

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

**Стоматология:  
учебно-методическое пособие для аспирантов  
(специальность «Стоматология» 14.01.14)**

**Казань 2018**

ББК616.31(075.8)  
УДК56.6я73  
С 81

Печатается по решению Центрального Координационно-Методического Совета  
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Составители:

заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ, профессор,  
д.м.н. **Салеева Гульшат Тауфиковна**  
профессор кафедры ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ,  
д.м.н. **Салеев Ринат Ахмедуллович**  
ассистент кафедры ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ,  
**Гималетдинова Альбина Махмутовна**  
заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ,  
д.м.н., профессор **Блашкова Светлана Львовна**  
ассистент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ,  
к.м.н. **Мартъянова Марина Владимировна**  
доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ФГБОУ ВО  
КГМУ МЗ РФ, д.м.н. **Мубаракова Лариса Нурвахитовна**  
заведующий кафедрой стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ,  
доцент, к.м.н. **Сафина Роза Миннабутдиновна**  
доцент кафедры стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ,  
к.м.н. **Цинеккер Дина Айдаровна**  
профессор кафедры стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ,  
д.м.н. **Мамаева Елена Владимировна**

Рецензенты:

заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии,  
ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ, д.м.н., профессор **Ксембаев С.С.**  
заведующий кафедрой терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии КГМА-филиал  
ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, д.м.н., профессор **Анохина А.В.**

Стоматология: Учебно-методическое пособие для аспирантов (специальность  
«Стоматология» 14.01.14) / Сост.: Салеева Г.Т., Салеев Р.А., Гималетдинова А.М., Блашкова  
С.Л., Мартъянова М.В., Мубаракова Л.Н., Сафина Р.М., Цинеккер Д.А., Мамаева Е.В. –  
Казань: ИД «МедДоК», 2017. – 152 с.

Учебно-методическое пособие для практических занятий и самостоятельной работы  
аспирантов (уровень образования: высшее образование – подготовка кадров высшей  
квалификации; направление подготовки: 31.06.01 «Клиническая медицина»; направленность  
(специальность): 14.01.14 «Стоматология»; квалификация: исследователь, преподаватель-  
исследователь; форма обучения: очная/заочная) составлено в соответствии с рабочей  
программой дисциплины для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной  
аттестации, с учетом требований Федерального государственного образовательного  
стандарта высшего образования утвержденного приказом Министерства образования и науки  
РФ от 3 сентября 2014 года № 1200.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Введение .....	4
2. Содержание дисциплины .....	13
3. Паспорт фонда оценочных средств .....	20
4. Спецификация фонда оценочных средств .....	22
5. Фонд оценочных средств	
Модуль «Ортопедическая стоматология»	
1. Дефекты твердых тканей зубов .....	28
2. Дефекты зубных рядов (частичное отсутствие зубов) .....	33
3. Полное отсутствие зубов .....	39
Модуль «Терапевтическая стоматология»	
1. Инновационные подходы к диагностике и лечению кариеса зубов .....	44
2. Инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний пародонта .....	48
3. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний слизистой оболочки рта .....	54
Модуль «Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия»	
1. Осложнения кариозных и некариозных поражений твердых тканей зубов. Хирургическое лечение заболеваний пародонта. Нарушения развития и прорезывания зубов у взрослых .....	59
2. Инфекционные неodontогенные и специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у взрослых .....	67
3. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у взрослых .....	75
Модуль «Стоматология детского возраста»	
1. Кариозные и некариозные поражения твердых тканей зубов, у детей и подростков .....	83
2. Заболевания пародонта у детей и подростков .....	88
3. Заболевания слизистой оболочки рта детей и подростков .....	95
6. Эталоны ответов	
Модуль «Ортопедическая стоматология»	
1. Дефекты твердых тканей зубов .....	102
2. Дефекты зубных рядов (частичное отсутствие зубов) .....	103

3. Полное отсутствие зубов .....	105
Модуль «Терапевтическая стоматология»	
1. Инновационные подходы к диагностике и лечению кариеса зубов .....	106
2. Инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний пародонта .....	107
3.Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний слизистой оболочки рта .....	110
Модуль «Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия»	
1. Осложнения кариозных и некариозных поражений твердых тканей зубов. Хирургическое лечение заболеваний пародонта. Нарушения развития и прорезывания зубов у взрослых.....	111
2. Инфекционные неodontогенные и специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у взрослых.....	113
3. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у взрослых .....	114
Модуль «Стоматология детского возраста»	
1. Кариозные и некариозные поражения твердых тканей зубов, у детей и подростков .....	115
2. Заболевания пародонта у детей и подростков.....	117
3. Заболевания слизистой оболочки рта детей и подростков .....	120
7.Имитационные технологии .....	125
8.Вопросы к государственной итоговой аттестации .....	136

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Учебно-методическое пособие для практических занятий и самостоятельной работы аспирантов (уровень образования: высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации; направление подготовки: 31.06.01 «Клиническая медицина»; направленность (специальность): 14.01.14 «Стоматология»; квалификация: исследователь, преподаватель-исследователь; форма обучения: очная/заочная) составлено в соответствии с рабочей программой дисциплины, с учетом требований Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования утвержденного приказом Министерства образования и науки РФ от 3 сентября 2014 года № 1200. Издание содержит новые подходы к изучению и оценке подготовки аспирантов по специальности.

Целью учебно-методического пособия является подготовка кадров высшей квалификации к научно-исследовательской и педагогической деятельности в области стоматологии, способность и готовность к изучению этиологии, патогенеза стоматологических заболеваний, разработке и совершенствованию методов их профилактики, ранней диагностики и современных методов лечения.

Задачи учебного пособия:

1. Разработать новые подходы к оценочной деятельности на различных этапах формирования компетенций у аспирантов по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина», специальность «Стоматология» 14.01.14.
2. Достичь систематизации и упорядоченности в оценочной деятельности аспирантов по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина», специальность «Стоматология» 14.01.14.
3. Достичь объективности и прозрачности в оценке результатов обучения клинических аспирантов по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина», специальность «Стоматология» 14.01.14.
4. Создать возможность самооценки результатов усвоения компетенций аспирантов по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина», специальность «Стоматология» 14.01.14.

Задачи освоения дисциплины является:

1. Подготовка кадров высшей квалификации к научно-исследовательской деятельности в области охраны здоровья граждан, направленная на сохранение здоровья, улучшение качества и продолжительности жизни человека путем проведения прикладных исследований в биологии и медицине;
2. Развитие у аспирантов личностных качеств и формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных

компетенций в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина», профиль: 14.01.14 «Стоматология»;

3. Формирование модели профессионально-личностного роста, высокой профессиональной культуры научно-исследовательской деятельности будущих специалистов высшей квалификации в области охраны здоровья граждан.

4. Подготовка кадров высшей квалификации к преподавательской деятельности по образовательным программам высшего образования.

Обучающийся должен обладать следующими компетенциями, в том числе:

Универсальными компетенциями:

– способностью к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях (УК-1);

– способностью проектировать и осуществлять комплексные исследования, в том числе междисциплинарные, на основе целостного системного научного мировоззрения с использованием знаний в области истории и философии науки (УК-2);

– готовностью участвовать в работе российских и международных исследовательских коллективов по решению научных и научно-образовательных задач (УК-3);

– готовностью использовать современные методы и технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках (УК-4);

– способностью следовать этическим нормам в профессиональной деятельности (УК-5);

– способностью планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития (УК-6);

Общепрофессиональными компетенциями:

– способностью и готовностью к организации проведения прикладных научных исследований в области биологии и медицины (ОПК-1);

– способностью и готовностью к проведению прикладных научных исследований в области биологии и медицины (ОПК-2);

– способностью и готовностью к анализу, обобщению и публичному представлению результатов выполненных научных исследований (ОПК-3);

– готовностью к внедрению разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан (ОПК-4);

– способностью и готовностью к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных (ОПК-5);

– готовностью к преподавательской деятельности по образовательным программам высшего образования (ОПК-6);

Профессиональными компетенциями:

– способность и готовность проводить научно-исследовательскую работу по изучению этиологии, патогенеза, эпидемиологии стоматологических заболеваний для повышения эффективности профилактики, диагностики и лечения данной патологии (ПК-1);

– способность и готовность осуществлять, разрабатывать и совершенствовать научно-исследовательскую работу и реализовывать педагогический процесс по клиническим и клинико-технологическим методам профилактики, ранней диагностики и лечения стоматологических заболеваний (ПК-2);

– способность и готовность осуществлять педагогическую работу, а также разрабатывать и совершенствовать научные методы организации и оказания стоматологической помощи населению и развитие специальности в новых условиях хозяйствования (ПК-3).

В результате освоения дисциплины аспирант должен быть способен и готов:

–проводить научно-исследовательскую работу по изучению этиологии, патогенеза, эпидемиологии стоматологических заболеваний для повышения эффективности профилактики, диагностики и лечения данной патологии (ПК-1);

–осуществлять, разрабатывать и совершенствовать научно-исследовательскую работу и реализовывать педагогический процесс по клиническим и клинико-технологическим методам профилактики, ранней диагностики и лечения стоматологических заболеваний (ПК-2);

–осуществлять педагогическую работу, а также разрабатывать и совершенствовать научные методы организации и оказания стоматологической помощи населению и развитие специальности в новых условиях хозяйствования (ПК-3).

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

–научно-исследовательская деятельность в области охраны здоровья граждан, направленная на сохранение здоровья, улучшение качества и продолжительности жизни человека путем проведения прикладных исследований в биологии и медицине;

–преподавательская деятельность по образовательным программам высшего образования.

Дисциплина «Стоматология» (Б1.В.ОД.1), является вариативной частью (Б1.В) в перечне обязательных дисциплин (Б1.В.ОД) профессионального цикла подготовки аспиранта, распределена для очной формы – на 3 курс 5 семестр, для заочной формы – на 3 курс 6 семестр и 4 курс 7 семестр.

Для изучения дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами: «нормальная анатомия», «топографическая анатомия лица и шеи», «гистология», «нормальная физиология», «патофизиология», «биохимия», «фармакология», «инфекционные болезни», «ЛОР–болезни».

Изучаемые дисциплины ориентированы на:

- успешное освоение нового материала, этиологии, пато- и морфогенеза стоматологических заболеваний и их осложнений, современных методов лечения, диагностики, дифференциальной диагностики;
- структурные основы выздоровления и отдаленные последствия стоматологических заболеваний;
- морфологию и механизмы процессов приспособления и компенсации организма в ответ на воздействие патогенных факторов и изменяющихся условий внешней среды.

#### **Объём учебной дисциплины и виды учебной работы**

Вид учебной работы	Всего часов	
	Очная форма	Заочная форма
Аудиторная работа, в том числе:		
Лекции (Л)		
Практические занятия (ПЗ)	72	24
Семинары (С)		
Самостоятельная работа обучающегося (СРС)	108	156
Промежуточная аттестация		
Экзамен	36	36
<b>ИТОГО</b>	<b>216</b>	<b>216</b>

**Разделы дисциплины и трудоемкость по видам учебных занятий  
(акад. час.)**

№ п/п	Раздел дисциплины	Очная форма			Заочная форма			Формы текущего контроля успеваемости
		Общая трудоемкость	Виды учебных занятий и трудо- ёмкость		Общая трудоемкость	Виды учебных занятий и трудо- ёмкость		
			Практические занятия	Самостоятельная работа		Практические занятия	Самостоятельная работа	
<b>Модуль «Ортопедическая стоматология»</b>								
1.	Дефекты твердых тканей зубов	15	6	9	15	2	13	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
2.	Дефекты зубных рядов (частичное отсутствие зубов)	15	6	9	15	2	13	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
3.	Полное отсутствие зубов	15	6	9	15	2	13	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
	Экзамен	9			9			
<b>Модуль «Терапевтическая стоматология»</b>								
1.	Инновационные подходы к диагностике и лечению кариеса зубов	15	6	9	15	2	13	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
2.	Инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний пародонта	15	6	9	15	2	13	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция

3.	Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний слизистой оболочки рта	15	6	9	15	2	13	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
	Экзамен	9			9			
<b>Модуль «Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия»</b>								
1.	Осложнения кариозных и некариозных поражений твердых тканей зубов. Хирургическое лечение заболеваний пародонта. Нарушения развития и прорезывания зубов у взрослых	15	6	9	15	2	13	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
2.	Инфекционные неodontогенные и специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у взрослых	15	6	9	15	2	13	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
3.	Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у взрослых	15	6	9	15	2	13	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
	Экзамен	9			9			
<b>Модуль «Стоматология детского возраста»</b>								
1.	Кариозные и некариозные поражения твердых тканей зубов, у детей и подростков	15	6	9	15	2	13	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
2.	Заболевания пародонта у детей и подростков	15	6	9	15	2	13	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
3.	Заболевания слизистой оболочки рта детей и подростков	15	6	9	15	2	13	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
	Экзамен	9			9			
	<b>ИТОГО</b>	<b>216</b>			<b>216</b>			

## **Основная учебная литература**

### **Модуль «Ортопедическая стоматология»**

1. Ортопедическая стоматология: национальное руководство /Под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А.Н. Ряховского, Г.Т. Салеевой, Р.А. Салеева – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 824 с.

### **Модуль «Терапевтическая стоматология»**

1. Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015 (Серия «Национальные руководства»).

### **Модуль «Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия»**

1. Лучевая диагностика в стоматологии /Под ред. А.Ю. Васильева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. – (Серия «Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии»)

2. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»).

### **Модуль «Стоматология детского возраста»**

1. Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»).

2. Лучевая диагностика в стоматологии /Под ред. С.К. Тернового, А.Ю. Васильева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. – (Серия «Национальные руководства»).

3. Лучевая диагностика в педиатрии /Под ред. А.Ю. Васильева С.К. Выключок М.В., Зубаревой, Е.А.Тернового и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (Серия «Национальные руководства»).

## **Дополнительная учебная литература**

### **Модуль «Ортопедическая стоматология»**

1. Планы ведения больных. Стоматология / О. Ю. Атьков, В. М. Каменских, В. Р. Бесякова – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 248 с.

2. Словарь профессиональных стоматологических терминов /Э.С. Каливрадзиян, Е.А. Брагин, С.И. Абакаров [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 208 с.

3. Запись и ведение медицинской карты в клинике ортопедической стоматологии: учебное пособие /Под ред. Т.И. Ибрагимова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 224 с.

### **Модуль «Терапевтическая стоматология»**

1. Практическое руководство по моделированию зубов: учеб. пособие /С. В. Дмитриенко, Л. П. Иванов, А. И. Краюшкин, М. М.Пожарицкая; Гос.

образовательное учреждение, Всерос. учеб.- науч.-метод. центр по непрерывному мед. и фармацев. образованию, 2001. – 240 с.

2. Художественное моделирование и реставрация зубов/ Л.М. Ломиашвили, Л.Г. Аюпова. – М.: Мед. кн., 2004. – 252 с.

3. Борисенко А.В. Секреты терапевтической стоматологии: Фантомный курс (Т. 1). – 2009. – 320 с.

4. Практические умения и навыки по терапевтической стоматологии: метод. реком. /Казань: КГМУ, 2002. – 54 с.

5. Современные аспекты ультразвукового скейлинга: учеб. пособие /Казань: КГМУ, 2011. – 40 с.

### **Модуль «Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия»**

1. Бичун А.Б. Неотложная помощь в стоматологии/А.Б. Бичун, А.В. Васильев, В.В. Михайлов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 316 с.

2. Гольбрайх В.Р. Хирургия зубов и органов полости рта /В.Р. Гольбрайх, Х.Х. Мухаев, Ю.В. Ефимов. – М.: АОр НПП Джангар, 2006. – 175 с.

3. Лангле Р.П., Миллер К.С. Атлас заболеваний полости рта: атлас / Перевод с английского под ред. Л.А. Дмитриевой. – 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 224 с.

4. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты). – М.: Медицина, 2003. – 506 с.

5. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: в 2-х томах. /Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. Изд. 2-ое, перераб. и доп. – М.: Медицина. – Т.1.– 2000. – 776 с.

6. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: в 2-х томах. /Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. Изд. 2-ое, перераб. и доп. – М.: Медицина. –Т.2. - 2000. – 487 с.

7. Сысолятин С.П., Сысолятин П.Г. Эндоскопические технологии в челюстно-лицевой хирургии. – М.: Медицина, 2005. – 144 с.

### **Модуль «Стоматология детского возраста»**

1. Детская терапевтическая стоматология /Под ред.: В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой С.В. Аверьянова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 890 с. – (Серия «Национальные руководства»).

2. Детская терапевтическая стоматология /Л.П. Кисельникова [и др.]. – М.: Литтерра, 2009. – 205.

3. Клинико-рентгенологическая диагностика заболеваний зубов и пародонта у детей и подростков / Л.А. Хоменко, Е.И. Остапко, Н.В. Биденко. – М.: Книга плюс, 2004. – 200 с.

4. Лечение и реставрация молочных зубов: пер. с англ. /М.С. Даггал, М.Е. Дж. Керзон, С. А. Фэйл [и др.]. Под ред. Т.Ф. Виноградовой. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 159 с.

5. Медицинская и клиническая генетика для стоматологов /Под ред. О.О. Янушевича. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 400 с.

## 2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

### Модуль «Ортопедическая стоматология»

#### Раздел 1. Дефекты твердых тканей зубов.

Содержание: Изучение этиологии, патогенезе, эпидемиологии, методов профилактики и диагностики дефектов твердых тканей зубов. Разработка и совершенствование методов организации и оказания стоматологической помощи населению в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 15 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Ортопедическая стоматология: национальное руководство /Под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А.Н. Ряховского, Г.Т. Салеевой, Р.А. Салеева – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 824 с. [Глава 1, 2, 3, 4, 5, 6].

Рекомендуемая дополнительная литература:

1. Планы ведения больных. Стоматология / О. Ю. Атьков, В. М. Каменских, В. Р. Бесякова – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 248 с. [С. 3-248].

2. Словарь профессиональных стоматологических терминов /Э.С. Каливрадзиян, Е.А. Брагин, С.И. Абакаров [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 208 с. [С. 3-208].

3. Запись и ведение медицинской карты в клинике ортопедической стоматологии: учебное пособие /Под ред. проф. Т.И. Ибрагимова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 224 с. [С. 3-224].

#### Раздел 2. Дефекты зубных рядов (частичное отсутствие зубов).

Содержание: Изучение этиологии, патогенезе, эпидемиологии, методов профилактики и диагностики дефектов зубных рядов. Разработка и совершенствование методов организации и оказания стоматологической помощи населению в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 15 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Ортопедическая стоматология: национальное руководство /Под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А.Н. Ряховского, Г.Т. Салеевой, Р.А. Салеева – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 824 с. [Глава 1, 2, 3, 4, 5, 6].

Рекомендуемая дополнительная литература:

1. Планы ведения больных. Стоматология / О. Ю. Атьков, В. М. Каменских, В. Р. Бесякова – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 248 с. [С. 3-248].

2. Словарь профессиональных стоматологических терминов /Э.С. Каливрадзиян, Е.А. Брагин, С.И. Абакаров [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 208 с. [С. 3-208].

3. Запись и ведение медицинской карты в клинике ортопедической стоматологии: учебное пособие /Под ред. проф. Т.И. Ибрагимова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 224 с. [С. 3-224].

**Раздел 3. Полное отсутствие зубов.**

Содержание: Изучение этиологии, патогенезе, эпидемиологии, методов профилактики и диагностики полного отсутствия зубов. Разработка и совершенствование методов организации и оказания стоматологической помощи населению в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 15 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Ортопедическая стоматология: национальное руководство /Под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А.Н. Ряховского, Г.Т. Салеевой, Р.А. Салеева – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 824 с. [Глава 1, 2, 3, 4].

Рекомендуемая дополнительная литература:

1. Планы ведения больных. Стоматология / О. Ю. Атьков, В. М. Каменских, В. Р. Бесякова – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 248 с. [С. 3-248].

2. Словарь профессиональных стоматологических терминов /Э.С. Каливрадзиян, Е.А. Брагин, С.И. Абакаров [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 208 с. [С. 3-208].

3. Запись и ведение медицинской карты в клинике ортопедической стоматологии: учебное пособие /Под ред. Т.И. Ибрагимова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 224 с. [С. 3-224].

### **Модуль «Терапевтическая стоматология»**

**Раздел 1. Наименование:** Инновационные подходы к диагностике и лечению кариеса зубов.

Содержание: Изучение этиологии, патогенеза, эпидемиологии, методов профилактики и диагностики кариеса зубов с разработкой клинических и клиничко-технологических методов лечения. Разработка и совершенствование методов организации и оказания стоматологической помощи населению в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 15 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства») [С. 322-359].

Рекомендуемая дополнительная литература:

1. Практическое руководство по моделированию зубов: учеб. пособие /С.В. Дмитриенко, Л.П. Иванов, А.И. Краюшкин, М.М. Пожарицкая; Гос.

образовательное учреждение, Всерос. учеб.- науч.-метод. центр по непрерывному мед. и фармац. образованию, 2001. – 240 с. [С.120-145].

2. Художественное моделирование и реставрация зубов/ Л.М. Ломиашвили, Л.Г. Аюпова. – М.: Мед. кн., 2004. – 252 с. [С. 65-78].

3. Борисенко А.В. Секреты терапевтической стоматологии: Фантомный курс (Т. 1). – 2009. – 320 с. [С.145-154].

**Раздел 2.** Наименование: Инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний пародонта.

Содержание: Изучение этиологии, патогенеза, эпидемиологии, методов профилактики и диагностики заболеваний пародонта с разработкой клинических и клинико-технологических методов лечения. Разработка и совершенствование методов организации и оказания стоматологической помощи населению в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 15 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства») [С. 463-517].

Рекомендуемая дополнительная литература: Борисенко А.В. Секреты терапевтической стоматологии: Фантомный курс (Т. 1). – 2009. – 320 с. [С. 210-254].

**Раздел 3.** Наименование: Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний слизистой оболочки рта.

Содержание: Изучение этиологии, патогенеза, эпидемиологии, методов профилактики и диагностики заболеваний слизистой оболочки рта с разработкой клинических и клинико-технологических методов лечения. Разработка и совершенствование методов организации и оказания стоматологической помощи населению в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 15 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства») [С.554-746].

Рекомендуемая дополнительная литература:

1. Борисенко А.В. Секреты терапевтической стоматологии: Фантомный курс (Т. 1). – 2009. – 320 с. [С. 281-295].

2. Практические умения и навыки по терапевтической стоматологии: метод. реком. /Казань: КГМУ, 2002– 54 с. [С. 34-46].

## **Модуль «Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия»**

**Раздел 1.** Наименование: Осложнения кариозных и некариозных поражений твердых тканей зубов. Хирургическое лечение заболеваний пародонта. Нарушения развития и прорезывания зубов у взрослых.

Содержание: Изучение этиологии, патогенеза, эпидемиологии, с разработкой методов ранней диагностики, клинических и клинико-технологических методов лечения и профилактики осложнений кариозных и некариозных поражений твердых тканей зубов, заболеваний пародонта, нарушений развития и прорезывания зубов у взрослых. Разработка и совершенствование методов организации и оказания стоматологической и челюстно-лицевой хирургической помощи населению в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 15 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Лучевая диагностика в стоматологии /Под ред. А.Ю. Васильева. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. – (Серия «Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии») [Глава 1, 2, 4, 9].
2. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07].

Рекомендуемая дополнительная литература:

1. Неотложная помощь в стоматологии /А.Б. Бичун, А.В. Васильев, В.В. Михайлов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 316 с. [С. 3-316].
2. Гольбрайх В.Р. Хирургия зубов и органов полости рта /В.Р. Гольбрайх, Х.Х. Мухаев, Ю.В. Ефимов. – М.: АОр НПП Джангар, 2006. – 175 с. [С. 3-175].
3. Лангле Р.П., Миллер К.С. Атлас заболеваний полости рта: Атлас / Пер. с английского под ред. Л.А. Дмитриевой. – 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 224 с. [С. 13-66, С. 79-98].
4. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты). – М.: Медицина, 2003. – 506 с. [С. 3-506].
5. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: в 2-х томах. /Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. изд. 2-ое, перераб и доп. – М.: Медицина. – Т. 1. – 2000. – 776 с. [С. 10-161, С. 302-327].
6. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: в 2-х томах. / под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. изд. 2-ое, перераб и доп. – М.: Медицина. – Т.2. – 2000. – 487 с. [С. 388-473].
7. Сысолятин С.П., Сысолятин П.Г. Эндоскопические технологии в челюстно-лицевой хирургии. – М.: Медицина, 2005. – 144 с. [С.43-50].

**Раздел 2.** Наименование: Инфекционные неodontогенные и специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у взрослых.

Содержание: Изучение этиологии, патогенеза, эпидемиологии, с разработкой методов ранней диагностики, клинических и клинико-технологических методов лечения и профилактики инфекционных неodontогенных и специфических воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у взрослых. Разработка и совершенствование методов организации и оказания стоматологической и челюстно-лицевой хирургической помощи населению в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 15 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Лучевая диагностика в стоматологии /Под ред. А.Ю. Васильева. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. – (Серия «Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии») [Глава 1, 4].
2. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 10, 11, 12].

Рекомендуемая дополнительная литература:

1. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: в 2-х томах. /Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. изд. 2-ое, перераб и доп. – М.: Медицина. – Т.1. – 2000. – 776 с. [С. 327-376].

**Раздел 3.** Наименование: Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у взрослых.

Содержание: Изучение этиологии, патогенеза, эпидемиологии, с разработкой методов ранней диагностики, клинических и клинико-технологических методов лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у взрослых. Разработка и совершенствование методов организации и оказания стоматологической и челюстно-лицевой хирургической помощи населению в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 15 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Лучевая диагностика в стоматологии /Под ред. А.Ю. Васильева. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. – (Серия «Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии») [Глава 6].
2. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»)

Рекомендуемая дополнительная литература:

1. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: в 2-х томах. /Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. изд. 2-ое, перераб. и доп. – М.: Медицина. – Т.1. – 2000. – 776 с. [С. 613-646].
2. Сысолятин С.П., Сысолятин П.Г. Эндоскопические технологии в челюстно-лицевой хирургии. – М.: Медицина, 2005. – 144 с. [С. 70-75].

### **Модуль «Стоматология детского возраста»**

**Раздел 1.** Кариозные и некариозные поражения твердых тканей зубов, у детей и подростков.

Содержание: Изучение у детей и подростков этиологии, патогенеза, эпидемиологии, с разработкой методов ранней диагностики, клинических и клинико-технологических методов лечения и профилактики поражений твердых тканей зубов. Разработка и совершенствование методов организация и оказания стоматологической и челюстно-лицевой хирургической помощи детям и подросткам в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 15 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [С. 98-121, 175-225].
2. Лучевая диагностика в стоматологии /Под ред. С.К. Тернового, А.Ю. Васильева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. – (Серия «Национальные руководства»). [С. 108-110, 244-258].
3. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [С. 17-41].

Рекомендуемая дополнительная литература:

1. Медицинская и клиническая генетика для стоматологов /Под ред. О.О. Янушевича. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 400 с. [С. 357-366, 662-740].

**Раздел 2.** Наименование: Заболевания пародонта у детей и подростков.

Содержание: Изучение у детей и подростков этиологии, патогенеза, эпидемиологии, с разработкой методов ранней диагностики, клинических и клинико-технологических методов лечения и профилактики заболеваний пародонта. Разработка и совершенствование методов организация и оказания стоматологической и челюстно-лицевой хирургической помощи детям и подросткам в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 15 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства») [С 283-317].

2. Лучевая диагностика в педиатрии /Под ред. А.Ю. Васильева С.К. Выклюк М.В., Зубаревой, Е.А.Тернового и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (Серия «Национальные руководства») [С 94-112].

3. Лучевая диагностика в стоматологии /Под ред. С.К. Тернового, А.Ю. Васильева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. – (Серия «Национальные руководства») [С. 112-121].

4. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [С. 17-41, 259-281].

Рекомендуемая дополнительная литература:

1. Медицинская и клиническая генетика для стоматологов /Под ред. О.О. Янушевича. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 400 с. [С. 366-381].

**Раздел 3.** Наименование: Заболевания слизистой оболочки рта детей и подростков

Содержание: Изучение у детей и подростков этиологии, патогенеза, эпидемиологии, с разработкой методов ранней диагностики, клинических и клинико-технологических методов лечения и профилактики заболеваний слизистой оболочки рта. Разработка и совершенствование методов организация и оказания стоматологической и челюстно-лицевой хирургической помощи детям и подросткам в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 15 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства») [С. 317-359].

### 3. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№	Контролируемые Темы дисциплины	Контролируемые компетенции	Оценочные средства
<b>Модуль «Ортопедическая стоматология»</b>			
1	Дефекты твердых тканей зубов	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 5
2	Дефекты зубных рядов (частичное отсутствие зубов)	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 5
3	Полное отсутствие зубов	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 5
<b>Модуль «Терапевтическая стоматология»</b>			
1	Инновационные подходы к диагностике и лечению кариеса зубов	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 5
2	Инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний пародонта.	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 5
3	Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний слизистой оболочки рта.	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 5
<b>Модуль «Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия»</b>			
1	Осложнения кариозных и некариозных поражений твердых тканей зубов. Хирургическое лечение заболеваний пародонта. Нарушения развития и прорезывания зубов у взрослых	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 5
2	Инфекционные неodontогенные и специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у взрослых	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 5
3	Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у взрослых	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 5

<b>Модуль «Стоматология детского возраста»</b>			
1	Кариозные и некариозные поражения твердых тканей зубов, у детей и подростков	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 5
2	Заболевания пародонта у детей и подростков	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 5
3	Заболевания слизистой оболочки рта детей и подростков	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 5
Экзамен			Вопросы к ГИА–109

### **Перечень оценочных средств**

№	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационная задача	Система заданий на принятие решения в нестандартной ситуации(ситуации выбора, много альтернативности решений, проблемной ситуации); заданий на оценку последствий принятых решений; заданий на оценку эффективности выполнений действия	Комплект ситуационных задач
3	Деловая (ролевая игра)	Совместная деятельность группы обучающихся и преподавателя под управлением преподавателя с целью решения учебных и профессионально-ориентированных задач путём игрового моделирования реальной проблемной ситуации. Позволяет оценивать умение анализировать и решать типичные профессиональные задачи	Комплект деловых (ролевых игр)
4	Лекция–конференция	Продукт самостоятельной работы обучающихся, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы	Комплект лекций–конференций
5	Экзамен	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, в виде собеседования преподавателя с обучающимися	Комплект вопросов

## 4. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

**Изучение программы.** На лекциях преподаватель рассматривает вопросы программы курса, составленной в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования. Для лучшего освоения материала по дисциплине, необходимо постоянно разбирать материалы по конспектам и учебным пособиям. В случае необходимости обращаться к преподавателю за консультацией.

**Самостоятельная работа** – это индивидуальная познавательная деятельность аспиранта как на аудиторных занятиях, так и во внеаудиторное время. Его самостоятельная работа должна быть многогранной и иметь четко выраженную направленность на формирование конкретных компетенций. Цель самостоятельной работы – овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками, опытом творческой, исследовательской деятельности и обеспечение формирования профессиональной компетенции, воспитание потребности в самообразовании, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем. Самостоятельная работа способствует эффективному усвоению, как основного, так и дополнительного учебного материала, и вызвана не только ограничением некоторых тем определенным количеством аудиторных часов, а в большую степень потребностью приучения аспирантов к самостоятельному поиску и творческому осмыслению полученных знаний. Формы проведения самостоятельной работы аспиранта разнообразны, это – работа с конспектами, учебными пособиями, сборниками задач с разбором конкретных ситуаций, написание рефератов и т.д.

**Требования к выступлениям.** Одним из условий, обеспечивающих успех занятий, является совокупность определенных конкретных требований к выступлениям, докладам, рефератам обучающихся. Эти требования должны быть достаточно четкими и в тоже время не настолько регламентированными, чтобы сковывать творческую мысль, насаждать схематизм. Перечень требований к любому выступлению аспиранта примерно таков:

- связь выступления с предшествующей темой или вопросом;
- раскрытие сущности проблемы;
- методологическое значение для научной, профессиональной и практической деятельности.

Текущий контроль осуществляется преподавателем в ходе повседневной учебной работы и проводится в пределах обычных организационных форм занятий и проводится преподавателем в следующих формах:

**Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций**

**Тестирование** – инструмент, с помощью которого педагог оценивает степень достижения аспиранта требуемых знаний, умений, навыков. Составление теста включает в себя создание выверенной системы вопросов, собственно процедуру проведения тестирования и способ измерения полученных результатов. Тест состоит из заданий с выбором одного ответа из предложенных. Тип заданий – закрытый, за правильный ответ – 1 балл, за неправильный или неуказанный ответ – 0 баллов. Тестирование проводится по завершении занятия и оценивается согласно положения ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ о «Бально-рейтинговой системе».

Демонстрируемые знания, умения и навыки оцениваются по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

Оценка «отлично» выставляется, если аспирант правильно ответил на 90% вопросов.

Оценка «хорошо» выставляется, если аспирант правильно ответил 80%-90% вопросов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если аспирант правильно ответил 70%-80% вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если аспирант правильно ответил менее 69% вопросов.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «зачтено», если аспирант набрал 70 и более % максимального балла.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «не зачтено», если аспирант набрал менее 60% максимального балла.

**Типы ситуационных задач и анализ конкретных ситуаций:**

-задания на установление правильной последовательности, взаимосвязанности действий, выяснения влияния различных факторов на результаты выполнения задания;

-установление последовательности (описать алгоритм выполнения действия),

-нахождение ошибок в последовательности (определить правильный вариант последовательности действий);

-указать возможное влияние факторов на последствия реализации умения и т.д.

- задания на принятие решения в нестандартной ситуации (ситуации выбора, многоальтернативности решений, проблемной ситуации);
- задания на оценку последствий принятых решений;
- задания на оценку эффективности выполнения действия.

Критерии оценки ситуационных задач:

Оценка «отлично» – аспирант свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил ситуационную задачу (выполнил все задания, правильно ответил на все поставленные вопросы).

Оценка «хорошо» – аспирант достаточно убедительно, с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе.

Оценка «удовлетворительно» – аспирант недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы ситуационной задачи; с затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную ситуационную задачу на практике.

Оценка «неудовлетворительно» – аспирант имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.

**Деловая (ролевая игра)** – продукт самостоятельной работы аспиранта, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы.

Критерии оценки демонстрируемых знаний, умений и навыков во время ролевой игры:

- ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении.
- свободное владение материалом.
- использование готовых блоков. Количество готовых блоков, данных в учебниках/учебном пособии, в структуре ролевого задания.
- культура речи.
- развернутость высказываний. Общий объем ролевого задания.

Демонстрируемые знания, умения и навыки оцениваются по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

Оценка «отлично» выставляется, если аспирант правильно ответил на 90% вопросов.

Оценка «хорошо» выставляется, если аспирант правильно ответил 80%-90% вопросов.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется, если аспирант правильно ответил 70%-80% вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется, если аспирант правильно ответил менее 69% вопросов.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «зачтено», если аспирант набрал 70 и более % максимального балла.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «не зачтено», если аспирант набрал менее 60% максимального балла.

**Лекция-конференция** – продукт самостоятельной работы аспиранта, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы.

Критерии оценки демонстрируемых знаний, умений и навыков во время лекции-конференции:

- соответствие содержания заявленной теме, свободное владение материалом, полнота раскрытия темы
- ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала.
- использование иллюстративных, наглядных материалов.
- культура речи, ораторское мастерство, выдержанность регламента выступления.
- аргументированность ответов на вопросы.

Демонстрируемые знания, умения и навыки оцениваются по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

Оценка «отлично» выставляется, если аспирант правильно ответил на 90% вопросов.

Оценка «хорошо» выставляется, если аспирант правильно ответил 80%-90% вопросов.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется, если аспирант правильно ответил 70%-80% вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется, если аспирант правильно ответил менее 69% вопросов.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «зачтено», если аспирант набрал 70 и более % максимального балла.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «не зачтено», если аспирант набрал менее 60% максимального балла.

Каждое занятие, проводимое аспирантом, при проведении педагогической практики подвергается оцениванию **качества преподавания**. В качестве экспертов выступают другие аспиранты и преподаватель. Оценивание качества преподавания осуществляется как устно (в виде выступлений на обсуждении проведенных занятий), так и письменно, в анкете:

Категория	Систематичность следования
1. Атмосфера и климата обучения: –Уважение и благоприятная атмосфера: обращался по имени и отчеству; уважительно относился к точке зрения, не совпадающей со своей; предлагал высказывать свое мнение; избегал насмешек, запугиваний, прерываний говорящего	постоянно периодически редко никогда
–Вовлечение учащегося в процесс обучения: поощрял учащегося к активному обсуждению темы; адресовал вопросы конкретному учащемуся, а не в «группу»; внимательно слушал; избегал монополизации дискуссии самим или узким кругом учащихся	постоянно периодически редко никогда
–Стимуляция интереса к предмету обсуждения: всем видом выражал «живой» энтузиазм к предмету и «заражал» окружающих этим интересом; демонстрировал «актерские» качества; создавал рабочую обстановку	постоянно периодически редко никогда
–Осознание сложности предмета и пределов возможностей в его освоении: не требовал абсолютного знания и понимания предмета; допускал, что предмет труден, но внушал оптимизм и помогал преодолеть трудности; не считал себя владеющим «истиной в последней инстанции»; избегал догматизма	постоянно периодически редко никогда
2. Осуществление контроля за занятием: –Стиль руководства занятием: использовал различные стили руководства (от директивного до либерального) в зависимости от сложности темы и уровня подготовки; не использовал прессинг без необходимости; при необходимости учитывал мнение учащихся	постоянно периодически редко никогда
–Темп занятия: занятия начинались вовремя; разобрали все запланированные темы; занятия проходили по-деловому, время на обсуждение посторонних тем не было; преподаватель жестко следил за графиком прохождения тем	постоянно периодически редко никогда
–Поддержание направленности занятия: четко определял план проведения и содержание занятий; не позволял отклоняться от темы; своевременно устранял внешние отвлекающие факторы	постоянно периодически редко никогда
3. Определение задач и целей занятия: четко и понятно определял цели занятия; указывал промежуточные этапы их достижения; указывал конкретные пути достижения намеченных целей; отслеживал результаты выполнения	постоянно периодически редко никогда

<p>4.Создание условий для понимания и закрепления знаний:  –Организация материала:  материал был структурирован, излагался систематизировано, в соответствии с планом; отмечались переходы от одной части занятия к другой; использовались образные модели, схемы, способствующие пониманию материала; подводились промежуточные и окончательные итоги занятия</p>	<p>постоянно  периодически  редко  никогда</p>
<p>–Ясность изложения:  давались ясные определения новым терминам; использовались в необходимом количестве примеры (клинические случаи, результаты функциональных и лабораторных исследований и др.); давались четкие ответы на задаваемые вопросы; объяснены взаимосвязи между разными частями материала</p>	<p>постоянно  периодически  редко  никогда</p>
<p>–Акцентирование ключевых моментов и стимуляция активного запоминания:  использовал наглядные пособия, презентации, слайды, диагностическое оборудование и др.; подчеркивал важные моменты материала; постоянно разбирались конкретные примеры (компьютерные программы, клинические случаи, результаты обследования пациентов, тесты, ситуационные задачи)</p>	<p>постоянно  периодически  редко  никогда</p>
<p>5.Важность оценки в процессе обучения знаний, навыков и умений:  постоянно ставил вопросы и добивался ответов и выполнения заданий; давал оценку ответам и выполнению заданий; заставлял анализировать конкретные примеры, случаи (пациенты), выделять взаимосвязь между разными частями материала; задавал вопросы на самооценку («Как вы думаете?» «Достаточно ли у вас информации, чтобы?»)</p>	<p>постоянно  периодически  редко  никогда</p>
<p>6.Важность обратной связи между преподавателем и аспирантом:  всегда и открыто (устно, в виде жестов) давал оценку действиям (ответам, выполнению заданий); объяснял, почему действие было правильным или неправильным; давал совет по совершенствованию знаний и умений</p>	<p>постоянно  периодически  редко  никогда</p>
<p>7.Стимулирование самостоятельного обучения:  содействовал активному участию в процессе обучения; просил четко определять цели для решения задания и призывал следовать им; стимулировал дискуссии, проводил обсуждения, давал рекомендации использовать программные продукты, интернет-ресурсы, книги и др.</p>	<p>постоянно  периодически  редко  никогда</p>

**Доклад, сообщение** – продукт самостоятельной работы аспиранта, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы.

Критерии оценки доклада:

- соблюдение регламента (5-7 мин.).
- раскрытие темы доклада.
- свободное владение содержанием.
- полнота собранного теоретического материала.
- презентация доклада (использование доски, схем, таблиц и др.).
- умение соблюдать заданную форму изложения, речь.
- краткий вывод по рассмотренному вопросу.
- ответы на вопросы слушателей.
- качественное содержание и подбор демонстрационного материала.
- оформление доклада в виде тезисов.

За каждый пункт критерия максимально 10 баллов.

Демонстрируемые знания, умения и навыки оцениваются по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

Оценка «отлично» выставляется, если аспирант правильно ответил на 90% вопросов.

Оценка «хорошо» выставляется, если аспирант правильно ответил 80%-90% вопросов.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется, если аспирант правильно ответил 70%-80% вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется, если аспирант правильно ответил менее 69% вопросов.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «зачтено», если аспирант набрал 70 и более % максимального балла.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «не зачтено», если аспирант набрал менее 60% максимального балла.

## **5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

### **Модуль «Ортопедическая стоматология»**

#### **1. Дефекты твердых тканей зубов**

##### **Комплект тестовых заданий**

1. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют только:

1. для вкладок из благородных металлов
2. для вкладок из неблагородных металлов
3. для металлических вкладок
4. для вкладок из высокопрочной пластмассы (изозит)
5. для вкладок из фарфора

2. Полукоронка может быть опорой для протеза только:

1. металлокерамического мостовидного
  2. цельнометаллического мостовидного
  3. металлокрилового цельнолитого мостовидного а
  4. паяного мостовидного
  5. всех перечисленных выше конструкций
3. Возможно ли применение полукоронки в качестве шин при заболеваниях пародонта?
1. да
  2. да, если пародонтит легкой и средней степени
  3. да, только с предварительным депульпированием зубов
  4. нет
  5. да, если пародонтоз тяжелой степени
4. Назначение корневой защитки штифтового зуба:
1. без корневой защитки невозможно соединение штифта с коронковой частью
  2. исключает травму десневого края
  3. предохраняет корень зуба от разрушения и способствует фиксации;
  4. уменьшает функциональную перегрузку, являясь амортизирующим звеном в системе штифт-корень зуба
  5. увеличивает прочность конструкции
5. Нужно ли при изготовлении пластмассовых коронок формировать уступ в пришеечной зоне?
1. да
  2. да, но только на передней поверхности
  3. да, если зуб депульпирован
  4. нет
  5. нет, если у пациента глубокий прикус
6. Ящикообразная форма у вкладок:
1. Inlay
  2. Onlay
  3. Overlay
  4. Pinlay
7. ИРОПЗ – это
1. индекс радиоактивности оттисковых продукций завода изготовителя;
  2. исследовательская работа определения поверхности зуба
  3. индивидуальный режим очистки поверхности зуба
  4. индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба
8. Вкладки показаны при ИРОПЗ:
1. 0,5-0,6
  2. 0,7-0,8
  3. 0,9-1,0
  4. 0,1-0,3

9. Сколько видов полостей различает Курляндский?
1. 4
  2. 3
  3. 2
  4. 1
10. Понятие ИРОПЗ предложил:
1. Миликеевич В.А.
  2. Ванхельсинг Ю.П.
  3. Стенович К.Ю.
  4. Курляндский М.М.
11. Выберите материалы для вкладки боковой группы зубов:
1. золото 900 пробы
  2. серебряно-палладиевый сплав
  3. ХКС
  4. все верно
12. Выберите материалы для вкладки фронтальной группы зубов:
1. фарфор
  2. фотокомпозит
  3. керамика
  4. все верно.
13. Перечислите достоинства вкладки из фарфора:
1. отсутствие усадки
  2. устойчивость к истиранию
  3. адаптация по цвету к тканям зуба
  4. возможность привальцовки к эмалевому краю
  5. все перечисленное верно
14. Прямой метод изготовления вкладки означает:
1. вкладка из фотокомпозита на модели
  2. восковая модель вкладки непосредственно во рту
  3. вкладка из фотокомпозита непосредственно на зубе с последующим выведением, доработкой и фиксацией
15. Непрямой метод изготовления вкладки означает:
1. вкладка из фотокомпозита на модели
  2. восковая модель вкладки на модели
  3. вкладка из фотокомпозита непосредственно на зубе с последующим выведением, доработкой и фиксацией
  4. верно 1, 2
16. Виниры – это:
1. несъемный микропротез
  2. съемный протез
  3. полусъемная конструкция
  4. съемный микропротез

17. Преимущество виниров:
1. простота изготовления
  2. меньший объем сошлифовывания твердых тканей по сравнению с коронкой
  3. цена
  4. возможность использования в жевательной группе зубов
18. Оттиск для виниров не используют из:
1. А-силикона
  2. С-силикона
  3. эластичных материалов
  4. полиэфирных материалов
19. Объем сошлифовывания твердых тканей под винир с вестибулярной стороны:
1. 1-2мм
  2. 2-3мм
  3. 1-1,5мм
  4. 0,3-0,5мм
20. При каком методе изготовления винира используют оптический слепок:
1. CAD-CAM фрезеровании
  2. метод послойного нанесения;
  3. метод литья
  4. метод обжига

### **Комплект ситуационных заданий**

#### Ситуационная задача 1

Пациентка С., 32 года жалуется на изменение цвета 2.1. При осмотре: эстетический дефект коронки естественного зуба (изменение цвета, потеря блеска). На Rg 2.1 имеет кариозное поражение (рис. 1).



*Рисунок 1.*

Вопрос 1. Тактика врача при лечении данного пациента?

Вопрос 2. Какой вид коронки можно посоветовать пациенту?

### Ситуационная задача 2

Пациент Д., 38 лет имеет жалобы на изменение формы зубов в результате длительного терапевтического и ортодонтического лечения. На зубах имеются сколы и повреждения эмали. Еще пациенту было проведено профессиональное офисное отбеливание зубов. Из-за имеющихся реставраций цвет стал неравномерным (рис. 2).



*Рисунок 2.*

Вопрос1. Что врач-ортопед может порекомендовать данному пациенту?

Вопрос2. Какую ортопедическую конструкцию можно выбрать в этом случае?

### Ситуационная задача 3

Пациентка Т., 23 года обратилась с жалобой на врожденную аномалию цвета зубов. Ранее обращалась к врачам стоматологам по терапевтическому направлению. К сожалению, в данном случае помощь может оказать только врач ортопед посредством протезирования. У пациентки имеется ряд требований. Протез не должен содержать металлических конструкций, иметь естественный вид и цвет (рис. 3).



*Рисунок 3.*

Вопрос: Какая ортопедическая конструкция может быть предложена в данном случае?

#### Ситуационная задача 4

Пациент Г., обратился в клинику к врачу стоматологу с жалобами на белые пятна на зубах. Со слов пациента пятна появились сразу после прорезывания постоянных зубов. На что нужно обратить внимание при сборе анамнеза? Какие варианты лечения можно предложить пациенту? Обоснуйте свой ответ.

#### Ситуационная задача 5

Пациент Ш., обратилась в клинику к врачу стоматологу–ортопеду с жалобами на потемнение зубов. Из анамнеза выявлено, что мать пациентки во время вынашивания принимала антибиотик. На что следует обратить внимание? Какие варианты лечения можно предложить пациентке? Возможно ли исправить дисколорит зубов с помощью отбеливания?

## **2. Дефекты зубных рядов (частичное отсутствие зубов)**

### **Комплект тестовых заданий**

1. Двусторонний дистально неограниченный (концевой) дефект зубного ряда, по классификации Кеннеди, относится к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV

2. Односторонний дистально неограниченный (концевой) дефект зубного ряда (по классификации Кеннеди) относится к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV

3. Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди включает классов:

1. I
2. II
3. III
4. IV

4. Классификация дефектов зубных рядов по Е.И. Гаврилову включает классов:

- 1.2
- 2.3
- 3.4
- 4.5

5. В одонтопародонтограмме В.Ю. Курляндского выносливость пародонта к нагрузке:

обозначается:

1. в процентах (%)
  2. в килограммах (кг)
  3. в коэффициентах
  4. в граммах на квадратный миллиметр (г/мм<sup>2</sup>)
6. Формы промежуточной части мостовидного протеза:
1. седловидная, промывная, касательная
  2. промывная, цельнолитая, диаторическая
  3. касательная, перекрестная, с гирляндой
  4. седловидная, промывная, с гирляндой
7. Показанием к изготовлению мостовидного протеза является:
1. дефект коронковой части зуба
  2. ХГКГ
  3. ХГП тяжелой степени
  4. включенный дефект зубного ряда
8. Шлифовка и полировка кламмеров и их частей бюгельного протеза производится с помощью:
1. шлифовальной машины
  2. зуботехнического микромотора
  3. электро-полировка
  4. пескоструйным аппаратом
  5. верно 2, 3.
9. При проверке восковой конструкции бюгельного протеза во рту допустимо ли несоответствие цвета искусственных и естественных зубов в дистальном отделе протеза:
1. да
  2. нет
  3. на усмотрение пациента
  4. на усмотрение врача
10. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза при дефектах зубных рядов I-A класса по Кеннеди:
1. переднее
  2. среднее
  3. заднее
  4. переднее
11. В бюгельных протезах, замещающих концевые дефекты, используют кламмеры:
1. Ней №1
  2. Ней №2
  3. Ней №3
  4. Ней №4
12. Впервые параллелометр в зубопротезировании был применен в:

1. 1918 г.
  2. 1981 г.
  3. 1939 г.
  4. 1928 г.
13. Параллелометрия позволяет найти правильное расположение:
1. тел, опорно-удерживающих кламмеров
  2. окклюзионных накладок, опорно-удерживающих кламмеров
  3. плеч, опорно-удерживающих кламмеров
  4. тел и окклюзионных накладок, опорно-удерживающих кламмеров
14. Сколько типов кламмеров в системе Нея:
1. 3
  2. 4
  3. 5
  4. 6
15. Ко второму типу кламмеров, в системе Нея относится:
1. кламмер Аккера
  2. комбинированный кламмер
  3. кламмер обратного действия
  4. кламмер Роуча
16. 1 лабораторный этап в изготовлении бюгельного протеза:
1. отливка диагностической модели из супергипса и вспомогательной модели из обычного гипса; изготовление на полученных моделях восковых базисов с окклюзионными валиками
  2. изготовление рабочей комбинированной модели
  3. производят заливку рабочей и вспомогательной моделей в артикулятор или окклюдатор и расстановку искусственных зубов на восковом базисе
  4. выбор плана лечения, снятие слепков для изготовления диагностической и вспомогательной моделей
17. Количество лабораторных этапов, при изготовлении бюгельных протезов:
1. 3
  2. 4
  3. 5
  4. 6
18. Кламмер Аккера – это:
1. эластичный опорно-удерживающий кламмер
  2. жесткий опорно-удерживающий кламмер
  3. комбинированный кламмер
  4. одноплечий кламмер заднего (обратного) действия
19. Комбинированный кламмер, состоит из:
1. жесткой окклюзионной накладки и эластического плеча

2. эластичной окклюзионной накладки и жесткого плеча
3. жесткой и эластичной окклюзионных накладок и двух эластических плеч
4. жесткого плеча с окклюзионной накладкой и эластического плеча

#### 20. Недостаток кламмеров Роуча:

1. не могут применяться при выраженных костных выступах и валиках слизистой оболочки, мешающих расположению плеч
2. не обеспечивают хорошую ретенцию в различных зонах опорных зубов
3. не эффективны для зубов с маловыраженным экватором и наклоненных зубов
4. не эффективны в эстетическом отношении

### **Комплект ситуационных заданий**

#### Ситуационная задача 1

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка З., 61 год. Жалобы: на затруднённое пережёвывание пищи, эстетику нижних передних зубов. Анамнез заболевания: отмечает отсутствие боковых зубов на нижней челюсти около 3,5 лет. В это же время были изготовлены металлокерамические коронки на верхнюю челюсть и, спустя месяц после удаления, съёмный пластиночный протез с гнутыми кламмерами на нижнюю челюсть. Съёмный протез сломался при жевании около двух лет назад. За починкой и изготовлением нового протеза не обращалась. За последние два года отмечает уменьшение размера передних нижних зубов. Объективно при осмотре: Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются и безболезненны. Пальпация ВНЧС безболезненная, лицо симметрично. Открывание рта свободное. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм. Носогубные и подбородочные складки выражены. Слизистая оболочка десен, нёба, щёк и альвеолярных отростков бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус ортогнатический. Обследование: на верхней челюсти фиксирован металлокерамический мостовидный протез с опорами: 1.7, 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.7. На 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 имеются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. В незначительном объёме наблюдаются твёрдые зубные отложения на зубах нижней челюсти. На 3.4, 4.4 имеются композитные пломбы. Остаточный корень 4.8. На Rg наблюдается равномерная убыль костной ткани альвеолярной части в/ч и н/ч на  $\frac{1}{4}$  длины корней. Каналы 3.4, 4.4 запломбированы на половину длины корневого канала.

Зубная формула:

О	К	И	И	К	К	К	К	К	К	К	К	И	И	К	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
Р	О	О	О	П							П	О	О	О	О

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Сформулируйте задачи лечения.

Вопрос 3. Составьте план ортопедического лечения, учитывая пожелания пациентки о максимальной эстетике предполагаемых конструкций.

### Ситуационная задача 2

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Ф., 76 лет. Жалобы: на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни вследствие осложнений кариеса. Пациент ранее не протезировался. Объективно при осмотре: конфигурация лица не изменена. Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Кожные покровы чистые, при пальпации регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Жалобы со стороны ВНЧС отсутствуют. Зубная формула: Прикус прямой. Снижена высота нижнего отдела лица примерно на 2 мм. Отсутствуют полноценные окклюзионные контакты. Подвижность 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3, 3.4 – I степени. Слизистая оболочка щёк, губ, дна рта, альвеолярных отростков и нёба бледно-розовая, умеренно увлажнена. Данные Rg, лабораторных исследований: атрофия костной ткани на 1/4 в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4. Кортикальная пластинка межальвеолярных перегородок не прослеживается. На прицельных Rg: каналы 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 4.3, 4.4 запломбированы. Пломбировочный материал прослеживается на всём протяжении каналов зубов (обтурация плотная, равномерная на всём протяжении), 1.2 – канал корня запломбирован на 1/2, в 4.2 и 4.4 – следы пломбировочного материала на всем протяжении канала корня.

Зубная формула:

О	О	О	О	О	П	П	П	П	П	П	О	О	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	О	О	П	П	П	О	О		П	П	О	О	О	О

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.

Вопрос 3. Составьте план ортопедического лечения.

Вопрос 4. Назовите причину снижения высоты нижнего отдела лица.

### Ситуационная задача 3

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Е., 47 лет. Жалобы на эстетический дефект зубных рядов. Общие заболевания: остеопороз в анамнезе. Анамнез заболевания: зуб на верхней челюсти справа (1.6) удалили в результате осложнений кариеса. К стоматологу-терапевту не обращался примерно два года.

Объективно при осмотре: коронковые части 1.7, 1.5 восстановлены композитным материалом, нарушено краевое прилегание пломб, вторичный кариес, анатомическая форма зубов нарушена. Конфигурация лица не изменена, высота нижнего отдела лица не снижена. Лимфатические узлы при пальпации не увеличены, безболезненны. Открывание рта свободное. Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. Данные Rg и лабораторных исследований: 1.7, 1.5 – неполная obturation, следы пломбировочного материала на всём протяжении корневых каналов.

Зубная формула:

	П/С	О	П/С										П		
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
		П												П	

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.

Вопрос 3. Составьте план ортопедического лечения.

### Ситуационная задача 4

Пациент Е., 49 лет, обратился в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники с жалобами на нарушение функции жевания и эстетики. 3.8, 3.7, 3.6, 3.1, 4.1, 4.5, 4.8 были удалены по поводу осложненного кариеса. Из анамнеза заболевания: последнее удаление зуба было 4 месяца назад. Пациент протезами ранее не пользовался. При осмотре СОР бледно-розового цвета. Альвеолярный отросток н/ч выражен хорошо.

Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?

Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести?

Вопрос 3. Предварительный план лечения больного?

Вопрос 4. Вид ортопедической конструкции?

Вопрос 5. Прогноз ортопедического лечения и рекомендации?

### Ситуационная задача 5

Пациент Ф., 65 лет, обратился в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники с жалобами на балансирование протеза

на нижней челюсти. Из анамнеза: 3.6, 3.5, 3.4, 4.6, 4.7 удалены по поводу осложненного кариеса. 1 год назад был изготовлен бюгельный протез на нижнюю челюсть, со слов пациента протез «сам по себе деформировался и начал шататься». При осмотре СОР бледно-розового цвета, без патологических изменений. Нарушено прилегание бюгельного протеза, дуга протеза изогнута.

Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?

Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести?

Вопрос 3. Предварительный план лечения больного?

Вопрос 4. Вид ортопедической конструкции?

Вопрос 5. Прогноз ортопедического лечения и рекомендации?

### **3. Полное отсутствие зубов** **Комплект тестовых заданий**

1. По классификации Шредера средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины неба, выраженный торус характерны для типа:

1. 1

2. 2

3. 3

2. К какому типу относится верхняя челюсть по классификации Шредера, обладающая следующими признаками: полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо:

1. 2

2. 1

3. 3

3. Сколько типов атрофии беззубой верхней челюсти выделяет Шредер:

1. 3

2. 4

3. 5

4. Сколько типов атрофии беззубой нижней челюсти выделяет В.Ю. Курляндский:

1. 3

2. 4

3. 5

5. Охарактеризуйте 3 тип беззубой нижней челюсти по Келлеру:

1. альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе

2. альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе

3. незначительная, равномерная атрофия альвеолярной части

4. резкая равномерная атрофия альвеолярной части

6. Сколько зон выделяет Лунд на твердом небе, при различной степени податливости СО

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4

7. Как называются участки СО твердого неба с обширными сосудистыми полями, обладающие вследствие этого как бы рессорными свойствами:

1. клапанной зоной
2. буферной зона
3. ретенционная зона
4. гингивальная зона

8. Суппли предложил классификацию:

1. методов получения слепков
2. дефектов зубных рядов
3. типов слизистой оболочки
4. беззубых челюстей

9. Второй класс слизистой оболочки протезного ложа по классификации Суппли:

1. «болтающийся гребень»
2. пастозная
3. нормальная слизистая оболочка бледно-розового цвета
4. атрофичная

10. Теорию буферных зон предложил:

1. Лунд
2. Суппли
3. Гаврилов
4. Дойников

11. Каким требованиям должна соответствовать припасованная индивидуальная слепочная ложка на верхнюю челюсть:

1. плотно прилегать к тканям протезного ложа
2. удерживаться на челюсти при проведении проб Гербста
3. строго соответствовать линии А
4. все ответы правильные

12. Положение края индивидуальной ложки на твердом небе относительно линии А:

1. перекрывать линию А на 1-2 мм
2. край ложки строго по линии А
3. линия А перекрывается на 3-5 мм

13. Материал, используемый при одномоментном изготовлении индивидуальной ложки?

1. гипс
2. пластмассы

3. воск
4. легкоплавкие сплавы
14. Как называется участок перехода слизистой оболочки твердого нёба в мягкое?
  1. нейтральная зона
  2. зона протезного ложа
  3. линия А
  4. линия Клейна
15. Если индивидуальная ложка сбрасывается при вытягивании губ трубочкой (звук «у»), то ее укорачивают:
  1. в области моляров
  2. вдоль подъязычной линии
  3. между клыками
  4. по линии А
16. Что является ориентиром для постановки центральных резцов:
  1. линия эстетического центра лица
  2. филтрум верхней губы
  3. крылья носа
  4. уздечка верхней губы
17. Постановка зубов согласно принципам сферической теории:
  1. Васильева
  2. Гизи
  3. Катца
  4. Монсона
18. Постановка зубов относительно стекла – метод:
  1. Ганау
  2. Гизи
  3. Васильева
  4. Катца
19. Высота нижнего отдела лица при центральном соотношении челюстей по сравнению с высотой при относительном физиологическом покое:
  1. равна ей
  2. больше
  3. меньше
20. Для проведения этапа «Определения центрального соотношения челюстей» в клинику поступают:
  1. модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками
  2. восковые базисы с окклюзионными валиками
  3. модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в окклюдаторе
  4. модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в артикуляторе

## Комплект ситуационных заданий

### Ситуационная задача 1

Пациент М., 68 лет обратилась в стоматологическую клинику. Жалобы на эстетический дефект, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни из-за кариеса и его осложнений, протезами ранее не пользовалась. Объективно при осмотре: При внешнем осмотре отмечается резкое снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных и подбородочной складок, трещины в углах рта, открывание рта свободное, безболезненное. Подчелюстные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны, с окружающими тканями не спаяны. Осмотр верхней челюсти: альвеолярный отросток незначительно и равномерно атрофирован. Скат альвеолярного отростка – пологий; гребень альвеолярного отростка – острый. Позадимоларные бугры сохранены, округлые с обеих сторон. Свод твёрдого нёба выпуклый. Нёбо плоское. Уздечка верхней губы и щёчно-альвеолярные складки прикрепляются близко к вершине альвеолярного отростка. Осмотр нижней челюсти: альвеолярная часть резко атрофирована, особенно в боковых отделах. Скат - пологий, в переднем отделе отмечается «болтающийся гребень». Позадимоларные бугорки сохранены, подвижны, округлой формы. Внутренние косые линии выражены, острые, покрыты тонкой слизистой оболочкой при ее пальпации отмечается болезненность.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.

Вопрос 3. Перечислите клинические этапы изготовления съёмного пластиночного протеза при полном отсутствии зубов.

Вопрос 4. Объясните возникновение трещин в углах рта (ангулярного хейлита).

Вопрос 5. Перечислите фазы адаптации к съёмным протезам.

### Ситуационная задача 2

Пациент П. 72 года обратился с жалобой на эстетические нарушения внешнего вида. Эти нарушения больной заметил 1,5 года назад, пользуясь полными съёмными протезами в течении 7 лет. Других жалоб не предъявляет. При внешнем осмотре врач констатировал: носогубные и подбородочные складки резко выражены, углы рта опущены, губы смыкаются с некоторым напряжением, нижняя челюсть слегка выступает.

Вопрос 1. Всегда ли характерна такая клиническая картина для пациентов, пользующихся полными съёмными протезами?

Вопрос 2. Каковы причины изменений анатомических ориентиров приротовой области у данного пациента? Обоснуйте ответ.

### Ситуационная задача 3

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент М. 45 лет. Жалобы на невозможность пользоваться съёмным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции. Анамнез заболевания: 2 года назад проводилось протезирование мостовидными протезами на верхней челюсти и съёмным пластиночным протезом на нижней челюсти. Объективно при осмотре: На нижней челюсти отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая. Слизистая без видимой патологии. На верхней челюсти металлокерамические мостовидные протезы с опорой на зубы 1.7, 1.6, 1.5, 2.4, 2.5, 2.6. соответствуют клиническим требованиям.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.

Вопрос 3. Составьте план ортопедического лечения.

Вопрос 4. Каков современный способ фиксации съёмных протезов на беззубой челюсти?

Вопрос 5. Какой метод дополнительного лучевого обследования оптимален при проведении методики имплантации?

### Ситуационная задача 4

Пациент С., 65 лет, обратился в клинику с целью протезирования. При обследовании выявлено: отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, гипертрофированная слизистая оболочка в области торуса верхней челюсти, наличие «болтающегося гребня» в области жевательных групп зубов справа и рубцового тяжа в области жевательных групп зубов слева размером: ширина – 2 мм, длина – 4,5 мм, имеющего направление от альвеолярного гребня к слизистой щеки.

Вопрос: Какова Ваша тактика при протезировании больных, утративших все зубы сданной патологией?

### Ситуационная задача 5

Пациент М., 62 года, обратилась в клинику с целью протезирования. Выявлено: полное отсутствие зубов верхней и нижней челюсти. Выраженность носогубных и подбородочных складок, выдвинутое положение подбородка и приподнятость их. Углы рта опущены. Губы сомкнуты, красная кайма губ не видна. Есть тенденция на снижение высоты нижнего отдела лица.

Вопрос 1. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

Вопрос 2. Какие Вы знаете способы определения высоты нижнего отдела лица?

Вопрос 3. Тактика врача-ортопеда при диагностике данной патологии.

### **Модуль «Терапевтическая стоматология»**

#### **1. Инновационные подходы к диагностике и лечению кариеса зубов**

##### **Комплект тестовых заданий**

1. Диагноз «глубокий кариес» по классификации МЭС соответствует диагнозу по МКБ-10:

1. кариес эмали
2. кариес дентина
3. кариес цемента
4. гиперемия пульпы

2. Согласно современной концепции к местным кариесогенным факторам относятся:

1. ЗБ и ЗН
2. нарушение состава и свойств ротовой жидкости
3. углеводистые липкие пищевые остатки
4. все вышеперечисленное верно

3. Согласно номенклатуре ВОЗ для оценки поражённости кариесом используют показатели:

1. распространенность
2. интенсивность
3. прирост интенсивности
4. все вышеперечисленное верно

4. При кариесе эмали по гистологическому строению выделяют следующее количество зон:

1. 4
2. 6
3. 3
4. 2

5. При кариесе дентина по гистологическому строению выделяют следующее количество слоёв:

1. 5
2. 7
3. 2
4. 3

6. ЗБ представляет собой:

1. бесклеточную плёнку на поверхности эмали
2. плотное структурированное образование, расположенное над пелликулой
3. редуцированный эпителий эмалевого органа

4. хелацию
7. Ведущая роль в развитии кариеса принадлежит:
  1. Str. Salivaris
  2. Str. Mutans
  3. Str. Sangius
  4. Str. Aureus
8. Автор химико-паразитарной теории возникновения кариеса:
  1. Миллер
  2. Энтин
  3. Боровский
  4. Лукомский
9. Основой современной теории кариеса является:
  1. физико-химическая
  2. биологическая
  3. химико-паразитарная
  4. протеолизно-хелационная теория
10. Снижению риска возникновения кариеса и естественному самоочищению рта способствуют следующие особенности питания:
  1. увеличение частоты приема пищи
  2. высокое содержание в пище сахаров
  3. употребление преимущественно мягкой пищи, не требующей интенсивного жевания
  4. употребление в пищу сырых овощей и фруктов, твердой сухой пищи
11. В возникновении кариеса важную роль играет свойство микроорганизмов:
  1. образование органических кислот
  2. способность вызывать дисбактериоз
  3. способность к колонизации на поверхности зуба
  4. выделение экзотоксинов
12. Деминерализация эмали начинается в её слое:
  1. поверхностном
  2. подповерхностном
  3. глубококом
  4. одновременно во всех слоях эмали
13. Классификации КП по Блэку является:
  1. по клиническому течению
  2. по глубине поражения
  3. топографической
  4. по количеству пораженных зубов
14. Местным фактором риска в возникновении кариеса является:
  1. неудовлетворительная гигиена рта

2. сопутствующие соматические заболевания
  3. низкое содержание фтора в питьевой воде
  4. использование высоко-абразивных средств гигиены
15. По классификации Блэка к I классу относятся КП расположенные:
1. в фиссурах моляров
  2. на контактной поверхности моляров
  3. в пришеечной области моляров
  4. на контактной поверхности клыков
16. Автор физико-химической теории возникновения кариеса:
1. Энтин
  2. Миллер
  3. Боровский
  4. Платонов
17. По классификации Блэка к V классу относятся:
1. КП локализующиеся в области фиссур и естественных углублений резцов, клыков, моляров, премоляров
  2. КП расположенные на контактной поверхности резцов, клыков без нарушения режущего края
  3. КП расположенные на контактной поверхности резцов, клыков с нарушением угла коронковой части зуба и его режущего края
  4. КП расположенные в пришеечной области всех групп зубов
18. Нозологической форме кариеса дентина (K02.1, МКБ 10) не соответствуют клинические диагнозы:
1. приостановившийся кариес
  2. средний кариес острый
  3. поверхностный кариес
  4. глубокий кариес хронический
19. К III классу по классификации Блэка относится КП расположенная на:
1. контактной премоляров
  2. вестибулярной резцов
  3. контактной резцов
  4. жевательной моляров
20. КП на дистальной контактной поверхности 1.5 относится по классификации Блэка к классу:
1. II
  2. III
  3. IV
  4. V

### **Комплект ситуационных заданий**

#### **Ситуационная задача 1**

Пациент Р., 34 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в 1.5 при приеме твердой пищи, боль появилась месяц назад. Объективно:

на жевательной поверхности 1.5 глубокая КП, зондирование болезненное по дну КП, реакция на холод болезненная, кратковременная.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Какой класс КП по Блэку?

Вопрос 3. Какими дополнительными методами обследования можно подтвердить диагноз?

Вопрос 4. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 5. Какой метод обезболивания потребуется?

Ситуационная задача 2

В клинику терапевтической стоматологии обратилась пациентка Д., 16 лет, с целью санации. При осмотре на вестибулярной поверхности 2.1 в пришеечной области обнаружено меловидное пятно размером 0,3 см на 0,4 см. При зондировании поверхность пятна гладкая. Со слов больной стало известно, что пятно появилось 3 месяца назад.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Назовите дополнительные методы обследования.

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Назначьте лечение.

Вопрос 5. Дайте рекомендации по гигиене рта.

Ситуационная задача 3

Пациент Л. обратился с целью санации. Жалоб не предъявляет. Объективно: на вестибулярной поверхности 1.1 в пришеечной области меловидное пятно с нечеткими границами диаметром до 0,3 см., поверхность пятна гладкая, реакции на температурные раздражители отсутствуют.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Назовите дополнительные методы обследования.

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Составьте план лечения.

Вопрос 5. Дайте рекомендации по гигиене рта.

Ситуационная задача 4

Пациент А., 30 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на быстропроходящую боль от сладкого в 2.5, боль появилась месяц назад. Объективно: На жевательной поверхности 2.5. КП в пределах эмали, зондирование безболезненное, реакция на холод безболезненная.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Какой класс КП по Блэку?

Вопрос 3. Назовите дополнительные методы обследования.

Вопрос 4. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 5. Какие пломбирочные материалы следует использовать?

### Ситуационная задача 5

Больной К., 23 года, обратился с жалобами на кратковременные боли от температурных раздражителей в 1.6. При осмотре на коронке видимых КП не наблюдается, при орошении зуба холодной водой отмечается кратковременная боль. На внутриротовой Rg на апроксимально-дистальной поверхности отмечается нарушение структуры твердых тканей зуба в средних слоях дентина.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Какой класс КП по Блэку?

Вопрос 3. Какие особенности препарирования таких КП?

Вопрос 4. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения?

Вопрос 5. Почему при пломбировании необходимо восстановить контактный пункт?

## **2. Инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний пародонта**

### **Комплект тестовых заданий**

1. Комплекс тканей, объединенных понятием пародонт:

- а. десна и круговая связка зуба
- б. периодонт, десна, надкостница, зуб
- в. десна, надкостница, кость альвеолы, периодонт, ткани зуба (цемент)
- г. десна, ткани зуба
- д. десна, надкостница, цемент

2. Ранняя ЗБ после чистки зубов формируется в течение...

- а. 2 час.
- б. 4-5 час.
- в. 7-8 час.
- г. 12 час.
- д. 24 час.

3. Сроки формирования «зрелой» ЗБ:

- а. 2-3 сут.
- б. 4-5 сут.
- в. 6-7 сут.
- г. более 7 сут.
- д. более месяца

4. Какие ткани зуба входят в состав пародонта?

- а. эмаль
- б. пульпа
- в. дентин
- г. цемент

д. входят все

5. Строение костной ткани альвеолы:

а. кость альвеолы состоит из компактного костного вещества

б. кость альвеолы состоит из губчатой костной ткани

в. кость альвеолы и межзубной перегородки состоит из компактного костного вещества, образующего кортикальную пластинку, кость альвеолярного отростка

представлена губчатой костной тканью

г. кость альвеолы представлена кортикальной пластинкой

д. кость альвеолы представлена межзубной перегородкой

6. Структурными образованиями микроциркуляторного русла пародонта являются:

а. капилляры

б. артериолы и венулы

в. артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры, венулы

г. прекапилляры, капилляры, посткапилляры

д. венозные сосуды

7. Иннервацию пародонта обеспечивает:

а. лицевой нерв

б. вторая ветвь тройничного нерва

в. ветви зубных сплетений второй и третьей ветви тройничного нерва

г. первая ветвь тройничного нерва

д. все три ветви тройничного нерва

8. Ключевые факторы в этиологии заболеваний пародонта:

а. измененная реактивность организма

б. микроорганизмы зубной бляшки

в. микроорганизмы и продукты их обмена в зубном налете; факторы, способные усиливать или ослаблять влияние микроорганизмов, общие факторы, регулирующие метаболизм тканей рта

г. наследственность

д. травматическая окклюзия

9. Состав ЗБ:

а. ЗБ представлена скоплением микроорганизмов

б. ЗБ состоит из углеводов и липидов

в. ЗБ представлена межклеточным матриксом, состоящим из полисахаридов, протеинов, липидов, неорганических компонентов, в который включены микроорганизмы, эпителиальные клетки, лейкоциты, макрофаги

г. ЗБ представлена органическими компонентами

д. ЗБ состоит из элементов слюны

10. Разница между воспалительными и дистрофическими заболеваниями пародонта:
- а. нет, это лишь формы одного и того же дистрофического процесса в челюстях
  - б. это совершенно различные заболевания
  - в. разница определяется лишь вначале, развившиеся стадии данных заболеваний не отличаются друг от друга
  - г. воспалительный процесс предшествует дистрофическому
  - д. пародонтоз предшествует пародонтиту
11. Наиболее неблагоприятным при развитии заболеваний пародонта является:
- а. открытый прикус
  - б. глубокий прикус
  - в. перекрестный прикус
  - г. дистальный прикус
  - д. прямой прикус
12. Проба Шиллера–Писарева проводится с целью:
- а. определения гигиенического состояния зубов
  - б. выявления изъязвлений ПК
  - в. оценки степени воспалительных изменений десны
  - г. выявления зубной бляшки
  - д. определения гноя в ПК
13. Проба Кулаженко проводится с целью:
- а. выявления барьерных возможностей пародонта
  - б. определения состояния проницаемости стенок сосудов
  - в. выявления стойкости стенок сосудов пародонта
  - г. определения воспалительных изменений десны
  - д. выявления ЗБ
14. К гигиеническим относятся следующие индексы:
- а. ПИ, РМА, СРІТN
  - б. Шиллера–Писарева
  - в. Федорова–Володкиной, Грина–Вермильона
  - г. ПИ
  - д. все перечисленные
15. Индекс ПИ используется с целью:
- а. определения степени ВЗП
  - б. определения глубины ПК
  - в. определения состояния гигиены рта
  - г. определения проницаемости сосудистой стенки
  - д. оценки гигиенического состояния, выявления ЗБ
16. Индекс РМА используется с целью:
- а. определения степени воспалительных изменений пародонта

- б. определения воспалительных изменений различных зон десны
  - в. определения кровоточивости десен
  - г. оценки гигиенического состояния рта
  - д. определения проницаемости сосудистой стенки
17. При подсчете индекса CRITN обследуются:
- а. 61<sup>⊥</sup>6, 6<sup>⊥</sup>61
  - б. 321<sup>⊥</sup>123
  - в. 761<sup>⊥</sup>67, 76<sup>⊥</sup>167
  - г. 1<sup>⊥</sup>1, 6<sup>⊥</sup>6
  - д. 321<sup>⊥</sup>123
18. Методы функциональной диагностики, используемые в пародонтологии:
- а. РПГ, остеометрия
  - б. РПГ, полярография
  - в. РПГ, остеометрия, полярография, биомикроскопия
  - г. РПГ
  - д. полярография
19. Клиническими признаками КГ являются:
- а. кровоточивость десен
  - б. наличие ЗН, кровоточивость десен
  - в. отек и гиперемия десневого края и межзубных десневых сосочков, кровоточивость десен, отсутствие ПК
  - г. кровоточивость десен, гиперестезия шеек зубов
  - д. гиперестезия шеек зубов
20. Основными клиническими признаками отечной формы ХГГ являются:
- а. десневые сосочки увеличены, имеют синюшный оттенок, глянцевидную поверхность, кровоточат при дотрагивании, при надавливании остаются отпечатки
  - б. десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, кровоточат при дотрагивании
  - в. десневые сосочки увеличены, отечны, гиперермированы, кровоточат при надавливании, при зондировании определяются ПК
  - г. кровоточивость при дотрагивании
  - д. наличие ложных ПК

### **Комплект ситуационных заданий**

#### **Ситуационная задача 1**

Пациент З., 17 лет жалуется на болезненность и кровоточивость десен во время чистки зубов и при приеме пищи. Анамнез: кровоточивость усиливается во время месячных. Подобные явления беспокоят

периодически, чаще весной и осенью в течение трех лет, последние три месяца болезненность и кровоточивость десен усилились. Курит три года. Объективно: определяется гиперемия, отечность десневого края, ложные ПК, зубы интактные, повышенная вязкость слюны, обильный мягкий ЗН, гигиенический индекс OGI (S)=2,5.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Перечислите этиологические факторы.

Вопрос 3. Назовите естественные защитные факторы, способствующие самоочищению.

Вопрос 4. Объясните влияние курения на развитие ВЗП.

Вопрос 5. Расскажите о роли энзимов в патогенезе ВЗП.

### Ситуационная задача 2

Пациент М., 24 года. Обратилась с жалобами на периодическую кровоточивость десны в области 2.6., застревание пищи между 2.5 и 2.6, в последние 2 дня появилась боль в области 2.6 при приеме пищи. Анамнез: 2 года назад произведена реставрация коронки 2.6. Жалобы на кровоточивость десны появились год спустя. Объективно: 2.5 интактный, на медиально-жевательной поверхности 2.6 – пломба, межзубное пространство между 2.5 и 2.6 свободно от пломбировочного материала, контактный пункт между зубами отсутствует. Десневой сосочек между 2.5 и 2.6 отечен, застойно-гиперемированного цвета, при надавливании у его основания наблюдается кровоточивость и болезненность. Гигиенический индекс по Федорову-Володкиной = 1,2 балла, ЗК отсутствует.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Назовите основной этиологический фактор.

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Составьте план лечения.

Вопрос 5. Какой препарат для местной терапии будет способствовать выздоровлению?

### Ситуационная задача 3

Пациент К., 18 лет жалуется на увеличение десен в области фронтальных зубов обеих челюстей, кровоточивость, боль во время приема пищи. Анамнез: подобные явления появились год назад. Объективно: при осмотре в области верхних и нижних фронтальных зубов межзубные сосочки гипертрофированы, покрывают коронки до 1/3 высоты, десны цианотичны, болезненны при прикосновении, кровоточат. Зубы покрыты мягким налётом, отмечается отложение наддесневого ЗК. Имеется скученность зубов во фронтальном отделе.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 3. Какой дополнительный метод обследования подтвердит диагноз?

Вопрос 4. План лечения.

Вопрос 5. Назначьте местное лечение.

#### Ситуационная задача 4

Пациент Н., 43 года. Обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, боли и кровоточивость десен, повышение температуры до субфебрильных цифр в течение двух дней. Начало заболевания больной связывает с недавним переохлаждением. Объективно: обилие мягкого ЗН, рот не санирован, десневые сосочки усеченной формы, их верхушки некротизированы, изъязвлены. Между здоровой и пораженной десной определяется демаркационная линия.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику, консультации каких смежных специалистов потребуются?

Вопрос 3. Проведите дополнительный метод обследования, позволяющий подтвердить диагноз.

Вопрос 4. План общего лечения и рекомендации.

Вопрос 5. Назначьте местное лечение.

#### Ситуационная задача 5

Пациент К., 50 лет предъявляет жалобы на незначительные болевые ощущения в деснах при чистке зубов, приеме твердой и горячей пищи. Анамнез: подобные явления беспокоят в течение полугода. 2 года назад проведена операция по поводу язвенной болезни желудка. Пациентке отмечает частые запоры, чувство дискомфорта в эпигастральной области. Объективно: определяется гиперемия десневого края; по краю десны, у вершин десневых сосочков обнаружены множественные эрозии, покрытые налетом. После снятия налета обнажается эрозивная поверхность, гладкая, блестящая, кровоточащая при механическом раздражении. Прикус ортогнатический. На ОПТГ изменений не выявлено.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Направьте на консультацию к смежным специалистам.

Вопрос 3. Составьте план лечения.

Вопрос 4. Перечислите возможные физиотерапевтические методы лечения.

Вопрос 5. Обоснуйте использование в терапии данной патологии десен аппарата «Оптодан».

### **3. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний слизистой оболочки рта**

#### **Комплект тестовых заданий**

1. Назовите первичные элементы поражения СОР:

- а. пятно, волдырь, афта, узел
- б. эрозия, узелок, атрофия, пузырь
- в. бугорок, гнойничок, опухоль, киста
- г. рубец, пятно, вегетация
- д. волдырь, бугорок, рубец, корка

2. Назовите вторичные элементы поражения СОР:

- а. эрозия, узелок, атрофия, пузырь
- б. чешуйка, язва, корка, рубец
- в. бугорок, гнойничок, опухоль, киста
- г. эрозия, трещина, атрофия
- д. пятно, афта, рубец

3. В основу классификации пузырных заболеваний положен принцип:

- а. этиологический
- б. патогенетический
- в. клинический
- г. анамнестический
- д. наследственный

4. МЭЭ принято относить к заболеваниям:

- а. инфекционным
- б. аллергическим
- в. инфекционно-аллергическим
- г. лекарственным
- д. неизвестной этиологии

5. Принято различать форм лейкоплакии:

- а. 1
- б. 2
- в. 3
- г. 4
- д. 5

6. КПЛ проявляется на СОР в виде следующих форм:

- а. атипичная и эрозивно-язвенная
- б. гиперкератотическая
- в. буллезная
- г. экссудативно-гиперемическая

7. Назовите формы лейкоплакии:

- а. плоская
- б. веррукозная, эрозивная
- в. типичная

- г. экссудативная
  - д. экссудативно-гиперемическая
  - е. правильны ответы 1 и 2
8. Наиболее часто встречается форма лейкоплакии:
- а. плоская
  - б. веррукозная
  - в. эрозивная
  - г. эрозивная и веррукозная
  - д. плоская и веррукозная
9. Основным элементом поражения при плоской лейкоплакии является:
- а. пятно
  - б. узел
  - в. атрофия
  - г. гиперкератическое пятно
  - д. опухоль
10. Назовите признаки очага малигнизации лейкоплакии:
- а. усиление процессов ороговения, быстрое увеличение размеров и плотности очага
  - б. появление уплотнения в основании бляшки, эрозии
  - в. сосочковые разрастания на поверхности эрозий
  - г. кровоточивость при травме, появление незаживающих трещин
11. В течение ОГС выделяют следующие периоды:
- а. катаральный
  - б. период высыпаний
  - в. инкубационный, период высыпаний
  - г. период высыпаний, угасания и клинического выздоровления
  - д. инкубационный, продромальный, период высыпаний, период угасания и клинического выздоровления
12. Элементы поражения характерны для ОГС:
- а. пятно
  - б. узелок
  - в. пузырек
  - г. эрозия
  - д. пузырек, эрозия
13. Назовите противовирусные препараты.
- а. бонафтон, супрастин
  - б. ацикловир, хелепин, виралекс
  - в. алпизарин, риодоксол
  - г. зовиракс, интерферон
  - д. интерлок, госсипол
  - е. правильны ответы 1 и 2
14. Длительность существования афты:

- а. 5 дней
- б. 10 дней
- в. 15 дней
- г. более 10 дней
- д. от 15 до 40 дней

15. После заживления афты останется:

- а. рубец гладкий
- б. деформирующий рубец
- в. рубцовая атрофия
- г. слизистая оболочка останется без изменений
- д. все выше перечисленное

16. Клиническими признаками первичного сифилиса являются:

- а. гумма
- б. папулезные высыпания
- в. регионарный склераденит
- г. твердый шанкр
- д. полиаденит

17. Характер течения МЭЭ зависит от давности заболеваний:

- а. да, ибо проявления болезни с течением времени становятся менее выраженными
- б. да, так как симптомы заболеваний усугубляются
- в. нет, так как рецидивы болезни отличаются однотипными симптомами
- г. с течением времени заболевание переходит в аллергию
- д. нет, заболевание течет монотонно

18. Действие врача при декубитальной язве:

- а. исследование язвы
- б. прижигание язвы
- в. смазывание антисептиками
- г. биопсия
- д. консультация онколога

19. Ведущим признаком медикаментозного стоматита является:

- а. отсутствие продромальных явлений
- б. появление симптомов во рту после употребления лекарств
- в. наличие эрозий или пузырей
- г. наличие гиперемии и отека
- д. положительная накожная проба

20. Диагноз контактный стоматит ставится на данных:

- а. анамнеза
- б. клинических симптомов
- в. лабораторных анализов
- г. дополнительных методов исследования
- д. цитологических

## Комплект ситуационных заданий

### Ситуационная задача 1

Пациент Л., 48 лет. Обратилась с жалобами на чувство стянутости, жжения во рту. При осмотре на задних отделах слизистой оболочки щек, спинке языка выявлены слившиеся полигональные папулы серовато-белого цвета, люминесцирующие в лучах Вуда беловато-желтоватым светом. Отмечаются острые бугры у третьих моляров, пломбы из амальгамы на вестибулярной поверхности в пришеечной области 1.6, 2.6, 2.7, 3.7, 4.7; шероховатые потемневшие пластмассовые пломбы у 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию СОР?
3. Какие местные факторы могли стать причиной данного заболевания?
4. Назначьте общее лечение заболевания СОР.
5. Назначьте местное лечение заболевания СОР.

### Ситуационная задача 2

Мужчина, 36 лет, обратился жалобами на боли при приеме пищи. Анамнез: в течение последних 2-х месяцев на боковой поверхности языка слева образовался дефект СОР. Объективно: полость рта не санирована. Имеется некачественный мостовидный протез с опорой на 3.6 и 3.8. На боковой поверхности языка слева наблюдается язва размером 0,3x0,8 см, с ровными краями, при пальпации резко болезненна. ЛУ подчелюстные увеличены, подвижны и болезненны.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 3. Составьте план лечения.

Вопрос 4. Назначьте противовоспалительную и эпителизирующую терапию.

Вопрос 5. Какой из физиотерапевтических методов Вы назначили бы?

### Ситуационная задача 3

В стоматологическую поликлинику обратился пациент Ж. 40 лет на боль в области 1.6. Анамнез: больной был на приеме врача по поводу обострения хронического пульпита 1.6. Анестетики не переносит. Поставлена мышьяковистая паста под повязку из искусственного дентина неделю назад. Объективно: на десневом сосочке между 1.6 и 1.7 дефект слизистой оболочки десневого сосочка диаметром 0,3x0,3 см покрытый фибринозным налетом желтоватого цвета. Полость зуба закрыта не герметично. Перкуссия резко болезненна.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. С чем проводится дифференциальная диагностика?

Вопрос 3. Составьте план лечения.

Вопрос 4. Какие антидоты Вы назначите?

Вопрос 5. В чем заключается профилактика данного осложнения?

Ситуационная задача 4

Пациент С. 42 лет, обратился к врачу с жалобами на боль при приеме пищи и разговоре. Анамнез: больной по ошибке набрал в рот вместо воды какой-то раствор и сразу же почувствовал жжение. Оказалась серная кислота. Прополоскал водой, обратился к врачу. Объективно: на слизистой оболочке спинки языка обширный некроз, покрытый плотной пленкой желтоватого цвета. Пальпация болезненна.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 3. Составьте алгоритм химического противоожогового лечения кислотами.

Вопрос 4. Какие вы будете применять средства нейтрализующие кислоты?

Вопрос 5. В чем заключается профилактика химических ожогов рта?

Ситуационная задача 5

Пациент А. 64 лет, обратился с жалобами на сухость, жжение во рту по ночам, отчего просыпается и вынужден полоскать рот водой. Считает, что страдает бессонницей по этой причине. Анамнез: год назад больной протезировался несъемным протезом с опорой на 1.5, 1.6, 1.7. Объективно: при осмотре конфигурация лица без видимых изменений. Металлические несъемные протезы с напылением с опорой на 1.5, 1.6, 1.7. На 2.6 и 3.7 пломбы из амальгамы. Уровень микроотоков – 10 мкА. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета. Наблюдается вязкость слюны.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Составьте план лечения.

4. Какие препараты местного и общего применения назначить?

5. Какие профилактические мероприятия Вы будете рекомендовать больному?

## **Модуль «Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия»**

### **1. Осложнения кариозных и некариозных поражений твердых тканей зубов. Хирургическое лечение заболеваний пародонта. Нарушения развития и прорезывания зубов у взрослых**

#### **Комплект тестовых заданий**

1. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зуба:

1. местное
2. общее (наркоз)
3. комбинированное
4. нейролептаналгезия

2. Общим обезболиванием является:

1. эндотрахеальный наркоз
2. атаралгезия
3. проводниковая анестезия
4. вагосимпатическая блокада
5. инфильтрационная анестезия

3. Двигательной ветвью тройничного нерва называется:

1. n. masseter
2. n. auriculotemporalis
3. n. temporalis anterior profundus
4. n. temporalis medialis profundus

4. Анатомический ориентир при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом:

1. моляры
2. височный гребешок
3. позадиомолярная ямка
4. крыловидно-нижнечелюстная складка

5. Пульс во время коллапса:

1. частый, нитевидный
2. нитевидный, редкий
3. частый, хорошего наполнения
4. редкий, хорошего наполнения

6. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне:

1. перенесенной ранее аллергической реакции
2. диатеза
3. интоксикации
4. хронического панкреатита

7. При подозрении на развитие анафилактического шока на введенный анестетик, проводимая терапия должна включать препараты:

1. антигистаминные, аналептики и гормональные

2. аналептики
3. гормональные
4. антигистаминные
5. антигистаминные и аналептики
6. антигистаминные и гормональные

8. Показатель к удалению зуба:

1. хронический гранулематозный периодонтит
2. острый пульпит
3. глубокий кариес
4. острый периодонтит

9. Прямыми щипцами удаляют:

1. резцы в/ч
2. моляры
3. премоляры
4. зубы мудрости
5. резцы н/ч

10. S-образными щипцами удаляют:

1. премоляры в/ч
2. корни зубов
3. моляры н/ч
4. моляры в/ч
5. 3-и моляры н/ч

11. S-образными щипцами удаляют:

1. моляры в/ч
2. резцы
3. 3-и моляры
4. премоляры в/ч
5. 3-и моляры н/ч

12. Штыковидными щипцами удаляют:

1. корни и премоляры в/ч
2. моляры в/ч
3. премоляры н/ч
4. 3-и моляры н/ч
5. резцы н/ч

13. Клюковидными щипцами со сходящимися щечками удаляют:

1. корни зубов н/ч
2. резцы н/ч
3. моляры н/ч
4. премоляры в/ч
5. 3-и моляры в/ч

14. Клюковидными щипцами со несходящимися щечками удаляют зубы н/ч:

1. премоляры

2. резцы
  3. моляры
  4. корни зубов
15. На н/ч элеваторами под углом удаляют:
1. корни зубов
  2. клыки
  3. резцы
  4. премоляры
16. Штыковидным элеватором (ключом Леклюза) удаляют зубы н/ч:
1. первый моляр
  2. клык
  3. резец
  4. премоляр
  5. второй моляр
  6. третий моляр
17. Осложнения, возникающие во время удаления зуба:
1. перелом коронки или корня удаляемого зуба
  2. гайморит
  3. периостит
  4. альвеолит
  5. остеомиелит
18. Осложнения, возникающие непосредственно после удаления зуба:
1. кровотечение
  2. паротит
  3. невралгия тройничного нерва
  4. артрит ВНЧС
  5. анкилоз ВНЧС
19. Дополнительные инструменты для удаления корней зубов н/ч/ и в/ч:
1. бормашина
  2. прямые щипцы
  3. иглодержатель
  4. крючок Лимберга
  5. элеватор Карапетяна
20. Инструмент для удаления корней зубов н/ч:
1. клювовидные сходящиеся щипцы
  2. прямые щипцы
  3. иглодержатель
  4. клювовидные щипцы с шипом
  5. S-образные несходящиеся щипцы

## Комплект ситуационных заданий

### Ситуационная задача 1

Пациент У., 35 лет, обратился в стоматологическую поликлинику к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на свищ в щечной области справа. История заболевания. Пациента периодически беспокоили ноющие боли в области 4.5. Он никуда не обращался, полоскал рот горячим содовым раствором, принимал анальгетики. Перенесенные заболевания: простудные. Местные изменения. При внешнем осмотре имеется невыраженный отек мягких тканей под краем н/ч в подбородочном отделе справа. Определяется воронкообразная втянутость кожных покровов в данной области, из которой выбухают грануляции. Слизистая оболочка в области 4.5 слабо гиперемирована, пальпируется плотный рубцовый тяж в области переходной складки, идущий от 4.5 к устью свища на кожных покровах, при бимануальной пальпации которого выделяется капля гноя. Коронка 4.5. полностью разрушена до шейки зуба, подвижность II степени, зондирование безболезненной, перкуссия слабо болезненна. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка других отделов рта физиологической окраски. Поднижнечелюстной ЛУ справа увеличен до 1,0 см, подвижен, не спая с окружающими тканями, слабо болезненный при пальпации (рис. 4).



Рисунок 4.

Зубная формула:

0	П		П									П			0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0			Pt									0		П	0

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Вопрос 3. Опишите хирургическое лечение данного заболевания.

Вопрос 4. Назначьте медикаментозное лечение.

## Ситуационная задача 2

Пациент Ф., 20 лет, обратился в стоматологическую поликлинику к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на припухлость в щечной области справа. История заболевания. Пациента периодически беспокоили ноющие боли в области 4.5. Он никуда не обращался, полоскал рот горячим содовым раствором, принимал анальгетики. Перенесенные заболевания: простудные. Местные изменения. При внешнем осмотре определяется припухлость в нижнем отделе щечной области справа, кожа над ней гиперемирована. При пальпации определяется болезненный плотноэластический инфильтрат с четкими границами, в центре которого определяется флюктуация. СОР по переходной складке в проекции верхушки корня 4.5 гиперемирована, пальпируется плотный рубцовый тяж в области переходной складки, идущий от 4.5 к инфильтрату на кожных покровах. Коронка и 1/3 корня 4.5 полностью разрушены, подвижность 2 степени, зондирование безболезненно, перкуссия слабо болезненна. Открывание рта свободное. СОР других отделов физиологической окраски. Подподбородочный ЛУ справа увеличен до 1,0 см, подвижен, не спая с окружающим тканями, слабо болезненный при пальпации (рис. 5 а, б).



Рисунок 5 а.



Рисунок 5 б.

Зубная формула:

0			П									С			0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0			Pt									П			0

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Вопрос 3. Опишите хирургическое лечение данного заболевания.

Вопрос 4. Назначьте медикаментозное лечение.

### Ситуационная задача 3

Пациент Ш., 21 год, обратился в стоматологическую поликлинику к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на припухлость в щечной области справа. История заболевания. Пациента периодически беспокоили ноющие боли в области 3.6. Он никуда не обращался, полоскал рот горячим содовым раствором, принимал анальгетики. Перенесенные заболевания: простудные. Местные изменения. При внешнем осмотре определяется припухлость в нижнем отделе щечной области слева, кожа над ней гиперемирована. При пальпации определяется болезненный плотноэластический инфильтрат с четкими границами, в центре которого определяется флюктуация. СОР по переходной складке в проекции верхушки корня 3.6 гиперемирована, пальпируется плотный рубцовый тяж в области переходной складки, идущий от 3.6 к инфильтрату на кожных покровах. Коронка 3.6 полностью разрушена до бифуркации корней, подвижность II степени, зондирование безболезненно, перкуссия слабо болезненна. Открывание рта свободное. СОР физиологической окраски. Подподбородочный лимфатический узел слева увеличен до 1,0 см, подвижен, не спая с окружающим тканями, слабо болезненный при пальпации (рис. 6 а, б).



Рисунок 6 а.



Рисунок 6 б.

Зубная формула:

0		П												П	С	0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
0	П	П												Pt	0	0

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Вопрос 3. Опишите хирургическое лечение данного заболевания.

Вопрос 4. Назначьте медикаментозное лечение.

#### Ситуационная задача 4

Пациент З., 32 года, обратилась в стоматологическую поликлинику к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на боль в области н/ч слева. История заболевания. Пациентку периодически беспокоили ноющие боли в области 3.6. Она никуда не обращалась, принимала анальгетики. Перенесенные заболевания: простудные. Местные изменения. При внешнем осмотре конфигурация лица не нарушена. СОР в области десневого края 3.7 и ретромолярной области гиперемирована, отечна, болезненна. Коронка 3.7 полностью разрушена до бифуркации корней, подвижность 2 степени, зондирование безболезненно, перкуссия слабо болезненна. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка других отделов рта физиологической окраски. Подподбородочный лимфатический узел слева увеличен до 1,0 см, подвижен, не спаян с окружающими тканями, слабо болезненный при пальпации. Пациентке была выполнена обзорная Rg в левой боковой проекции (рис. 7).



Рисунок 7.

#### Зубная формула:

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
														Pt	

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Опишите Rg.

Вопрос 3. Опишите хирургическое лечение данного заболевания.

Вопрос 4. Назначьте медикаментозное лечение.

#### Ситуационная задача 5

Пациент Г., 29 лет, обратилась в стоматологическую поликлинику к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на периодическую боль в области н/ч

справа и затрудненное открывание рта. Перенесенные и сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, непереносимость пенициллина. История заболевания. Больной себя считает около 1 года. В феврале впервые почувствовала появление болезненной припухлости десны в области 4.8 и некоторое затруднение при открывании рта. Обратилась в стоматологическую поликлинику, где проводилось лечение: 5 сеансов УВЧ-терапии на область угла н/ч справа, принимала внутрь сульфадиметоксин по схеме, делала ванночки с питьевой содой. Было кратковременное улучшение. Местные изменения. При внешнем осмотре – конфигурация лица не нарушена, при пальпации определяется увеличенный до 1,5 см в диаметре, безболезненный, подвижный поднижнечелюстной ЛУ справа. Открывание рта свободное, безболезненное. СОР преддверия рта бледно-розового цвета, достаточно увлажнена. Отмечено, что 4.8 прорезался двумя дистальными буграми и смещен (наклонен) в сторону 4.7. Пациентке была выполнена обзорная Rg в правой боковой проекции (рис. 8).



Рисунок 8.

Зубная формула:

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Опишите Rg.

Вопрос 3. Опишите хирургическое лечение данного заболевания.

Вопрос 4. Назначьте медикаментозное лечение.

## **2. Инфекционные неodontогенные и специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у взрослых**

### **Комплект тестовых заданий**

1. Возбудитель актиномикоза:
  1. лучистые грибы
  2. стафилококки
  3. стрептококки
  4. кишечные клостридии
  5. туберкулезные микобактерии
2. Лучистые грибы распространяются:
  1. лимфогенно
  2. гематогенно
  3. внутрикостно
  4. контактно
  5. воздушно-капельным путем
3. Диагноз «Актиномикоз» устанавливается на основании:
  1. цитологического исследования
  2. Rg данных
  3. клинического анализа крови
  4. серологического исследования
  5. исследования гормонального статуса
4. Количество инъекций актинолизата на 1 курс:
  1. 25
  2. 5
  3. 12
  4. 15
  5. 35
5. В комплекс терапии актиномикоза ЧЛЮ входит:
  1. аутогемотерапия
  2. лучевая
  3. седативная
  4. мануальная
  5. гипотензивная
6. Фурункул – это:
  1. острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула
  2. острое гнойное воспаление клетчатки
  3. специфическое поражение придатков кожи
  4. острое гнойное воспаление потовой железы
  5. серозное воспаление волосяного фолликула
7. Карбинкул – это:
  1. разлитое острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов

2. острое гнойное воспаление клетчатки
  3. специфическое поражение придатков кожи
  4. острое гнойное воспаление потовых желез
  5. серозное воспаление волосяных фолликулов
8. Возбудителями при фурункулах ЧЛО чаще всего является:
1. золотистые стафилококки
  2. стрептококки
  3. лучистые грибы
  4. бледные спирохеты
  5. туберкулезные микобактерии
9. Возбудителями при карбункулах ЧЛО чаще всего является:
1. золотистые стафилококки
  2. стрептококки
  3. лучистые грибы
  4. бледные спирохеты
  5. туберкулезные микобактерии
10. Основной этиологический фактор фурункулеза:
1. снижение общей реактивности организма
  2. эндартериит
  3. гипертоническая болезнь
  4. психические заболевания
11. Развитию фурункулеза ЧЛО способствует:
1. туберкулез
  2. эндартериит
  3. психические заболевания
  4. гипертоническая болезнь
12. Типичный клинический признак фурункула лица является болезненный:
1. инфильтрат багрового цвета с гнойно-некротическими стержнями
  2. участок гиперемии кожи
  3. инфильтрат кожи синюшного цвета
  4. инфильтрат в толще мягких тканей
  5. плотный, инфильтрат мягких тканей багрового цвета
13. Общесоматическое осложнение фурункула лица:
1. сепсис
  2. гайморит
  3. диплопия
  4. рожистое воспаление
  5. гипертонический криз
14. Хирургическое пособие при прогрессировании местных и общих проявлений фурункула лица заключается в:
1. в крестообразном рассечении, дренировании очага воспаления

2. в иссечении фурункула
  3. в дренировании очага воспаления
  4. в криохирургическом воздействии
15. В комплекс терапии фурункулов и карбункулов лица входит:
1. ГБО-терапия
  2. лучевая
  3. мануальная
  4. седативная
  5. гипотензивная
16. В комплекс терапии фурункулов и карбункулов лица входит:
1. физиотерапия
  2. лучевая
  3. мануальная
  4. седативная
  5. гипотензивная
17. В комплекс лечения фурункулеза ЧЛЮ входит:
1. аутогемотерапия
  2. лучевая
  3. мануальная
  4. седативная
  5. гипотензивная
18. При начавшемся рожистом воспалении лица УФО назначают в дозах:
1. гиперэритемных
  2. субэритемных
  3. малых эритемных
  4. средних эритемных
  5. больших эритемных
19. В комплекс лечения фурункулеза ЧЛЮ входит:
1. антибактериальная
  2. лучевая
  3. седативная
  4. мануальная
  5. гипотензивная
20. В комплекс лечения фурункулеза ЧЛЮ входит:
1. десенсибилизирующая
  2. лучевая
  3. седативная
  4. мануальная
  5. гипотензивная

## Комплект ситуационных заданий

### Ситуационная задача 1

Пациент О., 45 лет, обратилась в стоматологическую поликлинику к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на боль и покраснение лица, озноб, головную боль, рвоту, общее недомогание, насморк, кашель. Считает себя больной в течение 2-х дней. Перенесенные заболевания: аллергия на бытовую пыль. Местные изменения. При внешнем осмотре яркое лоснящееся покраснение кожи и множественные пустулёзные высыпания в данной области диаметром от 0,2 до 0,5 см в области носа и щек, напоминающие очертания бабочки. Пораженные покровы несколько приподняты над здоровыми участками кожи, границы их неровные, но резко очерчены. Температура тела 38,5° (рис. 9).



Рисунок 9.

Зубная формула:

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Вопрос 3. Составьте план лечения.

Вопрос 4. В каком лечебном учреждении необходимо лечить пациента?

### Ситуационная задача 2

Пациент Д., 46 лет, обратился в стоматологическую поликлинику к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на припухлость, небольшую боль и свищевой ход со скудным гнойным отделяемым в поднижнечелюстной области слева. История заболевания. 3 месяца назад в результате травмы у

больного возник перелом нижней челюсти в области 3.7. зуба. Находился на амбулаторном лечении. Проводилась иммобилизация поврежденной н/ч назубными проволочными шинами с зацепными петлями, 3.7 из линии перелома удален. Через месяц перелом консолидировался, шины сняли. Но в поднижнечелюстной области слева появилась припухлость плотная и слабо болезненная. Припухлость медленно увеличивалась. Месяц назад кожа над припухлостью стала синюшной, в центре истончилась и открылся свищ с гнойным отделяемым. Перенесенные заболевания: считает себя здоровым. Алкоголь употребляет умеренно, курит. Редко болеет ОРВИ (рис. 10).



Рисунок 10.

При внешнем осмотре определяется в поднижнечелюстной области слева припухлость. Кожа над ней синюшно-багровой окраски. При пальпации определяется инфильтрат доскообразной плотности, слабо болезненный, диаметром около 3,0 см. В центре которого имеется свищ со скудным гнойным отделяемым с белыми крошковатыми включениями. Открывание рта свободное. СОР без патологических изменений. На месте перелома н/ч патологической подвижности нет. Имеется большое количество зубов, пораженных кариозным процессом. При микроскопическом исследовании гноя из свищевого хода обнаружены друзы и мицелий лучистого гриба. Внутрикожная проба с актинолизатом «положительная». Зубная формула:

0	0	С	С	С		С	С	С	С		П	С	0	0	0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0	0	С	П	С							С	С	С	0	0

Вопрос 1. Проведите обоснование диагноза.

Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Вопрос 3. Составьте план лечения.

### Ситуационная задача 3

Пациент Х., 42 года, обратился в стоматологическую поликлинику к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на припухлость, небольшую боль и свищевой ход со скудным гнойным отделяемым в поднижнечелюстной области справа. История заболевания. 3 месяца назад находился на лечении в ОЧЛХ по поводу одонтогенной флегмоны поднижнечелюстной области справа. 2 месяца назад появилась припухлость плотная и слабо болезненная в данной области. Припухлость медленно увеличивалась. Месяц назад кожа над припухлостью стала синюшной, в центре истончилась и открылся свищ с гнойным отделяемым. Перенесенные заболевания: считает себя здоровым. Алкоголь употребляет умеренно, курит. Редко болеет ОРВИ. Местные изменения. При внешнем осмотре определяется в поднижнечелюстной области справа припухлость. Кожа над ней синюшно-багровой окраски. При пальпации определяется инфильтрат доскообразной плотности, прилежащий к телу н/ч, неподвижный, слабо болезненный, диаметром около 3,0 см. В центре его располагается втянутый рубец, в переднем отделе которого имеется свищ со скудным гнойным отделяемым с включениями размером не более 1,5 мм от светло желтого до темно коричневого цвета. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка рта без патологических изменений. При микроскопическом исследовании гноя из свищевого хода обнаружены друзы и мицелий лучистого гриба. Внутрикожная проба с актинолизатом «положительная» (рис. 11).



Рисунок 11.

Зубная формула:

0	0	0											0	0	0	0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
0	0	0	0											0	0	0

Вопрос 1. Проведите обоснование диагноза.

Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Вопрос 3. Составьте план лечения.

#### Ситуационная задача 4

Пациент П., 31 год, была направлена врачом хирургом-стоматологом на консультацию в ОЧЛХ с жалобами на припухлость, слабую болезненность и свищи с гнойным отделяемым. История заболевания. Считает себя больной около 6 месяцев, когда после переохлаждения появились боли в области 2.6. Обратилась к врачу терапевту-стоматологу, было проведено лечение 2.6, однако боль периодически повторялась и усиливалась при накусывании на 2.6. 3 месяца назад появилась припухлость в щечной области слева на фоне очередного обострения в области 2.6, который был удален, однако припухлость в щечной области продолжала увеличиваться. Месяц назад пациентка отмечает изменение кожи над припухлостью, появление свищевых ходов. После чего обратилась к врачу стоматологу-хирургу, которым направлена в ОЧЛХ. Перенесенные заболевания: хронический тонзиллит. Аллергия на антибиотики пенициллинового ряда. Местные изменения. При внешнем осмотре определяется в слева определяется 2 участка припухлости. Кожа над ними синюшно-багровой окраски. При пальпации определяется 2 участка инфильтрата доскообразной плотности, прилежащий к верхней челюсти, неподвижный, слабо болезненный, диаметром около 2,0 см., по нижнему краю которых имеются свищи со скудным гнойным отделяемым с включениями размером не более 1,5 мм от светло желтого до темно коричневого цвета. Открывание рта свободное. СОР физиологической окраски, умеренно увлажнена. В области удаленного 2.6 по переходной складке определяется костный экзостоз и плотный безболезненный тяж, идущий от альвеолярного отростка в толщу тканей щечной области. Определяются увеличенные гиперемированные небные миндалины справа и слева. Определяются 2 увеличенных до 1,0 см, подвижных, не спаянных с окружающими мягкими тканями лимфатических узлов в поднижнечелюстной области слева (рис. 12 а, б).



Рисунок 12 а



Рисунок 12 б

Зубная формула:

0	0	0										0	0	0	0	
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
0	0	0	0											0	0	0

Вопрос 1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.

Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Вопрос 3. Составьте план лечения.

### Ситуационная задача 5

Пациент Х., 42 года, обратился в стоматологическую поликлинику к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на припухлость, небольшую боль и свищевой ход со скудным гнойным отделяемым в поднижнечелюстной области справа. История заболевания. 3 месяца назад находился на лечении в ОЧЛХ по поводу одонтогенной флегмоны поджевательной области справа. 2 месяца назад появилась припухлость плотная и слабо болезненная в данной области. Припухлость медленно увеличивалась. Месяц назад кожа над припухлостью стала синюшной, в нижнем отделе истончилась и открылся свищ с гнойным отделяемым. Перенесенные заболевания: считает себя здоровым. Алкоголь употребляет умеренно, курит. Редко болеет ОРВИ. Местные изменения. При внешнем осмотре определяется в поднижнечелюстной и околоушно-жевательной области слева припухлость. Кожа над ней синюшно-багровой окраски. При пальпации определяется инфильтрат доскообразной плотности, прилежащий к телу н/ч, неподвижный, слабо болезненный, диаметром около 3,0 см. В нижнем его отделе располагается втянутый рубец, в переднем отделе которого имеется свищ со скудным гнойным отделяемым с включениями размером не более 1,5 мм от светло желтого до темно

коричневого цвета. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка рта без патологических изменений

(рис. 13 а, б).

Зубная формула:

0	0	0										0	0	0	0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0	0	0	0										0	0	0



Рисунок 13 а.

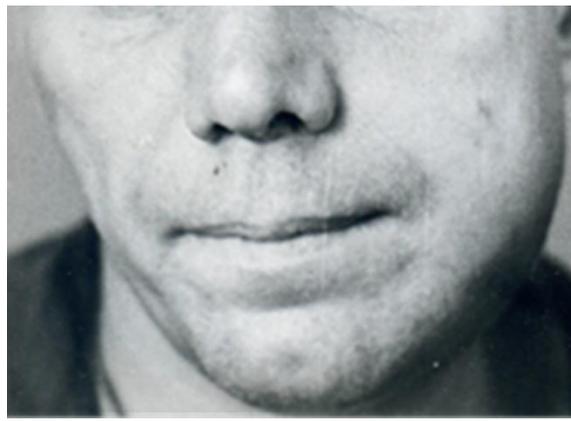


Рисунок 13 б

Вопрос 1. Проведите обоснование диагноза.

Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Вопрос 3. Составьте план лечения.

### **3. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у взрослых** **Комплект тестовых заданий**

1. Причина острого неспецифического артрита ВНЧС:

1. острая травма
2. актиномикоз
3. околоушный гипергидроз
4. хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии

2. Причина хронического неспецифического артрита ВНЧС:

1. хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
2. актиномикоз
3. острая травма
4. околоушный гипергидроз

3. Причина обострения хронического неспецифического артрита:

1. хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
2. актиномикоз
3. околоушный гипергидроз
4. распространение инфекции из окружающих тканей

4. Причина специфического артрита ВНЧС:
  1. актиномикоз
  2. ревматическая атака
  3. околоушный гипергидроз
  4. хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
5. Характерные симптомы острого артрита ВНЧС в начальной стадии:
  1. боль, ограничение открывания рта
  2. тризм жевательных мышцы
  3. околоушный гипергидроз
  4. боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в ВНЧС
6. Острый артрит ВНЧС дифференцируют с:
  1. с острым отитом
  2. с острым гайморитом
  3. с околоушным гипергидрозом
  4. с переломом в/ч
  5. с флегмоной поднижнечелюстной области
7. Комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита ВНЧС:
  1. физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНЧС
  2. химиотерапия, иглотерапия
  3. физиотерапия, остеотомия н/ч, иммобилизация
  4. физиотерапия, удаление мышечного отростка, разгрузка и покой ВНЧС
8. Ведущим симптомом анкилоза ВНЧС является:
  1. резкое ограничение подвижности н/ч
  2. шум в ушах
  3. нарушение глотания
  4. множественный кариес
  5. выраженный болевой симптом
9. Основной причиной развития анкилоза ВНЧС является:
  1. артрит
  2. опухоль
  3. мастоидит
  4. околоушный гипергидроз
  5. целлюлит околоушно-жевательной области
10. Форма анкилоза ВНЧС:
  1. фиброзный
  2. гнойный
  3. слипчивый
  4. катаральный
  5. атрофический

11. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:

1. тугоподвижность в ВНЧС, выраженная по утрам
2. шум в ушах
3. нарушение глотания
4. множественный кариес
5. выраженный болевой симптом

12. Ведущим симптомом клиники двухстороннего костного анкилоза ВНЧС является:

1. полное отсутствие движений н/ч
2. шум в ушах
3. нарушение глотания
4. множественный кариес
5. выраженный болевой симптом

13. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза ВНЧС является:

1. КТ
2. миография
3. аудиометрия
4. биохимия крови
5. ЭОД

14. Внешний вид пациента с двусторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется:

1. уплощением и укорочением тела и ветви н/ч на больной стороне
2. нижней макрогнатией
3. верхней микрогнатией
4. верхней ретрогнатией
5. несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами

15. Основным методом лечения больных с костным анкилозом ВНЧС:

1. хирургический
2. физиотерапия
3. консервативный
4. ортопедический
5. ортодонтический

16. Лечение фиброзного анкилоза ВНЧС заключается:

1. в редрессации
2. в физиотерапии
3. в артропластике
4. в создании ложного ВНЧС
5. в остеотомии н/ч

17. Ведущим симптомом при контрактурах н/ч является:

1. ограничение подвижности н/ч

2. верхняя макрогнатия
  3. снижение высоты прикуса
  4. укорочение ветвей н/ч
  5. ограничение подвижности н/ч с сохранением движений в ВНЧС
18. Основным методом лечения контрактурах н/ч является:
1. физиотерапевтический
  2. комплексный
  3. хирургический
  4. консервативный
19. Основным хирургическим методом лечения контрактур н/я заключается:
1. в рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов
  2. в иссечении рубцов
  3. в рассечении рубцов
  4. в вертикальной остеотомии ветвей н/ч
20. Дополнительным симптомом клиники контрактур н/ч является:
1. веерообразное положение фронтальной группы зубов
  2. верхняя макрогнатия
  3. снижение высоты прикуса
  4. укорочение ветвей н/ч
  5. ограничение подвижности н/ч в ВНЧС

### **Комплект ситуационных заданий**

#### Ситуационная задача 1

Пациент З., 35 лет, обратилась к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на боль в ВНЧС, мышцах лица и шеи, понижение слуха. История заболевания. Развитие заболевания медленное, вначале больная заметила ощущение шума и заложенность в ухе, затем с утратой моляров появилась терпимая боль в ВНЧС, а еще спустя полгода боль в мышцах. Перенесенные заболевания: холецистит, колит, которые обострились в течение последнего года. Местные изменения. При внешнем осмотре определяется укорочение нижнего отдела лица. Пальпаторно отмечается резкая боль в области жевательной мышцы, жевательной и височной справа и слева. При пальпации ВНЧС определяется неравномерные и скачкообразные движения в области ВНЧС справа без шумовых явлений. Имеется патологическая стертость фронтальной группы зубов в/ч и н/ч, в области моляров в/ч справа и н/ч слева определяется выраженный феномен Попова-Годона, пальпация латеральных крыловидных мышц справа и слева болезненная (рис. 14).



Рисунок 14.

Зубная формула:

0	0	0	0	0								0	0	0	0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0	0	0	0	0								0	0	0	0

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз, проведите его обоснование.

Вопрос 2. Составьте план обследования.

Вопрос 3. Опишите и обоснуйте план лечения.

### Ситуационная задача 2

Пациент Х., 41 год, обратилась к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на боль в ВНЧС, мышцах лица и шеи, понижение слуха. История заболевания. Развитие заболевания медленное, вначале больная заметила ощущение шума и заложенность в ухе справа, затем с утратой моляров н/ч справа появилась терпимая боль в ВНЧС, а еще спустя полгода боль в мышцах. Перенесенные заболевания: хронический гастрит, который обострился в течение последнего года. Местные изменения. При внешнем осмотре конфигурация лица не изменена. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Пальпаторно отмечается резкая боль в области жевательной мышцы, жевательной и височной справа. При пальпации ВНЧС определяется неравномерные и скачкообразные движения в области ВНЧС справа без шумовых явлений. Имеется глубокое резцовое перекрытие, в области моляров в/ч справа имеется выраженный феномен Попова-Годона, пальпация латеральной крыловидной мышцы справа болезненная (рис.15).



Рисунок 15.

Зубная формула:

0	П	П	П										П	П	0	
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
0	0	0											П	П	П	0

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз, проведите его обоснование.

Вопрос 2. Составьте план обследования.

Вопрос 3. Опишите и обоснуйте план лечения.

### Ситуационная задача 3

Пациент Х., 35 лет, обратилась к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на незначительную боль в левом ВНЧС в состоянии покоя и резко усиливающуюся при приеме пищи. История заболевания. Считает себя больной в течение нескольких лет после утраты моляров. Симптоматика нарастала постепенно, год назад в ВНЧС возникло щелканье, а затем слабая боль. Спустя полгода при приеме пищи болезненность стала усиливаться. Широкое открывание рта возможно, но оно скачкообразное и тоже сопровождается усилением боли. Перенесенные заболевания: холецистит, колит, которые обострились в течение последнего года. Местные изменения. При внешнем осмотре конфигурация лица не изменена. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Открывание рта болезненное до 3,0 см, дальнейшее поступательное движение н/ч скачкообразное и сопровождается болью и щелчком в ВНЧС слева. При пальпации ВНЧС определяется неравномерные и скачкообразные движения в области ВНЧС слева сопровождающееся резко выраженным щелчком при максимальном открывании рта (более 3,0 см). В области моляров в/ч слева имеется выраженный феномен Попова-Годона, пальпация латеральной крыловидной мышцы слева болезненная (рис. 16 а, б).



Рисунок 16 а



Рисунок 16 б

Зубная формула:

0	П	П	П											П	П	0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
0	П	П												0	0	0

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз, проведите его обоснование.

Вопрос 2. Составьте план обследования.

Вопрос 3. Опишите и обоснуйте план лечения.

#### Ситуационная задача 4

Пациент В., 20 лет, обратился к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на незначительную боль в левом ВНЧС в состоянии покоя и резко усиливающуюся при приеме пищи. История заболевания. Считает себя больным в течение нескольких лет после того как завершился период смены молочных зубов на постоянные. Симптоматика нарастала постепенно, год назад в ВНЧС возникло щелканье, а затем слабая боль. Спустя полгода при приеме пищи болезненность стала усиливаться. Широкое открывание рта возможно, но оно скачкообразное и тоже сопровождается усилением боли. Перенесенные заболевания: простудные. Местные изменения. При внешнем осмотре конфигурация лица не изменена. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Открывание рта болезненное до 3,0 см, дальнейшее поступательное движение н/ч скачкообразное и сопровождается болью и щелчком в ВНЧС слева. При пальпации ВНЧС определяется неравномерные и скачкообразные движения в области ВНЧС слева сопровождающееся резко выраженным щелчком при максимальном открывании рта (более 3,0 см). Дистопия 1.2, имеется выраженный феномен Попова-Годона в области 1.6, пальпация латеральной крыловидной мышцы справа болезненная (рис. 17).



Рисунок 17.

Зубная формула:

0	П	П		П									П	П	0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0	П	0											0	0	0

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз, проведите его обоснование.

Вопрос 2. Составьте план обследования.

Вопрос 3. Опишите и обоснуйте план лечения.

### Ситуационная задача 5

Пациент П., 29 лет, обратился к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на слабую боль в ВНЧС, смещение н/ч в сторону при открывании рта. Акт жевания на этой стороне практически стал невозможен. История заболевания. Считает себя больной в течение нескольких лет после ушиба в области ВНЧС справа 5 лет назад. Уже спустя два года после травмы постепенно нарастало смещение н/ч в сторону, чему пациентка не придавала значения. Перенесенные заболевания: простудные (рис. 18 а, б).



Рисунок 18 а.



Рисунок 18 б.

Местные изменения. При внешнем осмотре определимо смещение н/ч влево, лицо приобрело вид застывшей гримасы. При пальпации ВНЧС определяются зигзагообразные движения справа. Измерения н/ч показали, что ветвь слева длиннее на 2 см, а тело на 0,8 см по сравнению с правой стороной. Зубы антагонисты с правой стороны (группа моляров) не имеют плотного контакта между собой.

Зубная формула:

0	П	П	П										П	П	0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0	П	П											П		0

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз, проведите его обоснование.

Вопрос 2. Составьте план обследования.

Вопрос 3. Опишите и обоснуйте план лечения.

### Модуль «Стоматология детского возраста»

#### 1. Кариозные и некариозные поражения твердых тканей зубов, у детей и подростков

##### Комплект тестовых заданий

1. В возникновении кариеса важную роль играет следующее свойство микроорганизмов:

- а. устойчивость к антибиотикам
- б. образование органических кислот
- в. способность вызывать дисбактериоз
- г. способность к размножению

2. Наибольшим кариесогенным действием обладает углевод:

- а. мальтоза
- б. галактоза
- в. сахароза
- г. гликоген

3. Очаговая деминерализация –это патология, возникающая:

- а. до прорезывания
- б. после прорезывания
- в. до и после прорезывания
- г. нет правильного ответа

4. С помощью витального окрашивания эмали определяют:

- а. начальный кариес
- б. флюороз
- в. системную гипоплазию
- г. флюороз и гипоплазию

5. Высушенная поверхность кариозного белого пятна:

- а. теряет блеск
- б. не меняет цвет
- в. остается без изменений
- г. нет правильного ответа

6. Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны:

- а. на стабильности эмали
- б. на уменьшении проницаемости эмали
- в. на увеличении проницаемости эмали
- г. нет правильного ответа

7. Определите соответствие:

а. СИЦ	1. Fissurit FX
б. компомеры	2. Filtec
в. композиты	3. Vitremer
г. силанты	4. Compoglass

8. Определите соответствие:

а. СИЦ	1. Estet
б. компомеры	2. Fissurit F
в. композиты	3. Cetac Molar
г. силанты	4. Comp Natur

9. Определите соответствие:

а. эрозия	1. K03.0
б. одонтоклазия	2. K00.3
в. флюороз	3. K00.4
г. патологическая стираемость	4. K03.2
д. гипоплазия	5. K02.4

10. Определите соответствие:

а. гипоплазия	1. дефект округлой формы, дно гладкое, блестящее, твердое 2. пришеечный дефект в виде убыли и клина 3. изменение цвета, на которой появляются меловидные пятна, с потерей блеска, становится матовой и шероховатой 4. дефект в виде углублений, борозд разной величины и формы
б. клиновидный дефект	
в. эрозия	
г. некроз	

11. Определите соответствие:

а. гиперестезия	1. эпидемическое заболевание, при избыточном содержании F
б. некроз твердых тканей	2. состояние, обусловленное формой дефекта в виде клина
в. клиновидный	

дефект г. флюороз	3.повышенная чувствительность 4.растворение тканей под влиянием кислот
----------------------	---

12. Определите соответствие:

1.до прорезывания 2.после прорезывания	а. гипоплазия б. травма в. флюороз г. эрозия д. истирание е. некроз ж. несовершенный амело- и дентиногенез з. гиперплазия
--	--

13. Системная гипоплазия у детей в постоянных зубах развивается вследствие:

- а. заболевания матери во время беременности
- б. травматических повреждений временных зубов
- в. нарушение оптимального состава микроэлементов в воде
- г. болезней ребенка после рождения
- д. острейшего кариеса временных зубов

14. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна не проводят с:

- а. местной гипоплазией
- б. поверхностным кариесом
- в. флюорозом
- г. системной гипоплазией

15. Возможные изменения при местной гипоплазии:

- а. пигментированное пятно
- б. облитерация ПЗ
- в. «рифленые» зубы
- г. поражения эмали всех моляров и фронтальных зубов
- д. «гипсовые» зубы

16. Группы зубов, которые чаще поражаются системной гипоплазией:

- а. фронтальные
- б. премоляры
- в. первые моляры и фронтальные
- г. все группы зубов
- д. резцы и вторые моляры

17. Клинические проявления флюороза:

- а. пигментированное пятно и углубления 1 зуба
- б. белые пятна и крапинки на поверхности эмали зубов разного периода минерализации
- в. слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- г. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

- д. борозды, параллельные режущему краю
18. Кариесрезистентность – это:
- а. устойчивость к действию кислот
  - б. устойчивость к действию щелочей
  - в. устойчивость к действию кариесогенных факторов
  - г. устойчивость к действию кислот и щелочей
19. Жалобы при местной гипоплазии:
- а. боли при перкуссии
  - б. косметический недостаток
  - в. боли от горячего
  - г. ночные боли
  - д. подвижность зубов
20. На Rg при несовершенном дентиногенезе:
- а. расширение периодонтальной щели у верхушки корня
  - б. корни зубов нормальной длины
  - в. широкий просвет КК
  - г. КК и ПЗ облитерированы вскоре после прорезывания
  - д. расширение периодонтальной щели на всем протяжении

### **Комплект ситуационных заданий**

#### **Ситуационная задача 1**

В ДСП обратилась девушка 14 лет с жалобами на эстетическую неудовлетворенность – наличие светло-коричневых пятен на резцах в/ч и н/ч видимых при улыбке. Эмаль блестящая, при зондировании поверхность пятен гладкая, кариес-маркером не окрашивается. Из анамнеза известно, что с 1 до 6 лет пациентка проживала в местности с содержанием F в воде 2,0 мг/л.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Назначьте лечение.

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Назовите области в России с повышенным содержанием F в воде.

Вопрос 5. Укажите меры профилактики.

#### **Ситуационная задача 2**

В ДСП обратилась мама с ребенком 6 лет с жалобами на боли от сладкого на н/ч слева. Объективный статус: кожные покровы чистые, конфигурация лица не нарушена, открывание рта в норме. Уздечки губ и языка слабые, длинные. СОР бледно-розовая, равномерно увлажнена, без изменений. ИГ по Федорову–Володкиной =2,0. На жевательной поверхности 7.4. поражение в пределах собственного дентина, зондирование слабо

болезненное по эмалево-дентинной границе, перкуссия б/б, t проба отрицательна.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Дайте определение данной нозологии.

Вопрос 3. Назначьте лечение.

Вопрос 4. Укажите меры профилактики данной нозологии.

Вопрос 5. Дайте рекомендации по гигиеническому уходу.

Ситуационная задача 3

Мама с ребенком 9 лет обратилась в ДСП с целью профилактического осмотра. Во время осмотра у ребенка обнаружены пигментированные пятна в пришеечной области 1.1, 2.1, 3.3, 4.3 шероховатые при зондировании, перкуссия б/б, холодовая проба отрицательна. Жалоб на химические раздражители нет. В ходе сбора анамнеза выявлено, что в конце беременности мама перенесла гистоз, а также ребенок на 1 году жизни часто болел, перенес ветряную оспу.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Какие дополнительные исследования могут подтвердить диагноз?

Вопрос 3. Назначьте лечение.

Вопрос 4. Укажите меры профилактики при данной нозологии.

Вопрос 5. Дайте рекомендации по гигиеническому уходу.

Ситуационная задача 4

Родители пациента 8 мес. обратились в ДСП с жалобами на наличие дефектов в области резцов в/ч (рис. 19).



*Рисунок 19.*

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. До какого возраста рекомендуется продолжать грудное вскармливание.

Вопрос 3. Определите микроорганизмы, способствующие возникновению кариеса.

Вопрос 4. Определите наиболее уязвимые для кариеса зубы.

Вопрос 5. В какой период необходимо начинать реминерализующую терапию.

Ситуационная задача 5

Ребенок 9 лет. Жалоб не предъявляет. Объективный статус: на вестибулярной поверхности в области режущего края 1.1 определяется гладкое пятно с четкой границей с сохранением блеска, при зондировании дефекта не выявляется, кариес-индикатором не прокрашивается, перкуссия б/б. Реакция на химические и термические раздражители отрицательна.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Вопросы которые должен задать врач–стоматолог при постановке диагноза?

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Перечислите общие причины данной нозологии.

Вопрос 5. Перечислите местные причины данной нозологии.

## **2. Заболевания пародонта у детей и подростков**

### **Комплект тестовых заданий**

1. Гистологический слой, отсутствующий в тканях десны?

- а. эпителий
- б. подслизистая основа
- в. базальный
- г. зернистый
- д. шиповатый

2. Глубина зубодесневой бороздки:

- а. от 0,5 до 3 мм
- б. менее 1,5 мм
- в. более 2 мм
- г. 1 мм
- д. более 5 мм

3. Глубина десневого желобка:

- а. 0,05 мм
- б. 0,5 мм
- в. 1,0-1,5 мм
- г. 5 мм
- д. неизменна

4. Скорость обновления соединительного эпителия:

- а. не обновляется
- б. 4-6 дней
- в. 6-12 дней
- г. до 14 дней

д. до 40 дней

5. В норме глубина преддверия рта:

а. до 2 мм

б. 5-10 мм

в. менее 5 мм

г. более 10 мм

д. 10 мм

6. Признаки интактного десневого края:

а. бледность, плотность тканей, рецессия

б. розовый цвет, заостренность вершин межзубных сосочков, отсутствие кровоточивости

в. розовый цвет, отсутствие кровоточивости, деформация края

г. цвета лосося, кровоточивость при зондировании

д. синюшный цвет, усеченные вершины межзубных сосочков

7. Функции пародонта:

а. барьерная, рефлекторная, трофическая, пластическая, амортизирующая

б. барьерная, амортизирующая

в. барьерная, рефлекторная, трофическая

г. рефлекторная, амортизирующая

д. пластическая, рецепторная, сенсорная

8. Основная функция пародонта:

а. амортизирующая

б. барьерная

в. рефлекторная

г. рецепторная

д. пластическая

9. Собственно ткани периодонта:

а. коллагеновые волокна

б. эластические волокна

в. ретикулярные волокна

г. кровеносные, лимфатические сосуды и нервы

д. коллагеновые, эластические, окситалановые волокна, кровеносные и лимфатические сосуды, нервы, клеточные элементы

10. Ложный ПК:

а. пространство между поверхностью зуба и прилежающим к нему свободным краем десны

б. пространство между корнем и стенкой альвеолы, образующееся вследствие резорбции костной ткани

в. щелевидное пространство 2-3 мм между зубом и гиперплазированным краем десны, эпителиальное прикрепление не нарушено

- г. складка, образованная СО, на уровне свода преддверия
- д. складка, образованная СО, на уровне эмалево-цементного соединения

11. Индекс РВІ (индекс кровоточивости сосочков) предназначен:
- а. для оценки степени тяжести ХГКГ
  - б. для оценки воспаления межзубных сосочков в процессе лечения
  - в. для мотивации пациентов
  - г. для эпидемиологического исследования;
  - д. а, б, в, г
12. Индекс гингивита (GI) предназначен:
- а. для эпидемиологического исследования
  - б. для индивидуальной диагностики
  - в. для оценки воспаления десны
  - г. для оценки кровоточивости десны
  - д. а, б, в, г
13. Индекс РМА используется с целью:
- а. определения степени воспалительных изменений пародонта
  - б. определения воспалительных изменений различных зон десны
  - в. с целью определения кровоточивости десен
  - г. оценки гигиенического состояния
  - д. определения проницаемости сосудистой стенки.
14. Наиболее распространенные ЗП у детей:
- а. ХГКГ
  - б. ГГ
  - в. язвенно–некротический гингивит
  - г. БПП
  - д. пародонтальный абсцесс
15. Наиболее распространенные ЗП в период пубертата:
- а. ХГКГ
  - б. ГГ
  - в. язвенно-некротический гингивит и пародонтит
  - г. ХЛП
  - д. БПП
16. Форма ГГ с отсутствием кровоточивости:
- а. отечная
  - б. фиброзная
  - в. локализованная во 2 сегменте
  - г. локализованная в 2 и 5 сегментах
  - д. все формы и локализации
17. Определите соответствие:

1. генерализованная рецессия	а. резорбция межальвеолярной перегородки отсутствует
------------------------------	--

2. ХГП 3. ХГКГ	б. вертикальная резорбция межальвеолярной перегородки в. горизонтальная резорбция межальвеолярной перегородки
-------------------	--

18. Определите соответствие:

1. ХГКГ 2. язвенно-некротический гингивит 3. ГГ	а. остр. воспаление десны с преобладанием альтерации, которое приводит к деформации десневого края б. разрастание десневых сосочков в. воспаление десны, затрагивающее поверхностные ткани пародонта и протекающее без повреждения зубодесневого прикрепления
---	---

19. Определите соответствие:

1. индекс РМА 2. индекс Федорова–Володкиной 3. индекс СРITN	а. окрашивание десны всех зубов б. окрашивание 6 фронтальных зубов н/ч в. осмотр 1 зуба в 6 сектантах с помощью пуговчатого зонда
---	---

20. Определите соответствие:

1. ХГП 2. ХГКГ 3. ХЛП	а. цианоз, отечность десны, ПК в области моляров и резцов б. кровоточивость при зондировании, цианоз десны 3.6, 3.7; нависающий край пломбы на 3.6; ПК 3 мм между 3.6, 3.7. в. мягкий ЗН на всех зубах, гиперемия, отечность десен, зубодесневое прикрепление не нарушено
-----------------------------	---

### Комплект ситуационных заданий

#### Ситуационная задача 1

Пациент 13 лет жалуется на разрастание, необычный вид десны, зуд, кровоточивость и боли, усиливающиеся во время чистки зубов и приёме пищи, которые значительно нарушают акт жевания, а также неприятный запах изо рта. За пародонтологической помощью не обращался. Объективный статус: лицо симметрично, регионарные ЛУ не увеличены. При клиническом осмотре выявлены гиперемированные, гипертрофированные десневые сосочки, с отёчной формой гипертрофии, разросшаяся десна покрывает от 1/3 коронки зуба, определялась значительная кровоточивость при зондировании, ложные ПК, зубы интактны, обильный мягкий ЗН, РМА более 80%, ОНI-S=2,9 (рис. 20).



*Рисунок 20.*

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Перечислите этиологические факторы.

Вопрос 3. Назовите естественные защитные факторы, способствующие самоочищению.

Вопрос 4. Укажите наиболее часто используемые индексы и величины, используемые при данной нозологии.

Вопрос 5. Расскажите о роли энзимов в патогенезе ЗП.

#### Ситуационная задача 2

Пациент 16 лет. Жалобы на кровоточивость десны в процессе проведения индивидуальной гигиены рта, неприятный запах изо рта, а также боли в области 2 сегмента. В анамнезе – травма 1.1., 1.2. Пациент находится на ортодонтическом лечении, с применением несъемной техники в течении 1,5 лет (рис. 21).



*Рисунок 21.*

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Определите методы исследования, необходимые для определения окончательного диагноза и тактики лечения.

Вопрос 3. С какими заболеваниями пародонта следует дифференцировать данную нозологию?

Вопрос 4. Определите тактику лечения.

Вопрос 5. Вам прогноз в отношении 1.1, 2.1.

#### Ситуационная задача 3

Пациент 12 лет. Жалобы на кровоточивость десны при чистке зубов, при приеме твердой пищи. Пациент находится на ортодонтическом лечении в течении 6 месяцев (рис. 22).



*Рисунок 22.*

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Укажите индексную оценку, используемую при данной нозологии.

Вопрос 3. Определите методы исследования, необходимые для определения окончательного диагноза и тактики лечения.

Вопрос 4. Определите тактику лечения.

Вопрос 5. Укажите ваш прогноз.

#### Ситуационная задача 4

Пациент 16 лет. Жалобы на эстетическую неудовлетворенность – оголение в области 3.1, 4.1. Пациентка находилась на ортодонтическом лечении с использованием несъемной техники в другой ДСП, где год назад была проведена операция по поводу углубления преддверия рта. При осмотре выявлена прямая резцовая окклюзия, выраженные тяжи в области 5 сегмента – результат неудачно проведенной ранее вестибулопластики. При оценке пародонтологического статуса в области 3.1, 4.1 выявлен дефект тканей пародонта глубиной 4 мм, шириной – 4 мм, зона прикрепленной кератинизированной десны – 0,5 мм, определен тонкий десневой биотип (рис. 23 а, б).



Рисунок 23 а.



Рисунок 23 б.

При измерении КДМ челюстей определены уменьшения значений ширины в области нижних премоляров (24,7 мм), ширины в области моляров н/ч (43 мм), длины отрезка зубного ряда н/ч (11,5 мм), ширины апикального базиса н/ч (27,7 мм), длины апикального базиса н/ч (27,3 мм). При измерении ТРГ головы в боковой проекции выявлено снижение параметрас-n-spm (75,4°), me-go – (61мм), Pm/Pb (26°), n-s-gn (64°), Pii/Pm (87°). Увеличенные значения имели параметры ss-n-snr (3,7°), Pis/Pii (140°) и is'-ii' (Pn) (3,2 мм) .

Вопрос 1. Поставьте диагноз.  
Вопрос 2. Предложите комплекс лечебных мероприятий, необходимых пациенту.

Вопрос 3. Определите этиопатогенез указанной нозологии?

Вопрос 4. Определите тактику специалистов, ведущих подростков с данной нозологией.

Вопрос 5. Укажите факторы, способствующие возникновению патологии.

#### Ситуационная задача 5

Родители пациента 4 года, обратились в ДСП с жалобами на оголение всех зубов. Ребенок отказывается от сладкой, кислой и холодной пищи (рис. 24).



Рисунок 24.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Определите возможную причину патологии.

Вопрос 3. Определите местные факторы усугубляющие клиническую картину.

Вопрос 4. Укажите официальную классификацию по МКБ 10.

Вопрос 5. Что подразумевается под термином «щель Стильмана».

### 3. Заболевания слизистой оболочки рта детей и подростков Комплект тестовых заданий

1. Определите соответствие:

а. туберкулез	1. Candida albicans
б. гонорея	2. бледная трепонема
в. дифтерия	3. Streptococcus Haemoliticum
г. сифилис	4. гонококк Нейссера
д. язвенно-некротический гингивит	5. Corynebacterium diphtheriae
е. ОГС	6. микобактерия туберкулеза
	7. Bac. fusiformis
	8. Herpes simplex
	9. Spirocheta Vencenti

2. Определите соответствие:

а. туберкулез	1. некротические изменения
б. сифилис	2. фибринозные пленки
в. гонорея	3. язва неправильной формы с подрытыми краями, дно легко кровоточит
г. скарлатина	4. «пылающий зев»
д. дифтерия	5. густой с желтоватым оттенком экссудат, имеющий зловонный запах
е. язвенно-некротический гингивостоматит	6. блюдцеобразная язва округлой формы с приподнятыми ровными краями, дно гиперемированное, блестящее, хрящеподобной консистенции

3. Определите соответствие:

а. ОГС	1. обширные сливающиеся эрозии, обрывки пузырей, отек, корки
б. МЭЭ	2. пузырьно-сосудистый синдром
в. опоясывающий лишай	3. одиночный пузырь с геморрагическим содержимым
г. ХРАС	4. невралгическая боль, высыпания по ходу нервных стволов
	5. регионарный лимфаденит, болезненные эрозии на гиперемированном фоне
	6. округло-овальные эрозии с гиперемированным венчиком

4. Определите соответствие:

а. опоясывающий лишай б. ХРАС	1. t повышена, недомогание, регионарный лимфаденит 2. t нормальная, СОЭ в пределах нормы, общее состояние удовл.
-------------------------------------	---

5. Определите соответствие:

а. общее лечение ОГС б. местное лечение ОГС	1. ацикловир 0,2 2. бонафтоновая 0,25% 3. аскорутин 0,1 4. оксолиновая 0,25% 5. супрастин 0,025 6. зовиракс крем 7. взвесь анестезина на персиковом масле
---	---

6. Определите соответствие «кратность мед/обр. при ОГС –используемые препараты»:

а. в первые дни заболевания б. на 5-7-й день заболевания	1.анестетики 2.ферменты 3.антисептики 4.противовирусные 5.кратопластики
---	---

7. Определите соответствие:

а. остр. травмирующий фактор б. хр. травмирующий фактор	1.случайное прикусывание 2. курение 3. воздействие кислоты 4. раздражение остр. краем 5. микротоки 6. ранение остр. предметом 7.балансирующие съемные протезы
--	---

8. Определите соответствие:

а. первичные элементы СОР б. вторичные элементы СОР	1. пятно 2. волдырь 3. афта 4. узел 5. эрозия 6. трещина 7. язва
--	--

9. Определите соответствие «нозология– форма проявления»:

а. КПЛ б. лейкоплакия	1. плоская 2. атипичная 3. веррукозная 4. эрозивная
--------------------------	--

	5. буллезная 6. экссудативно-гиперемическая
--	--

10. Определите дифференциально-диагностическое соответствие:

а. мышьяковистый некроз б. декубитальная язва	1. язвенно-некротический гингивит Венсана 2. сифилис 3. туберкулез 4. щелочной некроз 5. раковая язва 6. трофическая язва
--	--

11. Определите соответствие «нозология – элемент поражения»:

а. ОГС б. лейкоплакия в. ХРАС	1. пузырек 2. папула 3. язва 4. пятно 5. эрозия
-------------------------------------	---

12. Определите соответствие:

а. пиодермия б. герпангина в. кандидоз	1. ацикловир 2. 2% неомициновая мазь 3. клотримазол
--	---

13. Определите соответствие:

а. спонгиоз б. дегенерация в. акантолиз г. акантоз	1. дегенеративные изменения клеток шиповатого слоя, выражающиеся в расплавлении межклеточных цитоплазматических связей 2. утолщение клеток шиповатого слоя, характерное для воспаления 3. скопление жидкости между клетками шиповатого слоя 4. нарушение шиповатого слоя, приводящее к свободному расположению отдельных клеток или их групп в экссудате образующихся пузырьков
---	--

14. Определите соответствие:

а. первичный элемент б. дефект в. вторичный элемент г. линейный дефект д. повреждение	1. пятно 2. пузырь 3. чешуйка 4. трещина 5. эрозия
---	--

15. Определите соответствие «нозология – кратность обработки»:

а. пиодермия б. ХРАС	1. после каждого приема пищи 2. каждый час
-------------------------	---

в. МЭЭ	
--------	--

16. Определите соответствие:

а. гиперкератоз б. паракератоз в. папилломатоз	1. нарушение ороговения(неполное ороговение поверхностных клеток шиповатого слоя) 2. избыточное ороговение (нарушенная десквамация или усиленная продукция ороговевших клеток) 3. разрастание сосочкового слоя СО в сторону эпителия
--	--

17. Определите соответствие:

а. травма б. инфекция в. аллергия г. изменения при дерматозах	1. медикаментозный стоматит 2. красная волчанка 3. язва 4. опоясывающий лишай 5. лейкоплакия
--	--

18. Определите соответствие:

а. функциональная проба б. функциональное исследование в. цитология г. бактериологическое исследование	1. мазок–соскоб 2. полярография 3. проба Ясиновского 4. биопсия 5. гистаминовая проба 6. посев
---	---

19. Определите соответствие:

а. ХРАС б. ящур в. опоясывающий лишай г. аллергический стоматит	1. крапивница на коже, пузырьков нет, сухость и резкий отек СОР 2. пузырьки по ходу тройничного нерва (односторонне) 3. пузырьки с мутным содержимым и корки на губе, единичные эрозивные высыпания на твердом небе 4. пузырьки вокруг рта, в межпальцевых складках, на подошвах (расположены субэпителиально, долго сохраняются)
--	--

20. Определите дифференциально-диагностическое соответствие:

а. первичный сифилис б. вторичный сифилис в. третичный сифилис	1. простой герпес 2. катаральная ангина 3. травматическая эрозия или язва 4. вульгарная пузырчатка 5. раковая язва
--	--

## Комплект ситуационных заданий

### Ситуационная задача 1

Родители пациента 3,5 лет обратились с жалобами на четко выраженные симптомы токсикоза и поражения СОР. В период развития заболевания ребенок был бледен, апатичен, жаловался на головные боли, тошноту, отсутствие аппетита, до 38-39<sup>0</sup>С. За стоматологической помощью не обращались, лечились дома отварами трав. Объективный статус: СОР гиперимированна, резко отечна, патологические образования во рту в количестве 15 – 25, округлой формы, покрыты белесоватым налетом, резко болезненны при пальпации, без тенденции к сливанию. Высыпания многократные, длительность периода развития 1 – 2 дня. Симптоматический КГ.

Вопрос 1. Установите диагноз.

Вопрос 2. Укажите лекарственные средства, применяемые при общем лечении патологии.

Вопрос 3. Укажите лекарственные средства, применяемые при местном лечении патологии в 1 стадии.

Вопрос 4. Как протекает 2 стадия заболевания и сколько она длится?

Вопрос 5. Укажите лекарственные средства, применяемые при местном лечении патологии во 2 стадии.

### Ситуационная задача 2

Родители пациента 7 лет обратились с жалобами на сухость губ, постоянное шелушение, стянутость, небольшое жжение в области нижней губы. Изменения на губах, со слов матери, появились с 4 лет (рис. 25).

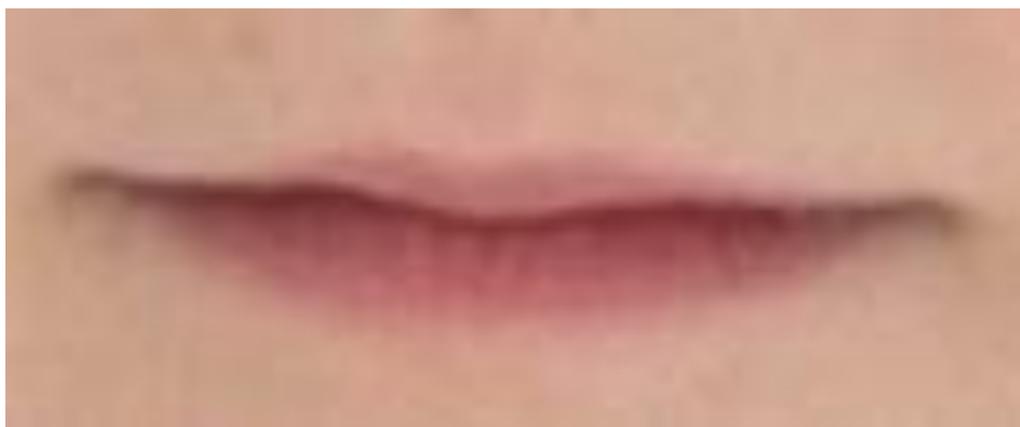


Рисунок 25.

Такая же патология губ наблюдается и у мамы. Летом все явления исчезают, а в холодное время года наступает рецидив. Отмечается повышенная нервная возбудимость, вредные привычки – часто облизывает и кусает губы, обрывает и скусывает чешуйки, раздражительна, плохо спит, капризна. Объективный статус: лицо

симметрично, регионарные ЛУ не пальпируются, красная кайма губ(особенно нижняя) сухая, гиперемизированная, на которой определяются сухие полупрозрачные чешуйки. При снятии чешуек эрозий не образуется, изменения не переходят на периоральную кожу и углы рта. ОНІ-S=1,0.

Вопрос 1. Установите диагноз.

Вопрос 2. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 3. Какие дополнительные методы исследования рекомендуется провести?

Вопрос 4. Укажите препараты, способные снизить эксфолиативный эффект.

Вопрос 5. Наметьте план необходимых мероприятий.

### Ситуационная задача 3

Родители пациента 3,5 года повторно обратились с ДСП, которому 2 суток назад удалили 7.4 по поводу остр. гнойного периодонтита. Удаление прошло без осложнений, лунка состоятельна. Объективный статус: кожные покровы физиологической окраски, регионарные ЛУ не увеличены. На СО нижней губы слева определяется образование неправильной формы, с воспалительным инфильтратом, дно – ровное, покрытое желтовато-белым налетом фибринозным налетом. СО в области образования гиперемизирована, отечна. Пальпация слегка болезненна (рис. 26).



*Рисунок 26.*

Вопрос 1. Сформулируйте диагноз.

Вопрос 2. Назовите этиологию данного заболевания.

Вопрос 3. Какие группы лекарственных средств необходимо использовать при лечении.

Вопрос 4. Проведите дифференциальную диагностику с ХРАС.

Вопрос 5. Каковы меры профилактики данной патологии?

#### Ситуационная задача 4

Родители пациента 8 лет обратились в ДСП с жалобами на боли, наличие белесоватого налета, который с трудом снимался тампоном на спинке языка, небе, щеках. Дома полоскали рот отваром ромашки, на ночь смазывали медом, при этом состояние ребенка ухудшалось, повысилась  $t$  до  $38,5^{\circ}\text{C}$ . Ребенок находится на амбулаторном лечении у педиатра с диагнозом «ангина» и принимает антибиотики широкого спектра действия. Объективный статус: лицо симметрично, регионарные ЛУ увеличены, на гиперемизированной СО линии смыкания зубов, неба, языка диффузно расположен творожистый налет серо-белого цвета, с трудом снимающийся тампоном. После снятия налета обнажается ярко гиперемизированная и отечная СО. ГИ Федорова–Володкиной =3,0.

Вопрос 1. Сформулируйте диагноз.

Вопрос 2. Определите этиологию данной нозологии.

Вопрос 3. Укажите степени дисбиоза.

Вопрос 4. Назовите лекарственные средства, используемые с антимикотической целью.

Вопрос 5. Назовите лекарственные средства, используемые с пробиотической целью.

#### Ситуационная задача 5

Пациент, 15 лет, обратился с жалобами на болезненное образование на боковой поверхности языка. Анамнез: патологическое образование на языке появляется сезонно, после переохлаждения или переутомления появляются пузырьки, сопровождаются болезненностью при приеме пищи и разговоре, жжением и зудом. Далее прозрачное содержимое пузырьков мутнеет после вскрытия которых образуются эрозивные поверхности неправильной формы, которые затем покрываются бело-желтым налетом, которое пациент снимает при гигиене рта. Объективный статус: лицо симметрично, регионарные ЛУ увеличены, слегка болезненны при пальпации. На боковой поверхности языка определяется округлое образование, резко болезненное при пальпации. Общий анализ крови: лейкопения, увеличение количества палочкоядерных нейтрофилов, СОЭ – 10 мм/час. Цитологическое исследование выявило баллонизирующую дистрофию в шиповидном слое эпителия, выраженные гигантские многоядерные клетки (рис. 27).



*Рисунок 27.*

Вопрос 1. Сформулируйте диагноз.

Вопрос 2. Назовите этиологию данной нозологии.

Вопрос 3. Охарактеризуйте патологию в зависимости от степеней тяжести.

Вопрос 4. Какие методы исследования используются для постановки диагноза.

Вопрос 5. Укажите факторы, способствующие возникновению данной нозологии.

## **6. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

### **Модуль «Ортопедическая стоматология»**

#### **1. Дефекты твердых тканей зубов**

##### **Комплект ответов на тестовые задания**

1-1	2-2	3-3	4-1	5-1	6-1	7-4	8-1	9-2	10-1
11-4	12-4	13-5	14-3	15-4	16-1	17-2	18-3	19-4	20-1

##### **Комплект ответов на ситуационные задания**

Ситуационная задача 1

Ответ: Основная тактика врача будет направлена на выявление причины возникновения кариеса и методы устранения. Для этого необходимо провести санационные мероприятия: лечение кариеса, устранение очагов воспаления в костной ткани, устранение нависающих и несостоятельных пломб, замена несостоятельных конструкций, устранение очагов воспаления СОР. Пациенту можно предложить эстетический вариант коронок: металлопластмассовые, пластмассовые, металлокерамические, безметалловые коронки.

Ситуационная задача 2

Ответ: Эстетические керамические конструкции (виниры, безметалловые коронки, металлокерамические коронки)

Ситуационная задача 3

Ответ: Безметалловые ортопедические конструкции (виниры, цирконевые коронки, цельнокерамические коронки)

Ситуационная задача 4

Ответ: При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на наличие заболевания в период формирования зубов, географическое месторасположение и содержание фтора в питьевой воде, наличие травм в анамнезе. Пациенту можно предложить лечение эстетическими керамическими конструкциями (виниры, безметалловые коронки, металлокерамические коронки)

Ситуационная задача 5

Ответ: При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на прием антибиотиков какой группы принимала мать пациентки. Если вариант отбеливания не даст требуемых результатов то можно применить ортопедическое лечение эстетической проблемы винирами.

## 2. Дефекты зубных рядов (частичное отсутствие зубов)

### Комплект ответов на тестовые задания

1-1	2-2	3-3	4-3	5-3	6-1	7-4	8-5	9-2	10-2
11-1	12-1	13-3	14-3	15-4	16-1	17-3	18-2	19-4	20-1

### Комплект ответов на ситуационные задания

Ситуационная задача 1

Ответ 1. Диагноз «частичное отсутствие зубов н/ч (I класс по Кеннеди), повышенное стирание зубов (генерализованная форма), ХГП легкой степени, снижение высоты нижнего отдела лица ~ 2 мм».

Ответ 2. Задачи ортопедического лечения: – восстановить целостность зубного ряда н/ч; – нормализовать высоту нижнего отдела лица в состоянии центрального соотношения; – обеспечить защиту от функциональной перегрузки, оставшихся зубов.

Ответ 3. План ортопедического лечения: Изготовить цельнолитые коронки с эстетической облицовкой на зубы 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4; Дентальная имплантация в проекции зубов 3.5, 3.6, 3.7, 4.5, 4.6, 4.7; Изготовить коронки на имплантатах 3.5, 3.6, 3.7, 4.5, 4.6, 4.7.

### Ситуационная задача 2

Ответ 1. Диагноз «частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) в/ч и н/ч (I класс по Кеннеди)». ХГП легкой степени.

Ответ 2. Задачи ортопедического лечения: 1. шинировать оставшиеся зубы несъемными зубными протезами; 2. восстановить целостность зубных рядов в/ч и н/ч с помощью съемных протезов; 3. нормализовать высоту нижнего отдела лица.

Ответ 3. План ортопедического лечения. – Изготовить шинирующие коронки и мостовидный протез с эстетической облицовкой с опорой на зубы 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 и 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3, 3.4 – Изготовить бюгельный протез на в/ч. – Изготовить бюгельный протез на н/ч.

Ответ 4. Отсутствие зубов в боковых отделах зубных рядов.

### Ситуационная задача 3

Ответ 1. Диагноз «частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) на в/ч (III класс по Кеннеди)».

Ответ 2. Задачи ортопедического лечения: – восстановить анатомическую форму зубов в боковом отделе зубного ряда в/ч; – восстановить зубной ряд в/ч с помощью несъемного зубного протеза.

Ответ 3. План ортопедического лечения. – Изготовить штифтовые культевые вкладки на зубы 1.5, 1.7 – Изготовить цельнолитые мостовидные протезы с эстетической облицовкой с опорами на зубы 1.7, 1.5.

### Ситуационная задача 4

Ответ 1. Частичная адентия н/ч, дефект зубного ряда н/ч – I класс по Кеннеди, потеря жевательной эффективности по Оксману 48%.

Ответ 2. ЭОД, Rg.

Ответ 3. Пациенту рекомендовано на н/ч: частичный съемный пластиночный протез с 5 зубами из композита. Базис из пластмассы акрилового ряда с 4 удерживающими проволочными гнутыми кламмерами на 4.7, 4.2, 3.2, 3.5. Получение 2 полных анатомических рабочего и вспомогательного оттисков.

Ответ 4. Частичный съемный пластиночный протез на н/ч (либо бюгельный протез).

Ответ 5. Прогноз лечения благоприятный. Рекомендовано – профилактический осмотр у врача-стоматолога 1 раз в год, перебазировка протеза по необходимости, изготовление нового протеза через 3 – 4 года.

Ситуационная задача 5

Ответ 1. Частичная адентия н/ч, дефект зубного ряда н/ч – III класс по Кеннеди, потеря жевательной эффективности по Оксману 46%.

Ответ 2. ЭОД, Rg.

Ответ 3. Изготовление нового бюгельного протеза: бюгельная конструкцией с 5 зубами из композита, с 4 литыми опорно-удерживающими кламмерами, получение 2 полных анатомических рабочего и вспомогательного оттисков.

Ответ 4. Бюгельного протез на н/ч.

Ответ 5. Прогноз лечения благоприятный. Рекомендовано – профилактический осмотр у врача-стоматолога 1 раз в год, перебазировка протеза по необходимости, изготовление нового протеза через 3 – 4 года.

### 3. Полное отсутствие зубов

#### Комплект ответов на тестовые задания

1-2	2-3	3-1	4-3	5-2	6-4	7-2	8-3	9-4	10-3
11-4	12-1	13-3	14-3	15-3	16-1	17-4	18-3	19-3	20-1

#### Комплект ответов на ситуационные задания

Ситуационная задача 1

Ответ 1. Диагноз «полное отсутствие зубов на в/ч и н/ч» (K08.1).

Ответ 2. Задачи ортопедического лечения: восстановить функцию жевания, фонетику и эстетику при полном отсутствии зубов; нормализовать высоту нижнего отдела лица.

Ответ 3. Этапы: получение анатомических оттисков с обеих челюстей; припасовка индивидуальных ложек с использование проб Гербста, получение функциональных оттисков; определение центрального соотношения челюстей; проверка конструкции протезов; припасовка и наложение протезов; проведение коррекции протезов.

Ответ 4. Снижение высоты нижнего отдела лица.

Ответ 5. Фаза возбуждения – Фаза частичного торможения – Фаза полного торможения.

Ситуационная задача 2

Ответ: Нет, не всегда. Причина изменений приротовых ориентиров – снижение высоты нижней трети лица в связи с полным отсутствием зубов.

Ситуационная задача 3

Ответ: 1. Диагноз Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) на н/ч» (K08.1)

Ответ 2. Задачи ортопедического лечения: восстановить жевательную, фонетическую и эстетическую функции.

- Ответ 3. Изготовить съемный протез при полном отсутствии зубов на н/ч.  
 Ответ 4. Использование дентальных имплантатов для улучшения фиксации протезов на беззубой челюсти.  
 Ответ 5. Компьютерная томография.

**Ситуационная задача 4**

Ответ: При данной патологии получают разгружающий оттиск при минимальном давлении оттискной массы на тонкую атрофичную или избыточно податливую (болтающийся гребень) слизистую оболочку протезного ложа. Тщательное функциональное оформление краев слепка, клапанной зоны и сохранение ее формы и величины.

**Ситуационная задача 5**

- Ответ 1. Изучение диагностических моделей, Rg методы: ортопантомография, внутри и внеротовая Rgg рафия.  
 Ответ 2. Анатомический, антропометрический, анатомо-физиологический методы исследования.  
 Ответ 3. Обследование пациента с помощью основных и дополнительных методов, обоснование диагноза, выбор конструкции..

**Модуль «Терапевтическая стоматология»**

**1. Инновационные подходы к диагностике и лечению кариеса зубов**

**Комплект ответов на тестовые задания**

1 - 2	2 - 4	3 - 4	4 - 1	5 - 1	6 - 2	7 - 2	8 - 1	9 - 3	10 - 4
11 - 1	12 - 2	13 - 1	14 - 1	15 - 1	16 - 1	17 - 4	18 - 1	19 - 3	20 - 1

**Комплект ответов на ситуационные задания**

**Ситуационная задача 1**

- Ответ 1. Глубокий кариес 1.5.  
 Ответ 2. I класс по Блэку.  
 Ответ 3. ЭОД, Rg..  
 Ответ 4. С острыми и хроническими формами пульпита, со средним кариесом.  
 Ответ 5. Инфильтрационная анестезия.

**Ситуационная задача 2**

- Ответ 1. Начальный кариес 2.1.  
 Ответ 2. Окрашивание растворами красителей (метиленовый синий), трансиллюминация.  
 Ответ 3. С поверхностным кариесом, эндемическим флюорозом, гипоплазией эмали.  
 Ответ 4. Реминерализирующая терапия.

Ответ 5. Чистить зубы после каждого приема пищи, использовать ополаскиватели, флоссы; проводить профессиональную гигиену 2 раза в год.

Ситуационная задача 3

Ответ 1. Начальный кариес 1.1.

Ответ 2. Окрашивание растворами красителей (метиленовый синий), трансиллюминация.

Ответ 3. С поверхностным кариесом, эндемическим флюорозом, гипоплазией эмали.

Ответ 4. Провести профессиональную гигиену, курс реминерализирующей терапии.

Ответ 5. Чистить зубы после каждого приема пищи, использовать ополаскиватели, флоссы; проводить профессиональную гигиену 2 раза в год.

Ситуационная задача 4

Ответ 1. Поверхностный кариес 2.5.

Ответ 2. I класс по Блэку.

Ответ 3. ЭОД, Rg.

Ответ 4. Со средним кариесом, с эрозивной формой гипоплазии, с эрозивной формой флюороза, с кислотным некрозом эмали.

Ответ 5. СИЦ, компомеры, композиты светового отверждения, композиты химического отверждения.

Ситуационная задача 5

Ответ 1. Средний кариес 1.6.

Ответ 2. II класс по Блэку.

Ответ 3. Раскрытие КП следует проводить с окклюзионной поверхности, использование матриц при препарировании для предотвращения травмирования соседних зубов.

Ответ 4. СИЦ, компомеры, композиты светового и химического отверждения.

Ответ 5. Для предотвращения хронической травмы тканей пародонта.

## **2. Инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний пародонта**

### **Комплект ответов на тестовые задания**

1 - в	2 - д	3 - д	4 - г	5 - в	6 -	7 - в	8 - в	9 - в	10 - б
11 - б	12 - в	13 - в	14 - в	15 - а	16 - б	17 - в	18 - в	19 - в	20 - а

## Комплект ответов на ситуационные задания

### Ситуационная задача 1

Ответ 1. ХГГ (ювенильный).

Ответ 2. Патогенная микрофлора (*S. gingivalis*), гормональный дисбаланс в пубертатном периоде.

Ответ 3. Нейтрализующее действие слюны и десневой жидкости.

Ответ 4. Курение влияет на характер слюноотделения (уменьшается скорость саливации, слюна имеет повышенную вязкость), снижается активность протеиназ и лизоцима, снижается количество макрофагов.

Ответ 5. Энзимы (гиалуронидазы, коллагеназы, протеазы, хондроитинсульфатазы, просеринэстеразы) выделяются в тканевую среду при гибели микробных клеток и вызывают диссоциацию белковогликозамингликановых комплексов основного вещества, увеличивают инвазию эндотоксинов в ткани, разрушают коллаген.

### Ситуационная задача 2

Ответ 1. Обострение хронического локализованного катарального гингивита.

Ответ 2. Хроническая травма десны вследствие отсутствия контактного пункта между коронками 2.5, 2.6.

Ответ 3. Дифференциальную диагностику проводят с пародонтитом по отсутствию ПК и деструктивных изменений в межальвеолярной перегородке.

Ответ 4. Удалить пломбу, реставрировать зуб с восстановлением контактного пункта, удалить назубные отложения, местное применение противовоспалительных и кератопластических средств.

Ответ 5. Солкосерил дентальная адгезивная паста.

### Ситуационная задача 3

Ответ 1. ХГГ легкой степени тяжести. Отёчная форма.

Ответ 2. Дифференциальную диагностику проводят с пародонтитом по отсутствию ПК и деструктивных изменений в межальвеолярной перегородке.

Ответ 3. Rg метод обследования.

Ответ 4. Обучение рациональной гигиене. Профессиональная гигиена. Противовоспалительная и склерозирующая терапия. Устранение скученности зубов.

Ответ 5. На десну наносятся гель «Метрагил дента» и «Солкосерил дентальная паста». После ликвидации воспаления проводят склерозирующую терапию путем введения в каждый гипертрофированный сосочек 0,1-0,2 мл 40% раствора глюкозы. Делают 3-4 введения с перерывом 1-2 дня.

#### Ситуационная задача 4

Ответ 1. Острый генерализованный язвенный гингивит.

Ответ 2. Дифференциальную диагностику проводят с ВИЧ-инфекцией (необходимо исследование крови):

- с заболеваниями крови (требуется развернутый анализ крови и заключение гематолога),
- с аллергическими поражениями (данные аллергических проб, заключение аллерголога).

Ответ 3. Микроскопия налета позволяет обнаружить фузоспириллярный симбиоз (веретенообразные палочки и спирохеты Венсана).

Ответ 4. Общее лечение: белковая, не раздражающая пища, лечебные дозы поливитаминов, профилактические дозы витаминов на 2 месяца, антибиотики назначаются только при лимфадените. Рекомендации: рациональная индивидуальная гигиена, антисептические ванночки 3-4 раза в день, отказ от курения, алкогольных напитков, острой пищи, ограничить пребывание на солнце, физическую активность, возможен прием анальгетиков.

Ответ 5. Под инфльтрационной или аппликационной анестезией удалить некротический налет ватными тампонами, смоченными растворами антисептиков или протеолитических ферментов (хлоргексидин, химопсин, трипсин, химотрипсин), удаление наддесневых отложений скейлером с теплым раствором антисептика (поддесневые отложения не удаляют, чтобы не спровоцировать бактеремию).

#### Ситуационная задача 5

Ответ 1. Десквамативный гингивит, эрозивная форма.

Ответ 2. Необходимы консультации: гастроэнтеролога, проктолога, гинеколога.

Ответ 3. Местное симптоматическое лечение, применение кератопластических средств: аппликации масляного раствора ретинола ацетата, каратолина, солкосерил дентальной адгезивной пасты. Физиотерапевтическое лечение.

Ответ 4. Облучение пораженной десны гелий-неоновым лазером, воздействие дарсонвализацией (контактный метод).

Ответ 5. Лазерное воздействие аппарата «Оптодан» ускоряет регенерацию тканей, стимулирует общие и местные факторы иммунной защиты, оказывает противовоспалительное и противоболевое действие, сокращает сроки лечения.

### 3. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний слизистой оболочки рта

#### Комплект ответов на тестовые задания

1 - а, в	2 - б, г	3 - в	4 - в	5 - в	6 - а, б, в, г	7 - а, б	8 - а
9 - г	10 - а, б, в, г	11 - д	12 - д	13 - б	14 - б	15 - г	16 - в, г, д
17 - б	18 - а	19 - б	20 - а				

#### Комплект ответов на ситуационные задания

Ситуационная задача 1

Ответ 1. КПЛ (типичная форма).

Ответ 2. Дифференцировать необходимо с типичной формой лейкоплакии, красной волчанкой, псориазом.

Ответ 3. Хроническая травма острыми краями зубов, контакт СО с амальгамой.

Ответ 4. Седативная терапия: Rp: Tab. Valerianae 0,1 (по 1 таб. 2 раза в день);  
T-rae

Leonuri 50,0 (по 30 кап. на ночь); витаминотерапия: Rp: Sol. Retinoli acetatis ol.3,44% 10,0 (по 8 – 10 кап. ежедневно утром в течение месяца);

Tab. Ac. nicotinicі

0,1 (по 1 таб. 3 раза в день после еды).

Ответ 5. Сошлифовывание острых бугров третьих моляров, замена пломб из амальгамы на вестибулярной поверхности в пришеечной области 1.6, 2.6, 2.7, 3.7, 4.7 на стеклоиономерные или цементные; замена шероховатых потемневших пластмассовых пломб у 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2. Тщательная полировка пломб.

Ситуационная задача 2

Ответ 1. Хроническая травма языка – декубитальная язва.

Ответ 2. Твердый шанкр, трофическая язва, раковая язва, туберкулезная.

Ответ 3. Устранение травмирующего фактора, противовоспалительные и эпителизирующие препараты.

Ответ 4. Солкосерил-гель, масло шиповника или облепихи.

Ответ 5. Лазерное облучение.

Ситуационная задача 3

Ответ 1. Химический ожог мышьяковистой кислотой.

Ответ 2. С химическими ожогами от резорцин-формалиновой жидкости и 30% раствора азотно-кислого серебра.

Ответ 3. Удалить повязку, обработка поверхности ожога антисептиками с последующим применением антидотов.

Ответ 4. 2% раствор унитиола, 2% раствор йода.

Ответ 5. Герметично закрывать ПЗ, а пациенту являться на прием к врачу в назначенный срок.

Ситуационная задача 4

Ответ 1. Кислотный ожог слизистой оболочки рта.

Ответ 2. С щелочными, термическими, медикаментозными ожогами СОПР.

Ответ 3. Антисептическая обработка, обработка нейтрализующими средствами и аппликации кератопластиков.

Ответ 4. Слабые растворы щелочей.

Ответ 5. Внимательно смотри, что берешь.

Ситуационная задача 5

Ответ 1. Гальванизм.

Ответ 2. Гальваноз, ксеростомия, слюнокаменная болезнь.

Ответ 3. Замена пломб из амальгамы на композиты, применение лекарственных средств для повышения слюноотделения.

Ответ 4. Настой из лекарственной травы истод сибирский в виде полосканий, внутрь 3-5% раствор йодистого калия по 1 столовой ложке 3 раза в день в течение 7-10 дней.

Ответ 5. Перед протезированием проводить санацию.

### **Модуль «Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия»**

#### **1. Осложнения кариозных и некариозных поражений твердых тканей зубов. Хирургическое лечение заболеваний пародонта. Нарушения развития и прорезывания зубов у взрослых**

##### **Комплект ответов на тестовые задания**

В тестах с номера 1 по 20 правильный ответ соответствует 1-му варианту ответа.

##### **Комплект ответов на ситуационные задания**

Ситуационная задача 1

Ответ 1. Хронический гранулирующий периодонтит 4.5, одонтогенная подкожная гранулема (K04.63. Периапикальный абсцесс со свищем, имеющим сообщение с кожей).

При ответе на вопросы 2, 3 и 4 рекомендуется использование в качестве основной литературы: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 8].

Ситуационная задача 2

Ответ 1. Хронический гранулирующий периодонтит 4.5 в стадии абсцедирования одонтогенной подкожной гранулемы (K04.63. Периапикальный абсцесс со свищем, имеющим сообщение с кожей).

При ответе на вопросы 2, 3 и 4 рекомендуется использование в качестве основной литературы: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 8].

#### Ситуационная задача 3

Ответ 1. Хронический гранулирующий периодонтит 3.6 в стадии абсцедирования одонтогенной подкожной гранулемы (K04.63. Периапикальный абсцесс со свищем, имеющим сообщение с кожей).

При ответе на вопросы 2, 3 и 4 рекомендуется использование в качестве основной литературы: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 8].

#### Ситуационная задача 4

Ответ 1. Хронический фиброзный периодонтит (K 04.7. Периапикальный абсцесс без свища). Ретинированный и дистопированный 3.8 (K07.3. Ретинированный зуб с неправильным положением).

Ответ 2. На обзорной Rg в левой боковой проекции определяется расширение периодантальной щели в области корней 3.7. Имеются аномалия положения и ретенция 3.8., периодантальная щель в области его корней расширена, определяется отсутствие костной ткани в виде щелевидного дефекта в области коронки с четкими границами.

При ответе на вопросы 3 и 4 рекомендуется использование в качестве основной литературы: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 8].

#### Ситуационная задача 5

Ответ 1. Ретинированный и дистопированный 4.8 (K07.3. Ретинированный зуб с неправильным положением).

Ответ 2. На обзорной Rg н/ч в левой боковой проекции определяется аномалия положения и ретенция 4.8, который наклонен в сторону 4.7 и медиальными буграми прилежит к дистальному корню 4.7.

Ответ 3. Под мандибулярной и инфльтрационной анестезией (указать и обосновать вид анестетика) произведен углообразный разрез и отслоен слизисто-надкостничный лоскут в области 4.7 и 4.8. Бором трепанирована компактная пластинка костной ткани альвеолы в области 4.8 с вестибулярной и ретромолярной сторон. Костная ткань удалена бором с

полным выделением коронки 4.8 и частично – его корня с вестибулярной стороны. Зуб вывихнут элеватором и удален щипцами. Рана промыта 3% раствором перекиси водорода, в нее введено лекарственное вещество (указать какое и обосновать). Лоскут уложен на место, рана ушита узловыми кетгутовыми швами наглухо. В рану по переходной складке в области 4.7 и 4.8 с вестибулярной стороны введена резиновая полоска. Наложена давящая повязка на область угла н/ч слева.

При ответе на вопросы 3 и 4 рекомендуется использование в качестве основной литературы: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 8].

## **2. Инфекционные неodontогенные и специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у взрослых**

### **Комплект ответов на тестовые задания**

В тестах с номера 1 по 20 правильный ответ соответствует 1-му варианту ответа.

### **Комплект ответов на ситуационные задания**

Ситуационная задача 1

Ответ 1. Рожистое воспаление лица.

При ответе на вопросы 2, 3 и 4 рекомендуется использование в качестве основной литературы: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 8].

Ситуационная задача 2

Ответ 1. Актиномикоз нижней челюсти слева.

При ответе на вопросы 2 и 3 рекомендуется использование в качестве основной литературы: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 8].

Ситуационная задача 3

Ответ 1. Подкожно-межмышечная форма актиномикоза поднижнечелюстной области справа.

При ответе на вопросы 2 и 3 рекомендуется использование в качестве основной литературы: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 8].

Ситуационная задача 4

Ответ 1. Актиномикоз верхней челюсти слева.

При ответе на вопросы 2 и 3 рекомендуется использование в качестве основной литературы: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 8].

Ситуационная задача 5

Ответ 1. Подкожно-межмышечная форма актиномикоза поднижнечелюстного треугольника и области жевательной мышцы слева.

При ответе на вопросы 2 и 3 рекомендуется использование в качестве основной литературы: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 8].

### **3. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у взрослых**

#### **Комплект ответов на тестовые задания**

В тестах с номера 1 по 20 правильный ответ соответствует 1-му варианту ответа.

#### **Комплект ответов на ситуационные задания**

Ситуационная задача 1

Ответ 1. Синдром болевой дисфункции ВНЧС справа и слева (K07.60).

При ответе на вопросы 2 и 3 рекомендуется использование в качестве основной литературы: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 17].

Ситуационная задача 2

Ответ 1. Синдром болевой дисфункции ВНЧС справа (K07.60).

При ответе на вопросы 2 и 3 рекомендуется использование в качестве основной литературы: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 17].

Ситуационная задача 3

Ответ 1. «Щелкающая» челюсть слева (K07.61).

При ответе на вопросы 2 и 3 рекомендуется использование в качестве основной литературы: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая

хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 17].

Ситуационная задача 4

Ответ 1. «Щелкающая» челюсть слева (K07.61).

При ответе на вопросы 2 и 3 рекомендуется использование в качестве основной литературы: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 17].

Ситуационная задача 5

Ответ 1. Вторичный склерозирующий артроз ВНЧС справа (M19.0X).

При ответе на вопросы 2 и 3 рекомендуется использование в качестве основной литературы: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства») [Глава 17].

## **Модуль «Стоматология детского возраста»**

### **1. Кариозные и некариозные поражения твердых тканей зубов, у детей и подростков**

#### **Комплект ответов на тестовые задания**

1 - б	2 - а	3 - в	4 - а	5 - а	6 - в	7. а - 3, б - 4, в - 2, г - 1	
8. а - 3, б - 4, в - 1, г - 2				9. а - 4, б - 5, в - 2, г - 1, д - 3			
10. а - 3, б - 2, в - 1, г - 4			11. а - 3, б - 4, в - 2, г - 1		12. 1 - а, в, ж, з; 2 - б, г, д, е		
13 - г	14 - б	15 - а	16 - в	17 - б	18 - в	19 - б	20 - г

#### **Комплект ответов на ситуационные задания**

Ситуационная задача 1

Ответ 1. Флюороз, пятнистая форма (K 00.3).

Ответ 2. Общая и местная ремтерапия – насыщение эмали кальцием и фосфором, отбеливание, восстановление композиционными материалами или винирование в зависимости от тяжести поражения.

Ответ 3. Кариес в стадии пятна (окрашивание кариес-маркером, локальный процесс). Пятнистая форма гипоплазии (анамнез, поражение зубов одного периода формирования, либо локальный процесс).

Ответ 4. Московская область (г. Коломна), Тверская область, Тамбовская область, республика Марий Эл.

Ответ 5. Очистка воды, замена питьевого источника, использованием фильтрованной или бутилированной воды, отказ от искусственного вскармливания и замена прикорма с употреблением соков, использование индивидуальных средств защиты на предприятиях.

#### Ситуационная задача 2

Ответ 1. Средний кариес 7.4., I класс по Блеку (К 02.1).

Ответ 2. Кариес – патологический процесс, развивающийся после прорезывания, сопровождающийся деминерализацией твердых тканей, с образованием дефекта в виде полости.

Ответ 3. Анестезия аппликационная и инфильтрационная, препарирование КП, мед/обр., изоляция, восстановление анатомической формы компомером или СИЦ, коррекция по окклюзии и полировка.

Ответ 4. Обучение и подбор средств индивидуальной гигиены, ее соблюдение, сбалансированное количество углеводов в рационе питания, общее укрепление и оздоровление организма, режим дня с достаточной солнечной инсоляцией.

Ответ 5. Чистка зубов 2 раза в день (утром после завтрака, вечером перед сном) в течение 3 минут, зубные пасты и щетки по возрасту, посещение врача–стоматолога 2 раза в год, использование реминерализующих средств в домашних условиях.

#### Ситуационная задача 3

Ответ 1. Начальный кариес 1.1, 2.1, 3.3, 4.3 V класс по Блеку (К 02.0).

Ответ 2. Осмотр, окрашивание пятен кариес-маркером.

Ответ 3. Ремтерапия, лечение без препарирования методом ICON, препарирование пятен и последующее восстановление композиционными материалами.

Ответ 4. Соблюдение индивидуальной гигиены рта, сбалансированное количество углеводов в рационе питания, общее укрепление и оздоровление организма, режим дня с достаточной солнечной инсоляцией

Ответ 5. Соблюдение индивидуальной гигиены рта согласно возрасту, применение паст, ополаскивателей и пенки имеющих в составе препараты для реминерализации эмали зубов, посещение врача-стоматолога 2 раза в год.

#### Ситуационная задача 4

Ответ 1. Кариес младенцев (кариес детей раннего возраста, бутылочный кариес).

Ответ 2. В настоящее время ВОЗ и ЮНИСЕФ рекомендуют продолжать грудное вскармливание до 2 лет.

Ответ 3. Новорожденный ребенок стерилен, он приобретает те микроорганизмы, которые передаются ему родителями или обслуживающим персоналом. Микроорганизмы колонизируются во рту и желудочно–кишечном тракте. В настоящее время ведущую роль в возникновении кариеса отводят воздействию классических бактерий рода *Rothia* (*Str. Mutans* – они же Стоматококки, Кокки). Микроорганизмы рода

Rothia считаются комменсалтами и присутствуют практически всегда, образуя биопленки.

Ответ 4. До прорезывания резцов твердые ткани и десневая бороздка остаются интактными. Активный процесс колонизации во рту младенца начинается только после прорезывания резцов на 2 мм. Наиболее уязвимы для кариеса являются недавно прорезавшиеся зубы, поскольку их ткани являются морфологически незрелыми, гипоминерализованными, особенно в пришеечной области. Процесс минерализации эмали наиболее активно протекает от 6 месяцев до 1 года после прорезывания. Наибольший прирост Са и Р в эмали наблюдается в течение первых 12 месяцев после прорезывания. Поэтому первое стоматологическое обследование ребенка рекомендовано проводить в период от 6 до 12 месяцев.

Ответ 5. В младенческий период требуется создание оптимальных условий для остановки процессов деминерализации эмали. Поэтому сразу же после прорезывания зубов следует начинать реминерализующую терапию.

Ситуационная задача 5

Ответ 1. Гипоплазия эмали. Пятнистая форма (К 00.4).

Ответ 2. При сборе анамнеза определить была ли у ребенка травма в эстетически значимой зоне в молочном прикусе.

Ответ 3. Пятнистая форма флюороза и начальный кариес, несовершенный энамелогенез.

Ответ 4.

–токсикозы беременности

–перенесенные в период вынашивания ребенка инфекции

–резус-конфликт матери и плода

–преждевременные роды

Ответ 5.

– воспалительные явления в области зачатка постоянного зуба

– травма временного зуба при рядом стоящем фолликуле постоянного

## 2. Заболевания пародонта у детей и подростков

### Комплект ответов на тестовые задания

1 - а	2 - б	3 - б	4 - б	5 - б	6 - б	7 - а	8 - б	9 - д	10 - в
11 - б, в	12 - а	13 - б	14 - а	15 - б	16 - б	17. 1 - б; 2 - в; 3 - а			
18. 1 - а; 2 - б; 3 - в		19. 1 - в; 2 - а; 3 - б			20. 1 - а; 2 - в; 3 - б				

### Комплект ответов на ситуационные задания

Ситуационная задача 1

Ответ 1. ХГГ (К05.1).

Ответ 2. Патогенная микрофлора, гормональный дисбаланс в пубертатном периоде.

Ответ 3. Нейтрализующее действие слюны и десневой жидкости.

Ответ 4. Индекс CRITN определялся в 1-2 баллов, проба Писарева – Шиллера положительна, индекс РМА– 50% и более, индекс GI –1-3 баллов, индекс РВІ – 1-4 баллов.

Ответ 5. Энзимы (гиалуронидазы, коллагеназы, протеазы, хондроитинсульфатазы, просеринэстеразы) выделяются в тканевую среду при гибели микробных клеток и вызывают диссоциацию белковогликозамингликановых комплексов основного вещества, увеличивают инвазию эндотоксинов в ткани, разрушают коллаген.

### Ситуационная задача 2

Ответ 1. ХГП (K05.3).

Ответ 2. Индексная оценка, Rg, функциональные пробы, денситометрия.

Ответ 3. Пародонтоз, идиопатические ЗП, симптоматическая рецессия десны.

Ответ 4. Комплексное обследование, постановка окончательного диагноза, обучение индивидуальной гигиене рта, профессиональная гигиена рта, комплексное лечение у пародонтолога (с назначением противовоспалительной терапии, остеотропной терапии). Диспансеризация, с соблюдением всех этапов поддерживающего пародонтологического лечения.

Ответ 5. Прогноз в отношении 1.1, 1.2. благоприятный, при условии адекватного ортодонтического лечения, с дальнейшим пожизненным использованием несъемного ретейнера и комплекса общей остеотропной терапии.

### Ситуационная задача 3

Ответ 1. Катаральный гингивит классифицировался как генерализованный, с хр. течением, что по классификации МКБ-10 соответствует коду K05.1.

Ответ 2. Индекс CRITN, проба Писарева–Шиллера, индекс GI, индекс РВІ.

Вопрос 3. Индексная оценка, Rg, функциональные пробы.

Ответ 4. Комплексное обследование, постановка окончательного диагноза, обучением индивидуальной гигиене рта, профессиональная гигиена рта, комплексное лечение у пародонтолога. Хирургическое лечение с применением вестибулопластики по Эдлану. Адекватное ортодонтическое лечение с устранением глубокой травмирующей окклюзии. Диспансеризация, с соблюдением всех этапов поддерживающего пародонтологического лечения.

Ответ 5. Прогноз благоприятный в случае соблюдения всех этапов комплексного пародонтологического и ортодонтического лечения.

#### Ситуационная задача 4

Ответ 1. Локализованная рецессия десны III Б класса по Миллеру в области 3.1, 4.1.

Ответ 2. Пациенту необходимо предложить комплекс лечебных мероприятий, включающих в себя обучение индивидуальной гигиене, проведение профессиональной гигиены, с определением сроков и методики повторной вестибулопластики и консультации ортодонта.

Ответ 3. Результаты исследования данного пациента показали, что в период функционирования зуба и с увеличением возраста наступает истончение десневой манжеты и трофические нарушения, способствующие прогрессированию процесса, с возможной потерей зуба. Таким образом, выявленный симптомокомплекс в сочетании с особенностью архитектоники преддверия рта, травматической окклюзией и скученностью зубов играет первостепенную роль в развитии локализованной рецессии десны, которая в дальнейшем способствует развитию патологических процессов в тканях пародонта. Поэтому подростки, у которых выявлены факторы риска требуют к себе пристального внимания и активной работы команды врачей для полной диагностики, разработки, выполнения комплекса лечебных мероприятий и длительного мониторинга.

Ответ 4.

– комплексное обследование: объективное обследование, определение пародонтологического статуса, оценка КДМ челюстей, оценка ТРГ в боковой проекции, функциональные методы исследования тканей пародонта.

– постановка диагноза.

– комплексное лечение, с привлечением следующих специалистов: обучение индивидуальной гигиене рта (гигиенист), проведение профессиональной гигиены рта (гигиенист или стоматолог–терапевт), пародонтологическое лечение, коррекция патологии прикрепления мягких тканей (стоматолог–хирург), коррекция ЗЧА (ортодонт).

Ответ 5. Повторяющаяся или однократная травма десны, мукогингивальная патология, ЗЧА, анатомо-физиологические особенности строения (выпуклость корня зуба), ятрогенные факторы, ношение пирсинга на уздечках губ, вредные привычки и парафункции мимических и жевательных мышц – сосание губ, языка, давление на зубы языком, прикусывание губ, щек, языка, различных предметов, гипертонус мышц, бруксизм, использование ортодонтической техники (включая десневые ретракторы, применение нецелесообразных конструкций, использования чрезмерных сил).

#### Ситуационная задача 5

Ответ 1. Симптоматическая системная рецессия (К 06.0).

Ответ 2. Причиной симптоматической системной рецессией могла явиться различная системная патология, что потребовало постановки данного пациента на диспансерный учет и направления на консультацию к врачам-интернистам.

Ответ 3. Приоритетными факторами возникновения рецессии десны явились патология прикрепления мягких тканей и ЗЧА – глубокая резцовая окклюзия, тесное положение зубов, высокое прикрепление уздечек, мелкое преддверие рта.

Ответ 4. Рецессия десны (K06.0): постинфекционная, послеоперационная, локальная (K06.00), генерализованная (K06.01), неуточненная (K06.09).

Ответ 5. Щель Стильмана представляет собой щелевидные образования, придающие зубчатость и рассеченность десневого края. Длина щелей Стильмана колеблется от 1 до 6 мм и более. Они бывают простыми (идущими в одном направлении) и сложными (идущими в нескольких направлениях).

### 3. Заболевания слизистой оболочки рта детей и подростков

#### Комплект ответов на тестовые задания

1. а - 6, б - 4, в - 5, г - 2, д - 3,7,9, е - 8	2. а - 3, б - 6, в - 5, г - 4, д - 2, е - 1
3. а - 5, б - 2, в - 4, г - 1,3,6	4. а - 1, б - 2
5. а - 1, 3, 5, б - 2, 4, 6, 7	6. а - 1, 2, 3, 4, б - 1, 2, 3, 5
7. а - 1, 6, 3, б - 2, 4, 5, 7	8. а - 1, 2, 3, 4. б - 5, 6, 7
9. а - 2, 5, 6, б - 1, 3, 4	10. а - 1, 4, б - 2, 3, 5, 6
11. а - 5, 1, б - 4, в - 1	
12. а - 2, б - 1, в - 3	13. а - 3, б - 4, в - 1, г - 2
14. а - 1, 2, б - 1, в - 3, 4, 5, г - 4, д - 5	
15. а - 2, б - 1, в - 1	16. а - 2, б - 1, в - 3
17. а - 3, 5, б - 4, в - 1, г - 2	
18. а - 3, 5, б - 2, в - 1, 4, г - 6	19. а - 3, б - 4, в - 2, г - 1
20. а - 1, 3, б - 2, 4, в - 3, 5	

#### Комплект ответов на ситуационные задания

Ситуационная задача 1

Ответ 1. Остр. герпетический стоматит средней степени тяжести (по МКБ-10 остр. герпетический гингивостоматит В 00.2)

Ответ 2.

1.противовирусные препараты – ацикловир, валацикловир, вальганцикловир, инозин, пранобекс, фоскарнет, цитовир 3:

–ацикловир – детям до 3 лет назначают по 20мг/кг 4 раз в сутки (максимальная доза 800 мг), детям 3-6 лет по 400 мг в сутки, старше 6 лет по 800 мг 4 раз в сутки, на курс 5 дней;

–валацикловир – детям с 12 лет назначают по 500 мг 1-2 раза в сутки, на курс 7 дней;

–фоскарнет (фоскавир) – детям с 3 лет, в течение первых 3 дней назначают по 50 мг т на 1 кг массы тела 3 раза в сутки. Далее, до завершения курса, длина которого определяется лечащим врачом, вводится единожды в день в дозе 30 мг на 1 кг массы тела;

2.иммуностимуляторы – лимонник, элеутерококк, заманиха, розеола розовая (подросткам), эхинацея (назначаются без иммунограммы), циклоферон (по схеме), полиоксидоний (по схеме) (назначаются после консультации с иммунологом), имудон детям от 3 до 14 лет назначают по 6 таблеток для разжевывания, на курс 10 дней;

3.поливитамины – центрум детский, поливитбэби, пиковит, вибовит, киндербиовиталь гель, супрадин кидс;

4.пробиотики – биопрепараты содержащие, живые микроорганизмы и/или вещества микробного или иного происхождения, оказывающие при естественном способе введения благоприятные эффекты на физиологические функции, биохимические и поведенческие реакции организма хозяина через оптимизацию его микробиологического статуса – монокомпонентные препараты (бифидумбактерин, лактобактерин), препараты конкурентного действия (бактисубтил, биоспорин), поликомпонентные препараты (ацилакт, линекс), комбинированные препараты (бифидумбактерин форте, бифилиз);

5.строгая диета – не раздражающая пища, с исключением кислого, сладкого, соленного, острого, пряного, рекомендация овсяной каши, киселя, незрелых бананов.

Ответ 3.

1. обезболивание – каместад, анестезин на персиковом масле, лидокаин 2,5-5% мазь или 10% аэрозоль, калгель – гель стоматологический, применяется у детей с 3 месяцев, не более 6 раз в сутки;

2. антисептики – группа окислителей (калия перманганат, перекись водорода), катионные детергенты (мирамистин, хлоргексидин), препараты нитрофуранового ряда (фурацилин, фурацилин амексима).

3. противовирусные препараты:

– 0,25% оксолиновая мазь применяется наружно/местно только с 2 лет, наносят 3-4 раза в сутки, вплоть до полного заживления и исчезновения характерных явлений;

– 2% алпизариновая мазь применяется наружно/местно только детям старше 1 года, 4-6 раз в сутки, наносят тонким слоем и слегка втирают;

– 0,5% флореналевая мазь применяется наружно/местно 2-3 раза в сутки, вплоть до полного заживления и исчезновения характерных явлений;

4.препараты интерферонов (лаферон, виферон, водный раствор лейкоцитарного интерферона, герпферон и др.):

–раствор лаферона, применяют у детей после 1 года, 1 млн. разводят в 5 мл физиологического раствора, по 1-2 капли на везикулы 4-6 раз в сутки;

–мазь виферон 40 000 ME/1 г применяют у детей после 1 года, не менее 4 раз в сутки, курс лечения 7 дней;

–мазь герпферон, применяют у детей старше 2 лет, не менее 4 раз в сутки;

–водный раствор лейкоцитарного интерферона, применяется у детей старше 3 лет, не менее 3 раз в сутки по 2 капли, строго после приема пищи. Раствор готовится из сухого порошка интерферона и дистиллированной воды в соотношении 1000ЕД на 2 мл воды;

5. средства, нормализующие состав микрофлоры рта – кисломолочных бифидо- и лактосодержащих продуктов («Биокефир», «Бифидок», «Ацидолакт», «Наринэ»).

Ответ 4. Период эпителизации длительный, афты приобретают мраморную окраску, размывается край и центр, появляется венчик гиперемии. После эпителизации элементов еще сохраняется ОГКГ в течение 2-3 дней. Период эпителизации занимает 4-5 дней, его длительность зависит от общего состояния организма, адекватной терапии и от состояния рта, с возможным присоединением вторичной инфекции.

Ответ 5. Местная терапия в стадию эпителизации, с применением кератопластиков – масляный раствор витамина А, аевит, масло облепихи, масло шиповника (для детей склонных к обильному слюноотделению), с 3 месяцев применяют солкосерил – дентальную адгезивную пасту. Кратность обработки СОР – каждые 2,5-3 часа или после каждого приема пищи в домашних условиях, и с ежедневной обработкой в условиях ДСП.

#### Ситуационная задача 2

Ответ 1. Эксфолиативный хейлит, сухая форма (К 13.02).

Ответ 2. Экссудативная форма эксфолиативного хейлита, атопический хейлит, экзематозный хейлит, метеорологический хейлит.

Ответ 3. Психологическое тестирование.

Ответ 4. Масляные растворы витаминов А, Е, облепиховое масло, масло шиповника, Аекол, Каратолин, концентрат витамина Е, метилурациловая мазь, линетол, экстракт и линимент алоэ, стекловидное тело, сок и мазь коланхое. При необходимости назначают кератопластические средства: масло шиповника, масло облепихи, полиминерол, бальзам Шостаковского, масляный раствор витамина А, карбеноксолон (биорал), алазоль, аэкол, винизоль, левовинизоль, кератолин, метилурацил.

Ответ 5.

- проведите беседу о вредной привычке облизывать губы,
- направьте на консультацию к дерматологу, психологу, неврологу, эндокринологу,
- назначьте диету с возможно более полным исключением продуктов – аллергенов,
- для уменьшения инфицирования поражений показана санация рта,
- для исправления патологии прикуса и протезирования при раннем удалении временных зубов, с целью исправления архитектоники губ и предупреждения мацерации углов рта слюной направьте к ортодонту,

- для стимулирования заживления назначьте препараты стимулирующие процессы эпителизации или кератопластики, курсом лечения – 2-3 раза в год,
- для улучшения крово- и лимфообращения и восстановления эластичности тканей губ, уменьшения риска рецидива научите гимнастике круговой мышцы рта и гигиеническому уходу за губами.

### Ситуационная задача 3

Ответ 1. Травматическое повреждение СО нижней губы (К 13.1 – прикусывание щеки и губы).

Ответ 2. Прикусывание нижней губы после анестезии.

Ответ 3. Антисептики, фибринолитические препараты, кератопластики.

Ответ 4. ХРАС имеет инфекционно-аллергическую этиологию и рецидивирующее течение, во рту проявляется в виде афт.

Ответ 5. Рекомендации и назначения родителям после проведения анестезии у ребенка.

### Ситуационная задача 4

Ответ 1. Кандидозный стоматит (В 37.0)

Ответ 2. Грибы рода *Candida*. Коррекция микробного состава в результате воздействия антибиотика, способного неблагоприятно влиять на СОР и состав ротовой жидкости. Их использование приводит к расстройству вкусовой чувствительности, иногда к аллергическим реакциям, нарушению резидентной флоры, развитию дисбактериоза, в том числе орального кандидоза.

Ответ 3.

– дисбиотический сдвиг – компенсированная или латентная форма, при которой могут отсутствовать выраженные клинические признаки, обычно характеризующиеся незначительным превышением одного вида условно-патогенных микроорганизмов при сохранении нормального видового состава микрофлоры рта;

– дисбактериоз I-II степени, при котором имеются клинические симптомы, характеризующиеся более выраженными изменениями состава микрофлоры, с выявлением 2-3 видов бактерий на фоне снижения титра лактобактерий;

– дисбактериоз III степени, при котором выявляют патогенные монокультуры при отсутствии или резком снижении представителей нормальной микрофлоры;

– дисбактериоз IV степени, при котором выявляются ассоциации патогенных бактерий и дрожжеподобных грибов.

Ответ 4.

- поливалентные антибиотики (макролиды): натамицин (пимафуцин), нистатин, леворин, микогептин;
- азольные соединения 1 генерации (только для местного применения): клотримазол, амиказол, изоконазол; 2 генерации (только для местного применения)– певарил; 3 генерации– низорал, оксиконазол; 4 генерации – флуконазол (дифлюкан), интраконазол (орунгал), фторконазол;
- анилиновые красители: метиленовый синий, генциановый фиолетовый, фукорцин, риванол;
- препараты йода: йодиол, йокс, йодопирон, бетадин;
- антисептики широкого спектра действия: уротропин, стопангин, гексорал (гексетидин), тетраборат натрия, гексорал, пиралвекс, тантум верде, артрадонт;
- антисептики растительного происхождения – багульник, семена укропа, семена петрушки.

Ответ 5.

- монокомпонентные препараты, содержащие нормальную микрофлору,
- препараты конкурентного действия, вытесняющие условно-патогенную микрофлору и, в дальнейшем, не колонизирующие,
- поликомпонентные препараты, созданные на основе комбинаций различных штаммов и видов микроорганизмов нормальной флоры,
- комбинированные препараты, представляющие собой колонии бактерий, сорбированные на специальном подобранном микроносителе.

Ситуационная задача 5

Ответ 1. Хр. рецидивирующий герпетический стоматит (К 12).

Ответ 2. Вирус простого герпеса.

Ответ 3. Легкая – рецидивы 1-2 раза в год, небольшое количество элементов поражения (1-2). Среднетяжелая – рецидивы 2-3 раза в год, выражены симптомы общего характера, особенно у детей младшего возраста. Тяжелая – частые рецидивы – 4 и более раз в году, короткие светлые промежутки, в периоды рецидивов выражены симптомы общего характера.

Ответ 4. Для постановки диагноза используют следующие методы исследования – объективное обследование и лабораторную диагностику (вирусологические, цитоморфологические, серологические и молекулярно-биологические методы). Среди лабораторных методов исследования вирусологический метод является «золотым стандартом» в диагностике герпетической инфекции. Отличительной особенностью данного метода является высокая степень достоверности результатов, недостатком – является длительность его проведения (от 2 до 14-15 суток), культивирование с использованием клеточных структур является

процессом трудоемким и дорогостоящим. При проведении цитоморфологического исследования диагноз подтверждается при наличии в мазках отпечатках характерных для герпетической инфекции эпителиальных клеток с эозинофильными включениями, а также гигантских многоядерных клеток с выделением следующих стадий: дегенерации и типичных клеточных поражений, дегенерации и неспецифического воспаления, регенерации и эпителизации. Для оценки мазков отпечатков СО используют метод прямой иммунофлюоресценции. Положительными считаются пробы, в которых ядра клеток окрашены флюоресцином и наблюдаются полиморфноядерные нейтрофилы и макрофаги специфично окрашивающиеся герпетической антисывороткой. При этом оценка степени тяжести инфекционного процесса проводится с использованием специальной бальной системы. Методика иммуноферментного анализа позволяет определить в сыворотке крови вирусные антитела классов IgG, IgA, IgM. Недостатком его является возможность получения ложноположительных результатов за счет перекрестных реакций с нормальными антителами. Метод полимеразной цепной реакции выявляет возбудителей с помощью идентификации специфичных участков генома, позволяет не только быстро и эффективно размножить фрагмент генома вируса в клиническом материале, но и выявить единичные молекулы вирусного генома за счет сверхвысокой чувствительности.

Ответ 5. Неблагоприятная экологическая обстановка, снижение уровня социальной защиты населения, стресс (эмоциональные расстройства, усталость), гормональный дисбаланс (пубертатный период, менструация), качество питания (дефицит белков, витаминов; микроэлементов); иммуносупрессивные эффекты, связанные с патологией иммунитета (инфекционные, эндокринные и аутоиммунные заболевания, патология крови); иммуносупрессивная терапия при аутоиммунных, онкологических заболеваниях и при пересадке органов и тканей и как следствие, угнетение защитных сил организма способствуют существенному увеличению числа пациентов с герпесом.

## **7. ИМИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ**

### **7.1. Деловые (ролевые игры)**

#### **Модуль «Ортопедическая стоматология»**

1. Тема: «Первичное посещение пациента с дефектом твердых тканей зуба кариозного происхождения».

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врача стоматолога-ортопеда, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с дефектом твердых тканей зуба, 2) врач стоматолог-ортопед, 3) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача стоматолога-ортопеда при первичном осмотре пациента с дефектом твердых тканей зуба кариозного происхождения. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра. Обсуждаются различные варианты лечебных мероприятий с целью восстановления разрушенных тканей зуба. Составляются алгоритмы диагностики и лечения, составляются протоколы ведения, диспансеризации и реабилитации. Анализ игры.

2. Тема: «Первое посещение пациента с дисколоритом центрального резца в/ч».

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врача стоматолога-ортопеда, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с дисколоритом центрального резца верхней челюсти, 2) врач стоматолог-ортопед, 3) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача стоматолога-ортопеда при первичном осмотре пациента с дисколоритом центрального резца в/ч. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра. Обсуждаются различные варианты стоматологической патологии у пациента с дисколоритом зубов и возможные варианты лечения. Составляются алгоритмы диагностики и лечения, составляются протоколы ведения, диспансеризации и реабилитации. Анализ игры.

3. Тема: «Первичное посещение пациента с включенным дефектом зубного ряда»

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врача стоматолога-ортопеда, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с включенным дефектом зубного ряда, 2) врач стоматолог-ортопед, 3) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача стоматолога-ортопеда при первичном осмотре пациента с включенным дефектом зубного ряда. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра. Обсуждаются различные варианты стоматологической патологии у пациента с включенным дефектом зубного ряда и возможные варианты лечения. Составляются алгоритмы диагностики и лечения, составляются

протоколы ведения, диспансеризации и реабилитации. Анализ игры. Обсуждение эмоциональной составляющей.

4. Тема: «Первичное посещение пациента с полным отсутствием зубов»

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врача стоматолога-ортопеда, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с полным отсутствием зубов, 2) врач стоматолог-ортопед, 3) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача – стоматолога детского при первичном осмотре пациента с полным отсутствием зубов. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра, при сохранении позитивных межличностных отношений. Обсуждаются различные варианты стоматологической патологии у пациента с полным отсутствием зубов и возможные варианты лечения. Записываются алгоритмы диагностики и лечения стоматологической патологии. Анализ игры. Обсуждение эмоциональной составляющей.

### **Модуль «Терапевтическая стоматология»**

1. Тема: «Первое посещение пациента с кратковременной болью в зубе на холодовой раздражитель»

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врача–стоматолога, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с кратковременной болью в зубе на холодовой раздражитель, 2) врач–стоматолог, 3) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача–стоматолога при первичном осмотре пациента с кратковременной болью в зубе на холодовой раздражитель. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра. Обсуждаются различные варианты мероприятий с целью профилактики. Составляются алгоритмы диагностики и лечения, составляются протоколы ведения, диспансеризации и реабилитации. Анализ игры. Смена ролей «пациент и медицинский персонал».

2. Тема: «Первое посещение пациента с кариесом зубов».

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врача–стоматолога, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с кариесом зубов, 2) врач–стоматолог, 4) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача–стоматолога при первичном осмотре пациента с кариесом зубов. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра. Обсуждаются различные варианты стоматологической патологии у пациента с кариесом зубов. Составляются алгоритмы диагностики и лечения, составляются протоколы ведения, диспансеризации и реабилитации. Анализ игры. Смена ролей «пациент» и «медицинский персонал».

### **Модуль «Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия»**

1. Тема: «Хронический гранулирующий периодонтит».

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врача стоматолога-хирурга, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с хроническим гранулирующим периодонтитом, 2) родители пациента, 3) врач стоматолог-хирург 4) медицинская сестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача стоматолога-хирурга при первичном осмотре пациента. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра. Обсуждаются различные варианты мероприятий с целью профилактики возможных осложнений. Составляются алгоритмы диагностики и лечения, составляются протоколы ведения, диспансеризации и реабилитации. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал».

2. Тема: «Актиномикоз нижней челюсти».

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врача стоматолога-хирурга, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с актиномикозом нижней челюсти, 2) родители пациента, 3) врач стоматолог-хирург, 4) медицинская сестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача стоматолога-хирурга при первичном осмотре пациента. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра. Обсуждаются различные варианты мероприятий с целью профилактики возможных осложнений. Составляются алгоритмы диагностики и лечения, составляются протоколы ведения, диспансеризации и реабилитации. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал».

3. Тема: «Синдром болевой дисфункции ВНЧС».

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врача стоматолога-хирурга, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с синдромом болевой дисфункции ВНЧС, 2) родители пациента, 3) врач стоматолог-хирург, 4) медицинская сестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача стоматолога-хирурга при первичном осмотре пациента. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра. Обсуждаются различные варианты мероприятий с целью профилактики возможных осложнений. Составляются алгоритмы диагностики и лечения, составляются протоколы ведения, диспансеризации и реабилитации. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал».

### **Модуль «Стоматология детского возраста»**

1. Тема: «Первое посещение пациента с нарушением носового дыхания, наличием вредной привычки: закусывание нижней губы и его родителей ДСП».

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врача–стоматолога детского, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с нарушением носового дыхания и вредной привычкой, 2) родители пациента, 3) врач–стоматолог детский, 4) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача–стоматолога детского при первичном осмотре пациента с нарушением носового дыхания. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра. Обсуждаются различные варианты мероприятий с целью профилактики возможных аномалий прикуса у ребенка. Составляются алгоритмы диагностики и лечения, составляются протоколы ведения, диспансеризации и реабилитации. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал».

2. Тема: «Первое посещение пациента с кариесом временных зубов и его родителей ДСП».

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врача–стоматолога детского, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с кариесом временных зубов, 2) родители пациента, 3) врач–стоматолог детский, 4) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача–стоматолога детского при первичном осмотре пациента с кариесом временных зубов. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра. Обсуждаются различные варианты стоматологической патологии у пациента с кариесом временных зубов. Составляются алгоритмы диагностики и лечения, составляются протоколы ведения, диспансеризации и реабилитации. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал».

### 3. Тема: «Первое посещение пациента с ОГС и его родителей ДСП»

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врача–стоматолога детского, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с ОГС, 2) родители пациента, 3) врач–стоматолог детский, 4) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача–стоматолога детского при первичном осмотре пациента с ОГС. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра. Обсуждаются различные варианты стоматологической патологии у пациента с ОГС и возможности лечебных процедур с домашних условиях и условиях ДСП. Записываются алгоритмы диагностики и лечения ОГС. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал».

### 4. Тема: «Первое посещение пациента с синдромом Дауна и его родителей ДСП»

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врач–стоматолога детского, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с синдромом Дауна, 2) родители пациента, 3) врач–стоматолог детский, 4) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача–стоматолога детского при первичном осмотре пациента с синдромом Дауна. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра, при сохранении позитивных межличностных отношений. Обсуждаются различные варианты стоматологической патологии у пациента с синдромом Дауна и возможности медико-генетического консультирования родителей, планирующих рождение последующих детей. Записываются алгоритмы диагностики и лечения стоматологической патологии. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал». Обсуждение эмоциональной составляющей.

## **7.2. Лекции–конференции**

### **Модуль «Ортопедическая стоматология»**

1. Тема: «Дефекты твердых тканей зубов».

Концепция: Проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1 доклад «Показания к применению протезных конструкций при дефекте коронковой части зуба»;

2 доклад «Виды протезных конструкций при дефекте коронковой части зуба»;

3 доклад «Клинико-лабораторные этапы изготовления ортопедических конструкций при дефекте коронковой части зуба»;

4 доклад «Методы фиксации несъемных ортопедических конструкций при дефекте коронковой части зуба»

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Неотложных состояний в стоматологии детского возраста». В конце лекции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

2. Тема: «Дефекты зубных рядов (частичное отсутствие зубов)»

Концепция: Проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1 доклад «Причины потери зубов и образования дефектов зубных рядов. Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди. Изменения в зубочелюстной системе»;

2 доклад «Виды несъемных протезных конструкций при дефектах зубного ряда. Показания к применению мостовидных протезов»;

3 доклад «Перспективы применения зубных имплантатов при ортопедическом лечении дефектов зубных рядов»;

4 доклад «Виды съёмных протезных конструкций при дефектах зубных рядов».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Кариеса временных зубов у детей». В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

### 3. Тема: «Полное отсутствие зубов».

Концепция: Проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1 доклад «Изменения в жевательном аппарате после полной потери зубов. Классификация беззубых челюстей по Оксману»;

2 доклад «Адгезия и функциональная присасываемость. Клапанная зона и её топография, значение её в функции протеза. Топография переходной складки, определения линии «А»;

3 доклад «Понятие о функциональном слепке. Разгружающие и компрессионные слепки»;

4 доклад «Постановка зубов. Особенности постановки зубов при прогении и прогнатии».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Поражений СОР при инфекционных заболеваниях у детей». В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

### **Модуль «Терапевтическая стоматология»**

#### 1. Тема: «Неотложные состояния в стоматологии».

Концепция: проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1 доклад «Анафилактический шок на приеме у врача –стоматолога»;

2 доклад «Коллапс на приеме у врача – стоматолога»;

3 доклад «Острая сердечная недостаточность на приеме у врача – стоматолога».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Неотложных состояний в стоматологии». В конце лекции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

## 2. Тема: «Кариес зубов»

Концепция: проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1 доклад «Этиология кариеса зубов»

2 доклад «Патогенез кариеса зубов»;

3 доклад «Клиника, диагностика, лечение кариеса зубов».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Кариеса зубов». В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

## **Модуль «Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия»**

### 1. Тема: «Осложнения кариозных поражений твердых тканей зубов».

Концепция: проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1 доклад «Протокол ведения пациента с хроническим гранулирующим периодонтитом».

2 доклад «Протокол ведения пациента с хроническим гранулематозным периодонтитом»

3 доклад «Протокол ведения пациента с острым одонтогенным периодонтитом».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Осложнения кариозных поражений твердых тканей зубов». В конце лекции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

### 2. Тема: «Протокол ведения пациента со специфическими воспалительными заболеваниями лица, челюстей, органов рта».

Концепция: проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1 доклад «Протокол ведения пациента с актиномикозом».

2 доклад «Протокол ведения пациента с туберкулезом»

3 доклад «Протокол ведения пациента с сифилисом».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Протокол ведения пациента со специфическими воспалительными заболеваниями лица, челюстей, органов рта». В конце лекции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

### 3. Тема: «Заболевания ВНЧС».

Концепция: проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1 доклад «Протокол ведения пациента с синдромом болевой дисфункции ВНЧС».

2 доклад «Протокол ведения пациента с «Щелкающей» челюстью»

3 доклад «Протокол ведения пациента с вторичным склерозирующим артрозом ВНЧС».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Заболевания ВНЧС». В конце лекции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

## **Модуль «Стоматология детского возраста»**

### 1. Тема: «Неотложные состояния в стоматологии детского возраста».

Концепция: проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1 доклад «Анафилактический шок на приеме у врача–стоматолога детского»;

2 доклад «Коллапс на приеме у врача – стоматолога детского»;

3 доклад «Острая сердечная недостаточность на приеме у врача – стоматолога детского».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Неотложных состояний в стоматологии детского возраста». В конце лекции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

## 2. Тема: «Кариес зубов у детей»

Концепция: проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1 доклад «Циркулярный кариес временных зубов у детей»;

2 доклад «Особенности локализации КП и течения кариеса временных зубов»;

3 доклад «Особенности течения кариеса постоянных зубов у детей».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Кариеса временных зубов у детей». В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

## 3. Тема: «Поражения СОР при инфекционных заболеваниях у детей».

Концепция: проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1 доклад «Поражения СОР при кори у детей»;

2 доклад «Поражения СОР при краснухе у детей»;

3 доклад «Поражения СОР при дифтерии у детей»;

4 доклад «Поражения СОР при скарлатине у детей»;

5 доклад «Поражения СОР при коклюше у детей»;

6 доклад «Поражения СОР при мононуклеозе у детей»;

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Поражений СОР при инфекционных заболеваниях у детей». В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

## 4. Тема: «Стоматологические проявления генетической патологии».

Концепция: проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1 доклад «Стоматологические проявления хромосомных болезней»;

2 доклад «Стоматологические проявления моногенных синдромов»;

3 доклад «Стоматологические проявления мультифакториальной патологии».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Стоматологических проявлений генетической патологии». В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

## **8. ВОПРОСЫ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

### **Модуль «Ортопедическая стоматология»**

**Вопрос №1.** Виды протезных конструкций при дефекте коронковой части зуба.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №2.** Показания к применению протезных конструкций при дефекте коронковой части зуба. Частичный и полный дефект коронковой части зуба. Клиника.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №3.** Ортопедические методы лечения частичных и полных дефектов коронковой части зуба. Вкладки. Полукоронки. Фарфоровые коронки. Показания к применению. Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №4.** Безметалловые конструкции (виды, показания к использованию, правила препарирования твердых тканей, клинико-лабораторные этапы изготовления, цементы для фиксации, виды осложнений).

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2,3].

**Вопрос №5.** Основные правила адгезионной техники. Комбинированные конструкции (виды, показания к использованию, правила препарирования

твёрдых тканей, клинико-лабораторные этапы изготовления, цементы для фиксации, виды осложнений).

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебедеико, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2,3].

**Вопрос №6.** Причины потери зубов и образования дефектов зубных рядов.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебедеико, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №7.** Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди. Изменения в зубочелюстной системе.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебедеико, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №8.** Виды несъёмных протезных конструкций при дефектах зубного ряда. Показания к применению мостовидных протезов.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебедеико, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №9.** Расчет функционально допустимой нагрузки опорных зубов. Клинико-лабораторные этапы изготовления мостовидных протезов. Виды осложнений.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебедеико, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2,3].

**Вопрос №10.** Показания к применению адгезионных мостовидных протезов (виды, правила препарирования твёрдых тканей, клинико-лабораторные этапы изготовления, цементы для фиксации, виды осложнений).

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебедеико, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2,3].

**Вопрос №11.** Перспективы применения зубных имплантатов при ортопедическом лечении дефектов зубных рядов.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №12.** Безметалловые мостовидные протезы (виды, правила препарирования твёрдых тканей, клинико-лабораторные этапы изготовления, цементы для фиксации, виды осложнений).

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2,3].

**Вопрос №13.** Виды съёмных протезных конструкций при дефектах зубных рядов.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №14.** Показания к использованию бюгельных протезов. Основные принципы стабилизации бюгельных протезов.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №15.** Классификация опорно-удерживающих кламмеров.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №16.** Виды замковых креплений. Клинико-лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2,3].

**Вопрос №17.** Параллелометрия. Основные правила фрезерования на этапах изготовления комбинированных конструкций.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 3].

**Вопрос №18.** Виды осложнений при пользовании бюгельными протезами.  
Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №19.** Показания к использованию частичных пластиночных протезов.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №20.** Изменения в жевательном аппарате после полной потери зубов.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №21.** Классификация беззубых челюстей по Оксману.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №22.** Топография переходной складки, определения линии «А».

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 1].

**Вопрос №23.** Адгезия и функциональная присасываемость. Клапанная зона и её топография, значение её в функции протеза.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №24.** Понятие о функциональном слепке. Разгружающие и компрессионные слепки.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2].

**Вопрос №25.** Постановка зубов. Особенности постановки зубов при прогении и прогнатии.

Рекомендуемая основная литература:

Ортопедическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. И.Ю. Лебедева, С.Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского, Г. Т. Салеевой, Р. А. Салеева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. [Глава 2,3].

### **Модуль «Терапевтическая стоматология»**

**Вопрос №1.** Полость зуба: типы корневых каналов, особенности анатомического строения каналов корней разных групп зубов верхней и нижней челюстей.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 322-359.

**Вопрос №2.** Строение эмали и дентина. Созревание эмали. Гистология эмали и дентина.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 322-359.

**Вопрос №3.** Современная классификация кариеса по МКБ-10. Особенности препарирования полостей в соответствии с классификацией кариеса по Блеку.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 322-359.

**Вопрос №4.** Средства гигиенического ухода за полостью рта: зубные пасты, гели, зубные эликсиры, флоссы, межзубные ершики, индикаторы бляшки.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 304-322.

**Вопрос №5.** Профилактика кариеса: индивидуальные и коллективные методы профилактики.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 322-359.

Вопрос №6. Современные пломбировочные материалы: полиалкинатные (стеклоиономерные) цементы, композитные материалы и адгезивные системы. Классификация, показания к применению.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 322-359.

Вопрос №7. Девитализирующие препараты: классификация, показания к применению.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 322-359.

Вопрос №8. Механическая и медикаментозная обработка корневых каналов при лечении осложнений кариеса: современные инструменты, ирриганты и эндолубриканты.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 322-359.

Вопрос №9. Основные принципы художественной реставрации зубов.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 142-175.

Вопрос №10. Классификация заболеваний слизистой оболочки рта.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 553-555.

Вопрос №11. Этиология, патогенез, клиника и методы лечения рецидивирующего афтозного стоматита, хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 616-645.

Вопрос №12. Дифференциально-диагностические критерии заболеваний на основании первичных и вторичных морфологических элементов.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 616-645.

Вопрос №13. Формы клинического проявления красного плоского лишая.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 670-728.

Вопрос №14. Физические методы лечения заболеваний слизистой оболочки.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 670-728.

Вопрос №15. Возможности традиционных и нетрадиционных методов лечения в терапии заболеваний слизистой оболочки рта.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 670-728.

Вопрос №16. Классификация болезней пародонта.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 463-467.

Вопрос №17. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 463-467.

Вопрос №18. Роль микробного фактора в этиологии и патогенезе гингивита и пародонтита.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 463-467.

Вопрос №19. Роль сосудистого фактора в развитии и течении заболеваний пародонта.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 415-463.

Вопрос №20. Значение нервной системы и состояния тканевого метаболизма в развитии и течении воспалительных и дистрофических поражений пародонта.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 415-463.

Вопрос №21. Роль местных травматических факторов, а также специфических и неспецифических механизмов местной защиты в этиологии и патогенезе воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 415-463.

Вопрос №22. Клинические методы обследования пациентов с заболеваниями пародонта.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 415-463.

Вопрос №23. Лабораторные и функциональные методы обследования пациентов с заболеваниями пародонта. Эхоостеометрия и периостометрия в оценке эффективности лечения пародонтита.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 415-463.

Вопрос №24. Объективные методы диагностики степени функциональной недостаточности пародонта.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 415-463.

Вопрос №25. Функциональные методы исследования звеньев патогенеза заболеваний пародонта.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 415-463.

Вопрос №26. Основные принципы лечения воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта. Местное лечение.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 415-463.

Вопрос №27. Влияние курения на развитие заболеваний пародонта.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 415-463.

Вопрос №28. Физиотерапия заболеваний пародонта.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 515-526.

Вопрос №29. Правила гигиенического ухода за полостью рта.

Рекомендуемая основная литература:

Терапевтическая стоматология /Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – (Серия «Национальные руководства»). – С. 304-322.

### **Модуль «Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия»**

Вопрос №1. Структура сети стоматологических учреждений и кадров стоматологического профиля.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 01].

Вопрос №2. Обеспеченность врачебными кадрами различного профиля на 10 тыс. населения.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 01].

Вопрос №3. Стационарная стоматологическая помощь

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 01].

Вопрос №4. Организация амбулаторной терапевтической, пародонтологической, хирургической, ортопедической, ортодонтической помощи в современных экономических условиях.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 01].

Вопрос №5. Организация стационарной стоматологической помощи

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 01].

Вопрос №6. Потребность населения в различных видах стоматологической помощи (результаты эпидемиологических исследований).

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 01].

Вопрос №7. Организация профилактики стоматологических заболеваний на основе данных эпидемиологических исследований

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 01].

Вопрос №8. Повышение уровня мотивации населения к получению стоматологической помощи, выявляемого на основе данных социологических исследований.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 01].

Вопрос №9. Учётно-отчетная документация, нормы нагрузки, показатели деятельности

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 01].

Вопрос №10. Вопросы диспансеризации в стоматологии

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 01].

Вопрос №11. Обезболивание в хирургической стоматологии. Общее обезболивание, премедикация, местное обезболивание. Функциональные методы диагностики в оценке эффективности местной анестезии

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 03].

Вопрос №12. Операции на альвеолярных отростках при кистах челюстей. Цистэктомии и цистотомии.

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 04, 05].

Вопрос №13. Виды разрезов, применяемых для доступа к околокорневым деструктивным процессам.

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 05].

Вопрос №14. Современные остеопластические материалы, используемые для замещения костных дефектов

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 06].

Вопрос №15. Перфорации корней зубов. Клиника, диагностика, методы консервативного и хирургического лечения

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 05].

Вопрос №16. Ретроградное пломбирование корней зубов, используемые при этом материалы. Показания и противопоказания, методики

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 05].

Вопрос №17. Ретенированные и дистопированные зубы. Методы их удаления

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 07].

Вопрос №18. Затрудненное прорезывание зубов, перикорониты

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 07].

Вопрос №19. Методы хирургического лечения хронического периодонтита. Операции гемисекции, ампутации корней, коронорадикулярной сепарации

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 05].

Вопрос №20. Хирургическое лечение заболеваний пародонта

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 06].

Вопрос №21. Периостит, остеомиелит челюстей. Классификация, патогенез, клиническая картина, принципы лечения

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 08].

Вопрос №22. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Синдром дисфункции, артрит, артроз, анкилоз. Диагностика, лечение. Методы функциональной диагностики состояния ВНЧС

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 17, 18].

Вопрос №23. Имплантология в стоматологии. Показания, техника, вмешательства, ведение послеоперационного периода

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 28].

Вопрос №24. Остеотропные материалы, используемые при хирургическом лечении пародонтита

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 06].

Вопрос №25. Методика направленной регенерации тканей. Материалы для мембран

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой,

А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 28].

Вопрос №26. Вестибулопластические вмешательства

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 06].

Вопрос №27. Операции по устранению рецессии десны

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 06].

Вопрос №28. Гингивотомия. Гингивэктомия

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 06].

Вопрос №29. Подготовка пациентов к проведению лоскутных операций

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 06].

Вопрос №30. Ведение пациентов в послеоперационном периоде после лоскутных операций

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 06].

Вопрос №31. Одонтогенные гаймориты. Диагностика и лечение. Специфические поражения челюстно-лицевой области и шеи. Актиномикоз, туберкулез

Рекомендуемая основная литература: Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 09, 10, 12].

### **Модуль «Стоматология детского возраста»**

Вопрос №1. Профилактика основных стоматологических заболеваний. Принципы составления программ профилактики. Гигиеническое воспитание, обучение и контроль. Средства и методы профилактики (популяционные, групповые и индивидуальные).

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»).[Глава 3, С.19, Глава 4, С.28, Глава 22, С.205].

Вопрос №2. Организация амбулаторной стоматологической помощи детям.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»).[Глава 3, С.19].

Вопрос №3. Основные принципы диспансеризации детей у стоматолога в соответствии с их возрастом, группой здоровья, формой активности кариеса.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 2, С.8].

Вопрос №4. Организационные формы санации рта у детей.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 3, С.19].

Вопрос №5. Методы обследования детей со стоматологическими заболеваниями.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 12, 13, 14, 15, С.98].

Вопрос №6. Местное обезболивание при лечении стоматологических заболеваний у детей. Показания к санации рта в условиях общего обезболивания.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 18, С.172, Глава 17, С.157].

Вопрос №7. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

Рекомендуемая основная литература:

Детская челюстно-лицевая хирургия. Руководство к практическим занятиям /Под ред. О.З. Топольницкого, А.П. Гургенадзе – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 168с. [Занятие 1]

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 1].

Вопрос №8. Некариозные поражения временных и постоянных зубов. Этиология, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, реставрация.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 23, 24, 25, С.210].

Вопрос №9. Клинические формы кариозного процесса у детей. Классификация кариеса зубов у детей. Методы диагностики и устранения кариозного очага. Патологическая анатомия кариозного очага. Современная концепция лечения кариеса зубов у детей.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 19, 20, 21, С.175].

Вопрос №10. Методы определения резистентности зубов к кариесу.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 19, С.175].

Зеленский, В.А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /В.А. Зеленский, Ф.С. Мухорамов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 208с. [Глава 2].

Вопрос №11. Заболевания пародонта. Распространенность. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики, клиника, лечение. Диспансеризация детей с заболеваниями пародонта.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 30, С.283].

Вопрос №12. Заболевания слизистой оболочки рта у детей: острый герпетический стоматит, рецидивирующие афты, хейлиты. Диагностика.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 31, 32, С.317].

Вопрос №13. Стоматологические проявления ВИЧ-инфекции у детей.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия/Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с.– (Серия «Национальные руководства»). [Глава 12].

Вопрос №14. Рентгенологический метод обследования в детской стоматологии.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 15, С.121].

Вопрос №15. Физические методы лечения. Показания к их применению у детей.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология / Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 30].

Вопрос №16. Функционально-диагностические методы в оценке эффективности мер профилактики заболеваний пародонта у детей школьного возраста и подростков.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология / Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 13, 14, С.110].

Вопрос №17. Импедансная диагностика кариозных поражений временных и постоянных зубов.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 13, 14, С.110].

Вопрос №20. Методы функциональной диагностики при определении оптимального режима жевания резинки с целью профилактики кариеса.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 13,14, С.110].

Вопрос №21. Местная анестезия (виды, способы). Показания к общему обезболиванию.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 17,С.157].

Вопрос №22.Методы клинической диагностики. Исследование функции зубо-челюстно-лицевой системы (жевание, дыхание, глотание, речь).

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.– 640 с. [Глава 6,7,8,9,10].

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 12, С.98].

Вопрос №23.Рентгенологические методы диагностики (внутриротовая Rg, панорамная Rg, ортопантомография).

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с.[Глава 8].

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 15, С.121].

### **Список использованных источников:**

Модуль поиска «StudFiles». Режим доступа: <http://studfiles.ru>

Модуль поиска «Библиоклуб.ру». Режим доступа: <http://biblioclub.ru>

Модуль поиска «БиблиоРоссика2. Режим доступа: <http://bibliorossica.com>

Модуль поиска «МагаОбучалка». Режим доступа: <http://megaobuchalka.ru>

Модуль поиска Интернет. Режим доступа: <http://dgma.ru>

Модуль поиска перефразирований Интернет. Режим доступа:  
<http://medicinapediya.ru>

Научная электронная библиотека Elibrary. Режим доступа: <http://elibrary.ru>

Российская государственная библиотека. Режим доступа: <http://dlib.rsl.ru>

ЭБС «Консультант студента» Студенческая электронная библиотека.

Режим доступа: <http://studentlibrary.ru>

ЭБС ВООК.ru - электронно-библиотечная система. Режим доступа:  
<http://ibooks.ru>

Электронно-библиотечная система «Институт Философии Российской Академии Наук». Режим доступа: <http://iphras.ru>

Электронно-библиотечная система «Обмен медицинскими знаниями».

Режим доступа: <http://medznate.ru>

Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ. Режим  
доступа:<http://elib.kirovgma.ru>

Электронно-библиотечная система Лань. Режим доступа:  
<http://e.lanbook.com>

Электронно-библиотечная система Первого Санкт-Петербургского ГМУ  
им. акад. И.П. Павлова. Режим доступа: <http://1spbgmu.ru>

Электронно-библиотечная система Тверского ГМУ. Режим доступа:  
<http://tvgm.ru>