

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра стоматологии №4

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель
образовательной программы
к.м.н., доцент Задорожний А.В.
«18» июня 2024г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры**

Специальность 31.08.76 Стоматология детская

Направленность (профиль) программы **Стоматология детская**

Блок 3

Базовая часть (БЗ.Б.01)

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения очная

**Ростов-на-Дону
2024г.**

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- ✓ профилактическая;
- ✓ диагностическая;
- ✓ лечебная;
- ✓ реабилитационная;
- ✓ психолого-педагогическая;
- ✓ организационно-управленческая

Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

-предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

-проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

-проведение сбора и медико-статистического анализа информации' о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

-диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

- диагностика неотложных состояний;

-диагностика беременности;

-проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- оказание специализированной медицинской помощи;

- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

- оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

- организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;

- организация проведения медицинской экспертизы;

- организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

-ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации;

- создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

- соблюдение основных требований информационной безопасности.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Универсальные компетенции (УК-):

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2); готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по

выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК-):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК- 2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной , статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6);

лечебная деятельность:

- готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи (ПК-7);
- готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в

сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11);

- готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медикостатистических показателей (ПК-12);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.76 «Стоматология детская»

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.76 «Стоматология детская» осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача - стоматолога детского в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.76 «Стоматология детская» проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.76 «Стоматология детская».

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.76 «Стоматология детская».

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата*).

Дистанционный формат - процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющих теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер задания	Формулировка содержания задания	Компетенции, освоение которых проверяется вопросом
1	1. Пример формулировки теоретического вопроса: Методы обследования детей в клинике стоматологии детского возраста.	ПК-1, ПК-2, ПК-4
	2. Пример ситуационной задачи: Ребенок 7 лет жалуется на сильные самопроизвольные боли в области 6.3 зуба, появились два назад. Родители отмечают плохой сон и аппетит ребенка. Объективно: Не значительная асимметрия мягких тканей левой щеки. Ребенок боится открыть рот. Слюна вязкая. Слизистая оболочка полости рта в области зуба отечна и гиперемирована. На дистальной поверхности зуба глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование полости и перкуссия зуба болезненны. Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз. Вопрос 2. Необходимые методы исследования. Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику. Вопрос 4. Обоснуйте план лечения. Вопрос 5. Этапы лечения.	ПК-5, ПК-7, УК-1

передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Анатомо-физиологические особенности зубов у детей.
2. Методы обследования детей в клинике стоматологии детского возраста.
2. Сроки формирования, прорезывания и рассасывания корней временных зубов. Причины, нарушающие эти процессы.
3. Сроки прорезывания и формирования корней постоянных зубов.
4. Кариес. Этиология. Патогенез. Классификация.
5. Начальный кариес временных зубов. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
6. Начальный кариес постоянных зубов. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
7. Поверхностный кариес у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
8. Средний кариес у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
9. Глубокий кариес у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
11. Лечебные прокладки. Состав, свойства. Механизм действия.
12. Особенности клинического течения кариеса зубов у детей. Индексы интенсивности кариеса у детей разного возраста. Принципы лечения кариеса в зависимости от степени активности кариозного процесса.
13. Лечение среднего кариеса у детей. Выбор пломбировочного материала в зависимости от возраста ребенка, групповой принадлежности зуба и локализации кариозной полости.
14. Лечение кариеса временных зубов. Традиционные и альтернативные методы.
15. Профилактика кариеса зубов у детей. Методы и средства экзогенной и эндогенной профилактики.
16. Ошибки и осложнения при лечении кариеса.
17. Пульпиты у детей. Этиология, патогенез. Классификация. Методы оценки состояния пульпы.

18. Пульпиты у детей. Особенности клинического течения острого пульпита во временных и постоянных зубах с несформированными корнями.
Дифференциальная диагностика. Оказание неотложной помощи.
19. Пульпиты у детей. Особенности клинического течения хронических форм пульпита во временных и несформированных постоянных зубах. Методы диагностики.
20. Показания к консервативному (биологическому) методу лечения пульпита у детей. Лекарственные вещества, применяемые при этом методе лечения. Оценка эффективности лечения.
21. Лечение пульпитов у детей. Метод девитальной ампутации. Показания, противопоказания. Методика проведения особенности девитализации пульпы у детей.
22. Лечение пульпитов у детей. Метод витальной ампутации. Показания*
противопоказания. Методика проведения. Оценка эффективности лечения.
23. Лечение пульпитов у детей. Метод витальной экстирпации. Показания и методика проведения. Выбор пломбировочного материала для корневых каналов.
24. Лечение пульпитов у детей. Метод девитальной экстирпации.
Показания, противопоказания. Пломбировочные материалы для корневых каналов.
25. Ошибки и осложнения при лечении пульпитов у детей.
26. Пародонтит у детей. Этиология, патогенез пародонтитов. Классификация.
Методы диагностики.
27. Острый инфекционный пародонтит временных и постоянных зубов у детей.
Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принцип лечения.
28. Острый токсический пародонтит временных и постоянных зубов у ‘ детей.
Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принцип лечения.
29. Острый травматический пародонтит временных и постоянных зубов у детей.
Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принцип лечения.
30. Хронический пародонтит временных зубов. Клиника, диагностика,
дифференциальная диагностика, показания к консервативному лечению.
- 31 .Лечение пародонтитов временных зубов. Пломбировочные материалы для
корневых каналов.
32. Хронический пародонтит временных зубов. Клиника, диагностика,
дифференциальная диагностика. Показания к удалению временного зуба.
33. Хронический пародонтит постоянных зубов с ^сформированными корнями.
Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методика лечения.
Пломбировочные материалы для корневых каналов. Отдаленные результаты
лечения.
34. Хронический пародонтит постоянных зубов со сформированными корнями.

- Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методика лечения.
Пломбировочные материалы для корневых каналов.
35. Некариозные поражения зубов у детей: системная гипоплазия. Этиология.
Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
36. Некариозные поражения зубов у детей: местная гипоплазия. Этиология. Клиника,
дифференциальная диагностика, лечение.
37. Флюороз. Клиника, диагностика, лечение.
38. Наследственные пороки развития твердых тканей зубов. Клиника, диагностика,
лечение.
39. Классификация травматических повреждений зубов. Методы обследования.
40. Ушиб. Вывих: неполный, полный, вколоченный. Клиника, диагностика, лечение,
прогноз.
41. Перелом коронки, корня зуба. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
42. Хронический катаральный гингивит у детей. Причины возникновения. Клиника,
диагностика, принципы лечения.
43. Хронический гипертрофический гингивит у детей. Этиология. Клиника,
диагностика. Принципы лечения.
44. Анатомо-физиологические особенности пародонта у детей. Этиология и
патогенез заболеваний пародонта. Классификация болезней пародонта.
45. Быстро прогрессирующий пародонтит у детей. Диагностика. Тактика
стоматолога.
46. Принципы лечения заболеваний пародонта. Медикаментозные средства,
применяемые при лечении гингивитов и пародонтитов.
47. Профилактика заболеваний пародонта. Средства гигиены при заболеваниях
пародонта.
48. Пародонтомы, пародонтолиз, клиника, дифференциальная диагностика, подход к
лечению.
49. Рентгеносемиотика заболеваний зубов у детей.
50. Особенности строения СОПР у детей в различные возрастные периоды развития.
51. Заболевания СОПР вирусной этиологии (РГС, герпангина), этиология, патогенез,
клиника и лечение.
52. Острый кандидамикоз у детей, этиология, патогенез, клиника, лечение,
профилактика.
53. Хронический кандидамикоз у детей, этиология, клиника, лечение, методы
профилактики.
54. Травматические повреждения слизистой оболочки полости рта у детей.
Классификация. Принципы лечения. •
55. Хроническая механическая травма. Причины возникновения. Клиника,
диагностика. Принципы лечения.
56. Афты Беднара. Клиника, диагностика. Принципы лечения.

57. Острый герпетический стоматит. Клиника, диагностика, лечение.
58. Молочница. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.
59. Хронический периодонтит временных зубов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Понятие о патологической резорбции корней. Влияние заболевания на развитие постоянных зубов.
60. Хронический периодонтит у детей. Показания к лечению временных и ^сформированных постоянных зубов в зависимости от возраста ребенка клинического течения и данных рентгенографии.
61. Болезни пародонта у детей, обусловленные общими заболеваниями. Особенность диагностики и лечения.
62. Виды аллергических реакций. Анафилактический шок. Оказание неотложной помощи.
63. Медикаментозные стоматиты. Клиника, диагностика, лечение.
64. Многоформная экссудативная эритема. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
65. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
66. Проявление острых инфекционных заболеваний на слизистой оболочки полости рта (ветряная оспа, корь, скарлатина), тактика стоматолога.
67. Заболевания губ у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
68. Заболевания языка у детей. Классификация. Клиника, диагностика, принципы лечения.
69. Поражение слизистой оболочки полости рта, вызванные туберкулезной и сифилитической инфекцией. Тактика стоматолога.
70. Проявления на слизистой полости рта при заболеваниях крови у детей. Клиника, диагностика. Тактика стоматолога.
71. Изменения слизистой оболочки полости рта при соматических заболеваниях, заболеваниях ЖКТ, гиповитаминозах.
72. Проявление ВИЧ-инфекции на слизистой оболочке полости рта у детей.
73. Премедикация и обезболивание в детской стоматологии. Возрастные и индивидуальные показания к применению обезболивания и премедикации у детей.
74. Диспансеризация детей у стоматолога.
75. Неотложная стоматологическая помощь детям разного возраста при воспалительных заболеваниях зубов.
76. Плановая санация полости рта у детей.
77. Обезболивание при стоматологических вмешательствах у детей. Принцип выбора

метода обезболивания. Показания к общему обезболиванию.

78. Инфильтрационная и аппликационная анестезии. Показания, препараты, методики проведения у детей.
79. Неотложная помощь при лекарственном шоке и бронхиальной астме, развившихся при введении анестетика. Профилактика лекарственного шока (аллергические пробы).
80. Мандибулярная анестезия у детей. Показания, препараты, методика проведения.
81. Операция удаления зуба. Показания, особенности проведения операции у детей. Возможные осложнения, их предупреждение.
82. Острый одонтогенный остеомиелит у детей. Профилактика, закономерности клинического проявления, течение, лечение, исходы.
83. Хронический одонтогенный остеомиелит у детей. Закономерности клинического проявления, течение, лечение. Профилактика осложнений и рецидивов заболевания.
84. Лимфадениты челюстно-лицевой области у детей. Происхождение, клиническое течение, исходы.
85. Острый периостит у детей. Причины, закономерности клинического проявления, лечение. Показания к госпитализации.
86. Переломы челюстей у детей. Диагностика. Принципы лечения, реабилитация ребенка после перелома челюстей.
87. Хронический паренхиматозный паротит у детей. Закономерности клинического проявления. Лечение.
88. Травмы зубов у детей. Виды травм. Диагностика, лечение, реабилитация.
89. Травмы мягких тканей лица и полости рта у детей. Закономерности клинического проявления, методы лечения, возможные исходы и осложнения, профилактика.
90. Корневые воспалительные кисты молочных и постоянных зубов у детей. Происхождение, патогенез, клинико-рентгенологическая картина, лечение.

91. Гематогенный остеомиелит лицевых костей у детей. Причины, закономерности клинического проявления, лечение.
92. Хронический периостит у детей. Причины, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение. Прогнозирование течения и исхода заболевания.
93. Паротиты у детей. Дифференциальный диагноз эпидемического паротита, хронического паренхиматозного паротита в стадии обострения и лимфаденита данной области.
94. Травмы височно-нижнечелюстного сустава у детей. Причины, клиника, методы диагностики, лечение. Реабилитация ребенка.
95. Абсцессы челюстно-лицевой области у детей. Причины, клиника, диагностика. Неотложная помощь в условиях поликлиники. Показания к госпитализации.
96. Флегмоны челюстно-лицевой области у детей. Причины развития, клиника, диагностика, лечение.
97. Врожденная патология (расщелины губы, неба)
98. Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Классификация, патогенез, клиника, лечение.
99. Переломы верхней челюсти у детей. Причины, клиника, диагностика, лечение, реабилитация, профилактика. *
100. Переломы нижней челюсти у детей. Причины, клиника, диагностика, лечение, реабилитация, профилактика.

ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Раздел: Терапевтическая стоматология детская

Задача №1.

В поликлинику на прием обратилась мама с ребенком в возрасте 10 месяцев. Жалобы на отказ от пищи. Из анамнеза был выявлен токсикоз мамы в первую половину беременности. Ребенок находится на искусственном вскармливании. На ночь мама оставляет бутылочку со смесью малышу в кровати. Объективно: на вестибулярной и небной поверхностях 52, 51, 61, 62 зубов в пришеечной области кариозные полости средней глубины. Дентин пигментированный, плотный. Эмаль по периферии полостей белая, хрупкая. При удалении дентина экскаватором отмечается болезненность в области эмалево-дентинной границы.

	с	с	с	с
	52	51	61	62
	82	81	71	72

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Назначьте местное и общее лечение ребенку.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №2.

Больной 14 лет, обратился с жалобами боли в 16, возникающие во время приема жесткой и холодной пищи. Из анамнеза: 16 был лечен по поводу кариеса, 2 месяца назад пломба частично выпала, появились боли на температурные и механические раздражители. Объективно: конфигурация лица без видимых изменений. Рот открывает в полном объеме. На жевательной поверхности 16 глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином и остатками пломбы из амальгамы, резкая боль при зондировании по дну кариозной полости, реакция на холодное кратковременная, перкуссия безболезненная, ЭОД 10 мкА. Прикус ортогнатический. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются.

с	с								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 предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Проведите местное и общее лечение ребенку.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача № 3.

В детскую стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта обратилась мама с ребенком 10 лет. Объективно: конфигурация лица не нарушена, рот открывается в полном объеме. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренной влажности. УИГ = 0,9, КПП = 0,3. На дистальной поверхности 14 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование слабо болезненно по стенкам кариозной полости, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная.

	п	пс	с						с		с	с	
	16	55	14	53	12	11	21	22	63	24	65	26	
	46	85	44	83	42	41	31	32	73	74	75	36	
	п	с								с	с	с	

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Проведите местное и общее лечение.
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №4.

Ребенку 11 лет. Жалобы на косметический недостаток, боли не беспокоят. Объективно: на вестибулярных и небных поверхностях зубов 12, 11, 21, 22, 42, 41, 31, 32 параллельно режущим краям имеются углубления в виде бороздок. Эмаль тонкая, плотная, в цвете не изменена. Зубы 46, 36, 26, 16 запломбированы, бугры меловидно-желтоватого цвета. КПУз+ кпуз= 6, КПИ= 2,0; Поставьте диагноз. Назовите возможные причины данной патологии. Проведите дифференциальную диагностику. Составьте план лечения.

Задача №5.

Ребенку 12 лет. Жалоб на боли нет. Мать обратила внимание на наличие дефекта твердых тканей зуба 45. Объективно: на жевательной и щечной поверхностях зуба 45 - несколько

пигментированных углублений в эмали. На щечном бугре эмаль отсутствует. Зондирование безболезненное. Дентин плотный, желтовато-коричневого цвета. Поставьте диагноз. Назовите возможные причины. Составьте план лечения и профилактики.

Задача №6.

Ребенку 10 лет. Жалобы на косметический недостаток со слов матери. Объективно: на вестибулярных поверхностях зубов 12, 11, 21, 22,, 31, 32, 41, 42. Ближе к режущему краю, - углубления эмали в виде поперечных бороздок. Эмаль истончена, просвечивается желтоватый дентин, на жевательных поверхностях зубов 16, 26, 36, 46 - пломбы, бугры пигментированы, эмаль отсутствует. Зондирование безболезненное, дефекты плотные. Диагноз? Ваша тактика?

Задача №7.

Ребенок 5-ти лет. Жалоб не предъявляет. Во время профилактического осмотра выявлена глубокая кариозная полость на жевательной поверхности 5.5 зуба, выполненная размягченным дентином. При эвакуации дентина полость зуба легко вскрывается, дает болезненную реакцию, появляется кровоточивость. На температурные раздражители - холод болезненная реакция, которая держится некоторое время после прекращения действия раздражителя.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Проведите дополнительные исследования.

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Этапы лечения.

Задача №8.

Ребенок 7 лет жалуется на сильные самопроизвольные боли в области 6.3 зуба, появились два назад. Родители отмечают плохой сон и аппетит ребенка. Объективно: Не значительная асимметрия мягких тканей левой щеки. Ребенок боится открыть рот. Слюна вязкая. Слизистая оболочка полости рта в области зуба отечна и гиперемирована. На дистальной поверхности зуба глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование полости и перкуссия зуба болезненны.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Необходимые методы исследования.

>

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 5. Этапы лечения.

Задача №9.

Ребенку 6 лет. Жалобы на кровоточивость из зуба 5.4 и болезненность при попадании жесткой пищи, иногда длительную боль от мороженого. Объективно: на дистальной поверхности зуба 5.4 - кариозная полость частично заполненная красной, болезненной и кровоточащей при зондировании тканью. КПУз+кпуз=8; ОНІ-S=0,9; КПИ=0,8. Прикус нейтральный, бугры временных клыков хорошо выражены.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Причина возникновения болей.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Необходимые лечебные мероприятия.

Вопрос 5. Этапы лечения.

Ребенку 5 лет. Жалобы на кратковременные самопроизвольные боли с длительными безболевыми промежутками в зубе 7.5. Со слов матери, зуб беспокоит несколько часов. Были 3 болевых приступа продолжительностью 15-20 минут. Ранее зуб не болел. Объективно: на жевательной поверхности зуба 7.5 - глубокая кариозная полость, выполненная светлым, рыхлым дентином. Зондирование дна резко болезненно в одной точке. Перкуссия безболезненна. Слизистая оболочка в области зуба 7.5 обычного цвета. Р1Л=1,7 кпуз=3. Прикус перекрестный.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Причина возникновения болей.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Необходимые лечебные мероприятия.

Вопрос 5. Этапы лечения.

Задача №11.

Больной Д., 12 лет. Жалобы на боли в области 1.5 зуба во время приема пищи, усиливающиеся к вечеру. Зуб ранее не болел, не лечен. Объективно: десна, окружающий зуб, не изменена. На апроксимальной поверхности 1.5 зуба кариозная полость, полость зуба не вскрыта, стенки и дно кариозной полости размягчены. Зондирование дна полости местами болезненно, перкуссия безболезненна. Возникает продолжительная боль после орошения холодной водой. На рентгенограмме: глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба. Корни 1.5 зуба сформированы.

Вопрос 1. Причины данного заболевания

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика

Вопрос 3. Этиология и патогенез данного заболевания.

Вопрос 4. Дополнительные методы исследования.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

Задача №12.

Больной А., 10 лет. Жалобы на резкую боль при приеме пищи, разговоре. Из анамнеза выявлено, что в области фронтальных зубов был нанесен удар тупым предметом два дня назад. Объективно: слизистая оболочка в области фронтальных зубов гиперемирована, местами синюшная, десневые сосочки резко отечны. Часть коронки 2.1 зуба, отломлена, пульпа, отечная, набухшая, ярко-красного цвета, резко болезненная при зондировании. Зуб слегка подвижен. Холод вызывает боль. Перкуссия болезненна. На рентгенограмме - структура кости не нарушена. Периодонтальная щель у 2.1 зуба расширена.

Вопрос 1. Поставьте диагноз

Вопрос 2. Ваши действия в данной ситуации.

Вопрос 3. Дополнительные методы исследования.

Вопрос 4. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

Задача №13.

Ребенку 10 лет. Жалобы на изменение цвета коронки зуба 1.2. Из анамнеза: год назад во время занятий спортом ребенок ударился зубами при падении, отломалась часть коронки. После удара зуб болел от термических раздражителей и при накусывании. Боль купировалась самостоятельно, к стоматологу не обращались.

Объективно: отсутствует 1/2 коронки зуба 1.2. Коронка серого цвета, на десне в области проекции корня свищ, перкуссия безболезненная. Обнаружено сообщение с полостью зуба, зондирование пульпы безболезненное.

Вопрос 1. Причины данного заболевания

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 3. Поставьте диагноз.

Задача №10.

Вопрос 4. Укажите возможные причины осложнения данного заболевания. Вопрос 5. Ваш прогноз.

Задача №14.

Родители ребенка 4 лет обратились к врачу с жалобами на отказ ребенка от еды, плохой сон. Ребенок беспокоен, жалуется на боли в области 5.5 зуба. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,2 градуса. При осмотре ребенка отмечается асимметрия лица за счет отека мягких тканей правого щеки. Слизистая оболочка полости рта в области 5.5 зуба гиперемирована и отечна. На дистальной поверхности 5.5 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба не вскрыта, зондирование безболезненно, перкуссия умеренно болезненна. На температурные раздражители зуб не реагирует.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Проведите дополнительные методы исследования.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Опишите этапы лечения.

Вопрос 5. Каков прогноз заболевания

Задача №15.

Ребенок 6 лет предъявляет жалобы на задержку пищи в области 8.5 зуба неприятные ощущения в зубе после еды. При обследовании установлено: слизистая оболочка в области зуба гиперемирована, отечна, имеется свищ. Коронка сильно разрушена, полость зуба вскрыта, зондирование и перкуссия зуба безболезненны. На рентгенограмме имеется очаг разрежения костной ткани в области бифуркации корней зуба с четкими границами.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Этапы лечения.

Вопрос 5. Прогноз.

Задача №16.

Ребенку 10 лет поставлен диагноз: хронический верхушечный периодонтит 2.2 зуба. На рентгенограмме определяется сформированность корня на 2/3 величины.

Вопрос 1. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 2. Этапы лечения.

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Проведите дополнительные методы исследования.

Вопрос 5. Этапы эндодонтического лечения

Задача №17.

Пациент К., 9 лет, обратился в детскую стоматологическую поликлинику через 2 часа после травмы, полученной на спортивной площадке, при падении с качелей. Сознание не терял. Объективно: При внешнем осмотре имеется рана верхней губы, проходящая через кожу, красную кайму, слизистую оболочку, неправильной формы, длиной до 1,5 см, края неровные и разрыв слизистой оболочки между 1.1, 1.2. Сознание больного ясное, на вопросы отвечает правильно.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз патологии СОПР (МКБ-10)

Вопрос 2. Этапы лечения патологии СОПР

Вопрос 3. Выбор лекарственных препаратов (показания, противопоказания).

Вопрос 4. Прогноз патологии СОПР.

Вопрос 5. Осложнения патологии СОПР.

Задача №18

Девочка 2-х лет направлена на консультацию в связи с наличием язвы слизистой оболочки в области мягкого неба. Родилась недоношенной. С первых дней и до настоящего времени

вскармливается из бутылочки. Часто болеет ОРЗ, воспалением легких. В полости рта 2 недели назад обнаружено нарушение целостности слизистой оболочки в области мягкого неба слева. Объективно: ребенок внешне выглядит младше своего возраста. Бледная, худая. В полости рта имеются резцы, первые моляры. На твердом небе с переходом на мягкое, слева обнаружена глубокая язва 1,2 x 0,6 см, вытянутая спереди назад и покрытая желтосерым налетом. Вокруг патологического очага определяется инфильтрат в виде отчетливого возвышающегося вала. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны.

Вопрос 1. Ваш предварительный диагноз поражения СОПР.

Вопрос 2. Составьте план лечения поражения СОПР.

Вопрос 3. Перечислите препараты для лечения поражения СОПР.

Вопрос 4. Подберите оптимальный набор средств гигиены для ребенка с поражением СОПР.

Вопрос 5. Осложнения патологии СОПР.

Задача №19.

Ребенок 6 лет находится на лечении у педиатров с диагнозом - хронический бронхит, получает сумамед (азитромицин) в возрастной дозировке. Мамой обнаружено покраснение СОПР, отек языка и белесоватый налет на спинке языка, небе, щеках. Со слов мамы, ребенок родился в срок. Вес при рождении 3300 г. При осмотре: Аденоидный тип лица, носовое дыхание затруднено. Слизистая оболочка языка, неба, щек покрыта налетом белого цвета, который при соскабливании снимается не полностью. Десна гиперемированы и отечны, слюна вязкая, зубы покрыты большим количеством мягкого налета. Индекс гигиены по Федорову-Володкиной - 5,0.

Вопрос 1. Ваш предварительный диагноз поражения СОПР.

Вопрос 2. Определите сопутствующую патологию.

Вопрос 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Вопрос 4. Составьте план комплексного лечения и профилактики поражения СОПР

Вопрос 5. Составьте гигиеническую программу и подберите оптимальный набор средств гигиены для ребенка с поражением СОПР.

Задача №20.

В поликлинику обратились родители с ребенком 2-лет. Ребенок болен 4 дня. Капризный, вялый, плохо спит, отказывается от еды. Объективно: Температура тела до 39,1°C, имеются все признаки ОРЗ, лимфаденит. Лицо симметрично. На коже приротовой области единичные пузырьные высыпания. В полости рта на слизистой оболочке верхней и нижней губы, спинке языка изъязвления, покрытые сероватой фибриновой пленкой, в количестве, не превышающем 10. Кровоточивость десен III степени, отечность и гипертрофия десневого края.

Вопрос 1. Ваш предварительный диагноз поражения СОПР, с указанием степени тяжести и периода развития данной патологии.

Вопрос 2. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.

Вопрос 3. Составьте план местного лечения данной патологии.

Вопрос 4. Составьте план общего лечения данной патологии.

Вопрос 5. Перечислите показания к назначению противорецидивного лечения.

Задача №21.

Ребенку 7 лет. Предъявляет жалобы на появление во рту болезненной «язвочки». Из анамнеза: элемент поражения появился вчера; высыпания во рту возникали неоднократно, к стоматологу не обращались, лечились самостоятельно, смазывая полость рта маслом облепихи. Ребенок состоит на диспансерном учете по поводу дискинезии желчевыводящих

путей, в последние дни отмечает боль в животе. Объективно: на переходной складке в области зуба 53 имеется эрозия с ровными краями, размером 5 - 8 мм, на отечном и гиперемизованном основании слизистой оболочки. Слизистая оболочка других отделов полости рта не изменена, прикосновение к эрозии тампоном резко болезненно.

Вопрос 1. Сформулируйте диагноз.

Вопрос 2. Обследуйте ребенка.

Вопрос 3. Дифференциальная диагностика данной патологии

Вопрос 4. Определите план комплексного лечения.

Задача №22.

Ребенку 13 лет. Жалуется на недомогание, разбитость, боли в мышцах и суставах, повышенную температуру тела, болезненные высыпания в полости рта, на красной кайме губ, коже рук. В анамнезе: в течение 3 дней ребенок принимал антибиотики по поводу ОРВИ, температура снизилась до 37С, а затем повысилась до 38С. Объективно: на коже кистей рук и предплечий пятна, синюшно-красные папулы и пузыри с западением в центре. Красная кайма губ отечна, покрыта кровянистыми корками, слизистая оболочка полости рта гиперемизована, на слизистой оболочке губ, дна полости рта до 10 пузырей и эрозий диаметром 0,5-1 см.

Вопрос 1. Выскажите предположение о диагнозе.

Вопрос 2. Консультация каких специалистов понадобится?

Вопрос 3. Дифференциальная диагностика данной патологии.

Вопрос 4. Определите план комплексного лечения.

Задача №23.

Ребенку 5 лет. Вчера появились жалобы на зуд, жжение, сухость и острую боль во рту, усиливающуюся при приеме пищи и открывании рта. Из анамнеза: по поводу простудного заболевания в течение 5 дней принимал бисептол, кашель и насморк уменьшились, * температура тела нормализовалась. Объективно: слизистая полости рта умеренно гиперемизована и отечна, на твердом небе пузырь размером 1-1 см, на спинке языка эрозия неправильных очертаний размером 1-1,3 см, губы отечные, ярко-красные, болезненные при дотрагивании.

Вопрос 1. Сформулируйте диагноз.

Вопрос 2. Какие сведения Вам нужны для диагностики?

Вопрос 3. Дифференциальная диагностика данной патологии.

Вопрос 4. Определите план комплексного лечения.

Задача №24.

Ребенку 12 лет, лечится у ортодонта. Жалобы на чувство жжения слизистой оболочки полости рта после замены ортодонтического аппарата. Объективно: на верхней челюсти пластинка с вестибулярной дугой и расширяющим винтом. Слизистая нёба соответственно контурам пластинки гиперемизована, умеренно отечна. В других отделах рта слизистая оболочка без патологических изменений.

Вопрос 1. Сформулируйте диагноз.

Вопрос 2. Какие сведения Вам нужны для диагностики?

Вопрос 3. Дифференциальная диагностика данной патологии

Вопрос 4. Определите план комплексного лечения.

Задача №25.

На приеме ребенок 6 лет. Мама отметила кровоточивость при чистке зубов, а также жалобы на боль во всех зубах при приеме пищи. Жалобы появились около недели назад. Также отмечает повышенную утомляемость, сонливость, отказ от пищи, дважды за прошедшую неделю были носовые кровотечения. Объективно: Слизистая полости рта бледно-розовая, с множественными петехиями, язык чуть обложен, десна в области всех зубов гиперемизована, отечна, наиболее выражен отек десны с оральной поверхности. Лимфоузлы пальпируются до 1 см в диаметре -подвижные, слегка болезненные,

увеличенные лимфоузлы пальпируются в подчелюстной, под подбородочной, шейной, затылочной областях.

Вопрос 1. Какую патологию можно предположить в данной клинической ситуации?

Вопрос 2. Какова тактика врача-стоматолога?

Вопрос 3. Составьте план стоматологического лечения.

Вопрос 4. Составьте план профилактических мероприятий.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

Задача №26.

В поликлинику обратился пациент А., 14 лет с жалобами на разрастание десны в области фронтальной группы зубов нижней челюсти, болезненность и кровоточивость при чистке зубов и приёме твердой пищи, ранее за пародонтологической помощью не обращался. В результате оценки статуса гипертрофии пациента А. выявлен хронический гипертрофический гингивит 1, 2, 3 степени тяжести, отёчной формы, на вестибулярной поверхности зубов, с локализацией во втором и пятом сегментах. В результате комплексного обследования выявлено мелкое преддверие полости рта (3-5 мм), вертикальная резцовая дизокклюзия, тесное положение и аномалии положения отдельных зубов.

Вопрос 1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.

Вопрос 2. Укажите общие факторы, способствующие развитию данной патологии.

Вопрос 3. Укажите местные факторы, способствующие развитию данной патологии.

Вопрос 4. Укажите методы диагностики, используемые при данной патологии.

Вопрос 5. Дифференциальная диагностика данной патологии.

Задача №27.

В поликлинику обратился пациент Б. (8 лет) с жалобами на подвижность 21 зуба, эстетическую неудовлетворенность и возможность ортодонтического лечения. В результате сбора анамнеза выявлено, что пациент ранее за пародонтологической помощью не обращался. При осмотре выявлена дистальная окклюзия, глубокая резцовая дизокклюзия на фоне мелкого преддверия полости рта. В результате определения статуса рецессии пациента Б. выявлена рецессия десны I класса по Миллеру в области 21 зуба. Глубина рецессии составила 4 мм, ширина - 6 мм, зона прикрепленной кератинизированной десны - 1 мм.

Вопрос 1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.

Вопрос 2. Укажите факторы, способствующие развитию данной патологии.

Вопрос 3. Укажите методы диагностики, используемые при данной патологии.

Вопрос 4. Дифференциальная диагностика данной патологии.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

Задача №28.

Мальчик 10-ти лет обратился с жалобами на кровоточивость десен. При обследовании установлено - десна в области всех зубов на обеих челюстях вишневого цвета, резко кровоточит. Десневые сосочки увеличены и закрывают коронки зубов на 1/3. поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

Задача №29.

Девочка 8 лет обратилась с жалобами на неприятные ощущения в области нижних вторых молочных моляров с обеих сторон. При обследовании установлено изъязвление десневого края и обнажение шеек указанных зубов, подвижность I степени. Десна покрыта налетом. На рентгенограмме в области вторых молочных моляров нижней челюсти – очаг деструкции овальной формы. Поставьте диагноз, дообследуйте ребенка.

Раздел: Хирургическая стоматология детская

Задача № 1.

Больная 3-х лет поступила с жалобами на опухолевидное образование щечной и поднижнечелюстной области справа.

При обследовании больной определяется асимметрия лица за счет опухоли в щечной и поднижнечелюстной области размером 7,0 х 8,0 см. Пальпация ее безболезненна, опухоль без четких границ, тестоватой консистенции. Симптом «наполнения» - отрицательный. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка правой щеки утолщена, бугриста с наличием мелких очагов наполненных темновато-желтоватой жидкостью.

1. Этиология и патогенез данного заболевания.
2. Способы определения симптома «наполнения».
3. Диагноз.
4. План лечения.
5. 5. Сроки диспансеризации

Задача № 2.

Больная 4-х лет жалуется на периодически появляющуюся болезненную припухлость околоушно-жевательной области справа.

Последний раз припухлость появилась 2 дня назад.

Болеет два года. За это время отмечалось до 10 обострений. При внешнем осмотре лица отмечается умеренная асимметрия за счет инфильтрата в правой околоушножевательной области, кожа в данном участке в цвете не изменена, в складку не собирается. При пальпации отмечается болезненное уплотнение с бугристой поверхностью размером 3 х 4 см. При массировании околоушной области из Стенонового протока выделяется слюна с прожилками гноя.

1. Этиология и патогенез данного заболевания.
2. Составьте план обследования больного.
3. Диагноз.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечение.
6. Исход заболевания.

Задача № 3.

Больная 9 лет поступила в стоматологическое отделение с жалобами на повышенную температуру тела, наличие отека в области левой половины нижней челюсти.

Местно: асимметрия лица за счет инфильтрата размером 4,0 х 6,0 см. Кожа над инфильтратом напряжена, гиперемирована, в складку не собирается. При пальпации переходная складка в проекции 36 сглажена и болезненна, определяется флюктуация. Открывание рта свободное. Коронка 36 разрушена.

На рентгенограмме нижней челюсти слева у верхушки корней 36 определяется очаг резорбции костной ткани, неравномерно расширена периодонтальная щель.

При исследовании крови отмечается лейкоцитоз и увеличение СОЭ.

1. Этиология и патогенез данного заболевания.
2. Диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Методы обезболивания.
5. Лечение

Задача № 4.

Больной 2-х недельного возраста возбужден, кричит, плохо спит, не берет грудь, температура тела до 39° С. Общее состояние тяжелое. Рана на пупке с кровянистогнойным отделяемым.

Лицо асимметрично за счет отёка мягких тканей левой половины лица. Кожные покровы век, склера и конъюнктивы левого глаза гиперемированы. Глазная щель сужена. Экзофтальм. При пальпации в области нижнего века определяется инфильтрат с признаками флюктуации. Из левого носового хода гнойные выделения в незначительном количестве. Слизистая оболочка полости рта в области верхней челюсти слева отечна, переходная складка сглажена.

В анализе лейкоцитоз 25×10^9 л; СОЭ - 35 мм/час. В сыворотке крови С - реактивный белок.

1. Этиология и патогенез данного заболевания.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Диагноз.
4. Врачи-специалисты, привлекаемые к лечению больного.
5. Исход заболевания.

Задача № 5.

Больная 1,5 месяцев доставлена с жалобами на опухолевидное образование околоушно-жевательной области справа, которое было замечено сразу после рождения.

В околоушно-жевательной области определяется опухолевидное образование размером 3х5 см, кожа над ним ярко-красного цвета. Пальпация безболезненная, консистенция тестоватая. При крике опухолевидное образование заметно увеличивается в объеме.

1. Этиология и патогенез данного заболевания.
2. Методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Диагноз.
5. Лечение.

Задача № 6.

Больная родилась с опухолевидным образованием в подглазничной области. Кожа над опухолью ярко-красного цвета, размер опухоли 10,0 х 15,0 мм, она возвышается над кожей до 1,0 мм.

Поверхность мелко бугристая, при надавливании пальцем бледнеет.

1. Этиология и патогенез данного заболевания.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Диагноз.
4. Способы лечения.
5. Диспансерное наблюдение.

Задача № 7.

Больной 5 лет доставлен скорой помощью по поводу травмы средней зоны лица. 45 минут назад во время игры упал, ударился лицом.

Кратковременная потеря сознания, отмечалась тошнота и рвота.

При внешнем осмотре лица определяются множественные ссадины кожи наружного носа, верхней губы и подбородка. Кожа в данных областях отечна. Из правого носового хода кровянистое отделяемое. На верхней губе справа рана в вертикальном направлении длиной 1,0 см, рана проникает через все слои губы. Слизистая оболочка вокруг раны отечная, синюшного оттенка. Также имеется рана по переходной складке в проекции 11, 21. Данные зубы смещены в небную сторону, имеется разрыв слизистой оболочки в области этих зубов.

1. Врачи-специалисты, привлекаемые к лечению данного больного.
2. Диагноз.
3. Методы обезболивания.
4. Сроки лечения больного.

5. Принципы лечения.

Задача № 8.

Больная 6-ти лет поступила с жалобами на ограниченное открывание рта. Из анамнеза: затрудненное открывание рта отмечается со 2 года жизни ребенка. При родах ребенка применялась операция наложения акушерских щипцов.

При клиническом и рентгенологическом исследовании выявлено уменьшение в размерах тела и ветви нижней челюсти слева, изменение формы суставной головки. Открывание рта между передними зубами до 1,0 см.

1. Патогенез деформации.
2. Диагноз заболевания.
3. Этапы и способы лечения.
4. Исход лечения.
5. Особенности диспансерного наблюдения.

Задача № 9.

Составьте план поэтапного лечения для больного с расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба.

Задача № 10.

Больной 8 лет поступил в стоматологическое отделение с опухолевидным образованием на нижней челюсти справа.

Местно: лицо без особенностей, открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта в цвете не изменена. Кариозный 85 зуб, перкуссия его безболезненная. Коронки 83 и 85 зубов конвергируют. Со стороны преддверия полости рта в проекции 85 определяется выбухание наружной кортикальной пластинки. Симптом «пергаментного хруста» положительный. На рентгенограмме нижней челюсти справа определяется деструкция костной ткани в проекции корней 85, 84 и 83 зубов овальной формы, с четкими границами и зоной склероза. Корни 84 проецируются в зоне деструкции. Зачаток 45 смещен к нижнему краю челюсти.

1. Этиология и патогенез данного заболевания.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Диагноз.
4. Способы лечения.
5. Исход заболевания.

Задача № 11.

Больная 2-х месячного возраста поступила в хирургическое отделение детской краевой больницы с левосторонней врожденной расщелиной верхней губы, твердого и мягкого неба.

1. Этиология и патогенез. *
2. Клиническая картина.
3. Анатомические и функциональные нарушения в организме ребенка.
4. Классификация.
5. Программа реабилитации.

Задача № 12.

Больная 7 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на высокую температуру тела, боли в верхней челюсти слева, затрудненный прием пищи, болеет 4 сутки.

Объективно: на твердом небе слева в проекции 64 отмечается выбухание слизистой оболочки размером 15х15х10 мм, слизистая оболочка гиперемирована, напряжена, при пальпации резко болезненна. В 64 кариозная полость сообщается с полостью зуба, перкуссия положительная, зуб подвижен.

1. Этиология и патогенез.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Диагноз.

4. Лечение.
5. Профилактика.

Задача №13.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 8 лет, по направлению врача-терапевта. Жалобы: на наличие отека и болезненности тканей околоушной области справа, болезненность при открывании рта, снижение аппетита, нарушение сна, повышенную температуру тела.

Объективно: асимметрия лица за счет припухлости тканей правой околоушножевательной области. Цвет кожи над этой областью не изменен, при пальпации определяется отек тканей, в центре которого участки плотного болезненного инфильтрата. Слюна из околоушного протока отделяется в нормальном объеме, прозрачная, без примесей. Температура тела 37,6°C.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Задача №14.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 12 лет.

Жалобы: на повышение температуры тела до 38,4°C, головную боль, слабость, боль в области околоушной слюнной железы слева, привкус гноя во рту, отек тканей левой щечной области. Считает себя больным в течение двух дней.

Объективно: Отек мягких тканей левой щечной области, кожа гиперемирована, лоснится. Устье протока левой околоушной слюнной железы также гиперемировано, возвышается над окружающей слизистой оболочкой. Из протока выделяется мутная вязкая слюна. Пальпация железы болезненна. Слева пальпируются поднижнечелюстные лимфатические узлы, округлые, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования.
3. Проведите лечение.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этиологию и патогенез заболевания.

Задача №15.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 14 лет, по направлению от педиатра. Жалобы: на болезненное увеличение поднижнечелюстной слюнной железы справа во время приема пищи (особенно, если пища кислая или соленая), а после — медленное уменьшение ее размеров. Считает себя больным в течение полугода.

Объективно: открывание рта свободное. Слизистая оболочка вокруг устья протока гиперемирована, устье расширенно. Слюна прозрачная. Проток имеет вид тяжа, ткани вокруг него инфильтрированы.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этиологию и патогенез заболевания.

Задача №16.

Ребенок 10 лет, привезен в хирургический стационар машиной скорой помощи. Жалобы: на боли и кровоточащую рану в лобной области справа. Анамнез: во время игры в школе час назад получил травму мягких тканей области лба. Тошноты, рвоты, потери сознания не было.

Объективно: рана находится под давящей асептической повязкой. Асимметрии лица нет. При снятии повязки появилось незначительное кровотечение. Рана линейной формы с ровными

краями длиной 5 см. на всю глубину кожи, с повреждением мышечного слоя. Пальпация в области раны болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите наличие или отсутствие черепно-мозговой травмы.
3. Составьте план лечения в зависимости от наличия или отсутствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ) (хирургическое и терапевтическое лечение).
4. Назовите возможные осложнения во время операции и в послеоперационном периоде и методы их устранения.
5. Укажите зубную формулу ребенка 10 лет.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания

	Уровни сформированности компетенций		
	<i>пороговый</i>	<i>достаточный</i>	<i>повышенный</i>
Критерии	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	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	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на	Обучаемый демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков,

отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	более высоким уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.
---	---	--	--

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	Прочность знаний, знания 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 ошибок в содержании ответа.	Удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.	Удовлетворительная логичность и последовательность 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.
---------------------	--	---	--

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:

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 проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература:

1. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство / под ред.

- В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2013. - 896 с. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM).
2. Елизарова В.М. и др. Стоматология детского возраста: учебник в 3ч. - 2е изд. перераб.и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016-чЛ.Терапия - 480с.
 3. Топольницкий О.З. и др. Стоматология детского возраста: учебник в 3ч. - 2е изд. перераб.и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016-4.2.Хирургия - 320с.
 4. Персин Л.С. Стоматология детского возраста. Ч. 3. Терапия: учебник в 3х т/Л.С. Персин. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 479с.

Дополнительная литература:

1. Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии : учебное пособие для студентов мед. вузов, интернов, ординаторов, врачей / О. З. Топольницкий, А. Ю. Васильев ; ПМГМУ им. И.М. Сеченова. - Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 264 с. : цв.ил. <http://www.studmedlib.ru/>
2. Детская челюстно-лицевая хирургия : руководство к практическим занятиям для студентов, ординаторов, аспирантов / ПМГМУ им. И.М. Сеченова ; ПМГМУ им. И.М. Сеченова. – Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2015. - 168 с. : цв.ил., табл. <http://www.studmedlib.ru/>
3. Детская челюстно-лицевая хирургия. Сборник иллюстрированных клинических задач и тестов / под ред. О.З. Топольницкого, А.П. Гургенадзе - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015.-176 с. <http://www.studmedlib.ru/>
4. Велбери, Р.Р. Детская стоматология : руководство / Р. Р. Велбери, М. С. Даггал, М. -Т. Хози ; пер. с англ, под ред. Л. П. Кисельниковой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 456 с. : цв.ил.
5. Гажва, С.И. Лечение осложнений кариеса временных зубов у детей : монография / С. И. Гажва, Е. С. Пожиток, И. Г. Стельникова. - 2-е изд. - Нижний Новгород : Нижегород. гос. мед. акад., 2015. - 308 с. : ил.

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

1. <http://e-library.ru> (сайт Российской научной электронной библиотеки)
2. www.medlit.ru (сайт издательства «Медицина» с доступом к полнотекстовым вариантам статей в различных журналах)
3. www.consilium-medicum.com (сайт журналов группы «Consilium»с доступом к полнотекстовым вариантам статей)
4. ЭБС Книга Фонд <http://www.knigaflmd.ru/>; eBook Clinical Collection Trial и SMART Imagebase <http://search.ebscohost.com>;
5. ЭБС «BookUp» <http://www.books-up.ru/>;
6. Консультант студента <http://studentlibrary.ru>;
7. НЗBELIBRARY.RU <http://elibrary.ru>;
8. ВЭБСЧГМА <http://chitgma.ru/medlibrary/vebs>.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим

требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Образец эталона ответа на государственном экзамене:

Задание 1.

Теоретический вопрос.

Периодонтиты у детей. Этиология, патогенез периодонтитов. Классификация. Методы диагностики.

Эталон ответа:

Периодонтит - воспалительное заболевание тканей периодонта. По происхождению выделяют инфекционный, травматический и медикаментозный периодонтит.

Этиология и патогенез.

Воспалительный процесс в периодонте зуба является результатом его реакции на различные раздражители. Наиболее часто причиной воспаления в периодонте являются микроорганизмы и их токсины, попадающие в периодонт вследствие гибели пульпы из кариозной полости через канал зуба и дентинные трубочки, из инфицированных пародонтальных карманов, или с кровотоком и лимфотоком при острых и хронических воспалительных заболеваниях, химические вещества (ингредиенты пломбировочных материалов, мышьяковистая паста), механические воздействия (острая или хроническая травма зуба, перемещение зубов при ортодонтическом лечении). Основными возбудителями периодонтита являются стрептококки: гемолитические - 12% и

негемолитические - 62% стрептококки. Обнаруживаются так же грамположительные палочки, фузоспирохеты и грибы.

Инфекционный периодонтит возникает при проникновении микроорганизмов (негемолитического, зеленеющего и гемолитического стрептококков, золотистого и белого стафилококков, фузобактерий, спирохет, вейлонелл, лактобактерий, дрожжеподобных грибов), их токсинов и продуктов распада пульпы в периодонт из корневого канала или десневого кармана.

Травматический периодонтит может развиваться в результате как острой травмы (ушиба зуба, накусывания твердого предмета), так и хронической травмы (завышения пломбы, вредных привычек). Кроме того, нередко наблюдается травма периодонта эндодонтическими инструментами в процессе обработки корневых каналов, а также вследствие выведения за верхушку корня зуба пломбировочного материала или внутриканального штифта.

Медикаментозный периодонтит возникает вследствие попадания в периодонт сильнодействующих химических веществ и лекарственных средств: мышьяковистой пасты, фенола, формалина и т.д. К медикаментозному периодонтиту относят также воспаление периодонта, развившееся в результате аллергических реакций на различные препараты, использованные при эндодонтическом лечении (эвгенол, антибиотики, противовоспалительные средства и т.д.).

Классификация периодонтита

1. *по этиологии:* инфекционный, травматический и медикаментозный;
2. *по локализации:* апикальный и маргинальный;
3. *по клиническому течению:* острый, хронический и обострившийся;
4. *по патоморфологическим изменениям в тканях:* серозный, гнойный, фиброзный, гранулематозный и гранулирующий.

*

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 (киста апикальная (периодонтальная) и периапикальная) К 04.9 Другие болезни пульпы и периапикальных тканей

Диагностика периодонтита.

Основные методы: жалобы, анамнез жизни, заболевания; визуальный и инструментальный осмотр; пальпация, перкуссия, зондирование

Дополнительные методы исследования: температурная проба, рентгенодиагностика, ЭОД

Ситуационная задача.

В поликлинику обратилась мама с ребенком в возрасте 2-х недель с жалобами на беспокойное поведение ребенка во время кормления. Анамнез: день тому назад мать обнаружила у ребенка на слизистой языка, губ и щек крошковидный налет белого цвета. Ребенок родился посредством кесарева сечения.

Объективно: В полости рта на нижней челюсти слева имеется центральный резец, на верхней челюсти слева в области проекции резца на слизистой десны выявлена эрозия овальной формы с неровными краями. На слизистой языка, губ и щек имеется крошковидный налет белого цвета. При поскабливании налет легко снимается. Регионарные лимфоузлы не увеличены, температура тела 36,7 С.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные исследования.
3. Составьте план лечения заболевания СОПР.
4. Тактика врача в отношении центрального резца на нижней челюсти.
5. Какие гигиенические профилактические мероприятия должна проводить мама ребенка?

Эталон ответа:

1. Острый псевдомембранный кандидоз СОПР (молочница), легкая степень тяжести. Хроническая механическая травма слизистой оболочки десны.
2. Соскоб со слизистой оболочки на подтверждение специфической инфекции.
3. Ощелачивающая терапия, обработка слизистой оболочки йодистыми препаратами.
4. После выздоровления - удаление временного центрального резца.

5. Перед и после кормления - туалет грудного соска с применением детского мыла и смягчающих средств. Кипячение пустышки и хранение ее в стерильных условиях.

Задание 2.

Теоретический вопрос.

Ушиб зуба. Вывих: неполный, полный, вколоченный. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

Эталон ответа:

Ушиб - повреждение зуба и его фиксирующего аппарата без смещения в альвеоле. *Клиническая картина.* Клиническим проявлением ушиба является повышенная чувствительность зуба к перкуссии, может иметь место его подвижность. На рентгенограмме изменений нет. Сначала пульпа может не реагировать на температурные и электрические тесты, но через несколько недель или месяцев чувствительность пульпы может восстановиться. Тесты на жизнеспособность пульпы повторяют через 1 неделю, 1,3,6 и 12 месяцев и затем 1 раз в год до полного формирования корня.

Лечение ушиба временного и постоянного зуба заключается в создании покоя сроком на 3—4 недели. В случае некроза пульпы проводится эндодонтическое лечение, метод лечения и прогноз зависит от степени сформированности корня.

Вывих зуба характеризуется его смещением в ту или иную сторону в результате направления действующей силы.

Неполный вывих. *Клиническая картина.* Пациенты жалуются на боль при приеме пищи (откусывании, пережевывании), подвижность и смещение зуба, кровоточивость десны. Клинически определяется изменение положения зуба: смещение в оральном или вестибулярном направлениях, выдвижение зуба из лунки. Зуб подвижен и чувствителен при перкуссии. Возможно небольшое кровотечение из зубодесневой борозды вследствие повреждения периодонтальной связки. Рентгенологически может выявляться расширение периодонтальной щели.

Лечение при *неполном вывихе постоянных зубов* заключается в репозиции поврежденного зуба и шинировании. Необходимо выполнить репозицию в течение 1-2 часов после травмы. Для определения состояния пульпы продолжают клиническое наблюдение.

В постоянных зубах со сформированным корнем при больших латеральных и экстрозионных смещениях выполняют репозицию и шинируют зубы с помощью проволочно-композитной шины на 7-10 дней. В течение первых 2 недель проводят экстирпацию пульпы, и временное пломбирование корневого канала гидроксилом кальция с заменой препарата через каждые 3 месяца минимум в течение 1 года. Если резорбция корня отсутствует, канал пломбируют гуттаперчей.

Неполный вывих постоянного зуба с несформированным корнем. Необходимо тщательное наблюдение за такими зубами, т.к. воспалительная резорбция корня в зубах с формирующимся корнем прогрессирует быстрее. Электровозбудимость пульпы определяют через 2-3 дня после репозиции и шинирования зуба и далее, 1 раз в неделю в течение 3-4 недель. Если при повторных визитах диагностирован некроз пульпы или на рентгенограмме имеется периапикальное просветление или резорбция корня, проводят эндодонтическое лечение. До закрытия верхушки корня и остановки резорбции корня канал пломбируют гидроксилом кальция, после чего выполняют постоянное пломбирование гуттаперчей. Лечение *неполного вывиха временных зубов* с незначительным смещением ограничивается клиническим наблюдением и рентгенологическим контролем. Лечение неполного вывиха временных зубов со значительным смещением.

Неполный вывих временных интактных зубов со сформированными корнями лечат также, как и вывих постоянных зубов. Определяющим фактором при проведении репозиции и шинирования временного зуба является поведение ребенка.

Интрузионный вывих. При этом виде вывиха происходит полное или частичное погружение зуба в губчатое вещество костной ткани челюсти с частичным или полным разрывом периодонтальных волокон, нарушением кортикальной пластинки лунки зуба.

Клиническая картина. Жалобы на укорочение зуба или его отсутствие. Клинически определяется уменьшение высоты видимой части коронки зуба или полное погружение коронки

в лунку. Зуб неподвижен, перкуссия его слабо болезненная. На рентгенограмме при небольшом интрузионном смещении можно наблюдать исчезновение периодонтальной щели. При сильном смещении снимок позволяет выявить локализацию зуба и степень интрузии. При интрузионном смещении временных зубов может нарушаться целостность кортикальной пластинки фолликула постоянного зуба.

Лечение интрузионного вывиха может быть разным: ранняя репозиция и выжидание самостоятельного повторного прорезывания.

Лечение постоянных зубов со сформированным корнем заключается в ортодонтической репозиции зуба в течение 3-4 недель, (а затем его стабилизация в течение 2-4 недель). Через 2 недели после травмы следует провести экстирпацию пульпы, а каналы временно запломбировать гидроксидом кальция, чтобы предотвратить начало воспалительной резорбции корня. Постоянное пломбирование корневых каналов проводят через 12 месяцев.

Лечение постоянных зубов с несформированным корнем. Если интрузия незначительная, лечение не требуется, такие зубы самостоятельно повторно прорезываются. Если смещение значительное, или в ранние сроки (1-2 недели) не наблюдаются признаки самостоятельного прорезывания, показана ортодонтическая репозиция.

Лечение временных зубов с интрузионным вывихом. Рекомендуют ждать спонтанного повторного прорезывания в течение 6 месяцев. Если при интрузии временный зуб не выдвигается обратно через 2-3 месяца, то зуб удаляют. Временные зубы с выраженной небной или направленной в сторону дна полости носа интрузией, а также травмирующие зачаток постоянного зуба рекомендуют удалять.

Полный вывих зуба. При осмотре зубного ряда зуб отсутствует, лунка кровоточит или заполнена сгустком крови. На рентгенограмме определяется отсутствие зуба в лунке. Лечение полного вывиха зуба заключается в реплантации, шинировании и эндодонтическом лечении. Прогноз в отношении реплантированного зуба зависит от ряда обстоятельств: времени пребывания вне полости рта, среды для хранения и транспортировки вывихнутых зубов, сохранения периодонтальной связки.

Ситуационная задача.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 15 лет по направлению от врача-стоматолога. При лечении 46 зуба стоматологом была проведена рентгенография, после чего врач и направил родителей с ребенком на лечение в хирургический стационар. Снимок прилагается.

Объективно: лицо ребенка без особенностей, жалоб нет. 46 зуб имеет глубокую кариозную полость, перкуссия безболезненна. На рентгеновском снимке, в области верхушки медиального корня 46 зуба располагается участок радиолуценции с четкими краями, округлой формы 1,5х2,0 см., корень 45 зуба проецируется на изображение участка радиолуценции.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Перечислите возможные осложнения.

Эталон ответа:

1. Радикулярная киста нижней челюсти справа от 46.
2. Рентгенологическое исследование. Пункция.
3. Цистэктомия, анальгин, димедрол, перевязки, физиолечение.
4. Корневые кисты вообще бессимптомные, если они вторично не инфицируются, в этом случае они будут сопровождаться болью, припухлостью и другими воспалительно-инфекционными признаками. Корневые кисты могут изменяться в размере от 0.5 до 2 сантиметров и более в диаметре. Когда киста достигает крупных размеров, это может привести к внутриротовой или лицевой асимметрии и иногда даже парестезии из-за сдавления нервов. Иногда большая киста может разрушать кортикальную пластинку кости, а также способна внедряться в верхнечелюстную пазуху или полость носа. Около 60 % всех корневых кист развиваются в верхней челюсти и редко распространяются на твердое небо.

Пациенты с чрезвычайно большими корневыми кистами подвержены риску спонтанных переломов кости.