно с ним сталкивается почти каждый человек, однако в молодом возрасте болезнь протекает заметно легче, реже рецидивирует и не имеет осложнений. У пожилых людей за счет ослабления иммунной системы периодические рецидивы хейлита могут стать причиной злокачественного перерождения тканей.
26. Заболевания языка.
Ответ: Издавна состояние языка считается показателем здоровья человека. Глоссит – это целая группа заболеваний языка. Существует множество клинических вариантов глоссита и причин его появления. При многих заболеваниях изменение внешнего вида языка является основным проявлением болезни. Лечебная тактика и прогноз зависят от своевременной и правильной диагностики типа глоссита и причины его возникновения.
Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта.
27. Состояние органов полости рта у людей пожилого возраста
Ответ: Слизистая оболочка полости рта и десен становится менее эластичной, тонкой и легко ранимой, а процессы заживления протекают гораздо медленнее. Сухость в полости рта. Уменьшение слюноотделения, как результат сухость слизистой оболочки полости рта – обычная проблема пожилых людей.
28. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике.
Ответ: Виды неотложных состояний:
1. Обморок.
2. Коллапс.
3. Аллергические реакции
4. Анафилактический шок.
5. Гипертонический криз.
6. Ишемия миокарда.
7. Аритмия.
8. Астматический статус.
9. Судорожные состояния.
10. Гипогликемическая кома. Кетоацидотическая кома.
11. Острая дыхательная недостаточность.
29. Уровни экспертизы качества медицинской помощи.
Ответ: Как контролируют качество медпомощи на разных уровнях
1 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заведующим ...
2 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заместителем главного врача ...
3 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи врачебной комиссией
30. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.
Ответ: Информированное добровольное согласие – письменное или устное уведомление пациента, соответствующее праву личности на получение информации о медицинском

вмешательстве, в которой указываются цели, методы оказания медицинской помощи, риски и возможные негативные результаты лечения.

31. Основные источники финансирования здравоохранения в России.

Ответ: Основными источниками финансирования здравоохранения являются федеральный бюджет, бюджеты субъектов РФ, местные бюджеты и средства ОМС. Дополнительными источниками выступают добровольное медицинское страхование и платные услуги, однако их доля в структуре финансирования здравоохранения незначительна.

32. Понятие, виды и свойства медицинских услуг.

Ответ: В Федеральном законе «Об охране здоровья граждан», медицинские услуги – это комплекс специальных вмешательств, проводимых медицинскими специалистами для лечения пациента, диагностики у него заболеваний, а также в профилактических и реабилитационных целях.

33. Ценообразование в здравоохранении.

Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.

34. Условия допуска к трудовой деятельности в стоматологии.

Ответ: В соответствии со ст. 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан «право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в РФ имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в РФ, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности».

35. Основные характеристики качества медицинской помощи.

Ответ: Специалисты отмечают дополнительно такие характеристики качества медицинской помощи, как:

- профессиональные компетенции;
- доступность;
- безопасность;
- непрерывность;
- эффективность;
- межличностные отношения;
- удобство;
- соответствие ожиданиям пациентов.

36. Виды и характеристика медицинских услуг.

Ответ: По функционалу медицинской услуги их подразделяют на лечебно-диагностические, реабилитационные, профилактические, транспортные, санитарно-гигиенические. Также выделяют такие виды, как простые, сложные и комплексные услуги.

37. Права и обязанности медицинских и фармацевтических работников в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ».

Ответ:

1. Медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе на:

1) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;

- 2) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;
 - 3) профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;
 - 4) прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;
 - 5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;
 - 6) создание профессиональных некоммерческих организаций;
 - 7) страхование риска своей профессиональной ответственности.
38. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к детям.
Ответ: Принципы стоматологической деонтологии:
Приветливость и доброжелательность, располагающие ребенка. Осторожность, выражающаяся в правильной подаче информации относительно патологии ребенка. Тактичность в обращении к ребенку и его родителям. Сдержанность, требующая контроля собственных эмоций перед ребенком.
39. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к пожилым и престарелым пациентам.
Ответ: Прежде всего отметим, что возрастные психологические изменения у неработающих пожилых лиц часто приобретают деформированный, патологический вид. Известно, что многие старики чаще реагируют тревогой, страхом, депрессией на возникающие изменения и трудности жизни. Возможно появление переживаний, вызванных постепенным ослаблением физических и психических функций у пожилых и престарелых больных нередко возникают ипохондрические, фобические и депрессивные настроения. Отношение больных старческого возраста к своим заболеваниям отличается не столько их недооценкой, сколько переоценкой.
40. Ценообразование в здравоохранении.
Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.
41. Основные виды правовых конфликтов в медицине и стоматологии.
Ответ: Медицинский конфликт делят на две группы:
а) межличностные конфликты, сторонами которых выступают: врач – пациент; врач – врач; врач – администратор, медработник – родственник пациента; б) межгрупповые: администрация ЛПУ – пациент; врач – родственники пациента; администрация ЛПУ – пациент.
42. Автоматизированное рабочее место врача-стоматолога.
Ответ: Автоматизированное рабочее место (АРМ) – это совокупность программных продуктов и технических средств, обеспечивающих автоматизацию рабочих процессов врача. Программное обеспечение UNIVERSE-Медицина позволяет сотрудникам легко осуществлять доступ к электронной картотеке пациентов с историей болезни и лечения.
43. Виды юридической ответственности медицинских работников в стоматологии.
Ответ: Различают несколько видов юридической ответственности медицинских работников: уголовную, административную, дисциплинарную (в том числе – материальную) и гражданско-правовую.

44. Ведомственная экспертиза качества медицинской помощи в стоматологии.

Ответ: Экспертизу проводят по поручению фондов ОМС и страховых медицинских организаций эксперты КМП, включенные в территориальный реестр экспертов КМП. Ведомственная экспертиза КМП проводится штатными и внештатными экспертами-специалистами органов управления здравоохранением и подведомственных медицинских организаций.

45. Перечислите формы иммунитета организма

Ответ:

- Гуморальный иммунный ответ (В–лимфоцит);
- Клеточный иммунный ответ (Т–лимфоцит);
- Иммунологическая память (Т– и В–лимфоциты);
- Иммунологическая толерантность.

Контролируемые компетенции: ОПК-7

Тесты

1. Диагностический прием для дифференцирования боковой кисты шеи и аневризмы сонной артерии

- А) Пальпации.
- В) Аускультации.
- С) Перкуссии.

Эталон ответа В.

2. Тактика стоматолога при проталкивании корня в нижнечелюстной канал.

- А) Извлечь корень через лунку.
- В) Оставить корень в канале.
- С) Извлечь корень через созданное «окно» в наружной кортикальной пластинке.

Эталон ответа С.

3. Капрофер нужен в хирургической стоматологии для.

- А) Для лечения альвеолита.
- В) Для ускорения эпителизации лунки.
- С) Для остановки кровотечения.
- Д) Для снятия боли.

Эталон ответа С.

4. Тактика стоматолога при отрыве бугра верхней челюсти.

- А) Наложить шину-скобу на верхнюю челюсть.
- В) Наложить двучелюстные шины с межчелюстным вытяжением.
- С) Удалить бугор верхней челюсти, ушить рану.

Эталон ответа: С.

5. Последовательность действий стоматолога при остановке луночкового кровотечения (расположить по порядку).

- А) Изготовление защитной пластинки.
- В) Обработка лунки перекисью водорода.
- С) Ревизия лунки.
- Д) Тампонада гемостатической марлей.
- Е) Анестезия.

Ф) &5, &3, &2, &4, &1.

Г) &2, &3, &4, &5.

Эталон ответа: Ф.

6. Как необходимо поступить при ошибочном удалении здорового зуба вместо подлежащего удалению?

- А) Одновременно удалить больной зуб, скрыв от больного, что ранее удален не тот зуб.

В) Объяснить больному, что ввиду сложности доступа к разрушенному зубу необходимо было удалить и соседний.

С) Удалить больной зуб, провести реплантацию ошибочно удаленного зуба.

Эталон ответа: С.

7. Выберите правильный способ устранения перфорации дна верхнечелюстной пазухи:

А) Сшить края лунки.

В) Тампонировать лунку иодоформенной марлей.

С) Провести пластику перфорации лоскутом с переходной складки.

Эталон ответа С.

8. Тактика стоматолога при отломе рабочей части инструмента (долота, элеватора) и смещении его в мягкие ткани.

А) Направить больного в стационар.

В) Попытаться извлечь инородное тело «наощупь».

С) Попытаться извлечь его после рентгенографии.

Эталон ответа А.

9. Объем оперативного вмешательства показан одномоментно больному с гемофилией?

А) Полная хирургическая санация полости рта.

В) Удаление одного зуба.

С) Удаление двух зубов.

Эталон ответа: А.

10. К происхождению эпителия гранулем, кист -

А) это вегетировавший через десневой карман многослойный плоский эпителий полости рта

В) это вегетировавший через свищевой ход многослойный плоский эпителий полости рта

С) эпителиальную выстилку гранулем и кист образует эпителиальные островки Малассе, клетки которых пролиферируют под влиянием воспаления

Д) идиопатическое происхождение

Эталон ответа: С

11. Тактика врача в случаях болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала в зубе ранее леченном по поводу пульпита с давно выпавшей пломбой

А) удалить зуб, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент зуба

В) применить мышьяковистую пасту, поскольку лечить такой зуб надо как пульпитный

С) провести диатермокоагуляцию и непосредственное пломбирование

Д) провести под обезболиванием тщательную инструментальную, медикаментозную обработку и запломбировать канал

Эталон ответа: D

12. Тактика стоматолога при проталкивании корня в нижнечелюстной канал.

А) Извлечь корень через лунку.

В) Оставить корень в канале.

С) Извлечь корень через созданное «окно» в наружной кортикальной пластинке.

Эталон ответа: С.

13. Капрофер нужен в хирургической стоматологии для.

А) Для лечения альвеолита.

В) Для ускорения эпителизации лунки.

С) Для остановки кровотечения.

Д) Для снятия боли.

Эталон ответа: С.

14. Тактика стоматолога при отрыве бугра верхней челюсти.

А) Наложить шину-скобу на верхнюю челюсть.

В) Наложить двучелюстные шины с межчелюстным вытяжением.

С) Удалить бугор верхней челюсти, ушить рану.

Эталон ответа: С.

15. Как необходимо поступить при ошибочном удалении здорового зуба вместо подлежащего удалению?

- А) Одновременно удалить больной зуб, скрыв от больного, что ранее удален не тот зуб.
- В) Объяснить больному, что ввиду сложности доступа к разрушенному зубу необходимо было удалить и соседний.

С) Удалить больной зуб, провести реплантацию ошибочно удаленного зуба.

Эталон ответа: С.

16. Выберите правильный способ устранения перфорации дна верхнечелюстной пазухи:

- А) Сшить края лунки.
- В) Тампонировать лунку иодоформенной марлей.
- С) Провести пластику перфорации лоскутом с переходной складки.

Эталон ответа: С.

17. Тактика стоматолога при отломе рабочей части инструмента (долота, элеватора) и смещении его в мягкие ткани.

- А) Направить больного в стационар.
- В) Попытаться извлечь инородное тело «наощупь».
- С) Попытаться извлечь его после рентгенографии.

Эталон ответа: А.

18. Объем оперативного вмешательства показан одномоментно больному с гемофилией?

- А) Полная хирургическая санация полости рта.
- В) Удаление одного зуба.
- С) Удаление двух зубов.

Эталон ответа: А.

19. Пересадка удаленного зуба в ту же лунку, это:

- А) Гомотрансплантация.
- В) Аутоотрансплантация.
- С) Реплантация.

Эталон ответа: С.

20. Развиваются ли альвеолиты после операции удаления зубов под наркозом?

- А) Да.
- В) Нет.
- С) Иногда, в редких случаях.

Эталон ответа: С.

20. Показаниями к какому способу лечения хронических периодонтитов являются: перфорация стенки канала, непроходимость канала, значительные изменения в области верхушки.

- А) Для реплантации.
- В) Для ампутации корня.
- С) Для гемисекции.

Эталон ответа: В.

21. Острые инфекционные заболевания, сахарный диабет, гипертонический криз, болезни крови для удаления зубов -:

- А) Абсолютные противопоказания.
- В) Относительные противопоказания.
- С) Не являются противопоказаниями.

Эталон ответа: В.

22. Количество этапов операции удаления зубов с помощью щипцов?

- А) 3.
- В) 4.
- С) 5.

Эталон ответа: С.

23. При удалении зубов возможен перелом нижней челюсти?

- А) Резцов.
- В) Премоляров.
- С) Нижних третьих моляров.

Эталон ответа: С.

24. Кратковременные приступы мучительных болей в зоне иннервации III ветви тройничного нерва, сопровождающиеся гиперемией лица, слезо- и слюноотечением, наличие курковых зон в области угла рта провоцирование приступов боли при умывании, разговоре - это

- А) Невралгия преимущественно центрального генеза.
- В) Неврит III ветви тройничного нерва.
- С) Невралгия преимущественно периферического генеза.

Эталон ответа: А.

25. Односторонние боли в области гортани, иррадиирующие в нижнюю челюсть, ухо, сопровождающиеся кашлем, общей слабостью, возникающие во время приема пищи, болезненность при пальпации на боковой поверхности шеи - это

- А) Невралгия языкоглоточного нерва.
- В) Невралгия верхнего гортанного нерва.
- С) Неврит верхнего гортанного нерва.

Эталон ответа: В.

Вопросы для собеседования

1. Классификация периодонтита.

Ответ: Классификация периодонтита (МКБ-10)

- К 04.4 - острый апикальный периодонтит
- К 04.5 - хронический апикальный периодонтит
- К 04.6 - периапикальный абсцесс со свищем
- К 04.7 - периапикальный абсцесс без свища
- К 04.8 - корневая киста апикальная и боковая
- К 04.8 - корневая киста периапикальная

2. Методы лечения апикального периодонтита.

Ответ: Лечение периодонтита включает:

проведение местной анестезии (при необходимости и при отсутствии общих противопоказаний)

создание доступа к полости зуба

раскрытие полости зуба

создание прямого доступа к корневым каналам

прохождение канала (или его распломбирование в ранее депульпированных зубах)

определение рабочей длины корневого канала

обработку корневых каналов (механическую и медикаментозную).

применение физических методов (по потребности)

пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами

рентгенологический контроль на этапах лечения

реставрацию зубов после эндодонтического лечения.

3. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита.

Ответ: Главными осложнениями, возникающими вследствие некорректно проведенной или несвоевременной терапии, считаются:

Переход патологического процесса из серозной формы в гнойную с формированием обширного абсцесса.

Флегмона десны.

- Общее заражение крови – сепсис. Является смертельно опасным состоянием.
4. . Основные этапы эндодонтического лечения.
Ответ: Основные этапы современного эндодонтического лечения
Диагностика.
Обезболивание.
Изоляция операционного поля.
Препарирование.
Удаление пульпы.
Определение длины корневого канала.
Механическая (инструментальная) и медикаментозная обработка корневых каналов.
Пломбирование корневых каналов в трехмерном пространстве.
Оценка качества лечения в ближайшие и отдаленные сроки.
5. Физиотерапевтические методы в практической эндодонтии.
Ответ: Применяют для прекращения кровотечения после витальной экстрипации при лечении пульпита применяется диатермокоагуляция.
Для уменьшения риска проталкивания инфицированного содержимого корневого канала за верхушку, угнетения жизнедеятельности микрофлоры в корневых каналах, стимуляции репаративных процессов в периодонте применяются диатермокоагуляция и диатермия.
Необходимо проводить мероприятия по уменьшению болевых процессов, купирования острых воспалительных процессов в периодонте.
После купирования острых воспалительных процессов, необходимо нормализовать трофику и микроциркуляцию в периапикальных тканях, стимулировать репаративные процессы в костных тканях.
6. Строение и функции пародонта. Этиология заболеваний пародонта.
Ответ: Пародонт - сложный морфофункциональный комплекс тканей, окружающий и удерживающий зуб в кости. Все составляющие пародонт элементы (десна, периодонт, костная ткань альвеолы и цемент) тесно связаны в развитии и строении, что обеспечивает выполнение разнообразных и весьма сложных функций - барьерной, трофической, пластической, опорно-удерживающей и др. В то же время, каждый отдельный элемент имеет свои особенности.
7. Патогенез заболеваний пародонта, классификация.
Ответ: K05: Гингивит и болезни пародонта
K05.0 Острый гингивит
K05.1 Хронический гингивит
K05.2 Острый пародонтит
K05.3 Хронический пародонтит
K05.4 Пародонтоз
K05.5 Другие болезни пародонта
K05.6 Болезнь пародонта неуточненная
8. Гингивит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
Ответ: Гингивит – воспаление ткани десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения. В большинстве случаев гингивит становится следствием неудовлетворительной гигиены полости рта и скопления зубного налета, который раздражают слизистую. В результате формируются десневые карманы (увеличивается расстояние между зубом и мягкими тканями), в которых активно размножаются бактерии. Таким образом, воспаление десен имеет бактериальную природу.
Кроме того, гингивит может стать следствием аллергии, грибковых и вирусных инфекций.
9. Пародонтит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
Что такое пародонтит и как лечить?
Ответ: Пародонтит – это инфекционное воспаление пародонта. Чаще всего ему предшествует гингивит, при котором воспаляется поверхность десны. Появляются

- кровоточивость, дискомфортные ощущения. При пародонтите воспаление проникает глубже, симптомы могут усиливаться
10. Зубные отложения. Налеты, твердые зубные отложения. Диагностика.
Что такое зубные отложения?
Ответ: Зубные отложения – это твердый или мягкий налёт на поверхности эмали зубов, образующийся из микроорганизмов, паразитирующих в ротовой полости, продуктов их жизнедеятельности и компонентов химического состава внутренней среды полости рта.
11. Пародонтит: этиология, патогенез. Патоморфология.
Ответ: Пародонтит представляет собой невоспалительное хроническое заболевание тканей, которые окружают зуб: десен, периодонта, альвеолярных отростков. Характеризуется атрофией отдельных участков пародонта, склеротическими изменениями костной ткани, приводящими к обнажению шеек зубов.
12. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим рецессом пародонта. Особенности клинических проявлений.
Что такое идиопатические заболевания?
Ответ: Идиопатическое заболевание — это любое заболевание с неизвестной причиной или механизмом очевидного спонтанного происхождения. От греческого ἴδιος *idios* «свой» и πάθος *pathos* «страдающий» идиопатия означает примерно «заболевание себе подобного».
13. Хирургические методы лечения пародонтита направленные на устранения пародонтального кармана и нарушений строения мягких тканей преддверия полости рта.
Ответ: Лечение десен хирургическое - это пародонтологические операции, направленные на удаление инфекционных очагов в пародонте и общее лечение десен (пластика тяжей и уздечек, лоскутные операции, кюретаж, вестибулопластика, гингивэктомия, шинирование, удлинение коронковой части зуба).
14. Другие заболевания пародонта. Пародонтолиз.
Ответ: Пародонтолиз - воспалительная деструкция пародонта, протекающая на фоне некомпенсированного диабета 1 типа, агаммаглоблинемии, нейтропении, лейкоза, гистиоцитоза Х.
15. Избирательное шлифование зубов.
Ответ: Избирательное шлифование зуба — метод комплексного лечения, который применяется при заболеваниях пародонта. Процедура используется для коррекции окклюзии и артикуляции на естественных и искусственных зубах, позволяет равномерно распределить жевательную нагрузку на зубы.
16. Шинирование зубов.
Ответ: Шинирование зубов — это процедура, которая позволяет зафиксировать положение расшатавшихся зубных единиц, а также равномерно распределить на них жевательную нагрузку. За период ношения конструкции процесс расшатывания зубов прекращается, а ткани пародонта регенерируют и восстанавливают свои опорные свойства.
17. Строение слизистой оболочки полости рта.
Ответ: Слизистая оболочка рта состоит из 3 слоев: эпителиального, собственной пластинки слизистой оболочки и подслизистой основы. На всем протяжении слизистая оболочка рта выстлана многослойным плоским эпителием. Самый глубокий слой — базальный. Он состоит из цилиндрических или кубических клеток.
18. Травматические поражения слизистой оболочки рта.
Ответ: Травматические поражения СОПР в результате действия разных факторов (механических, физических, химических) возникают в том случае, если интенсивность их влияния превышает физиологический запас прочности слизистой оболочки (СО).
19. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Вирусные заболевания.
Что такое вирусная инфекция полости рта?

- Ответ: Вирусное заболевание полости рта – инфекционный тип патологии, поражающий ткани полости рта. Вирусные заболевания могут возникать либо в результате разрушения клеток, либо в результате иммунной реакции на вирусные белки.
20. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Бактериальные инфекции.
Ответ: Бактериальные и вирусные инфекции языка и рта относительно распространены, и в большинстве случаев их можно вылечить при правильной диагностике и лечении. Некоторые инфекции, которые могут поражать рот и язык, включают: Камни миндалин. Также известные как тонзиллиты, это бактериальные инфекции, которые поражают ваши миндалины.
21. Аллергические заболевания слизистой оболочки рта. Приведите примеры.
Ответ: многоформная экссудативная эритема; синдром Стивенса-Джонсона; • болезнь Лайела; • хронический рецидивирующий афтозный стоматит; • синдром Бехчета; • синдром Шегрена.
22. Изменения слизистой оболочки рта при дерматозах. Примеры.
Ответ: Пузырчатка.
Красный плоский лишай.
Системная красная волчанка.
23. Заболевания губ.
Ответ: Хейлит – это изолированный воспалительный процесс в области слизистой оболочки, кожи и красной каймы губ. Внешне выглядит как отек с покраснением и шелушением тканей. Может быть самостоятельным заболеванием или симптоматическим проявлением других патологий. Рано или поздно с ним сталкивается почти каждый человек, однако в молодом возрасте болезнь протекает заметно легче, реже рецидивирует и не имеет осложнений. У пожилых людей за счет ослабления иммунной системы периодические рецидивы хейлита могут стать причиной злокачественного перерождения тканей.
24. Заболевания языка.
Ответ: Издавна состояние языка считается показателем здоровья человека. Глоссит – это целая группа заболеваний языка. Существует множество клинических вариантов глоссита и причин его появления. При многих заболеваниях изменение внешнего вида языка является основным проявлением болезни. Лечебная тактика и прогноз зависят от своевременной и правильной диагностики типа глоссита и причины его возникновения. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта.
25. Состояние органов полости рта у людей пожилого возраста
Ответ: Слизистая оболочка полости рта и десен становится менее эластичной, тонкой и легко ранимой, а процессы заживления протекают гораздо медленнее. Сухость в полости рта. Уменьшение слюноотделения, как результат сухость слизистой оболочки полости рта – обычная проблема пожилых людей.
26. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике.
Ответ: Виды неотложных состояний:
1. Обморок.
2. Коллапс.
3. Аллергические реакции
4. Анафилактический шок.
5. Гипертонический криз.
6. Ишемия миокарда.
7. Аритмия.
8. Астматический статус.
9. Судорожные состояния.
10. Гипогликемическая кома. Кетоацидотическая кома.
11. Острая дыхательная недостаточность.
27. Уровни экспертизы качества медицинской помощи.

Ответ: Как контролируют качество медпомощи на разных уровнях

1 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заведующим ...

2 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заместителем главного врача ...

3 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи врачебной комиссией

28. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.

Ответ: Информированное добровольное согласие – письменное или устное уведомление пациента, соответствующее праву личности на получение информации о медицинском вмешательстве, в которой указываются цели, методы оказания медицинской помощи, риски и возможные негативные результаты лечения.

29. Основные источники финансирования здравоохранения в России.

Ответ: Основными источниками финансирования здравоохранения являются федеральный бюджет, бюджеты субъектов РФ, местные бюджеты и средства ОМС. Дополнительными источниками выступают добровольное медицинское страхование и платные услуги, однако их доля в структуре финансирования здравоохранения незначительна.

30. Понятие, виды и свойства медицинских услуг.

Ответ: В Федеральном законе «Об охране здоровья граждан», медицинские услуги – это комплекс специальных вмешательств, проводимых медицинскими специалистами для лечения пациента, диагностики у него заболеваний, а также в профилактических и реабилитационных целях.

31. Ценообразование в здравоохранении.

Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.

32. Условия допуска к трудовой деятельности в стоматологии.

Ответ: В соответствии со ст. 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан «право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в РФ имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в РФ, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности».

33. Основные характеристики качества медицинской помощи.

Ответ: Специалисты отмечают дополнительно такие характеристики качества медицинской помощи, как:

профессиональные компетенции;

доступность;

безопасность;

непрерывность;

эффективность;

межличностные отношения;

удобство;

соответствие ожиданиям пациентов.

34. Виды и характеристика медицинских услуг.

Ответ: По функционалу медицинской услуги их подразделяют на лечебно-диагностические, реабилитационные, профилактические, транспортные, санитарно-гигиенические. Также выделяют такие виды, как простые, сложные и комплексные услуги.

35. Права и обязанности медицинских и фармацевтических работников в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ».

Ответ:

1. Медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе на:

- 1) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;
- 2) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;
- 3) профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;
- 4) прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;
- 5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;
- 6) создание профессиональных некоммерческих организаций;
- 7) страхование риска своей профессиональной ответственности.

36. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к детям.

Ответ: Принципы стоматологической деонтологии:

Приветливость и доброжелательность, располагающие ребенка. Осторожность, выражающаяся в правильной подаче информации относительно патологии ребенка. Тактичность в обращении к ребенку и его родителям. Сдержанность, требующая контроля собственных эмоций перед ребенком.

37. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к пожилым и престарелым пациентам.

Ответ: Прежде всего отметим, что возрастные психологические изменения у неработающих пожилых лиц часто приобретают деформированный, патологический вид. Известно, что многие старики чаще реагируют тревогой, страхом, депрессией на возникающие изменения и трудности жизни. Возможно появление переживаний, вызванных постепенным ослаблением физических и психических функций у пожилых и престарелых больных нередко возникают ипохондрические, фобические и депрессивные настроения. Отношение больных старческого возраста к своим заболеваниям отличается не столько их недооценкой, сколько переоценкой.

38. Ценообразование в здравоохранении.

Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.

39. Основные виды правовых конфликтов в медицине и стоматологии.

Ответ: Медицинский конфликт делят на две группы:

- а) межличностные конфликты, сторонами которых выступают: врач – пациент; врач – врач; врач – администратор, медработник – родственник пациента;
- б) межгрупповые: администрация ЛПУ – пациент; врач – родственники пациента; администрация ЛПУ – пациент.

40. Автоматизированное рабочее место врача-стоматолога.

Ответ: Автоматизированное рабочее место (АРМ) – это совокупность программных продуктов и технических средств, обеспечивающих автоматизацию рабочих процессов врача. Программное обеспечение UNIVERSE-Медицина позволяет сотрудникам легко осуществлять доступ к электронной картотеке пациентов с историей болезни и лечения.

41. Виды юридической ответственности медицинских работников в стоматологии.

Ответ: Различают несколько видов юридической ответственности медицинских работников: уголовную, административную, дисциплинарную (в том числе – материальную) и гражданско-правовую.

42. Ведомственная экспертиза качества медицинской помощи в стоматологии.

Ответ: Экспертизу проводят по поручению фондов ОМС и страховых медицинских организаций эксперты КМП, включенные в территориальный реестр экспертов КМП. Ведомственная экспертиза КМП проводится штатными и внештатными экспертами-специалистами органов управления здравоохранением и подведомственных медицинских организаций.

43. Перечислите формы иммунитета организма

Ответ:

- Гуморальный иммунный ответ (В–лимфоцит);
- Клеточный иммунный ответ (Т–лимфоцит);
- Иммунологическая память (Т– и В–лимфоциты);
- Иммунологическая толерантность.

44. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Ответ: Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области:

- гаймориты (воспаление околоносовых пазух);
- лимфадениты (воспаление лимфатических узлов);
- остеомиелиты (воспаление костной ткани челюстей и других костей лица);
- корневые гранулемы и кисты (воспаление в области верхушек корней зубов).

45. Понятие о ретенции и дистопии зубов.

Ответ: Хирургическое лечение дистопированных зубов – это только лечение (удаление) в условиях стационара с предварительной предоперационной подготовкой пациента. Ретенция – затрудненное прорезывание зуба. Ретинированным может быть любой зуб. Наиболее часто затрудненное прорезывание встречается у нижних зубов «мудрости».

46. Перикоронит: причины развития.

Ответ: Перикоронарит, или перикоронит, — это воспалительное заболевание, которое распространяется на ткани вокруг прорезывающегося зуба. Механизм развития воспаления состоит в том, что зуб при прорезывании преодолевает массу препятствий: костную ткань, надкостницу, мягкие ткани. При трудном и длительном прорезывании над зубом формируется своеобразный капюшон, под который попадают болезнетворные бактерии и остатки пищи. В результате развивается воспалительный процесс.

47. Одонтогенный остеомиелит челюстей

Ответ: Одонтогенный остеомиелит челюстей — это инфекционный гнойно-некротический воспалительный процесс, развивающийся в костной ткани под влиянием различных агрессивных факторов на фоне предварительной сенсibilизации организма и нейрогуморальных сдвигов, предшествующих началу развития заболевания.

48. Абсцессы и флегмоны лица и шеи. Классификация. Пути проникновения и распространения инфекции в мягких тканях.

Ответ: Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области различной локализации возникают как осложнения периодонтита, периостита или остеомиелита челюстей, а также фурункулов, карбункулов и других неodontогенных гнойных процессов кожи. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, они относятся к классу L03.2 (флегмоны лица) и K12.2 (флегмоны и абсцессы области рта). Абсцессы и флегмоны представляют собой гнойный воспалительный процесс, локализованный в клетчатке, при этом он может быть ограниченным (при абсцессах) или разлитым (при

флегмонах). Ограничение воспалительного процесса достигается за счет формирования пиогенной мембраны, однако клинически не всегда можно четко разделить абсцесс от флегмоны.

Классификация. В РФ в клинической практике используют классификацию гнойно-воспалительных процессов А.И. Евдокимова и Г.А. Васильева, построенную по топографо-анатомическому принципу. Согласно этой классификации, абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области и шеи подразделяют на:

- расположенные в клетчаточных пространствах, прилегающих к верхней челюсти (подглазничная, скуловая и орбитальная области, височная, подвисочная и крыловидно-нёбная ямки, твердое и мягкое нёбо);
- расположенные в клетчаточных пространствах, прилегающих к нижней челюсти (подбородочная, подподбородочная, поднижнечелюстная и щечная области, крыловидно-нижнечелюстное, окологлоточное и поджевательное пространства, область околоушной слюнной железы, позадинижнечелюстная ямка);
- абсцессы и флегмоны дна полости рта - верхний и нижний отделы;
- абсцессы и флегмоны языка и шеи.

49. Показания к удалению зубов и сберегательным хирургическим операциям.

Ответ: Показанием к удалению является безуспешное перелечивание каналов ранее неоднократно леченых зубов. Неправильное положение зубов мудрости и патологические процессы в них, запущенное выраженное кариозное разрушение зуба, который невозможно вылечить также являются показаниями для удаления.

50. Одонтогенный периостит челюстей: этиология, патогенез, клиническая картина,

Ответ: Одонтогенный периостит наиболее частое заболевание. Острый одонтогенный периостит относится к гнойному виду заболевания, характеризуется инфицированием надкостницы альвеолярного отростка с локализацией первичного очага воспаления в тканях пародонта. Наиболее часто гнойный периостит возникает в области нижней челюсти.

51. Классификация осложненных форм ретенции нижних третьих моляров, клиника, диагностика, принципы лечения.

Ответ: Прорезывание зубов является результатом взаимодействия активности ростковой зоны корня зуба и перестройки окружающей костной ткани. При нарушении взаимодействия этих факторов нарушается положение зуба, возникает дистопия. Один из вариантов дистопии - ретенция, наиболее часто встречается у нижних третьих моляров (НТМ).

Ретенция зуба - задержка прорезывания зуба относительно среднего срока прорезывания.

Различают следующие виды ретенции:

1. По отношению к полости рта:

частичная;

полная.

2. По отношению к костной ткани:

клиническая;

анатомическая.

52. Показания к удалению ретинированных и дистопированных зубов, комплексное лечение.

Ответ: Удаление ретинированного и дистопированного зуба мудрости – это сложная процедура, так как корни можно удалить только хирургическим вмешательством. На первом этапе стоматолог проводит детальный осмотр челюсти, определяя точное расположение корней и степень патологии. Деформация зуба мудрости называется ретенцией, которая может принимать различные формы:

Обычная форма. В этом случае прорезывание зуба связано с определенными трудностями и может сопровождаться воспалительным процессом.

Полная ретенция. Если коронка полностью скрыта десенной тканью, удаление осуществляется в срочном порядке, так как зуб начинает расти неправильно и нарушает положение роста соседних зубов.

Частичная ретенция. В том случае, когда коронка скрыта лишь частично, процесс извлечения становится проще, но корни обычно разрезаются на несколько частей для полного удаления.

Процедура удаления ретинированного и дистопированного зуба мудрости осуществляется под анестезией, так как стоматологам предстоит разрезать десны и извлекать коронку по частям. При этом процесс извлечения может проводиться в несколько этапов, и иногда требуется несколько отдельных операций для полного удаления зуба.

53. Понятие о репаративном остеогенезе.

Ответ: Репаративный остеогенез – это многокомпонентный процесс, основными этапами которого являются дифференцировка клеток, пролиферация, резорбция погибшей ткани и образование кости с ее ремоделированием, формирование органического внеклеточного матрикса и его минерализация.

54. Понятие о антибиотикорезистентности возбудителей

Ответ: Устойчивость к противомикробным препаратам возникает, когда микробы развивают механизмы, которые защищают их от воздействия противомикробных препаратов. Антибиотикорезистентность (от антибиотик и резистентность) — это частный случай устойчивости к противомикробным препаратам, когда бактерии становятся устойчивыми к антибиотикам. Устойчивые микробы труднее лечить, требуются более высокие дозы или альтернативные лекарства, которые могут оказаться более токсичными. Эти подходы также могут быть более дорогими.

55. Влияние факторов местной иммунной защиты на резистентность тканей полости рта.

Ответ: Резистентность слизистой оболочки рта обеспечивается комплексом клеточных и гуморальных механизмов защиты. Как известно, в полости рта обитает около 200 представителей различных микроорганизмов, среди которых есть и патогенные. В микробных биоптатах преобладает грамположительная микрофлора. При электронно-микроскопическом изучении микробной биопленки выявлены следующие изменения ее состава в различные сроки формирования: в однодневных микробных биопленках преобладают кокки, в трехдневных – кокки и палочки, в пятидневных наряду с кокками и палочками появляются подвижные формы – спирохеты, образуются микробные комплексы. Максимальная концентрация микроорганизмов в 1 мл слюны здорового человека соответствует 10^7 для факультативных видов и 10^8 для анаэробов. Различают постоянную – резидентную флору ротовой области и случайную – транзитную. В состав постоянной флоры входят бактерии, грибы, спирохеты, простейшие и вирусы, преобладают стрептококки альфа- и гамма-типов, вейлонеллы и актиномицеты. Непостоянная флора включает в себя микроорганизмы, обитающие в дистальном отделе тонкого и толстого кишечника, в частности бактерии группы кишечной палочки, энтерококки, бактерии протей, клостридии и др. Обильному размножению микрофлоры способствуют оптимальная температура полости рта, обилие влаги, органических веществ, близкая к нейтральной реакция среды. Однако бесконечного размножения микроорганизмов не происходит в связи с наличием в ротовой полости разнообразных механизмов неспецифической резистентности и специфической иммунологической защиты.

Ситуационные задачи

Задача 1.

У пациентки, находящейся на 9 месяце беременности, возникла необходимость удаления разрушенного 16 зуба по поводу обострения хронического периодонтита.

1. Существуют ли в данном случае противопоказания к удалению зуба? 2. Какие анестетики наиболее предпочтительны в данной ситуации? 3. Как подготовить больную к операции удаления зуба? 4. В какой период беременности наиболее рационально проводить

плановые стоматологические вмешательства? 5. Какие варианты анестезий можно использовать? 6. Каким инструментом можно удалить 16 зуба? Опишите методику. 7. Особенности послеоперационного периода у этой пациентки.

Ответы к задаче 1

1. Беременность - относительное противопоказание к операции. 2. Лучше не применять анестетиков, содержащих вазоконстрикторы. 3. Перед ОУЗ необходимо успокоить больную, объяснив безопасность вмешательства как для её здоровья, так и для состояния ребёнка. 4. Все плановые вмешательства лучше проводить во втором триместре беременности. Однако, при возникновении срочных показаний, вмешиваться можно в любом периоде беременности. Следует только провести беседу с пациенткой, подготовить её к вмешательству, подобрать оптимальный вид анестезии и анестетик, аккуратно и быстро выполнить саму ОУЗ. 5. Для удаления 16 зуба возможно применить инфильтрационное обезболивание, туберальную анестезию в сочетании с палатинальной. 6. Поскольку 16 зуб разрушен, следует использовать универсальные штыковидные (байонетные) щипцы. Корни 16 зуба удаляются по одному, все три, межкорневая перегородка резецируется ниже уровня десневого края. Контроль за образованием сгустка! Чтобы не допустить перфорации дна верхнечелюстного синуса (ВЧ), врач должен действовать предельно аккуратно и осторожно, минимально травмируя ткани. Если перфорация всё таки возникла (из-за близкого расположения), следует максимально возможно сдвинуть края лунки, наложить П-образный шов. Никаких тампонов в лунку!

Задача 2.

Для удаления разрушенного 17 зуба врач попросил у медсестры S-образные щипцы с шипом справа. В момент люксации произошел перелом выступающей над слизистой оболочкой части зуба.

1. Какая ошибка была допущена при выборе щипцов? 2. Каким инструментом можно завершить удаление зуба? 3. Опишите технику удаления неразъединенных корней 17 зуба. 4. Что предпринять, если в момент удаления зуба произошла перфорация дна гайморовой пазухи? 5. Как поступить, если при удалении 17 зуба один из корней оказался в гайморовой пазухе? 6. Каким способом можно защитить лоскут, закрывающий перфорационное отверстие дна гайморовой пазухи? 7. В чём будет заключаться особенность послеоперационного периода у данного пациента?

Ответы к задаче 2

1. Осложнение (отлом остатка коронки 17 зуба) во время удаления, связанное с неправильным выбором инструмента. 2. Следовало выбрать аналогичные щипцы, но с шипом слева. 3. После синдесмотомии щипцы накладывают на удаляемый зуб с таким расчётом, чтобы шип на одной из щёчек вошёл между передним и задним щёчными корнями удаляемого 17 зуба. Это позволяет максимально плотно охватить зуб. Последующие люксационные движения эффективно вывихивают зуб из лунки. Выводить зуб надо в щёчную сторону, плавно, по дуге, чтобы не травмировать антагонисты. 4. При перфорации дна ВЧ синуса следует максимально сблизить края лунки удалённого зуба и попытаться наложить П-образный шов. Если этого сделать не удаётся, необходимо провести первичное пластическое закрытие лунки и перфорации дна синуса с помощью слизисто-надкостничного лоскута с вестибулярной стороны альвеолярного отростка. Никогда не следует вводить в лунку зуба тампоны (с чем бы то ни было) и ждать!!! Это закончится образованием стойкого антроорального свища и возникновением первично хронического гайморита. 5. В том случае, если один из корней был протолкнут в синус, ни в коем случае не пытаться его оттуда извлечь! Больного следует срочно отправить в ЧЛЮ для ревизии синуса и удаления попавшего туда корня под общей анестезией. Там же будет закрыто перфорационное отверстие в области лунки удалённого зуба. 6. Лоскут, выкроенный на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и перемещённый на лунку 17 зуба, следует защитить от механического давления либо с помощью 8-образной лигатуры на соседние 18 и 16 зубы с прокладкой под неё йодоформной марли, либо с

помощью пластмассовой капши из быстротвердеющей пластмассы, изготовленной тут же, у кресла больного. 7. После первичной пластики перфорационного отверстия больного следует перевести на жидкую и полужидкую пищу сроком на 2-2,5 недели, запретить ему чихать (только с открытым ртом), надувать щёки, тщательно соблюдать гигиену полости рта. Кроме того, в профилактических целях назначаются антибиотики, сульфамиды, антигистамины. Эти меры необходимы для предотвращения разрыва и отслоения краёв лоскута от краёв лунки удалённого зуба, а также нагноительных процессов. Швы следует удалять не ранее, чем на 9-10 сутки

Задача 3.

В клинику челюстно-лицевой хирургии поступил больной 35 лет, с жалобами на резкую болезненную припухлость в области угла нижней челюсти слева, общую слабость, недомогание, плохой сон, потливость, озноб, высокую температуру. В районной поликлинике 5 дней назад был удален 36 зуб с разрушенной коронковой частью. Имелась небольшая деструкция костной структуры нижней челюсти у верхушек корней 36, определявшаяся рентгенологически. Боли прекратились, но на 2 день после удаления зуба появилась болезненная припухлость под краем нижней челюсти слева, постепенно увеличивающаяся в размерах, ухудшилось общее состояние. Обратился к лечащему врачу, который произвел периостотомию, назначил противовоспалительное лечение, но улучшения не наступало: припухлость увеличивалась, значительно ухудшилось общее состояние и больной был направлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела 39,5°C. Местно: асимметрия лица за счет наличия припухлости в нижнем отделе щёчной и поднижнечелюстной областях слева, которая распространяется и в подподбородочную область. Кожные покровы над припухлостью гиперемированы, кожа отёчна, лоснится, не собирается в складку, естественные складки сглажены. Пальпаторно в центре припухлости определяется плотный болезненный инфильтрат с флюктуацией в центре, на коже при пальпации остаются пальцевые вдавления. Открывает рот с некоторым затруднением (из-за припухлости). В полости рта: лунка удалённого 36 зуба в удовлетворительном состоянии, закрыта сгустком. Вокруг – незначительный отёк слизистой оболочки. Оставшиеся большие и малые коренные зубы интактны, неподвижны, безболезненны при перкуссии.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Назначьте адекватное комплексное лечение.

Ответы к задаче 3

1. Флегмона нижнего отдела левой щёчной области от 36 зуба. 2. ДД следует проводить с остеомиелитом, периоститом. При остеомиелите характерны рвущие боли иррадирующие по всем ветвям тройничного нерва, наличие симптома Венсана, симптома «рояльных клавиш», «муфты» вокруг челюсти. При периостите гнойный очаг расположен рядом с удалённым зубом, под надкостницей. После удаления причинного зуба лунка не закрывается сгустком, если не вскрыт гнойный очаг. 3. Первым этапом вскрывается экстраоральным доступом флегмона щёчной области, гнойная полость промывается антисептиками и дренируется. Разрез при этом должен быть достаточным. На рану накладывается повязка с гипертоническим раствором. Второй этап: мощное этиопатогенетическое лечение. Следует назначить в рациональных дозах антибиотики, сульфамиды - в ударных. Десенсибилизирующие препараты обязательны (димедрол, тавегил, супрастин, цетрин, эринит); дезинтоксикационное лечение. Перевязки проводить ежедневно!

Задача 4.

Каретой скорой медицинской помощи в клинику челюстно-лицевого отделения городской больницы доставлен больной в возрасте 45 лет с жалобами на сильные, ноющие боли и припухлость в области лица справа, высокую температуру (до 39,5°C), потрясающие ознобы, общую слабость, недомогание, плохой сон и аппетит, незначительную

заложенность носа справа. Состояние больного средней тяжести. Заболевание связывает с удалением три дня назад 17 разрушенного зуба. Местно: выраженная асимметрия лица за счет припухлости в скуловой, верхнем отделе щёчной и подглазничной областях справа. Естественные складки сглажены, угол рта опущен, глазная щель сужена. Кожные покровы над припухлостью гиперемизированы. Пальпируется реактивный воспалительный отек мягких тканей, пальпация болезненна. Кожа с некоторым трудом собирается в складку. Определяются увеличенные болезненные лимфатические узлы в позадичелюстной области справа. Рот открывает с некоторым затруднением – контрактура 1 степени. В полости рта: имеется гиперемия слизистой оболочки вокруг лунки удалённого 17 зуба с вестибулярной и нёбной сторон, переходная складка сглажена. Пальпируется отек с незначительной инфильтрацией мягких тканей от 13 до 18 зубов, с флюктуацией в центре. Лунка удаленного ранее 17 зуба заполнена распавшимся кровяным сгустком, покрытым сероватогрязным налетом. Определяется неприятный запах изо рта, подвижность 16 и 18 интактных зубов.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз. 2. Классификация заболеваний. 3. Какие дополнительные методы обследования не указаны в задаче?

Ответы к задаче 4

1. Острый генерализованный остеомиелит ВЧ справа от 17 зуба. 2. Острые остеомиелиты делятся на серозные и гнойные, а по распространённости – на ограниченные (в пределах двух зубов), локальные (в пределах четырёх зубов) и генерализованные (захватывающие более половины челюсти). 3. Отсутствуют данные лабораторных исследований крови и мочи.

Задача 5.

В клинику челюстно-лицевого отделения 4-й городской больницы поступил больной в возрасте 35 лет с жалобами на общую слабость, наличие болезненной припухлости щеки слева с множеством свищей на коже, ограниченное открывание рта. Больным себя считает более года, когда в условиях поликлиники проводилось лечение 36, 37 зубов, осложнившихся воспалительным процессом прилежащих мягких тканей. Трижды больному врач вскрывал поднадкостничные абсцессы в прилежащих к зубам тканях. Наступало временное улучшение. В последующем появилась припухлость в области угла нижней челюсти слева, появилось затруднение при открывании рта. Образовались свищи с гнойным отделяемым. Отмечалась слабость и потеря веса. Обратился в очередной раз в поликлинику по месту жительства, откуда хирургом-стоматологом был направлен в стационар. Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 °С. Такая температура была на протяжении всего периода болезни. Местно: отмечается асимметрия лица за счет умеренно болезненной припухлости в нижнем отделе щёчной области тела и поднижнечелюстной области слева. Кожные покровы над припухлостью слегка отёчны и цианотичны. Наряду с этим имеются участки размягчения мягких тканей и рубцовые тяжи, располагающиеся под кожными покровами и ведущие к корням 36 и 37 зубам. Открывание рта затруднено и ограничено до 2 см. В полости рта: определяется инфильтрация мягких тканей в ретромоларном пространстве и в области небных дужек. Прорезывание 38 зуба частичное, над ним имеется «капюшон» из рубцово изменённых мягких тканей, покрывающий наклонно расположенный 38 зуб, который упирается своими передними буграми в пришеечную часть коронки 37 зуба. Имеется отёк и гиперемия слизистой оболочки вокруг указанных зубов, пальпация в этих участках слегка болезненна.

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования, не указанные в задаче, нужно провести, чтобы поставить развернутый заключительный клинический диагноз? 3. Объясните сущность дистопии и ретенции.

Ответы к задаче 5

1. Хронический гранулирующий периодонтит 36 и 37 зубов (мигрирующая гранулёма), дистопия и полуретенция 38 зуба, осложнённые хроническим перикоронаритом. 2. Больному необходимо выполнить ортопантомографию для уточнения локализации 38 зуба, конфигурации и количества его корней. Также нужно оценить величину деструктивных изменений в округ корней 36 и 37 зубов, качество пломбировки их корней. 3. Дистопия – нарушение положения зуба, ретенция – задержка в кости, неполное прорезывание. Возникают за счёт множества общих и местных причин, среди которых главное место занимает недостаток места в зубном ряду.

Задача 6.

На 9-й день после начала заболевания больной 33 лет был доставлен в клинику челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии из районной больницы. В поликлинике района был удален неправильно прорезавшийся 38 зуб. Спустя 2 дня после удаления появилась болезненная припухлость в области нижней щеки слева, которая быстро распространилась в подъязычную, поднижнечелюстную области, а также в область бокового треугольника шеи этой стороны. В районной больнице был сделан дугообразный разрез кожи и мягких тканей в поднижнечелюстной области слева, на 5-й день после удаления 38 зуба. Гнойного отделяемого из разреза при этом не было получено. Процесс распространился в подподбородочную область и на другую сторону шеи. Было сделано ещё 2 разреза: по срединной линии и в правой поднижнечелюстной области. Улучшения не наступило. В этой связи больной был доставлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное, временами больной впадает в кому. Пульс 92 удара в минуту, аритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, у верхушки прослушивается систолический шум, дыхание учащенное, поверхностное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски. Местно: лицо одутловатое, как бы широкое и удлинённое. Воспалительный процесс захватывает все прилегающие области к нижней челюсти область и шею. Имеются три послеоперационных разреза, изолированных друг от друга, длиной около 2-3 см каждый. Вокруг разрезов пальпируются плотные, болезненные инфильтраты, местами ткани под пальцами крепитируют. Кожные покровы в этих участках гиперемированы, цианотичны. По срочным показаниям произведено широкое хирургическое раскрытие всех пораженных клетчаточных пространств с помощью воротникообразного разреза. При этом получено незначительное количество мутной, зловонной жидкости в виде «мясных помоев». Мягкие ткани имели вид «вареного мяса». Проводилось этиопатогенетическое, дезинтоксикационное, десенсибилизирующее и симптоматическое лечение. Несмотря на интенсивную терапию, у больного возникло бредовое состояние, неоднократно появлялась рвота и через 42 часа после операции больной, не приходя в сознание, скончался. На основании данных клиники и аутопсии, помимо основного заболевания, были выявлены обширные очаги поражения в средостении, паренхиматозных органах и в головном мозге (токсический миокардит, токсический гломерулонефрит и гепатит, токсическая пневмония, менингит, медиастинит, абсцессы головного мозга), что и привело к летальному исходу.

1. Поставьте диагноз, приведший к осложнениям. 2. Какие дополнительные симптомы, характерные для описанных выше осложнений, не указаны в ситуационной задаче? 3. Какие методы обследования, проведенные в стационаре, в задаче не указаны?

Ответы к задаче 6

Анаэробная полифлегмона дна полости рта и шеи, осложнившаяся сепсисом, медиастинитом и менингоэнцефалитом. 2. Не указаны, но имеют место быть следующие симптомы: рот больного открыт (из-за отёка и приподнятости тканей дна полости рта и языка), нарастающая дислокационная и стенотическая асфиксии, ригидность мышц затылка (симптом Кернига), боль за грудиной и в области яремной вырезки (симптом Герке), в крови – эритропения, нейтропения со сдвигом влево, резкое увеличение СОЭ. 3. В стационаре таким больным в обязательном порядке проводят РГ и УЗИ органов грудной

полости, КТ черепа, посев крови на наличие и характер микрофлоры, посев отделяемого из разрезов на предмет вида преобладающей микрофлоры и чувствительности её к антибиотикам.

Задача 7.

Больная 36 лет поступила в клинику челюстно-лицевого отделения городской больницы с жалобами на наличие тупой, распирающей боли под глазом справа, боли в области лба и виска, закладывание носа, нарушение обоняния, периодическое выделение слизи и гноя из правой половины носа, головную боль, быструю утомляемость, недомогание, появляющееся к концу дня. Больной себя считает более 2-х лет. Тогда впервые появились резкие боли в 16 зубе, общая слабость, недомогание, сильная головная боль, боль в области верхней челюсти справа, повышение температуры до 38°C, затрудненное носовое дыхание и выделение мутной жидкости из правой половины носа при наклоне головы вниз. Было произведено эндодонтическое лечение 16 зуба и параллельно прошла курс лечения антибиотиками, сульфаниламидами и анальгетиками. Через две недели выделения из носа прекратились, улучшилось общее состояние, припухлость в подглазничной области справа исчезла. В течение двух лет болезненные проявления в области верхней челюсти возобновлялись неоднократно, причём возникали после простудных заболеваний. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 °С. Местно: при внешнем осмотре грубых патологических изменений не выявлено. В полости рта: гиперемия и незначительный отек слизистой оболочки преддверия полости рта в проекции 17, 16, 15 и 14 зубов. Перкуссия 16 зуба, покрытого металлической коронкой, болезненна. На дентальной рентгенограмме определяется отмечается наличие деструкции костной ткани у верхушек корней зуба с нечеткими границами размером 1,2 x 0,7 см. На рентгенограмме придаточных пазух определяется наличие интенсивной гомогенной тени в правой гайморовой пазухе, заполняющей весь её объём. В периферической крови отмечен умеренный лейкоцитоз и незначительное увеличение СОЭ.

1. Поставьте диагноз. 2. Классификация заболевания 3. Какие дополнительные методы исследования можно провести?

Ответы к задаче 7

1. Хронический правосторонний полипозный гайморит в стадии обострения от 16 зуба. 2. Хронические гаймориты делятся на одонтогенные, риногенные, контактные, одно- и двусторонние. Также они могут быть катаральными, гиперпластическими и полипозными. 3. Для уточнения диагноза можно провести: диафаноскопию, КТ, МРТ. Это позволит точно определить, какие стенки синуса не подверглись патологическим изменениям, чтобы нанести минимальную травму больному.

Задача 8.

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 в 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.

1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.

Ответы к задаче 8

1. Ушиб мягких тканей в нижнем отделе щечной области слева, ушиб нижней челюсти, гематомы в мягких тканях. 2. Так как имеются ссадины на коже, которые могут послужить входными воротами для проникновения в область гематом инфекции, их

следует обработать антисептиками и прикрыть повязкой, используя бактерицидный пластырь. Назначить холод в течение 3-4 часов на место ушиба, ограничить движения НЧ в ВНЧ суставах на 5-7 суток, перейти на мягкую пищу на этот срок. На следующие сутки: местно использовать троксевазиновую или гепариновую мазь для ускорения организации гематом, а через неделю – ФТ (УЗ, ГНЛ, МВ-терапию).

Задача 9.

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 1 л, нейтрофилов – 80%, моноцитов 4%, лимфоцитов – 3%.

1. Поставьте диагноз и определите стадию процесса. 2. В чем заключается тактика врача хирурга-стоматолога в поликлинике? 3. Лечение данного заболевания? 4. Какие осложнения возникли у больного? 5. Исход данного заболевания.

Ответы к задаче 9

1. Фурункул в верхнем отделе правой щековой области в фазе абсцедирования, явления флебита лицевой вены и вен глазницы. 2. Врач в поликлинике не должен «наблюдать» за процессом, а немедленно направить больного в специализированный стационар. 3. Учитывая то, что процесс перешёл в гнойную фазу, очаг надо вскрыть, промыть и дренировать. При наличии густого содержимого ни в коем случае не выскабливать стенки полости! Назначить немедленно массивные дозы антибиотиков, сульфамиды, антигистамины, анальгетики. Местно: йод 1% на кожу по всей поверхности инфильтрата, особенно в области флебита вены, дважды в день в течение трёх дней, повязки с гипертоническим раствором на вскрытый очаг. Назначается постельный режим до улучшения состояния. Проводится дезинтоксикационная терапия. В период реконвалесценции подключают местно УФО, ГНЛ, МВ терапию, витаминотерапию. 4. Поскольку у больного имеется воспаление стенки лицевой вены и вен глазницы, то для профилактики тромбоза и возникновения тромбоза вен кавернозного синуса головного мозга вышеуказанная фармакотерапия просто необходима. 5. При своевременном и адекватном лечении исход – выздоровление.

Задача 10.

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.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания? 3. Чем обусловлено онемение кожи подбородка и нижней губы слева?

Ответы к задаче 10

1. Постэкстракционный неврит левого нижнелуночкового нерва. 2. Причина заболевания – травматическое удаление 38 зуба. 3. Выпадение чувствительности в зоне иннервации ментального нерва говорит о активных процессах демиелинизации ствола нижнелуночкового нерва в зоне его повреждения на уровне лунки удалённого 38 зуба. Также запущены дегенеративные процессы в самом осевом цилиндре нервного ствола, что и приводит к болям и парестезии одновременно.

Задача 11. Пациент 15 лет, планируется операция по поводу короткой уздечки языка. Внешне боязни операции не проявляет, ощущается лишь некоторая скованность. После введения 0,5% раствора лидокаина в количестве 1,5 мл появилось двигательное беспокойство, позывы на рвоту, боль в животе.

Объективно: сознание сохранено, кожа лица, шеи гиперемирована, дыхание учащенное, затрудненное, пульс частый, полный.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Укажите последовательность мероприятий по оказанию неотложной помощи ребенку.
3. Какие лекарственные препараты и в какой последовательности необходимо ввести.
4. Действия врача стоматолога в отношении данного больного.
5. В чем заключается профилактика аллергических реакций при лечении стоматологических заболеваний.

Ответ к задаче 11. Аллергическая реакция на анестетик. Короткая уздечка языка. 2. Прекратить введение медикаментозных средств. Очистить полость рта от слюны. Повернуть голову ребенка набок и придать ей разгибательное положение. Освободить шею, грудь от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха. Искусственное дыхание при необходимости. 3. Внутривенно вводят преднизолон, внутримышечно либо подкожно 0,1 мл. 0,1% раствора адреналина. Внутривенно 1,0 мл. 1% раствора димедрола. 4. Вызов реанимационной бригады скорой помощи, госпитализация в реанимационное либо терапевтическое отделение стационара. В амбулаторной карте делается соответствующая запись проявлений аллергической реакции, указывается аллерген, записываются все неотложные мероприятия, которые проводились с указанием последовательности введения и дозировки лекарственных препаратов. На первой странице амбулаторной карты делается запись об аллергологическом анамнезе. 5. Тщательное выявление аллергологического анамнеза. Проведение операции под наркозом при отягощенном аллергологическом анамнезе.

Задача 12. Больная Л. 14 лет обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочке правой щеки. Постоянно прикусывает слизистую оболочку щеки в области 14 и 15 зубов. Полгода назад больная обратила внимание на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочке щеки.

Объективные данные: конфигурация лица не нарушена. На фоне неизменной слизистой оболочки правой щеки по линии смыкания зубов определяется опухолевидное образование на ножке размером 0,3x0,5 см с белесоватой ворсинчатой поверхностью. Прикус ортогнатический.

С	П 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	
П	П

На дистально-щечной поверхности 16 глубокая кариозная полость с острыми краями, дно плотное, пигментированно. Зондирование, перкуссия безболезненные, кратковременная боль на холодное. ЭОД – 16 мкА.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Определите объем хирургического вмешательства.
3. Последовательность действий при лечении 16.
4. возможная причина изменения слизистой оболочки полости рта.

Ответ к задаче 12. Папиллома слизистой оболочки левой щечной области. Глубокий кариес 16.

2. Удаление опухолевидного образования в пределах здоровых тканей с гистологическим исследованием. 3. Проводниковая или инфильтрационная анестезия, препарирование кариозной полости, антисептическая обработка, высушивание, наложение лечебной прокладки с гидроокисью кальция, изолирующей прокладки (фосфат-цемент, стеклоиономер), пломбы силикофосфатного цемента, стеклоиономерного цемента, композита химического или светового отверждения. 4. Хроническая травма (прикусывание щеки в месте дефекта зубного ряда).

Задача 13. Больной В. 18 лет направлен на санацию в стоматологическую поликлинику. Из анамнеза: С 7 лет страдает эпилепсией, постоянно принимает антиконвульсанты. Объективно: увеличение, деформация десневых сосочков, утолщение маргинального края, перекрывающего коронки зубов на 1/2 - 1/3 высоты во фронтальном отделе верхней и нижней челюстей. Десна бледно-розового цвета, плотная, безболезненна при пальпации. При зондировании определяется карман между десной и коронкой зуба, плотный зубной налет. Прикус – ортогнатический. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов верхней челюсти выявлены кариозные полости средней глубины с пигментированным дентином. Реакция на холод слабо болезненная, кратковременная. Зондирование дна и стенок слабо болезненное

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

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите подготовку полости рта к хирургическому лечению.
4. Выберите метод хирургического лечения.

Ответ. Гипертрофический гингивит, генерализованная форма, средний кариес 12, 11, 21, 22 зубов. 2. Общий анализ крови, мочи, анализ крови на сахар, ОПГ, ЭОД зубов. 3. Удаление зубных отложений, антисептическая обработка карманов, пломбирование кариозных полостей с тщательной полировкой поверхности, аппликации антисептиков, геля «Метрагил-дента». 4. Корректирующая гингивэктомия

Задача 14. Больная К. 22 лет жалуется на зуд, боль при открывании рта, высыпания на коже лица. Из анамнеза: 5 дней назад после продолжительного лечения зуба появилась трещина в углу рта. На следующий день на коже щечной области слева появилась краснота, затем пузырьки с мутным содержимым и корки. Смазывала корки метиленовой синью. Свежие высыпания продолжали появляться. При осмотре на коже левой щеки, на фоне разлитой эритемы выявлены множественные мелкие фликтены и эрозии с фестончатыми краями, рыхлые гнойные корки медового цвета. В левом углу рта заеда, покрытая рыхлой желтовато-медового цвета коркой, кровоточащая при широком открывании рта. Региональные лимфоузлы увеличены, безболезненны, подвижны.

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

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Назначьте общее и местное медикаментозное лечение.

Ответ к задаче 14. Вульгарное импетиго. Стрепто-стафилококковая заеда.

2. Режим амбулаторный. Исключить жирную, жареную пищу. Не умываться водой. Здоровую кожу лица протирать 2% борным или 3% салициловым спиртом. Местно: гнойные корки отмачивать 3% р-ром перекиси водорода, 0,02% р-ром фурациллина, осушить, нанести антибиотиковые мази: эритромициновую, линкомициновую, тетрациклиновую. После исчезновения стрепто- стафилодермии провести санацию полости рта.

Задача 15. Больной М., 25 лет обратился с жалобами на боль при приеме пищи, слабость, недомогание, неприятный запах изо рта. Из анамнеза: в течение 3-х дней отмечается кровоточивость десен, болеет в течение 3-5 дней. При осмотре отмечено повышение температуры тела до 37,8°C, серовато-землистый цвет кожи. Увеличение поднижнечелюстных лимфоузлов. В крови СОЭ – 14 мм/час.

П

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

Полость рта санирована. Прикус – ортогнатический, разворот боковых резцов верхней челюсти. Обильный зубной налет, некроз десневых сосочков и маргинальной десны в области фронтальных зубов и левых моляров нижней челюсти, в ретромолярной области слева отмечается изъязвление капюшона над непрорезавшимся третьим моляром размером 0,5 x 1см. На внутриротовой рентгенограмме отмечается горизонтальное положение 38, значительное расширение периодонтальной щели в маргинальном отделе.

1. Перечислите группу заболеваний с подобной симптоматикой. Проведите дифференциальную диагностику.

2. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

3. Выпишите препараты для обработки участков некроза, уменьшения воспалительной реакции и ускорения эпителизации.

4. Обоснуйте сроки и объем вмешательства в области 38.

Задача 16 Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования. Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съемными протезами.

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.

Ответы к задаче 16

1. Заеда (ангулярный хейлит). 2. Главные причины - заражение стрептококком, дрожжевым грибом, травма. Заеда часто образуется у лиц с сухой, малоэластичной кожей. Так же воспаление, трещины углов рта могут быть вторичными, связаны со снижением окклюзионной высоты и высоты нижнего отдела лица в случае полного отсутствия зубов.

Задача 17

Больной К. обратился с жалобами на сильное жжение под базисом протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были наложены съемные протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечаются гиперемия и отек слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость слизистых оболочек, больше под протезами. Язык гиперемирован, сухой. Сосочки сглажены, атрофированы.

3. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назначьте дополнительные методы исследования. 3. Механизм действия токсинов при данном заболевании. 4. Ваш план ортопедического лечения.

Ответы к задаче 17

1. Токсический стоматит, вызванный пластмассовыми протезами. 2. Спектральный анализ слюны, клинический анализ крови. Исследование соскобов с языка, протезов на гриб *Candida albicans*. Определение ферментной активности КФ, ЩФ, ЛДГ, протеиназ и др. РН-метрия, определение разности потенциалов. Определение остаточного мономера, качества протеза, болевой чувствительности слизистых оболочек протезного поля. 3. Токсины нарушают функцию парасимпатических нервов, а также ткань слюнных желез, что приводит к изменению обмена гистатина и серотонина, калия, белка, следствием чего является гипосаливация. 4. При выявлении некачественных протезов (плохая фиксация, балансирование протезов и т.д.), а также повышенного содержания мономера (более 0,5%) - изготовление нового протеза при строгом соблюдении режима полимеризации и правил зубного протезирования. Так же применяется элиминирующая терапия (удаление протеза, пользование только во время еды) и химическое серебрение акрилового протеза (металлизация пластмассы) через каждые 3 дня ношения, в количестве 2-3 сеансов.

Задача 18

Больной М., 24 года, обратился с жалобами на боль в области десны 26. Два года назад 26 покрыт металлической коронкой. Обследовано: десневые сосочки в области 26,27 гиперемированы, отечны, при зондировании кровоточат. В области 26,27 пародонтальный карман 5 мм. с гнойным экссудатом. Коронка 26 глубоко заходит под маргинальный край десны. Горизонтальная перкуссия 26 болезненна. Данные R-граммы: в области 26, 27 деструкция снижения высоты межзубных перегородок на 1/2, металлическая коронка не соответствует нормам протезирования. Костная структура в других отделах без изменений.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Укажите причину, вызвавшую появление резких симптомов в полости рта.

Ответы к задаче 18.

1). Хронический локализованный пародонтит средней степени. 2). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим локализованным пародонтитом легкой степени, при котором глубина пародонтальных карманов достигает 3,5 мм; б) с хроническим локализованным пародонтитом тяжелой степени, при котором глубина пародонтального кармана будет более 5 мм; в) с пародонтозом, при котором имеют место участки ретракции десневого края, а также клиновидные дефекты. Пародонтальные карманы, которые являются показателем для пародонтита, при пародонтозе отсутствуют. г) с хроническим остеомиелитом, при котором решающее значение имеет рентгенологическое исследование, где при пародонтите определяется отсутствие секвестров, зон секвестральных разъединений в сочетании с отсутствием свищевых ходов и рубцов от разрезов на слизистой оболочке. д) с эозинофильной гранулемой, при которой определяются первоначальные жалобы на постоянную, часто беспричинно усиливающуюся боль в определенной группе зубов. Необходимо провести рентгенологическое исследование костей черепа, фаланги кистей рук и стопы, анализ крови. Установление локальных изменений в указанных костях в сочетании с эозинофилией говорит в пользу наличия у обследуемого эозинофильной гранулемы. 3). Причиной данной патологии является нерациональное протезирование 26 зуба, так как конструкция была глубоко посажена под маргинальный край десны.

Задача 19.

Больная А., 55 лет, обратилась с жалобами на расхождение зубов в переднем отделе верхней челюсти, эстетический дефект, кровоточивость при чистке зубов, неприятный запах изо рта. Быстрое образование мягкого налета, зубного камня. Считает себя здоровой. Объективно: Десна верхней и нижней челюсти гиперемирована, отечна, при

пальпации кровоточит. Обильное количество над- и поддесневого зубного камня в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. При зондировании определяются пародонтальные карманы глубиной 5 мм. Подвижность зубов 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. II степени На рентгенограмме: убыль высоты межзубных перегородок на 2/3 длины корня, расширение периодонтальной щели на всю длину корня, очаги резорбции в теле челюсти, признаки вертикального типа резорбции, костные карманы в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубов.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Наметьте план санации полости рта.

Ответы к задаче 19

1). Хронический генерализованный пародонтит средней степени. 2). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени, при котором глубина пародонтальных карманов достигает 3,5 мм; б) с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени, при котором глубина пародонтального кармана будет более 5 мм; в) с пародонтозом, при котором имеют место участки ретракции десневого края, а также клиновидные дефекты. Пародонтальные карманы, которые являются показателем для пародонтита, при пародонтозе отсутствуют. г) с хроническим катаральным гингивитом, при котором отсутствует подвижность зубов и не определяются пародонтальные карманы. 3). Профессиональная гигиена полости рта, лечение кариеса 25 и 32 зубов, консультация с хирургом по поводу удаления корня 15 зуба, рациональное протезирование зубных рядов. Повторный прием через 6 месяцев.

Задача 20.

Больной Г. 56 лет страдает язвенной болезнью желудка. Обратился с жалобами: боль в области десен верхней и нижней челюстей, затрудненное откусывание и пережевывание пищи вследствие расшатанности зубов. За последние годы заметил появление диастем и трем между зубами, изменение положения зубов. Гноетечение, периодическое образование свищей на деснах. При объективном осмотре полости рта: значительно отложение зубного камня над и поддесневого, мягкого налета, неприятный запах изо рта. Десна легко отделяется от зубов, кровоточит при легком зондировании. Определяются пародонтальные карманы глубиной 6-7 мм.

1. Поставьте диагноз. 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Ответы к задаче 20

1). Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени. 2). Необходимо провести рентгенологическое исследование для определения состояния костной ткани, микробиологическое исследование для определения микробного фона и подбора антибактериальной терапии. Возможно использование функциональных методов исследования (реопародонтография, фотоплетизмография, полярография, эхоостеометрия). Для подтверждения эндогенного генеза заболевания следует использовать дополнительные методы исследования: анализ крови на содержание глюкозы (при диабете), определение С-реактивного белка, содержание в крови сиаловой кислоты (при ревматизме, гепатите, холецистите), т. е. необходимо провести все исследования для определения тяжести общесоматического заболевания.

Контролируемые компетенции: ПК-1

Тесты

1. Причиной острого герпетического стоматита является

А) вирус герпеса

В) вирусно-микробные ассоциации полости рта

С) микрофлора полости рта, приобретающая патогенные свойства при снижении реактивности организма

Эталоны ответа: А

2. При остром герпетическом стоматите встречается

- А) корочка
- В) волдырь
- С) пузырек
- Д) гнойничок
- Е) узелок

Эталоны ответа: С

3. Наименее эффективной противовирусной мазью, применяемой местно для лечения герпетических поражений СОПР, является

- А) бонафтоновая мазь 0.5%
- В) мазь флоренала 0.5% "
- С) теброфеновая мазь 0.25%
- Д) риодоксоловая мазь 0.591
- Е) окссмшновая мазь 0.25

Эталоны ответа: Е

4. Для РГС характерны

- А) неровные края эрозии, отсутствие инфильтрата в основании, рецидивирующий характер
- В) эрозия округлых очертаний с четкими границами, рецидивирующий характер
- С) эрозия, имеющая округлые очертания с приподнятыми краями, одиночный элемент
- Д) язва

Эталоны ответа: В

5. Главным в местном лечении хронического рецидивирующего герпетического стоматита является

- А) применение средств, стимулирующих местный иммунитет
- В) длительное местное лечение с использованием противовирусных препаратов
- С) применение кератопластических средств
- Д) применение обезболивающих средств

Эталоны ответа: А

6. Наиболее важным в тактике лечения хронического рецидивирующего герпетического стоматита у детей является

- А) применение противовирусных средств
- В) применение противовоспалительных, обезболивающих и кератопластических средств
- С) выявление и ликвидация инфекционно-аллергического очага в организме
- Д) курс лечения противовирусными препаратами в сочетании с повышением уровня системы иммунитета

Эталоны ответа: D

7. Опоясывающий лишай необходимо дифференцировать

- А) с красным плоским лишаем
- В) с пузырьчаткой
- С) с первичным сифилисом
- Д) с острым герпетическим стоматитом

Эталоны ответа: D

8. Характерной локализацией высыпаний при герпесе Зостер является

- А) локализация диффузно, на слизистой оболочке полости рта
- В) локализация на коже
- С) локализация по ходу сосудисто-нервных пучков
- Д) локализация на коже грудной клетки

Эталоны ответа: С

9. Форма тяжести при рецидивирующем герпетическом стоматите определяется

- А) на основании клинических данных

- В) в зависимости от количества рецидивов
- С) от уровня подъема температуры тела
- Д) от локализации высыпаний
- Е) от длительности рецидива

Эталон ответа: В

10. При опоясывающем герпесе встречаются следующие элементы поражения слизистой оболочки полости рта

- А) эритема
- В) волдырь
- С) пузырек
- Д) гнойничок
- Е) эрозии с фестончатыми очертаниями

Эталон ответа: Е

11. Главная задача лечения коревого стоматита заключается

- А) в применении противовирусных средств
- В) в хорошем гигиеническом уходе за полостью рта
- С) в применении кератопластических средств
- Д) в применении анестезирующих препаратов

Эталон ответа: А

12. Лечение стоматита при ветряной оспе заключается

- А) в применении противовирусных препаратов в течение всей болезни
- В) в антисептической обработке полости рта, обезболивании
- С) в применении в начале болезни противовирусных препаратов, в периоде развития заболевания - противовоспалительных, в периоде угасания - кератопластических
- Д) в назначении противовоспалительных средств

Эталон ответа: С

13. Наиболее типичен для первого года жизни ребенка

- А) острый гингивит
- В) хронический гингивит
- С) хейлит
- Д) многоформная экссудативная эритема
- Е) ни одно из перечисленных заболеваний

Эталон ответа: Е

14. Кровоизлияния в слизистую оболочку рта возможны

- А) при нарушениях функции почек
- В) при диатезах
- С) при тромбоцитопениях разного происхождения
- Д) при гипопластической (апластической) анемии
- Е) при доброкачественных нейтропениях

Эталон ответа: С

15. Что важнее положить в основу классификации заболеваний слизистой оболочки полости рта для составления диагноза заболевания

- А) характер элементов поражения и тяжесть клинического развития болезни
- В) локализацию патологических изменений
- С) причины патологии
- Д) течение, вид и локализацию патологических изменений, этиологические факторы

Эталон ответа: Д

16. Понятие характеризующее патологическое состояние, при котором происходит нарушение целостности слизистой оболочки полости рта, сопровождающиеся расстройством функции

- А) заболевание
- В) повреждение слизистой оболочки полости рта

С) изменение слизистой полости рта

Эталон ответа: В

17. Понятие характеризующее патологическое состояние, при котором развивается нарушение жизнедеятельности организма под влиянием чрезвычайных раздражителей внешней и внутренней среды, понижением приспособляемости при одновременной мобилизации защитных сил организма

А) заболевание

В) повреждение

С) изменение

Эталон ответа: А

18. Многоформная экссудативная эритема - это

А) заболевание

В) повреждение слизистой оболочки полости рта

С) изменение слизистой оболочки полости рта

Эталон ответа: А

19. Симптом малинового языка относится

А) к заболеванию слизистой оболочки полости рта

В) к повреждению слизистой оболочки полости рта

С) к изменению слизистой оболочки

Д) к любому из названных

Эталон ответа: С

20. Понятие характеризующее патологическое состояние, при котором на слизистой оболочке полости рта в виде отдельных симптомов проявляются заболевания организма:

А) заболевания слизистой оболочки полости рта

В) повреждения слизистой оболочки полости рта

С) изменения слизистой оболочки полости рта

Эталон ответа: С

21. Симптом "гунтеровского" языка относится

А) к заболеванию слизистой оболочки полости рта

В) к повреждению слизистой оболочки полости рта

С) к изменению слизистой оболочки полости рта

Эталон ответа: С

22. Некрозы слизистой оболочки рта наблюдаются

А) при заболеваниях ЦНС

В) при хронических заболеваниях ЛОР-органов

С) при болезнях крови и кроветворных органов

Д) при заболеваниях органов дыхания

Е) при хронических заболеваниях желудка и других отделов пищеварительного тракта

Эталон ответа: С

23. Появлению хронических рецидивирующих афт на слизистой оболочке рта детей способствуют

А) вредная привычка прикусывать слизистую оболочку рта и щек

В) наличие рецидивирующих герпетических поражений губ и кожи лица у членов семьи

С) пломбы из разных металлов (галодент, серебряная и медная амальгамы), ортодонтические ка ронки

Д) хронические заболевания ЛОР-органов, желудочно-кишечного тракта и др.

Е) наследственные факторы, влияющие на особенности реактивности организма

Эталон ответа: Д

24. Ритм рецидивов афт в полости рта при тяжелой форме заболевания

А) ежемесячно

В) один раз в несколько лет

С) один раз в квартал

D) один раз в год

Эталон ответа: А

25. Стоматит Сеттона в период ремиссии характеризует

A) пузырьки

B) волдырь

C) рубец

D) эрозия

E) пятно

Эталон ответа: С

Ситуационные задачи

Задача 1. Пациент 15 лет, планируется операция по поводу короткой уздечки языка. Внешне боязни операции не проявляет, ощущается лишь некоторая скованность. После введения 0,5% раствора лидокаина в количестве 1,5 мл появилось двигательное беспокойство, позывы на рвоту, боль в животе.

Объективно: сознание сохранено, кожа лица, шеи гиперемирована, дыхание учащенное, затрудненное, пульс частый, полный.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

2. Укажите последовательность мероприятий по оказанию неотложной помощи ребенку.

3. Какие лекарственные препараты и в какой последовательности необходимо ввести.

4. Действия врача стоматолога в отношении данного больного.

5. В чем заключается профилактика аллергических реакций при лечении стоматологических заболеваний.

Ответ к задаче 1. Аллергическая реакция на анестетик. Короткая уздечка языка. 2. Прекратить введение медикаментозных средств. Очистить полость рта от слюны. Повернуть голову ребенка набок и придать ей разгибательное положение. Освободить шею, грудь от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха. Искусственное дыхание при необходимости. 3. Внутривенно вводят преднизолон, внутримышечно либо подкожно 0,1 мл 0,1% раствора адреналина. Внутривенно 1,0 мл 1% раствора димедрола. 4. Вызов реанимационной бригады скорой помощи, госпитализация в реанимационное либо терапевтическое отделение стационара. В амбулаторной карте делается соответствующая запись проявлений аллергической реакции, указывается аллерген, записываются все неотложные мероприятия, которые проводились с указанием последовательности введения и дозировки лекарственных препаратов. На первой странице амбулаторной карты делается запись об аллергологическом анамнезе. 5. Тщательное выявление аллергологического анамнеза. Проведение операции под наркозом при отягощенном аллергологическом анамнезе.

Задача 2. Больная Л. 14 лет обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочке правой щеки. Постоянно прикусывает слизистую оболочку щеки в области 14 и 15 зубов. Полгода назад больная обратила внимание на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочке щеки.

Объективные данные: конфигурация лица не нарушена. На фоне неизменной слизистой оболочки правой щеки по линии смыкания зубов определяется опухолевидное образование на ножке размером 0,3x0,5 см с белесоватой ворсинчатой поверхностью. Прикус ортогнатический.

С	П 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	
П	П

На дистально-щечной поверхности 16 глубокая кариозная полость с острыми краями, дно плотное, пигментированно. Зондирование, перкуссия безболезненные, кратковременная боль на холодное. ЭОД – 16 мкА.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Определите объем хирургического вмешательства.
3. Последовательность действий при лечении 16.
4. возможная причина изменения слизистой оболочки полости рта.

Решение: 1. Папиллома слизистой оболочки левой щечной области. Глубокий кариес

16.

2. Удаление опухолевидного образования в пределах здоровых тканей с гистологическим исследованием. 3. Проводниковая или инфильтрационная анестезия, препарирование кариозной полости, антисептическая обработка, высушивание, наложение лечебной прокладки с гидроокисью кальция, изолирующей прокладки (фосфат-цемент, стеклоиономер), пломбы силикофосфатного цемента, стеклоиономерного цемента, композита химического или светового отверждения. 4. Хроническая травма (прикусывание щеки в месте дефекта зубного ряда).

Задача 3. Больной В. 18 лет направлен на санацию в стоматологическую поликлинику. Из анамнеза: С 7 лет страдает эпилепсией, постоянно принимает антиконвульсанты. Объективно: увеличение, деформация десневых сосочков, утолщение маргинального края, перекрывающего коронки зубов на 1/2 - 1/3 высоты во фронтальном отделе верхней и нижней челюстей. Десна бледно-розового цвета, плотная, безболезненна при пальпации. При зондировании определяется карман между десной и коронкой зуба, плотный зубной налет. Прикус – ортогнатический. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов верхней челюсти выявлены кариозные полости средней глубины с пигментированным дентином. Реакция на холод слабо болезненная, кратковременная. Зондирование дна и стенок слабо болезненное

О С С С С

17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27

47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37

О

О

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите подготовку полости рта к хирургическому лечению.
4. Выберите метод хирургического лечения.

Ответ. Гипертрофический гингивит, генерализованная форма, средний кариес 12, 11, 21, 22 зубов. 2. Общий анализ крови, мочи, анализ крови на сахар, ОПГ, ЭОД зубов. 3. Удаление зубных отложений, антисептическая обработка карманов, пломбирование кариозных полостей с тщательной полировкой поверхности, аппликации антисептиков, геля «Метрагил-дента». 4. Корректирующая гингивэктомия

Задача 4. Больная К. 22 лет жалуется на зуд, боль при открывании рта, высыпания на коже лица. Из анамнеза: 5 дней назад после продолжительного лечения зуба появилась трещина в углу рта. На следующий день на коже щечной области слева появилась краснота, затем пузырьки с мутным содержимым и корки. Смазывала корки метиленовой синью. Свежие высыпания продолжали появляться. При осмотре на коже левой щеки, на фоне разлитой эритемы выявлены множественные мелкие фликтены и эрозии с фестончатыми краями, рыхлые гнойные корки медового цвета. В левом углу рта заеда, покрытая рыхлой желтовато-медового цвета коркой, кровоточащая при широком открывании рта. Региональные лимфоузлы увеличены, безболезненны, подвижны.

П П

П

17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27

47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37

П

П

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Назначьте общее и местное медикаментозное лечение.

Решение: 1. Вульгарное импетиго. Стрепто-стафилококковая заеда.

2. Режим амбулаторный. Исключить жирную, жареную пищу. Не умываться водой. Здоровую кожу лица протирать 2% борным или 3% салициловым спиртом. Местно: гнойные корки отмачивать 3% р-ром перекиси водорода, 0,02% р-ром фурациллина, осушить, нанести антибиотиковые мази: эритромициновую, линкомициновую, тетрациклиновую. После исчезновения стрепто- стафилодермии провести санацию полости рта.

Задача 5. Больной М., 25 лет обратился с жалобами на боль при приеме пищи, слабость, недомогание, неприятный запах изо рта. Из анамнеза: в течение 3-х дней отмечается кровоточивость десен, болеет в течение 3-5 дней. При осмотре отмечено повышение температуры тела до 37,8°C, серовато-землистый цвет кожи. Увеличение поднижнечелюстных лимфоузлов. В крови СОЭ – 14 мм/час.

П

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

Полость рта санирована. Прикус – ортогнатический, разворот боковых резцов верхней челюсти. Обильный зубной налет, некроз десневых сосочков и маргинальной десны в области фронтальных зубов и левых моляров нижней челюсти, в ретромолярной области слева отмечается изъязвление капюшона над непрорезавшимся третьим моляром размером 0,5 x 1см. На внутриротовой рентгенограмме отмечается горизонтальное положение 38, значительное расширение периодонтальной щели в маргинальном отделе.

1. Перечислите группу заболеваний с подобной симптоматикой. Проведите дифференциальную диагностику.

2. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

3. Выпишите препараты для обработки участков некроза, уменьшения воспалительной реакции и ускорения эпителизации.

4. Обоснуйте сроки и объем вмешательства в области 38.

Задача 6 Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования. Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съемными протезами.

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ответы к задаче 6

1. Заеда (ангулярный хейлит). 2. Главные причины - заражение стрептококком, дрожжевым грибом, травма. Заеда часто образуется у лиц с сухой, малоэластичной кожей. Так же воспаление, трещины углов рта могут быть вторичными, связаны со снижением окклюзионной высоты и высоты нижнего отдела лица в случае полного отсутствия зубов. 3. Стоматологический анамнез, внешний осмотр, осмотр слизистых оболочек полости рта, гигиеническая оценка съемных протезов, оценка качества и правильности конструкций съемных протезов, определение соизмеримости ротовой щели и базиса протеза, лабораторные методы исследования (биохимические и клинические данные крови, мочи и слюны, цитологический, микробиологический методы).

Задача 7 Больной К. обратился с жалобами на сильное жжение под базисом протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были наложены съемные протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечают гиперемия и отек слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость слизистых оболочек, больше под протезами. Язык гиперемирован, сухой. Сосочки сглажены, атрофированы.

4. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назначьте дополнительные методы исследования. 3. Механизм действия токсинов при данном заболевании. 4. Ваш план ортопедического лечения.

Ответы к задаче 7

2. Токсический стоматит, вызванный пластмассовыми протезами. 2. Спектральный анализ слюны, клинический анализ крови. Исследование соскобов с языка, протезов на гриб *Candida albicans*. Определение ферментной активности КФ, ЩФ, ЛДГ, протеиназ и др. РН-метрия, определение разности потенциалов. Определение остаточного мономера, качества протеза, болевой чувствительности слизистых оболочек протезного поля. 3. Токсины нарушают функцию парасимпатических нервов, а также ткань слюнных желез, что приводит к изменению обмена гистатина и серотонина, калия, белка, следствием чего является гипосаливация. 4. При выявлении некачественных протезов (плохая фиксация, балансирование протезов и т.д.), а также повышенного содержания мономера (более 0,5%) - изготовление нового протеза при строгом соблюдении режима полимеризации и правил зубного протезирования. Так же применяется элиминирующая терапия (удаление протеза, пользование только во время еды) и химическое серебрение акрилового протеза (металлизация пластмассы) через каждые 3 дня ношения, в количестве 2-3 сеансов.

Задача 8

Больной М., 24 года, обратился с жалобами на боль в области десны 26. Два года назад 26 покрыт металлической коронкой. Обследовано: десневые сосочки в области 26,27 гиперемированы, отечны, при зондировании кровоточат. В области 26,27 пародонтальный карман 5 мм. с гнойным экссудатом. Коронка 26 глубоко заходит под маргинальный край десны. Горизонтальная перкуссия 26 болезненна. Данные Р-граммы: в области 26, 27 деструкция снижения высоты межзубных перегородок на 1/2, металлическая коронка не соответствует нормам протезирования. Костная структура в других отделах без изменений.

1. Поставьте диагноз. 2. Укажите причину, вызвавшую появление резких симптомов в полости рта.

Ответы к задаче 8. 1). Хронический локализованный пародонтит средней степени. 2). Причиной данной патологии является нерациональное протезирование 26 зуба, так как конструкция была глубоко посажена под маргинальный край десны.

Задача 9.

Больная А., 55 лет, обратилась с жалобами на расхождение зубов в переднем отделе верхней челюсти, эстетический дефект, кровоточивость при чистке зубов, неприятный запах изо рта. Быстрое образование мягкого налета, зубного камня. Считает себя здоровой. Объективно: Десна верхней и нижней челюсти гиперемирована, отечна, при пальпации кровоточит. Обильное количество над- и поддесневого зубного камня в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. При зондировании определяются пародонтальные карманы глубиной 5 мм. Подвижность зубов 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. II степени На рентгенограмме: убыль высоты межзубных перегородок на 2/3 длины корня, расширение периодонтальной щели на всю длину корня, очаги резорбции в теле челюсти, признаки вертикального типа резорбции, костные карманы в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубов.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Наметьте план санации полости рта.

Ответы к задаче 9

1). Хронический генерализованный пародонтит средней степени. 2). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени, при котором глубина пародонтальных карманов достигает 3,5 мм; б) с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени, при котором глубина пародонтального кармана будет более 5 мм; в) с пародонтозом, при котором имеют место участки ретракции десневого края, а также клиновидные дефекты.

Пародонтальные карманы, которые являются показателем для пародонтита, при пародонтозе отсутствуют. г) с хроническим катаральным гингивитом, при котором отсутствует подвижность зубов и не определяются пародонтальные карманы. 3). Профессиональная гигиена полости рта, лечение кариеса 25 и 32 зубов, консультация с хирургом по поводу удаления корня 15 зуба, рациональное протезирование зубных рядов. Повторный прием через 6 месяцев.

Задача 10.

Больной Г. 56 лет страдает язвенной болезнью желудка. Обратился с жалобами: боль в области десен верхней и нижней челюстей, затрудненное откусывание и пережевывание пищи вследствие расшатанности зубов. За последние годы заметил появление диастем и трем между зубами, изменение положения зубов. Гноетечение, периодическое образование свищей на деснах. При объективном осмотре полости рта: значительно отложение зубного камня над и поддесневого, мягкого налета, неприятный запах изо рта. Десна легко отделяется от зубов, кровоточит при легком зондировании. Определяются пародонтальные карманы глубиной 6-7 мм.

1. Поставьте диагноз. 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Ответы к задаче 10

1). Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени. 2). Необходимо провести рентгенологическое исследование для определения состояния костной ткани, микробиологическое исследование для определения микробного фона и подбора антибактериальной терапии. Возможно использование функциональных методов исследования (реопародонтография, фотоплетизмография, полярография, эхоостеометрия). Для подтверждения эндогенного генеза заболевания следует использовать дополнительные методы исследования: анализ крови на содержание глюкозы (при диабете), определение С-реактивного белка, содержание в крови сиаловой кислоты (при ревматизме, гепатите, холецистите), т. е. необходимо провести все исследования для определения тяжести общесоматического заболевания.

Задача 11.

На прием к врачу-стоматологу обратилась женщина с жалобами на недомогание, $t=38^{\circ}\text{C}$, потерю аппетита, асимметрию лица, увеличение лимфатических узлов. Из анамнеза пациентка перенесла ОРВИ. Объективно: десна в области 36, 37 застойно - гиперемирована, межзубные сосочки набухшие, кровоточат, обильное количество над и поддесневого камня, мягкого налета. Пародонтальные карманы в области 36, 37 зубов глубиной 5 мм. Резкая болезненность при пальпации переходной складки, перкуссия 36, 37 резко болезненна. Подчелюстные лимфоузлы слева увеличены, болезненны.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? 4. Какие хирургические манипуляции могут быть проведены?

Ответы к задаче 11

1). Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени в стадии абсцедирования. 2). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени, при котором глубина пародонтального кармана будет 4 - 5 мм; б) с хроническим остеомиелитом, при котором решающее значение имеет рентгенологическое исследование, где при пародонтите определяется отсутствие секвестров, зон секвестральных разъединений в сочетании с отсутствием свищевых ходов и рубцов от разрезов на слизистой оболочке. в) с острым гнойным периоститом, при котором определяется коллатеральный отек мягких тканей и асимметрия лица, процесс локализованный, причинный зуб без патологических карманов. 3). Необходимо провести рентгенологическое исследование для определения состояния костной ткани, микробиологическое исследование для определения микробного фона и подбора антибактериальной терапии. Возможно использование функциональных методов

исследования (реопародонтография, фотоплетизмография, полярография, эхоостеометрия). 4). Вскрытие пародонтальных абсцессов с дренированием и проведение лаважа.

Задача 12

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 1 л, нейтрофилов – 80%, моноцитов 4%, лимфоцитов – 3%. Поставьте диагноз и определите стадию процесса. 2. В чем заключается тактика врача хирурга-стоматолога

Ответы к задаче 12

1.Фурункул в верхнем отделе правой щечной области в фазе абсцедирования, явления флебита лицевой вены и вен глазницы. 2. Врач в поликлинике не должен «наблюдать» за процессом, а немедленно направить больного в специализированный стационар.

Задача 13.

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.

1.На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз. 2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания? 3. Чем обусловлено онемение кожи подбородка и нижней губы слева?

Ответы к задаче 13

2. Постэкстракционный неврит левого нижнелуночкового нерва. 2. Причина заболевания – травматическое удаление 38 зуба. 3. Выпадение чувствительности в зоне иннервации ментального нерва говорит о активных процессах демиелинизации ствола нижнелуночкового нерва в зоне его повреждения на уровне лунки удалённого 38 зуба. Также запущены дегенеративные процессы в самом осевом цилиндре нервного ствола, что и приводит к болям и парестезии одновременно.

Задача 14. Пациент 15 лет, планируется операция по поводу короткой уздечки языка. Внешне боязни операции не проявляет, ощущается лишь некоторая скованность. После

введения 0,5% раствора лидокаина в количестве 1,5 мл появилось двигательное беспокойство, позывы на рвоту, боль в животе.

Объективно: сознание сохранено, кожа лица, шеи гиперемирована, дыхание учащенное, затрудненное, пульс частый, полный.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

2. Укажите последовательность мероприятий по оказанию неотложной помощи ребенку.

3. Какие лекарственные препараты и в какой последовательности необходимо ввести.

4. Действия врача стоматолога в отношении данного больного.

5. В чем заключается профилактика аллергических реакций при лечении стоматологических заболеваний.

Ответ к задаче 14. Аллергическая реакция на анестетик. Короткая уздечка языка. 2. Прекратить введение медикаментозных средств. Очистить полость рта от слюны. Повернуть голову ребенка набок и придать ей разгибательное положение. Освободить шею, грудь от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха. Искусственное дыхание при необходимости. 3. Внутривенно вводят преднизолон, внутримышечно либо подкожно 0,1 мл. 0,1% раствора адреналина. Внутривенно 1,0 мл. 1% раствора димедрола. 4. Вызов реанимационной бригады скорой помощи, госпитализация в реанимационное либо терапевтическое отделение стационара. В амбулаторной карте делается соответствующая запись проявлений аллергической реакции, указывается аллерген, записываются все неотложные мероприятия, которые проводились с указанием последовательности введения и дозировки лекарственных препаратов. На первой странице амбулаторной карты делается запись об аллергологическом анамнезе. 5. Тщательное выявление аллергологического анамнеза. Проведение операции под наркозом при отягощенном аллергологическом анамнезе.

Задача 15. Больная Л. 14 лет обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочке правой щеки. Постоянно прикусывает слизистую оболочку щеки в области 14 и 15 зубов. Полгода назад больная обратила внимание на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочке щеки.

Объективные данные: конфигурация лица не нарушена. На фоне неизменной слизистой оболочки правой щеки по линии смыкания зубов определяется опухолевидное образование на ножке размером 0,3х0,5 см с белесоватой ворсинчатой поверхностью. Прикус ортогнатический.

С	П 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	
П	П

На дистально-щечной поверхности 16 глубокая кариозная полость с острыми краями, дно плотное, пигментированно. Зондирование, перкуссия безболезненные, кратковременная боль на холодное. ЭОД – 16 мкА.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

2. Определите объем хирургического вмешательства.

3. Последовательность действий при лечении 16.

4. возможная причина изменения слизистой оболочки полости рта.

Ответ к задаче 15.

1. Папиллома слизистой оболочки левой щечной области. Глубокий кариес 16.

2. Удаление опухолевидного образования в пределах здоровых тканей с гистологическим исследованием. 3. Проводниковая или инфильтрационная анестезия, препарирование кариозной полости, антисептическая обработка, высушивание, наложение лечебной прокладки с гидроокисью кальция, изолирующей прокладки (фосфат-цемент, стеклоиономер), пломбы силикофосфатного цемента, стеклоиономерного цемента,

композита химического или светового отверждения. 4. Хроническая травма (прикусывание щеки в месте дефекта зубного ряда).

Задача 16. Больной В. 18 лет направлен на санацию в стоматологическую поликлинику. Из анамнеза: С 7 лет страдает эпилепсией, постоянно принимает антиконвульсанты. Объективно: увеличение, деформация десневых сосочков, утолщение маргинального края, перекрывающего коронки зубов на 1/2 - 1/3 высоты во фронтальном отделе верхней и нижней челюстей. Десна бледно-розового цвета, плотная, безболезненна при пальпации. При зондировании определяется карман между десной и коронкой зуба, плотный зубной налет. Прикус – ортогнатический. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов верхней челюсти выявлены кариозные полости средней глубины с пигментированным дентином. Реакция на холод слабо болезненная, кратковременная. Зондирование дна и стенок слабо болезненное

О С С С С

17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27

47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37

О

О

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите подготовку полости рта к хирургическому лечению.
4. Выберите метод хирургического лечения.

Ответ к задаче 17. Гипертрофический гингивит, генерализованная форма, средний кариес 12, 11, 21, 22 зубов. 2. Общий анализ крови, мочи, анализ крови на сахар, ОПГ, ЭОД зубов. 3. Удаление зубных отложений, антисептическая обработка карманов, пломбирование кариозных полостей с тщательной полировкой поверхности, аппликации антисептиков, геля «Метрагил-дента». 4. Корректирующая гингивоэктомия

Задача 18. Больная К. 22 лет жалуется на зуд, боль при открывании рта, высыпания на коже лица. Из анамнеза: 5 дней назад после продолжительного лечения зуба появилась трещина в углу рта. На следующий день на коже щечной области слева появилась краснота, затем пузырьки с мутным содержимым и корки. Смазывала корки метиленовой синью. Свежие высыпания продолжали появляться. При осмотре на коже левой щеки, на фоне разлитой эритемы выявлены множественные мелкие фликтены и эрозии с фестончатыми краями, рыхлые гнойные корки медового цвета. В левом углу рта заеда, покрытая рыхлой желтовато-медового цвета коркой, кровоточащая при широком открывании рта. Региональные лимфоузлы увеличены, безболезненны, подвижны.

П П

П

17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27

47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37

П

П

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Назначьте общее и местное медикаментозное лечение.

Ответ к задаче 18.

1. Вульгарное импетиго. Стрепто-стафилококковая заеда.

2. Режим амбулаторный. Исключить жирную, жареную пищу. Не умываться водой. Здоровую кожу лица протирать 2% борным или 3% салициловым спиртом. Местно: гнойные корки отмачивать 3% р-ром перекиси водорода, 0,02% р-ром фурациллина, осушить, нанести антибиотиковые мази: эритромициновую, линкомициновую, тетрациклиновую. После исчезновения стрепто-стафилодермии провести санацию полости рта.

Задача 19.

Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования. Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком

открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съемными протезами.

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.

Ответы к задаче 19

1. Заеда (ангулярный хейлит). 2. Главные причины - заражение стрептококком, дрожжевым грибом, травма. Заеда часто образуется у лиц с сухой, малоэластичной кожей. Так же воспаление, трещины углов рта могут быть вторичными, связаны со снижением окклюзионной высоты и высоты нижнего отдела лица в случае полного отсутствия зубов.

Задача 20

Больной К. обратился с жалобами на сильное жжение под базисом протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были наложены съемные протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечаются гиперемия и отек слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость слизистых оболочек, больше под протезами. Язык гиперемирован, сухой. Сосочки сглажены, атрофированы.

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назначьте дополнительные методы исследования. 3. Механизм действия токсинов при данном заболевании. 4. Ваш план ортопедического лечения.

Ответы к задаче 20

1. Токсический стоматит, вызванный пластмассовыми протезами. 2. Спектральный анализ слюны, клинический анализ крови. Исследование соскобов с языка, протезов на грибок *Candida albicans*. Определение ферментной активности КФ, ЩФ, ЛДГ, протеиназ и др. РН-метрия, определение разности потенциалов. Определение остаточного мономера, качества протеза, болевой чувствительности слизистых оболочек протезного поля. 3. Токсины нарушают функцию парасимпатических нервов, а также ткань слюнных желез, что приводит к изменению обмена гистатина и серотонина, калия, белка, следствием чего является гипосаливация. 4. При выявлении некачественных протезов (плохая фиксация, балансирование протезов и т.д.), а также повышенного содержания мономера (более 0,5%) - изготовление нового протеза при строгом соблюдении режима полимеризации и правил зубного протезирования. Так же применяется элиминирующая терапия (удаление протеза, пользование только во время еды) и химическое серебрение акрилового протеза (металлизация пластмассы) через каждые 3 дня ношения, в количестве 2-3 сеансов.

Вопросы для собеседования

1. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита.

Ответ: Главными осложнениями, возникающими вследствие некорректно проведенной или несвоевременной терапии, считаются:

Переход патологического процесса из серозной формы в гнойную с формированием обширного абсцесса.

Флегмона десны.

Общее заражение крови – сепсис. Является смертельно опасным состоянием.

2. Основные этапы эндодонтического лечения.

Ответ: Основные этапы современного эндодонтического лечения

Диагностика.

Обезболивание.

Изоляция операционного поля.

Препарирование.

Удаление пульпы.

Определение длины корневого канала.

Механическая (инструментальная) и медикаментозная обработка корневых каналов.

Пломбирование корневых каналов в трехмерном пространстве.

Оценка качества лечения в ближайшие и отдаленные сроки.

3. Физиотерапевтические методы в практической эндодонтии.

Ответ: Применяют для прекращения кровотечения после витальной экстирпации при лечении пульпита применяется диатермокоагуляция.

Для уменьшения риска проталкивания инфицированного содержимого корневого канала за верхушку, угнетения жизнедеятельности микрофлоры в корневых каналах, стимуляции репаративных процессов в периодонте применяется диатермокоагуляция и диатермия.

Необходимо проводить мероприятия по уменьшению болевых процессов, купирования острых воспалительных процессов в периодонте.

После купирования острых воспалительных процессов, необходимо нормализовать трофику и микроциркуляцию в периапикальных тканях, стимулировать репаративные процессы в костных тканях.

4. Строение и функции пародонта. Этиология заболеваний пародонта.

Ответ: Пародонт - сложный морфофункциональный комплекс тканей, окружающий и удерживающий зуб в кости. Все составляющие пародонт элементы (десна, периодонт, костная ткань альвеолы и цемент) тесно связаны в развитии и строении, что обеспечивает выполнение разнообразных и весьма сложных функций - барьерной, трофической, пластической, опорно-удерживающей и др. В то же время, каждый отдельный элемент имеет свои особенности.

5. Патогенез заболеваний пародонта, классификация.

Ответ: K05: Гингивит и болезни пародонта

K05.0 Острый гингивит

K05.1 Хронический гингивит

K05.2 Острый пародонтит

K05.3 Хронический пародонтит

K05.4 Пародонтоз

K05.5 Другие болезни пародонта

K05.6 Болезнь пародонта неуточненная

6. Гингивит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Ответ: Гингивит – воспаление ткани десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения. В большинстве случаев гингивит становится следствием неудовлетворительной гигиены полости рта и скопления зубного налета, который раздражают слизистую. В результате формируются десневые карманы (увеличивается расстояние между зубом и мягкими тканями), в которых активно размножаются бактерии. Таким образом, воспаление десен имеет бактериальную природу.

Кроме того, гингивит может стать следствием аллергии, грибковых и вирусных инфекций.

7. Пародонтит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Что такое пародонтит и как лечить?

Ответ: Пародонтит – это инфекционное воспаление пародонта. Чаще всего ему предшествует гингивит, при котором воспаляется поверхность десны. Появляются кровоточивость, дискомфортные ощущения. При пародонтите воспаление проникает глубже, симптомы могут усиливаться

8. Зубные отложения. Налеты, твердые зубные отложения. Диагностика.

Что такое зубные отложения?

Ответ: Зубные отложения – это твердый или мягкий налет на поверхности эмали зубов, образующийся из микроорганизмов, паразитирующих в ротовой полости, продуктов их жизнедеятельности и компонентов химического состава внутренней среды полости рта.

9. Пародонтоз: этиология, патогенез. Патоморфология.

Ответ: Пародонтоз представляет собой невоспалительное хроническое заболевание тканей, которые окружают зуб: десен, периодонта, альвеолярных отростков. Характеризуется атрофией отдельных участков пародонта, склеротическими изменениями костной ткани, приводящими к обнажению шеек зубов.

10. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующими лизисом пародонта. Особенности клинических проявлений.

Что такое идиопатические заболевания?

Ответ: Идиопатическое заболевание — это любое заболевание с неизвестной причиной или механизмом очевидного спонтанного происхождения. От греческого ἴδιος *idios* «свой» и πάθος *pathos* «страдающий» идиопатия означает примерно «заболевание себе подобного».

11. Хирургические методы лечения пародонтита направленные на устранения пародонтального кармана и нарушений строения мягких тканей преддверия полости рта.

Ответ: Лечение десен хирургическое - это пародонтологические операции, направленные на удаление инфекционных очагов в пародонте и общее лечение десен (пластика тяжей и уздечек, лоскутные операции, кюретаж, вестибулопластика, гингивэктомия, шинирование, удлинение коронковой части зуба).

12. Другие заболевания пародонта. Пародонтолиз.

Ответ: Пародонтолиз - воспалительная деструкция пародонта, протекающая на фоне некомпенсированного диабета 1 типа, агаммаглоблинемии, нейтропении, лейкоза, гистиоцитоза X.

13. Избирательное шлифование зубов.

Ответ: Избирательное шлифование зуба — метод комплексного лечения, который применяется при заболеваниях пародонта. Процедура используется для коррекции окклюзии и артикуляции на естественных и искусственных зубах, позволяет равномерно распределить жевательную нагрузку на зубы.

14. Шинирование зубов.

Ответ: Шинирование зубов — это процедура, которая позволяет зафиксировать положение расшатавшихся зубных единиц, а также равномерно распределить на них жевательную нагрузку. За период ношения конструкции процесс расшатывания зубов прекращается, а ткани пародонта регенерируют и восстанавливают свои опорные свойства.

15. Строение слизистой оболочки полости рта.

Ответ: Слизистая оболочка рта состоит из 3 слоев: эпителиального, собственной пластинки слизистой оболочки и подслизистой основы. На всем протяжении слизистая оболочка рта выстлана многослойным плоским эпителием. Самый глубокий слой — базальный. Он состоит из цилиндрических или кубических клеток.

16. Травматические поражения слизистой оболочки рта.

Ответ: Травматические поражения СОПР в результате действия разных факторов (механических, физических, химических) возникают в том случае, если интенсивность их влияния превышает физиологический запас прочности слизистой оболочки (СО).

17. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Вирусные заболевания.

Что такое вирусная инфекция полости рта?

Ответ: Вирусное заболевание полости рта – инфекционный тип патологии, поражающий ткани полости рта. Вирусные заболевания могут возникать либо в результате разрушения клеток, либо в результате иммунной реакции на вирусные белки.

18. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Бактериальные инфекции.

Ответ: Бактериальные и вирусные инфекции языка и рта относительно распространены, и в большинстве случаев их можно вылечить при правильной диагностике и лечении. Некоторые инфекции, которые могут поражать рот и язык, включают: Камни миндалин. Также известные как тонзиллиты, это бактериальные инфекции, которые поражают ваши миндалины.

19. Аллергические заболевания слизистой оболочки рта. Приведите примеры.
Ответ: многоформная экссудативная эритема; синдром Стивенса-Джонсона; • болезнь Лайела; • хронический рецидивирующий афтозный стоматит; • синдром Бехчета; • синдром Шегрена.
20. Изменения слизистой оболочки рта при дерматозах. Примеры.
Ответ: Пузырчатка.
Красный плоский лишай.
Системная красная волчанка.
21. Заболевания губ.
Ответ: Хейлит – это изолированный воспалительный процесс в области слизистой оболочки, кожи и красной каймы губ. Внешне выглядит как отек с покраснением и шелушением тканей. Может быть самостоятельным заболеванием или симптоматическим проявлением других патологий. Рано или поздно с ним сталкивается почти каждый человек, однако в молодом возрасте болезнь протекает заметно легче, реже рецидивирует и не имеет осложнений. У пожилых людей за счет ослабления иммунной системы периодические рецидивы хейлита могут стать причиной злокачественного перерождения тканей.
22. Заболевания языка.
Ответ: Издавна состояние языка считается показателем здоровья человека. Глоссит – это целая группа заболеваний языка. Существует множество клинических вариантов глоссита и причин его появления. При многих заболеваниях изменение внешнего вида языка является основным проявлением болезни. Лечебная тактика и прогноз зависят от своевременной и правильной диагностики типа глоссита и причины его возникновения.
Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта.
23. Состояние органов полости рта у людей пожилого возраста
Ответ: Слизистая оболочка полости рта и десен становится менее эластичной, тонкой и легко ранимой, а процессы заживления протекают гораздо медленнее. Сухость в полости рта. Уменьшение слюноотделения, как результат сухость слизистой оболочки полости рта – обычная проблема пожилых людей.
24. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике.
Ответ: Виды неотложных состояний:
1. Обморок.
2. Коллапс.
3. Аллергические реакции
4. Анафилактический шок.
5. Гипертонический криз.
6. Ишемия миокарда.
7. Аритмия.
8. Астматический статус.
9. Судорожные состояния.
10. Гипогликемическая кома. Кетоацидотическая кома.
11. Острая дыхательная недостаточность.
25. Уровни экспертизы качества медицинской помощи.
Ответ: Как контролируют качество медпомощи на разных уровнях
1 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заведующим ...
2 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заместителем главного врача ...
3 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи врачебной комиссией
26. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.
Ответ: Информированное добровольное согласие – письменное или устное уведомление пациента, соответствующее праву личности на получение информации о медицинском

вмешательстве, в которой указываются цели, методы оказания медицинской помощи, риски и возможные негативные результаты лечения.

27. Основные источники финансирования здравоохранения в России.

Ответ: Основными источниками финансирования здравоохранения являются федеральный бюджет, бюджеты субъектов РФ, местные бюджеты и средства ОМС. Дополнительными источниками выступают добровольное медицинское страхование и платные услуги, однако их доля в структуре финансирования здравоохранения незначительна.

28. Понятие, виды и свойства медицинских услуг.

Ответ: В Федеральном законе «Об охране здоровья граждан», медицинские услуги – это комплекс специальных вмешательств, проводимых медицинскими специалистами для лечения пациента, диагностики у него заболеваний, а также в профилактических и реабилитационных целях.

29. Ценообразование в здравоохранении.

Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.

30. Условия допуска к трудовой деятельности в стоматологии.

Ответ: В соответствии со ст. 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан «право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в РФ имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в РФ, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности».

31. Основные характеристики качества медицинской помощи.

Ответ: Специалисты отмечают дополнительно такие характеристики качества медицинской помощи, как:

- профессиональные компетенции;
- доступность;
- безопасность;
- непрерывность;
- эффективность;
- межличностные отношения;
- удобство;
- соответствие ожиданиям пациентов.

32. Виды и характеристика медицинских услуг.

Ответ: По функционалу медицинской услуги их подразделяют на лечебно-диагностические, реабилитационные, профилактические, транспортные, санитарно-гигиенические. Также выделяют такие виды, как простые, сложные и комплексные услуги.

33. Права и обязанности медицинских и фармацевтических работников в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ».

Ответ:

1. Медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе на:

1) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;

- 2) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;
 - 3) профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;
 - 4) прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;
 - 5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;
 - 6) создание профессиональных некоммерческих организаций;
 - 7) страхование риска своей профессиональной ответственности.
34. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к детям.
Ответ: Принципы стоматологической деонтологии:
Приветливость и доброжелательность, располагающие ребенка. Осторожность, выражающаяся в правильной подаче информации относительно патологии ребенка. Тактичность в обращении к ребенку и его родителям. Сдержанность, требующая контроля собственных эмоций перед ребенком.
35. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к пожилым и престарелым пациентам.
Ответ: Прежде всего отметим, что возрастные психологические изменения у неработающих пожилых лиц часто приобретают деформированный, патологический вид. Известно, что многие старики чаще реагируют тревогой, страхом, депрессией на возникающие изменения и трудности жизни. Возможно появление переживаний, вызванных постепенным ослаблением физических и психических функций у пожилых и престарелых больных нередко возникают ипохондрические, фобические и депрессивные настроения. Отношение больных старческого возраста к своим заболеваниям отличается не столько их недооценкой, сколько переоценкой.
36. Ценообразование в здравоохранении.
Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.
37. Основные виды правовых конфликтов в медицине и стоматологии.
Ответ: Медицинский конфликт делят на две группы:
а) межличностные конфликты, сторонами которых выступают: врач – пациент; врач – врач; врач – администратор, медработник – родственник пациента; б) межгрупповые: администрация ЛПУ – пациент; врач – родственники пациента; администрация ЛПУ – пациент.
38. Автоматизированное рабочее место врача-стоматолога.
Ответ: Автоматизированное рабочее место (АРМ) – это совокупность программных продуктов и технических средств, обеспечивающих автоматизацию рабочих процессов врача. Программное обеспечение UNIVERSE-Медицина позволяет сотрудникам легко осуществлять доступ к электронной картотеке пациентов с историей болезни и лечения.
39. Виды юридической ответственности медицинских работников в стоматологии.
Ответ: Различают несколько видов юридической ответственности медицинских работников: уголовную, административную, дисциплинарную (в том числе – материальную) и гражданско-правовую.

40. Ведомственная экспертиза качества медицинской помощи в стоматологии.

Ответ: Экспертизу проводят по поручению фондов ОМС и страховых медицинских организаций эксперты КМП, включенные в территориальный реестр экспертов КМП. Ведомственная экспертиза КМП проводится штатными и внештатными экспертами-специалистами органов управления здравоохранением и подведомственных медицинских организаций.

41. Перечислите формы иммунитета организма

Ответ:

- Гуморальный иммунный ответ (В–лимфоцит);
- Клеточный иммунный ответ (Т–лимфоцит);
- Иммунологическая память (Т– и В–лимфоциты);
- Иммунологическая толерантность.

42. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Ответ: Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области:

- гаймориты (воспаление околоносовых пазух);
- лимфадениты (воспаление лимфатических узлов);
- остеомиелиты (воспаление костной ткани челюстей и других костей лица);
- корневые гранулемы и кисты (воспаление в области верхушек корней зубов).

43. Понятие о ретенции и дистопии зубов.

Ответ: Хирургическое лечение дистопированных зубов – это только лечение (удаление) в условиях стационара с предварительной предоперационной подготовкой пациента. Ретенция – затрудненное прорезывание зуба. Ретинированным может быть любой зуб. Наиболее часто затрудненное прорезывание встречается у нижних зубов «мудрости».

44. Перикоронит: причины развития.

Ответ: Перикоронарит, или перикоронит, — это воспалительное заболевание, которое распространяется на ткани вокруг прорезывающегося зуба. Механизм развития воспаления состоит в том, что зуб при прорезывании преодолевает массу препятствий: костную ткань, надкостницу, мягкие ткани. При трудном и длительном прорезывании над зубом формируется своеобразный капюшон, под который попадают болезнетворные бактерии и остатки пищи. В результате развивается воспалительный процесс.

45. Одонтогенный остеомиелит челюстей

Ответ: Одонтогенный остеомиелит челюстей — это инфекционный гнойно-некротический воспалительный процесс, развивающийся в костной ткани под влиянием различных агрессивных факторов на фоне предварительной сенсibilизации организма и нейрогуморальных сдвигов, предшествующих началу развития заболевания.

46. Абсцессы и флегмоны лица и шеи. Классификация. Пути проникновения и распространения инфекции в мягких тканях.

Ответ: Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области различной локализации возникают как осложнения периодонтита, периостита или остеомиелита челюстей, а также фурункулов, карбункулов и других неодонтогенных гнойных процессов кожи. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, они относятся к классу L03.2 (флегмоны лица) и K12.2 (флегмоны и абсцессы области рта). Абсцессы и флегмоны представляют собой гнойный воспалительный процесс, локализованный в клетчатке, при этом он может быть ограниченным (при абсцессах) или разлитым (при флегмонах). Ограничение воспалительного процесса достигается за счет формирования пиогенной мембраны, однако клинически не всегда можно четко отделить абсцесс от флегмоны.

Классификация. В РФ в клинической практике используют классификацию гнойно-воспалительных процессов А.И. Евдокимова и Г.А. Васильева, построенную по топографо-анатомическому принципу. Согласно этой классификации, абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области и шеи подразделяют на:

- расположенные в клетчаточных пространствах, прилегающих к верхней челюсти (подглазничная, скуловая и орбитальная области, височная, подвисочная и крыловидно-нёбная ямки, твердое и мягкое нёбо);
- расположенные в клетчаточных пространствах, прилегающих к нижней челюсти (подбородочная, подподбородочная, поднижнечелюстная и щечная области, крыловидно-нижнечелюстное, окологлоточное и поджевательное пространства, область околоушной слюнной железы, позадинижнечелюстная ямка);
- абсцессы и флегмоны дна полости рта - верхний и нижний отделы;
- абсцессы и флегмоны языка и шеи.

47. Показания к удалению зубов и сберегательным хирургическим операциям.

Ответ: Показанием к удалению является безуспешное перелечивание каналов ранее неоднократно леченых зубов. Неправильное положение зубов мудрости и патологические процессы в них, запущенное выраженное кариозное разрушение зуба, который невозможно вылечить также являются показаниями для удаления.

48. Одонтогенный периостит челюстей: этиология, патогенез, клиническая картина,

Ответ: Одонтогенный периостит наиболее частое заболевание. Острый одонтогенный периостит относится к гнойному виду заболевания, характеризуется инфицированием надкостницы альвеолярного отростка с локализацией первичного очага воспаления в тканях пародонта. Наиболее часто гнойный периостит возникает в области нижней челюсти.

49. Классификация осложненных форм ретенции нижних третьих моляров, клиника, диагностика, принципы лечения.

Ответ: Прорезывание зубов является результатом взаимодействия активности ростковой зоны корня зуба и перестройки окружающей костной ткани. При нарушении взаимодействия этих факторов нарушается положение зуба, возникает дистопия. Один из вариантов дистопии - ретенция, наиболее часто встречается у нижних третьих моляров (НТМ).

Ретенция зуба - задержка прорезывания зуба относительно среднего срока прорезывания.

Различают следующие виды ретенции:

1. По отношению к полости рта:

частичная;

полная.

2. По отношению к костной ткани:

клиническая;

анатомическая.

50. Показания к удалению ретинированных и дистопированных зубов, комплексное лечение.

Ответ: Удаление ретинированного и дистопированного зуба мудрости – это сложная процедура, так как корни можно удалить только хирургическим вмешательством. На первом этапе стоматолог проводит детальный осмотр челюсти, определяя точное расположение корней и степень патологии. Деформация зуба мудрости называется ретенцией, которая может принимать различные формы:

Обычная форма. В этом случае прорезывание зуба связано с определенными трудностями и может сопровождаться воспалительным процессом.

Полная ретенция. Если коронка полностью скрыта десенной тканью, удаление осуществляется в срочном порядке, так как зуб начинает расти неправильно и нарушает положение роста соседних зубов.

Частичная ретенция. В том случае, когда коронка скрыта лишь частично, процесс извлечения становится проще, но корни обычно разрезаются на несколько частей для полного удаления.

Процедура удаления ретинированного и дистопированного зуба мудрости осуществляется под анестезией, так как стоматологам предстоит разрезать десны и извлекать коронку по

частям. При этом процесс извлечения может проводиться в несколько этапов, и иногда требуется несколько отдельных операций для полного удаления зуба.

51. Понятие о репаративном остеогенезе.

Ответ: Репаративный остеогенез – это многокомпонентный процесс, основными этапами которого являются дифференцировка клеток, пролиферация, резорбция погибшей ткани и образование кости с ее ремоделированием, формирование органического внеклеточного матрикса и его минерализация.

52. Понятие о антибиотикорезистентности возбудителей

Ответ: Устойчивость к противомикробным препаратам возникает, когда микробы развивают механизмы, которые защищают их от воздействия противомикробных препаратов. Антибиотикорезистентность (от антибиотик и резистентность) — это частный случай устойчивости к противомикробным препаратам, когда бактерии становятся устойчивыми к антибиотикам. Устойчивые микробы труднее лечить, требуются более высокие дозы или альтернативные лекарства, которые могут оказаться более токсичными. Эти подходы также могут быть более дорогими.

53. Использование пломбирочных материалов при лечении кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов. Опрос, тестовые задания, ситуационные задачи.

54. Кариес дентина.

Ответ: Кариес дентина — это патологический процесс, при котором кариес поражает не только зубную эмаль, но и находящийся под ней дентин. Кариес цемента — патологический процесс, при котором кариес поражает цемент и возникает после оголения корня зуба.

55. Кариес цемента. Клиника.

Ответ: Кариес цемента (корня) – это патология зубного ряда, выраженная в поражении участка зуба у десны или же под ней. В зависимости от кариозного очага, это заболевание делится на несколько типов: пришеечный, корневой и прикорневой.

Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания

Критерии	Уровни сформированности компетенций		
	<i>Пороговый</i>	<i>достаточный</i>	<i>Повышенный</i>
	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности высокая адаптивность практического навыка

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучаемый демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания форм контроля.

Критерии оценивания при зачёте:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
зачтено	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	логичность и последовательность ответа
не зачтено	недостаточное знание изучаемой предметной области,	слабые навыки анализа явлений, процессов, событий,	отсутствие логичности и последовательности

	неудовлетворительное раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы, приводимые примеры ошибочны	ответа
--	---	---	--------

Собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
Удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается	удовлетворительная логичность и последовательность ответа

	ошибок в содержании ответа	несколько ошибок в содержании ответа	
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Шкала оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	Отлично
81-90	Хорошо
71-80	Удовлетворительно
Менее 71	Неудовлетворительно

Ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
Удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
Неудовлетворительно	непонимание	Низкая	Недостаточные	Отсутствует

тельно	проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	способность анализировать ситуацию	навыки решения ситуации	
--------	---	------------------------------------	-------------------------	--

Навыков:

Отметка	Дескрипторы		
	системность теоретических знаний	знания методики выполнения практических навыков	выполнение практических умений
отлично	системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д.	устойчивые знания методики выполнения практических навыков	самостоятельность и правильность выполнения практических навыков и умений
хорошо	системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д., допускаются некоторые неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро исправляются	устойчивые знания методики выполнения практических навыков; допускаются некоторые неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро исправляются	самостоятельность и правильность выполнения практических навыков и умений
Удовлетворительно	удовлетворительные теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д.	знания основных положений методики выполнения практических навыков	самостоятельность выполнения практических навыков и умений, но допускаются некоторые ошибки, которые исправляются с помощью преподавателя
неудовлетворительно	низкий уровень знаний о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д. и/или	низкий уровень знаний методики выполнения практических навыков	невозможность самостоятельного выполнения навыка или умения

не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки		
---	--	--

Презентации/доклада:

Отметка	Дескрипторы			
	Раскрытие проблемы	Представление	Оформление	Ответы на вопросы
Отлично	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы обоснованы.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана. Использовано более 5 профессиональных терминов.	Широко использованы информационные технологии. Отсутствуют ошибки в представляемой информации.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и/или пояснений.
Хорошо	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны и/или обоснованы.	Представляемая информация систематизирована и последовательна. Использовано более 2 профессиональных терминов.	Использованы информационные технологии. Не более 2 ошибок в представляемой информации	Ответы на вопросы полные и/или частично полные
Удовлетворительно	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны и/или выводы не обоснованы.	Представляемая информация не систематизирована и/или не последовательна. Использован 1-2 профессиональных термин.	Использованы информационные технологии частично. 3-4 ошибки в представляемой информации.	Только ответы на элементарные вопросы.
Неудовлетворительно	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы.	Представляемая информация логически не связана. Не использованы	Не использованы информационные технологии. Больше ошибок	Нет ответов на вопросы.