

**Методическая разработка семинара № 1
для ординаторов**

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

001. Площадь стоматологического кабинета должна составлять минимально на одно кресло (м):

- 1) 18
- 2) 16,5
- 3) 15
- 4) 14

002. Высота потолка в стоматологическом кабинета должна быть не менее (м):

- 1) 4,5
- 2) 3,3
- 3) 3,0
- 4) 2,8
- 5) 2,

003. Коэффициент отражения света с поверхностей стен в стоматологическом кабинете не должен быть ниже (%):

- 1) 10
- 2) 20
- 3) 30
- 4) 40
- 5) 50

004. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре:

- 1) 125°C - 45 мин
- 2) 160°C-40 мин
- 3) 180°C-45 мин
- 4) 180°C-60 мин
- 5) 200°C-90 мин

005. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают:

- 1) зеркала, изделия из стекла 2) наконечники
- 2) боры
- 4) одноразовые шприцы
- 5) перевязочный материал

006. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:

- 1) пинцет, зонд
- 2) зеркало, пинцет
- 3) зонд, шприц
- 4) зеркало, шприц
- 5) ватные шарики

007. Температурный режим, поддерживаемый в стоматологическом кабинете в холодное время года (градусов):

- 1) 15-16
- 2) 17-18
- 3) 18-23
- 4) 23-28
- 5) 28-30

008. Целью использования аппарата «Ассистина» является:

- 1) стерилизация наконечников
- 2) предстерилизационная очистка и смазывание наконечников
- 3) дезинфекция боров
- 4) дезинфекция эндодонтического инструментария
- 5) стерилизация боров

009. Стерильный стол сохраняет стерильность в течение (часов):

- 1) 1-2
- 2) 2-4

- 3) 3-6
- 4) 4-10
- 5) 10-12

010. Простерилизованные изделия в некомбинированном упаковочном пакете сохраняют стерильность в течение (суток):

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 7
- 5) 8

011. Стены в стоматологическом кабинете, согласно существующим нормативам, покрывают:

- 1) обоями
- 2) побелкой
- 3) керамической плиткой
- 4) гобеленом
- 5) пластиком

012. Окна в стоматологическом кабинете ориентируют на:

- 1) юг
- 2) север
- 3) восток
- 4) запад
- 5) юго-запад

013. Сухожаровая стерилизация предназначена для:

- 1) перевязочного материала
- 2) белья
- 3) ватных валиков
- 4) цельнометаллических инструментов
- 5) шовного материала

014. Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал:

- 1) 1% раствор перекиси водорода
- 2) 6% раствор перекиси водорода
- 3) 2% новокаина
- 4) 0,5% раствор хлорамина
- 5) 75% метиловый спирт

Методическая разработка семинара № 2 Тестовый контроль знаний

1. Установите соответствие:

Методы обследования стоматологического больного на терапевтическом приеме:

1) основные 2) дополнительные.

а) расспрос; б) внешний осмотр; в) зондирование; г) перкуссия; д) пальпация; е) ЭОД; ж) температурная проба; з) рентгенография

2. Обследование стоматологического больного начинают с

- 1) осмотра полости рта;
- 2) внешнего осмотра больного;
- 3) пальпирования лимфатических узлов;
- 4) рентгенологического обследования.

3. Зондирование дает возможность

- а) определить глубину пародонтального кармана;
- б) обнаружить кариозную полость;
- в) выявить сообщение кариозной полости с полостью зуба;
- г) оценить состояние верхушечного периодонта;
- д) выявить патологию прикуса.

4. Основной метод обследования стоматологического больного:

- 1) Рентгенологический;
- 2) Клинический;
- 3) Цитологический;
- 4) Лабораторный.

5. Объём тканей, обследуемых при осмотре полости рта

- 1) Зубы;
- 2) Слизистая оболочка полости рта и «причинный зуб»;
- 3) Язык;
- 4) Все области и ткани полости рта.

6. Сбор анамнеза у стоматологического больного начинают с

- 1) Осмотра полости рта;
- 2) Выяснения жалоб;
- 3) Анамнеза жизни;
- 4) Анамнеза болезни.

7. При перкуссии определяют

- 1) Состояние периодонта;
- 2) Увеличение лимфоузлов;
- 3) Наличие и глубину кариозной полости;
- 4) Вид прикуса.

8. При пальпации определяют

- 1) Состояние периодонта;
- 2) Увеличение лимфоузлов;
- 3) Наличие и глубину кариозной полости;
- 4) Вид прикуса.

9. Виды перкуссии

- 1) Вертикальная;
- 2) Горизонтальная;
- 3) Смешанная.

Сообщение с полостью зуба выявляют с помощью

- 1) Пальпации;

- 2) Перкуссии;
- 3) Выяснения жалоб;
- 4) Зондирования.

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Больной Н. предъявляет жалобы на боли в зубах нижней челюсти справа. Какие методы обследования надо провести для постановки диагноза?

Задача № 2.

Врач начал обследование пациента с перкуссии зуба и проведения рентгенологического обследования. Какие ошибки допущены при обследовании?

Задача № 3.

При зондировании кариозной полости у пациента отмечается болезненность. Что надо уточнить для постановки диагноза?

Ролевая игра

Количество участников: 3 – 5 студентов.

Роли: пациент, врач-стоматолог, заведующий отделением, врач-лаборант.

Роль пациента: описывает жалобы больного при любом из стоматологическом заболеваний, придумывает анамнез болезни и жизни.

Роль лечащего врача: на основании жалоб и анамнеза болезни описывает возможную клиническую картину болезни, проводит основные методы обследования, назначает проведение дополнительных исследований, озвучивает свой предварительный диагноз.

Роль врача-лаборанта: должен дать клиническое заключение по направлению лечащего врача.

Роль заведующего отделением: указывает на ошибки в обследовании и в плане лечения (если они были).

Ведущий преподаватель наблюдает за последовательностью игры, и по мере необходимости исправляет либо направляет её ход.

**Методическая разработка семинара для ординаторов № 3
Тестовый контроль знаний**

1. Интенсивность поражения кариесом определяется индексом

- а) КПУ
- б) GI
- в) ПМА

2. Оценить функциональное состояние эмали позволяют индексы:

- а) КПУ
- б) ТЭР-тест
- в) КОСРЭ-тест
- г) гигиенический индекс по Грину-Вермильону

3. Электроодонтодиагностика наиболее точно оценивает состояние

- а) пульпы
- б) периодонта
- в) пародонта

4. Для выявления начального кариеса используют методы:

- а) определение гигиенического индекса
- б) люминесцентный
- в) трансиллюминацию
- г) электропроводимость твёрдых тканей зуба
- д) электроодонтометрию

5. Рентенография позволяет определить

- а) скрытые кариозные полости
- б) состояние пульпы зуба
- в) положение зубов и их взаимоотношение с тканями челюсти
- г) состояние кровотока в зубах, челюстях, мягких тканях

1. Установите соответствие:

Дополнительные методы исследования: 1) функциональные; 2) лабораторные.

Название: а) цитологический метод; б) гистологический метод; в) полярография;
г) реодентография; д) реопародонтография; е) серологический метод;
ж) биомикроскопия

7. Окрашивание зубного налета проводится при проведении индексов

- а) гигиены полости рта
- б) SPITN
- в) PMA
- г) PI

8. Метод витального окрашивания выявляет очаги деминерализации эмали

- а) при эрозии эмали
- б) при кариесе в стадии белого пятна
- в) при гипоплазии эмали

9. Для витального окрашивания эмали зубов используют

- а) эритрозин
- б) фуксин

- в) метиленовый синий
- г) йодистый калий
- д) раствор Шиллера-Писарева

10. Температурная проба применяется для диагностики

- а) периодонтита
- б) пульпита
- в) пародонтита

11. Электровозбудимость пульпы при воспалении

- а) возрастает
- б) снижается
- в) не изменяется

12. Раствор Шиллера-Писарева применяют для определения индекса

- а) гигиены
- б) ПМА
- в) CPITN

Ситуационные задачи

Задача № 1.

При наличии жалоб на боли в интактном зубе, какие дополнительные методы необходимо провести?

Задача № 2.

У пациента гигиенический индекс Федорова-Володкиной равен 2,5 балла. Как оценить гигиеническое состояние полости рта?

Задача № 3.

У пациента имеются 3 кариозные полости, 5 пломб и 2 удалённых зуба. Какая интенсивность кариеса у данного больного? Как изменится показатель после лечения кариозных зубов?

Ролевая игра

Количество участников: 3 – 5 студентов.

Роли: пациент, врач-стоматолог, заведующий отделением, врач-рентгенолог, врач-лаборант.

Роль пациента: описывает жалобы больного при любом из стоматологическом заболеваний, придумывает анамнез болезни и жизни.

Роль лечащего врача: на основании жалоб и анамнеза болезни описывает возможную клиническую картину болезни, назначает проведение дополнительных исследований, озвучивает свой предварительный диагноз.

Роль врача-лаборанта: должен дать клиническое заключение по направлению лечащего врача.

Роль врача-рентгенолога: описывает рентгенологическую картину при данной патологии.

Роль лечащего врача: обосновывает диагноз и назначает план лечения.

Роль заведующего отделением: указывает на ошибки в обследовании и в плане лечения (если они были).

Ведущий преподаватель наблюдает за последовательностью игры, и по мере

необходимости исправляет либо направляет её ход.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 4
Тестовый контроль знаний

- 001. Экзогенный фактор возникновения кариеса:**
- 1) наследственные и соматические заболевания
 - 2) кислотоустойчивость эмали
 - 3) легкоусваиваемые углеводы
 - 4) высокая резистентность эмали
 - 5) резидентная флора
- 002. Пелликула зуба образуется за счет:**
- 1) коллагена
 - 2) кератина
 - 3) скопления микроорганизмов и углеводов
 - 4) гликопротеидов слюны
 - 5) слущенного эпителия
- 003. Иммунные зоны зуба:**
- 1) фиссуры и углубления на зубах
 - 2) пришеечная треть видимой коронки зуба
 - 3) жевательные поверхности зубов
 - 4) бугры, экватор и вестибулярные поверхности зубов
 - 5) режущий край
- 004. Снижение рН ротовой жидкости как основная причина возникновения кариеса указывается в теории:**
- 1) Энтина Д.Э.
 - 2) Миллера В.
 - 3) Лукомского И.Г.
 - 4) Шарпенака А.Э.
 - 5) Платонова Е.Е.
- 005. Одним из факторов, приводящих к возникновению кариеса, является(-ют-)ся:**
- 1) резидентная флора
 - 2) нерастворимые белки
 - 3) кариесогенная флора
 - 4) высокая резистентность эмали
 - 5) растворимые белки
- 006. Одним из факторов, приводящих к возникновению кариеса, является(-ют-)ся:**
- 1) резидентная флора
 - 2) липиды
 - 3) легкоусваиваемые углеводы
 - 4) растворимые белки
 - 5) низкий уровень лизоцима в слюне
- 007. Одним из факторов, приводящих к возникновению кариеса, является:**
- 1) резидентная флора
 - 2) липиды
 - 3) высокая резистентность эмали
 - 4) низкая резистентность эмали
 - 5) высокий уровень лизоцима в слюне

008. Условием реализации кариесогенных факторов является:

- 1) неожиданность действия
- 2) длительность действия
- 3) внезапность действия
- 4) кратковременность действия
- 5) последовательность действия

009. Ведущая роль в развитии кариеса принадлежит:

- 1) Str. Salivaris
- 2) Str. Mutans
- 3) лактобациллам
- 4) Str.sangius
- 5) Treponema denticola

010. Кариесрезистентность - это устойчивость к действию:

- 1) кислот
- 2) щелочей
- 3) кариесогенных факторов
- 4) абразивного фактора
- 5) температурных факторов

011. Местные факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:

- 1) климатические условия
- 2) изменение количества и качества ротовой жидкости
- 3) диета и питьевая вода
- 4) углеводистые пищевые остатки в полости рта
- 5) наследственные и соматические заболевания

012. Местные факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:

- 1) соматические заболевания
- 2) диета и питьевая вода
- 3) изменение количества и качества ротовой жидкости
- 4) полноценная структура и химический состав твердых тканей зуба
- 5) наследственные заболевания

013. Соотношение Са/Р в дентине:

- 1) 1,55
- 2) 1,60
- 3) 1,67
- 4) 1,75
- 5) 2,00

014. Разрушение кристаллов гидроксиапатита происходит при соотношении Са/Р:

- 1),67
- 2),57
- 3),53
- 4),33
- 5),00

015. Наибольшее влияние на созревание эмали оказывает:

- 1) фтор
- 2) молибден

- 3) стронций
- 4) кальций
- 5) магний

016. Основным защитным фактором ротовой жидкости является:

- 1) слюна, пересыщенная ионами Са и Р
- 2) пелликула
- 3) бикарбонатный буфер в слюне
- 4) повышение вязкости ротовой жидкости
- 5) низкая вязкость ротовой жидкости

017. В основе современной теории кариеса лежит:

- 1) физико-химическая теория
- 2) биологическая теория
- 3) химико-паразитарная теория
- 4) трофоневротическая теория
- 5) протеолизохелационная теория

Методическая разработка семинара для ординаторов № 5
Тестовый контроль знаний

1. Изменение химического состава эмали при кариесе в стадии пятна сопровождается:

- 1) снижением микротвердости наружного слоя эмали больше, чем подповерхностного
- 2) снижением микротвердости наружного слоя эмали меньше, чем подповерхностного
- 3) одинаковым снижением микротвердости наружного и подповерхностного слоев
- 4) повышением микротвердости наружного слоя больше, чем подповерхностного

2. Поляризационная микроскопия выявляет при кариесе в стадии пятна очаг в виде:

- 1) овала
- 2) круга
- 3) трапеции
- 4) треугольника
- 5) прямоугольника

3. Кариес в стадии пятна характеризуется:

- 1) некрозом эмали
- 2) нарушением формирования эмали
- 3) поверхностной деминерализацией
- 4) подповерхностной деминерализацией
- 5) гиперминерализацией

4. Начальные повреждения эмали возникают при pH:

- 1) 3,5-4,5
- 2) 4,5-5,5
- 3) 5,5-6,5
- 4) 6,5-7,5
- 5) 8,5-10,5

5. Патологический процесс твердых тканей зубов, развивающийся после их прорезывания, при котором происходят деминерализация и протеолиз с последующим образованием дефекта под воздействием внешних и внутренних факторов, - это:

- 1) гипоплазия
- 2) эрозия
- 3) истирание
- 4) кариес
- 5) флюороз

6. Кариозный процесс развивается при:

- 1) равновесии ре- и деминерализации
- 2) преобладании деминерализации
- 3) отсутствии реминерализации
- 4) дисминерализации
- 5) реминерализации

7. Химия процесса деминерализации для эмали, дентина и цемента корня:

- 1) одинакова
- 2) не одинакова

- 3) преобладает деминерализация дентина
- 4) преобладает деминерализация цемента
- 5) преобладает деминерализация цемента

8. Потеря кальция в очаге кариозного пятна достигает:

- 1) 10-20%
- 2) 20-30%
- 3) 30-40%
- 4) 40-50%
- 5) 50-60%

9. Длительное воздействие кариесогенной флоры, легкоусваиваемых углеводов и низкой резистентности твердых тканей зубов приводит к развитию:

- 1) некариозных поражений
- 2) кариеса
- 3) заболеваний пародонта
- 4) заболеваний слизистой рта
- 5) травмы зубов

10. Поддержание гомеостаза эмали происходит за счет:

- 1) кровеносных сосудов
- 2) нервов
- 3) гетероионного обмена с ротовой жидкостью
- 4) лимфатических сосудов
- 5) микроорганизмов

11. Причины возникновения кариеса:

- 1) кариесогенная флора, углеводы, низкая резистентность эмали
- 2) кислотоустойчивость эмали, белки, низкая резистентность эмали
- 3) легкоусвояемые углеводы, высокая резистентность эмали, жиры
- 4) высокая резистентность эмали, углеводы, кариесогенная флора
- 5) углеводы, органические кислоты, высокая резистентность эмали

12. Кариозный процесс характеризуется:

- 1) равновесием ре- и деминерализации
- 2) преобладанием деминерализации
- 3) отсутствием реминерализации
- 4) дисминерализацией
- 5) реминерализацией

13. Разновидность кариеса в соответствии с российской классификацией (Медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи):

- 1) кариес эмали
- 2) кариес дентина
- 3) кариес в стадии пятна
- 4) одонтоклазия
- 5) вторичный кариес

14. Разновидность кариеса в соответствии с МКБ-10 (Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра):

- 1) кариес в стадии пятна
- 2) кариес эмали
- 3) глубокий кариес
- 4) кариес дентина
- 5) кариес цемента

15. Кариесу эмали по МКБ-10 в отечественной классификации МЭС соответствует:

- 1) кариес дентина
- 2) средний кариес
- 3) кариес в стадии пятна
- 4) кариес цемента
- 5) глубокий кариес

16. При наличии белых кариозных пятен пациент предъявляет жалобы на боль:

- 1) от всех видов раздражителей
- 2) только от механических раздражителей
- 3) только от химических раздражителей
- 4) только от температурных раздражителей
- 5) жалоб нет

17. При наличии пигментированных кариозных пятен пациент предъявляет жалобы на:

- 1) боль от всех видов раздражителей
- 2) боль только от механических раздражителей
- 3) боль только от химических раздражителей
- 4) боль только от температурных раздражителей
- 5) эстетический недостаток

18. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводится с:

- 1) поверхностным кариесом
- 2) гипоплазией
- 3) очаговым пульпитом
- 4) кариесом дентина
- 5) кариесом цемента

19. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводится с:

- 1) поверхностным кариесом
- 2) эрозией
- 3) флюорозом
- 4) кариесом дентина
- 5) кариесом цемента

20. Электровозбудимость пульпы при кариесе эмали:

- 1) 2-6 мкА
- 2) 10-12 мкА
- 3) 25-30 мкА
- 4) 100 мкА
- 5) выше 100 мкА

Ролевая игра.

«Кариес эмали (кариес в стадии пятна). Патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение».

Участники (медицинский регистратор, пациент, врач, медицинская сестра, эксперт).

Ситуационная задача № 1.

На прием к стоматологу обратился пациент 22 лет с жалобами на наличие пятен на передних зубах. Чистит зубы нерегулярно. При осмотре отмечается наличие меловидных пятен в пришеечной области на зубах 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, поверхность эмали в области пятен шероховатая, блеск эмали отсутствует. Индекс гигиены полости рта РНР = 1,8.

Задания:

- a. Оцените состояние гигиены полости рта.
- b. Назовите заболевание, которому может соответствовать данная клиническая картина.
- c. Дополнительные методы, необходимые для подтверждения диагноза.
- d. Укажите фактор риска возникновения данного заболевания.
- e. Предложите комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

Ситуационная задача № 2.

Пациент 25 лет находится на лечении у ортодонта с применением брекет-системы. При осмотре: визуально выявляется мягкий зубной налет в области фиксации брекетов, пришеечной области, межзубных промежутках. После удаления зубного налета на зубах 1.2, 1.3, 2.2, 2.3 в пришеечной области обнаружены светло-коричневые пятна с гладкой поверхностью. Пациент чистит зубы 2 раза в день мягкой зубной щеткой.

Задания:

- 1) Назовите заболевание твердых тканей, которому соответствует данная клиническая картина.
- 2) Подберите средства ухода за полостью рта данному пациенту.
- 3) Укажите периодичность проведения профессиональной гигиены полости рта.

Методическая разработка семинара № 6 Тестовый контроль знаний

1. При кариесе дентина (средние кариозные полости) в световом микроскопе различают:

- зону распада и деминерализации
- темную зону
- тело поражения
- зону подповерхностной деминерализации
- зону поверхностной деминерализации

2. Гиперминерализация дентинных канальцев при кариесе дентина (среднем кариесе) определяется в зоне:

- распада и деминерализации
- тела поражения
- прозрачного и интактного дентина
- темной
- поверхностной деминерализации

3. Зона распада и деминерализации при кариесе дентина (среднем кариесе) характеризуется (I зона):

остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микроорганизмов

- 2) расширением и деформацией дентинных канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизменный дентин
- 3) слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов
- 4) изменениями в пульпе зуба, сходными с острым пульпитом
- 5) уменьшением определенных зон эмали

4. II зона изменений твердых тканей зуба при среднем кариесе характеризуется:

остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микроорганизмов

- 2) расширением и деформацией дентинных канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизменный дентин
- 3) слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов
- 4) изменениями в пульпе зуба, сходными с острым пульпитом
- 5) уменьшением определенных зон эмали

5. III зона изменений твердых тканей при среднем кариесе характеризуется

остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микроорганизмов

- 2) расширением и деформацией дентинных канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизменный дентин
- 3) слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов
- 4) изменениями в пульпе зуба, сходными с острым пульпитом
- 5) уменьшением определенных зон эмали

6. При поверхностном кариесе (кариесе эмали) пациент жалуется на боль:

- от температурных и химических раздражителей, проходящую после их устранения
- от температурных и химических раздражителей, сохраняющуюся после

устранения раздражителей

- 3) при накусывании
- 4) ночную
- 5) приступообразную

7. Поверхностный кариес характеризуется наличием:

- 1) белого пятна
- 2) полости в пределах эмали
- 3) полости средних размеров
- 4) глубокой кариозной полости
- 5) пигментированного пятна

8. При поверхностном кариесе (кариесе эмали) пациент предъявляет жалобы в основном на боль:

- 1) от температурных раздражителей
- 2) от химических раздражителей
- 3) при накусывании
- 4) ночную
- 5) приступообразную

9. При зондировании поверхностных кариозных полостей в пришеечной области выявляется:

- 1) гладкая поверхность
- 2) шероховатость
- 3) фиксация зонда в фиссуре
- 4) дефект средних размеров
- 5) глубокая кариозная полость

10. При зондировании поверхностных кариозных полостей на жевательной поверхности выявляется:

- 1) гладкая поверхность
- 2) шероховатость
- 3) фиксация зонда в фиссуре
- 4) дефект средних размеров в эмали и дентине
- 5) глубокая кариозная полость

11. Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводится с (со):

- 1) острым пульпитом
- 2) средним кариесом
- 3) хроническим периодонтитом
- 4) хроническим пульпитом
- 5) острым пульпитом

12. Электровозбудимость пульпы при кариесе эмали:

- 1) 2-6мкА
- 2) 10-12 мкА
- 3) 25-30 мкА
- 4) 100 мкА
- 5) выше 100 мкА

13. При кариозных полостях средних размеров (средний кариес) пациент жалуется на боль:

- 1) от всех видов раздражителей, проходящую после их устранения

- 2) при накусывании
- 3) от температурных раздражителей, сохраняющуюся после их устранения
- 4) приступообразную
- 5) ночную

14. Боль от температурных раздражителей, проходящая после их устранения, характерна для:

- 1) острого пульпита
- 2) хронического пульпита
- 3) кариеса дентина (глубокая кариозная полость)
- 4) острого периодонтита
- 5) гипоплазии

15. Разновидность кариеса в соответствии с МКБ-10:

- 1) кариес в стадии пятна
- 2) средний кариес
- 3) кариес дентина
- 4) поверхностный кариес
- 5) глубокий кариес

16. Средний кариес (Caries media) по классификации МЭС характеризуется наличием:

- 1) пигментированного пятна
- 2) кариозной полости в пределах эмали
- 3) кариозной полости средних размеров в эмали и дентине
- 4) глубокой кариозной полости
- 5) белого пятна

17. Дифференциальный диагноз кариеса дентина (среднего кариеса) проводится с:

- 1) кариесом в стадии пятна
- 2) хроническим фиброзным пульпитом
- 3) глубоким кариесом
- 4) острым диффузным пульпитом
- 5) обострением хронического пульпита

18. Дифференциальный диагноз бессимптомного течения среднего кариеса проводят с:

- 1) кариесом в стадии пятна
- 2) острым периодонтитом пульпарного происхождения
- 3) деструктивной формой флюороза
- 4) хроническим фиброзным периодонтитом
- 5) гиперемией пульпы

19. Сходство клиники кариеса дентина (средние кариозные полости) и клиники хронического периодонтита состоит в:

- 1) жалобах на боль при накусывании
- 2) жалобах на боль при воздействии температурных раздражителей
- 3) отсутствии жалоб
- 4) жалобах на боль при воздействии химических раздражителей
- 5) иррадиирущем характере боли

20. Безболезненность при среднем кариесе объясняется:

- 1) некрозом пульпы
- 2) отсутствием чувствительной иннервации в дентине
- 3) разрушением наиболее чувствительной зоны (эмалево-дентинного соединения)
- 4) образованием вторичного дентина
- 5) образованием первичного дентина

21. Зондирование кариозных полостей средних размеров болезненно:

- 1) по дну
- 2) по стенкам (эмалево-дентинное соединение)
- 3) в пришеечной области
- 4) по эмали
- 5) по краю полости

22. Электродиагностика при кариесе дентина (средний кариес):

- 1) 2-6мкА
- 2) 10-12 мкА
- 3) 25-30 мкА
- 4) 100 мкА
- 5) выше 100 мкА

23. Для уточнения диагноза «кариес дентина» при бессимптомном течении кариеса необходимо провести:

- 1) зондирование
- 2) электроодонтодиагностику
- 3) перкуссию
- 4) рентгенографию
- 5) люминесцентную диагностику

Ролевая игра – моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы «Кариес эмали (поверхностный кариес). Патологическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение».

Группа студентов распределяется по ролям:

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для поверхностного кариеса);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения);

4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание методики проведения ЭОД как дополнительного метода обследования; результаты ЭОД);

5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Ролевая игра – моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы «Кариес дентина (средний кариес). Патологическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение».

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для среднего кариеса);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения);
- 4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание методики проведения ЭОД как дополнительного метода обследования; результаты ЭОД);
- 5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара № 7
Тестовый контроль знаний

1. При глубоких кариозных полостях пациент чаще всего может жаловаться на боль:

- 1) от химических раздражителей
- 2) от температурных раздражителей
- 3) самопроизвольную
- 4) при накусывании на зуб
- 5) ночную

2. При глубоких кариозных полостях пациенты могут жаловаться на боль:

- 1) от химических раздражителей
- 2) от механических (грубая пища) раздражителей
- 3) самопроизвольную
- 4) при накусывании на зуб
- 5) ночную

3. При глубоких кариозных полостях пациент жалуется на боль:

- 1) от химических раздражителей, которая сохраняется после устранения раздражителей
- 2) от температурных раздражителей, которая сохраняется после их устранения раздражителей
- 3) от температурных раздражителей, которая прекращается после их устранения раздражителей
- 4) самопроизвольную
- 5) ночную

4. Зондирование глубоких кариозных полостей:

- 1) болезненно по дну
- 2) болезненно по стенкам (эмалево-дентинное соединение)
- 3) болезненно в пришеечной области
- 4) болезненно по эмали
- 5) безболезненно

5. Электроодонтодиагностика при глубоких кариозных полостях:

- 1) 2-6 мкА
- 2) 10-12 мкА
- 3) 25-30 мкА
- 4) 100 мкА
- 5) выше 100 мкА

6. Дифференциальный диагноз кариеса дентина (глубокие кариозные полости) проводится с:

- 1) хроническим периодонтитом
- 2) поверхностным кариесом
- 3) кариесом в стадии пятна
- 4) средним кариесом
- 5) кариозным пятном

7. Дифференциальный диагноз кариеса дентина (глубокие кариозные полости) проводится с:

- 1) острым диффузным пульпитом
- 4) обострением хронического пульпита
- 3) хроническим фиброзным пульпитом
- 4) острым периодонтитом
- 5) кариозным пятном

8. Дифференциальный диагноз кариеса дентина (глубокие кариозные полости) проводится с:

- 1) острым очаговым пульпитом
- 2) эрозией эмали
- 3) хроническим периодонтитом
- 4) поверхностным кариесом
- 5) кариозным пятном

9. Глубокая кариозная полость и отсутствие сообщения с полостью зуба является общим симптомом для:

- 1) поверхностного кариеса и среднего кариеса
- 2) среднего кариеса и кариозного пятна
- 3) глубокого кариеса и острого очагового пульпита
- 4) хронического фиброзного пульпита и хронического периодонтита
- 5) хронического гангренозного пульпита и среднего кариеса

10. Изменения в пульпе при глубоком кариесе носят характер:

- 1) некроза
- 2) острого воспаления
- 3) хронического воспаления
- 4) продуктивного изменения
- 5) старения пульпы

11. Лечение глубокого кариесе включает этап:

- 1) препарирование кариозной полости
- 2) медикаментозная обработка
- 3) наложение лечебной прокладки
- 4) наложение постоянной пломбы
- 5) кондиционирование дентина

12. Эвгенол в составе временной пломбы или лечебной прокладки нарушает:

- 1) процессы адгезии цинк-фосфатного цемента
- 2) процессы твердения силикатного цемента
- 3) процессы полимеризации и адгезии композитных материалов
- 4) адгезию силико-фосфатных цементов
- 5) цвет реставрации

13. Длительное одонтотропное и антисептическое действие в составе лечебной прокладки обеспечивается:

- 1) гидроксиапатитом
- 2) фторапатитом
- 3) глюконатом кальция
- 4) гидрооксисью кальция
- 5) хлористым кальцием

14. Материалы для лечебных прокладок должны:

- 1) обеспечивать прочную связь подлежащего дентина и пломбировочного материала
- 2) оказывать противовоспалительное, противомикробное, одонтотропное действие
- 3) разрушаться под действием дентинной жидкости
- 4) обеспечивать кондиционирование дентина
- 5) обеспечивать эстетику реставрации

15. Разновидность кариеса в соответствии с российской классификацией (Медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи):

- 1) кариес эмали
- 2) кариес дентина
- 3) кариес в стадии пятна
- 4) одонтоклазия
- 5) вторичный кариес

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

- 1) кариес эмали
- 2) кариес дентина
- 3) кариес цемента
- 4) гиперемия пульпы
- 5) рецидивирующий кариес

Ситуационные задачи

Клиническая ситуация № 1

Пациентка 37 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли при приеме холодной пищи. Объективно: 37 – глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, зондирование болезненно по дну, термодиагностика болезненна, быстропроходящая после устранения раздражителя; перкуссия безболезненная.

1. Какой диагноз соответствует данной клинической ситуации?
2. С какими заболеваниями твердых тканей зубов проводится дифференциальная диагностика?
3. Каковы особенности лечения данного заболевания?

Клиническая ситуация № 2

Пациент 28 лет, обратился в клинику с жалобами на откол пломбы и кратковременные боли от термических раздражителей в 21 зубе.

Объективно: 21 – откол пломбы, после снятия пломбы глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба (апроксимально-медиальная поверхность с нарушением целостности режущего края), зондирование дна кариозной полости болезненно.

1. Дообследуйте пациента и поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите этапы лечения данного заболевания.
4. К какому классу классификации кариозных полостей по Блэку относится эта кариозная полость?
5. Каковы особенности препарирования кариозной полости в данном случае?
6. Какие материалы используются для наложения лечебной и изолирующей прокладок? Обоснуйте выбор пломбировочных материалов для наложения лечебной и изолирующей прокладок

Клиническая ситуация № 3

Пациенту 27 лет, в стоматологической клинике при обследовании был поставлен диагноз: 16 кариес дентина (глубокий кариес) КО2.1. Проведено лечение: под анестезией препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка (включая спирт и эфир), наложение лечебной прокладки «Дайкал», изолирующей прокладки из фосфат-цемента, поставлена постоянная пломба из композита.

1. Какие ошибки допустил врач при лечении глубокого кариеса?
2. Расскажите об особенностях препарирования кариозных полостей при глубоком кариесе.
3. Перечислите и обоснуйте выбор лекарственных веществ для медикаментозной обработки глубоких кариозных полостей.
4. Каким пломбирочным материалам для изолирующих прокладок следует отдавать предпочтение в данном случае и почему?

Клиническая ситуация № 4

У пациентки 43 лет, в течение суток отмечается боль в области 46 зуба. Боль началась внезапно ночью, приступы боли непродолжительные (10-15 минут), боль усиливается от температурных раздражителей. Две недели назад 46 зуб был лечен, наложена пломба из композиционного материала; из анамнеза было выявлено, что пациентка жаловалась на боли от температурных раздражителей, которые быстро проходили.

1. Назовите наиболее вероятные ошибки, которые врач мог допустить при диагностике и лечении 46 зуба ранее, приведшие к развитию осложнения.
2. Перечислите заболевания, с которыми проводится дифференциальная диагностика глубокого кариеса.
3. Назовите особенности лечения глубокого кариеса.

Клиническая ситуация № 5

Пациент 50 лет, обратился в клинику с жалобами на кратковременные боли при приеме пищи в области жевательной группы зубов верхней челюсти справа.

Объективно: 17 – кариозная полость на контактно-медиальной поверхности, средних размеров, не сообщающаяся с полостью зуба, зондирование, перкуссия, термодиагностика безболезненны. В 16 зубе на контактно-дистальной поверхности глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, зондирование болезненно по дну.

1. Дообследуйте пациента.
2. Поставьте диагноз.
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика в этой клинической ситуации?
4. Перечислите этапы лечения 17 и 16 зубов.

Ролевая игра – моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы «**Гиперемия пульпы К04.00 (глубокий кариес)**». Патологическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение».

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для глубокого кариеса);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения);
- 4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание методики проведения ЭОД как дополнительного метода обследования; результаты ЭОД);

5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара № 8

Ситуационные задачи:

Задача №1.

Пациенту В., 30 лет, после обследования был поставлен предварительный диагноз «Кариес корня». Кариозное поражение корня зуба не сопровождается образованием полостного дефекта, не скрыто краем десны. При оценке гигиены ротовой полости отмечен ОНИС= 1,0; при оценке состояния десны GI = 1,1.
Ваша тактика в этой ситуации.

Задача №2.

Пациент А., 45 лет, обратился с жалобами на оголение шеек зубов, чувствительность зубов при воздействии холодной воды. Объективно: рецессия десны 2-3мм, на корнях 1.1 и 2.1 светло-коричневые пятна на вестибулярной поверхности, не закрыты десневым краем, слегка шероховатые, слегка болезненные при зондировании.
Проведите обследование пациента, поставьте диагноз, составьте план лечения.

Задача №3.

Пациент Е., 35 лет, обратился с жалобами на наличие кариозной полости в зубе 2.2. Объективно: на контактной поверхности 2.2. на корне кариозная полость, не скрыта десневым краем, заполнена размягченным дентином, зондирование слабо болезненно, перкуссия безболезненна.
Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Тестовый контроль знаний

1. К корневому кариесу по классификации ВОЗ относят термины:

- а) кариес цемента, кариес дентина, приостановившийся кариес
- б) кариес цемента, кариес дентина, кариес корня
- в) начальный, средний, глубокий
- г) кариес цемента, кариес корня, одонтоклазия.

2. Для кариеса корня характерно:

- а) может протекать без образования полости
- б) не может протекать без образования полости
- в) всегда осложняется пульпитом
- г) всегда переходит на коронку зуба

3. К факторам риска кариеса корня, влияющим на окружение коронки зуба, относят:

- а) микроорганизмы зубного налета и изменение количества десневой жидкости;
- б) недостаток поступления фосфора в организм;
- в) кариес коронки зуба, беременность;
- г) микроорганизмы зубного налета, кариесогенные продукты, недостаток поступления фтора в организм, изменение качественных и количественных характеристик ротовой жидкости.

4. В кариозных полостях при кариесе корня чаще всего обнаруживают:

- а) стафилококки, синегнойную палочку, лактобациллы
- б) стрептококки, актиномицеты, лактобациллы
- в) энтерококки, трепонемы, простейшие
- г) актиномицеты, кандиды, герпесвирусы

5. К факторам риска кариеса корня, влияющим на окружение корня, относят:

- а) горизонтальные движения при чистке зубов, бруксизм, наследственность.
- б) неудовлетворительная гигиена рта, подростковый возраст, скученность зубов.
- в) болезни пародонта, потеря зубодесневого прикрепления, неудовлетворительная гигиена полости рта, вредные привычки, пожилой возраст
- г) профессиональные вредности, кислые напитки, гиперплазия десны

6. Толщина цемента в области шейки зуба составляет:

- а) 200-500 мкм; б) 100-1500 мкм; в) 20-50 мкм; г) 2-3 мм.

7. Корень в области шейки зуба покрыт:

- а) клеточным цементом;
- б) бесклеточным цементом;
- в) клеточным и бесклеточным цементом;
- г) в области шейки зуба цемент обычно отсутствует;

8. Для быстро прогрессирующих кариозных поражений поверхности корня характерно:

- а) размягченная консистенция, острые, неровные края кариозной полости
- б) поверхность поражения гладкая, блестящая, твердая; края полости гладкие, плотные.
- в) дефект глубиной более 0,5 мм;
- г) дефект расположен на корне зуба, имеет V-образную форму.

9. Для кариозных поражений корня в стадии ремиссии характерно:

- а) размягченная консистенция, острые, неровные края кариозной полости
- б) поверхность поражения гладкая, блестящая, твердая; края полости гладкие, плотные
- в) дефект глубиной не более 0,5 мм;
- г) дефект расположен на корне зуба, имеет V-образную форму.

10. Для пломбирования кариозной полости в области корня зуба показаны:

- а) амальгамы, СИЦ, микрогибридные композиты;
- б) СИЦ, амальгамы, компомеры;
- в) СИЦ, компомеры, композиты.
- г) жидкотекучие композиты, вкладки, микрогибридные композиты.

11. В процессе препарирования и пломбирования кариозных поражений корня зуба необходимо осуществлять:

- а) защиту десны от механических и химических повреждений, ретракцию десны для создания доступа к кариозной полости;
- б) укорочение коронковой части зуба, ретракцию десны, защиту десны от химических повреждений;
- в) ретракцию десны, введение в десневую борозду прижигающих веществ;
- г) обеспечение сухости операционного поля, исключение этапа некрэктомии.
- д) обеспечение сухости операционного поля (защита от крови, десневой и ротовой жидкости, экссудата из периодонтальных карманов);

12. Характерными особенностями кариеса корня зуба являются:

- а) медленное течение, распространение кариозного процесса преимущественно по поверхности корня, а не в глубину тканей, распространенность кариеса корня возрастает с увеличением возраста пациентов;
- б) распространение кариозного процесса преимущественно по поверхности корня, молниеносное течение, отсутствие связи с возрастом пациентов;

- в) медленное течение, высокая распространенность среди подростков;
- г) распространенность кариеса корня возрастает с увеличением возраста пациентов, кариозные полости имеют форму клина.

13. Рентгенологическое исследование при кариесе корня проводят с целью:

- а) выявления скрытых полостей на контактной поверхности корня и (или) под десной, оценки состояния тканей пародонта, исключения периапикальных осложнений;
- б) выявления скрытых полостей на контактной поверхности корня, обнаружения дентиклей в пульпе;
- в) исключения периапикальных осложнений, обнаружения внутрикостных карманов;
- г) оценки состояния тканей пародонта, оценки минерализации тканей зуба.

14. С возрастом в цементе происходят следующие структурные изменения:

- а) снижение толщины
- б) усиление кровоснабжения
- в) увеличение количества эластических волокон
- г) утолщение
- д) рост числа коллагеновых волокон

Ролевая игра на тему: «Кариес цемента»

Участвует 5 студентов: пациент, мед. регистратор, врач-терапевт, врач физиотерапевт, врач рентгенолог.

Пациент – обращается в мед.регистратуру для оформления мед.карты.

Мед. регистратор – на основании паспортных данных и медицинского полиса оформляет медицинскую карту и относит врачу-терапевту.

Врач-терапевт – выясняет жалобы больного, собирает анамнез заболевания, проводит осмотр полости рта, заполняет зубную формулу. Ставит предварительный диагноз. Для уточнения диагноза направляет к врачу-физиотерапевту и на рентгенологическое исследование (на предмет скрытой полости, глубины полости зуба)

Врач-физиотерапевт – определяет ЭОД причинных зубов.

Врач- рентгенолог – делает описание рентгеновского снимка

Врач- терапевт – на основании основных и дополнительных методов исследования, проведения диф.диагностики ставит окончательный диагноз и назначает метод лечения.

Методическая разработка семинара № 9
Тестовый контроль знаний.

- 01. Пелликула зуба образуется за счет:**
- 1) коллагена
 - 2) кератина
 - 3) скопления микроорганизмов и углеводов
 - 4) гликопротеидов слюны
 - 5) слущенного эпителия
- 02. Иммунные зоны зуба:**
- 1) фиссуры и углубления на зубах
 - 2) пришеечная треть видимой коронки зуба
 - 3) жевательные поверхности зубов
 - 4) бугры, экватор и вестибулярные поверхности зубов
 - 5) режущий край
- 03. Основным защитным фактором ротовой жидкости является:**
- 1) слюна, пересыщенная ионами Са и Р
 - 2) пелликула
 - 3) бикарбонатный буфер в слюне
 - 4) повышение вязкости ротовой жидкости
 - 5) низкая вязкость ротовой жидкости
- 04. Основными компонентами реминерализующей терапии являются:**
- 1) натрий, магний
 - 2) йод, бром
 - 3) кальций, фтор
 - 4) железо, стронций
 - 5) серебро, золото
- 05. Кариесрезистентность - это устойчивость к действию:**
- 1) кислот
 - 2) щелочей
 - 3) кариесогенных факторов
 - 4) абразивного фактора
 - 5) температурных факторов
- 06. Окрашивание, возникающее в период развития зубов, обусловлено:**
- 1) пищевыми красителями
 - 2) лекарственными веществами для полосканий
 - 3) врожденной эритропоэтической порфирией
 - 4) эрозией эмали
 - 5) клиновидным дефектом
- 07. Окрашивание, возникающее после прорезывания зубов:**
- 1) возрастные изменения цвета зубов
 - 2) несовершенный дентиногенез
 - 3) гипоплазия эмали
 - 4) вследствие гемолитической болезни новорожденных в анамнезе
 - 5) эритродонтия при эритропоэтической порфирии
- 08. Черное окрашивание зубов развивается из-за:**

- 1) Bact. Melaninogenicum
- 2) Str. Mutans
- 3) Str. sanguis
- 4) Licken clentalis
- 5) Actinomyces viscosus

09. Зелёное окрашивание обусловлено:

- 1) никотина
- 2) хлоргексидина
- 3) Licken clentalis
- 4) Str. Mutans
- 5) Str. Sanguis

10. Галитоз – это заболевание проявляющееся

- 1) изменением цвета зубов
- 2) налетом на языке
- 3) чувством жжения в полости рта
- 4) неприятным запахом изо рта
- 5) наличием камня в слюнном протоке

Ситуационные задачи:

1. Больной Р., 21 год, обратился с жалобами на неприятный запах изо рта. При обследовании выявлено большое количество мягкого зубного налета, в области нижних фронтальных зубов с язычной поверхности определяется зубной камень в межзубных промежутках. ИГ по Грину-Вермилиону составляет 2,2 балла. Дайте характеристику гигиене полости рта данного больного, дайте оценку гигиеническому индексу и общей гигиене полости рта.
2. Больной В, 44 года, обратился в клинику с целью санации. При осмотре: большое количество плотного пигментированного налета на оральной поверхности зубов, ИГ равен 1,8 балла. Из анамнеза – курит, употребляет большое количество чая и кофе. Дайте гигиеническую оценку состоянию полости рта, определите возможные способы устранения зубных отложений и профилактики их образования.

РОЛЕВАЯ ИГРА: подготовьте и инсценируйте проведение профессиональной гигиены полости рта у пациента.

Участники:

- больной
- мед. регистратор
- медицинская сестра
- врач-гигиенист
- врач-стоматолог
- зав. отделения

Методическая разработка семинара № 10

Тестовый контроль знаний

001. Экзогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

- 1) покрытие зубов фторлаком
- 2) фторирование питьевой воды
- 3) фторирование молока
- 4) прием таблеток фторида натрия
- 5) фторирование соли

002. Эндогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

- 1) покрытие зубов фторлаком
- 2) прием таблеток фторида натрия
- 3) полоскания фторидсодержащими рас-творами
- 4) аппликации фторидсодержащими рас-творами
- 5) использование фторидсодержащих зубных паст

003. Основным источником поступления фторида в организм человека - это:

- 1) пищевые продукты
- 2) питьевая вода
- 3) воздух
- 4) лекарства
- 5) витамины

004. Оптимальная концентрация фторида в питьевой воде в районах с холодным климатом составляет (мг/л):

- 1) 0,8
- 2) 1,2
- 3) 1,0
- 4) 1,5
- 5) 2,0

005. Показанием к применению системных методов фторидпрофилактики кариеса является содержание фторида в питьевой воде:

- 1) оптимальное
- 2) менее половины оптимального
- 3) субоптимальное
- 4) больше оптимального
- 5) не имеет значения

006. Показанием к назначению системных методов фторидпрофилактики кариеса является уровень интенсивности кариеса у 12-летних детей:

- 1) очень низкий, низкий
- 2) низкий, средний
- 3) низкий, средний, высокий
- 4) средний, высокий, очень высокий
- 5) очень низкий, средний, очень высокий

007. Одновременное применение двух эндогенных методов фторидпрофилактики кариеса зубов:

- 1) невозможно

- 2) возможно, если содержание фторида в питьевой воде составляет менее половины оптимальной дозы
- 3) возможно, если содержание фторида в питьевой воде субоптимальное
- 4) возможно, если содержание фторида в питьевой воде оптимальное
- 5) возможно, если содержание фторида в питьевой воде больше оптимального

008. Применение таблеток фторида натрия для профилактики кариеса постоянных зубов наиболее эффективно с возраста (лет):

- 1) 2
- 2) 5
- 3) 6
- 4) 10
- 5) 12

009. Таблетки фторида натрия детям рекомендуют применять:

- 1) каждый день
- 2) через день
- 3) 1 раз в неделю
- 4) 1 раз в месяц
- 5) 1 раз в полгода

010. Содержание фторида натрия (мг) в 1 л фторированного молока составляет:

- 1) 0,5
- 2) 1,0
- 3) 1,5
- 4) 2,5
- 5) 5,0

011. С целью профилактики кариеса используются полоскания растворами фторида натрия в концентрациях (%):

- 1) 0,01; 0,02
- 2) 0,02; 0,05; 0,1
- 3) 0,05; 0,1; 0,2
- 4) 0,5; 1,0; 1,5
- 5) 1; 2; 3

012. 0,05% раствор фторида натрия применяют для полосканий 1 раз в:

- 1) день
- 2) неделю
- 3) 2 недели
- 4) полгода
- 5) год

013. Для профилактики кариеса полоскания 0,1% раствором фторида натрия проводят:

- 1) ежедневно
- 2) 1 раз в неделю
- 3) 1 раз в 2 недели
- 4) 1 раз в полгода
- 5) 1 раз в год

014. При проведении процедуры покрытия зубов фторлаком первой проводится манипуляция:

- 1) очищение зубов от налета
- 2) нанесение фторлака
- 3) высушивание зубов
- 4) изоляция от слюны
- 5) протравливание эмали

015. Полоскания фторидсодержащими растворами с целью профилактики кариеса рекомендуют проводить с возраста (лет):

- 1) 3
- 2) 6
- 3) 10
- 4) 12
- 5) 15

Ситуационные задачи:

К стоматологу обратился пациент В. 20 лет с жалобами на болезненность и кровоточивость десен при чистке зубов. Зубы чистит не регулярно.

При осмотре: имеется большое количество мягких и твердых зубных отложений, наличие меловидных пятен в пришеечной области на зубах 1.1, 1.2, 1.3, 1.4. Поверхность эмали в области пятен шероховатая, блеск эмали отсутствует. Индекс гигиены полости рта по Грину-Вермильону – 2,5.

Задание:

1. Оцените состояние гигиены полости рта.
2. Назовите заболевание, которому может соответствовать данная клиническая картина.
3. Дополнительные методы необходимые для подтверждения диагноза.
4. Укажите фактор риска возникновения данного заболевания.
5. Укажите способы удаления зубных отложений при проведении профессиональной гигиены.
6. Подберите средства индивидуальной гигиены полости рта данному пациенту.
7. Предложите комплекс лечебно-профилактических мероприятий

Пациент А., 20 лет находится на лечении у ортодонта с применением брекет-системы. При осмотре визуально выявляется мягкий зубной налет в области фиксации брекетов, пришеечной области, межзубных промежутках. После удаления зубного налета на зубах 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3 в пришеечной области обнаружены меловидные пятна с шероховатой поверхностью, блеск эмали отсутствует,

Десневые сосочки и маргинальная десна гиперемированы отечны. Индекс гигиены по Грину-Вермильону – 2,7, индекс РМА=38%. Пациент чистит зубы 2 раза в день зубной щеткой с ровной подстрижкой и фторсодержащей зубной пастой.

Задания:

1. Назовите заболевание твердых тканей зубов, которому соответствует данная клиническая картина.
2. Оцените степень воспаления десны.
3. Назовите факторы, которые привели к патологии твердых тканей зубов и тканей пародонта.
4. Укажите периодичность проведения профессиональной гигиены полости рта.
5. Подберите средства по уходу за полостью рта данному пациенту.

Ролевая игра:

Пациент, медрегистратор, врач - гигиенист, врач стоматолог терапевт.

Пациент: обращается в мед. регистратуру за оформлением мед карты.

Мед. регистратор: на основании паспорта и страхового полиса оформляет мед. карту и относит врачу – гигиенисту.

Врач–гигиенист: выясняет, когда в последний раз пациент был на приеме у врача стоматолога, с какими жалобами обращается в поликлинику, сколько раз в день чистит зубы, какие средства гигиены использует, методику чистки зубов. Проводит осмотр полости рта, заполняет зубную формулу, определяет индексы гигиены, окрашивает поверхность зубов эритрозином, чтобы наглядно показать пациенту, где имеется мягкий зубной налет. Проводит профессиональную гигиену полости рта. Обучает правильной методике чистки зубов, подбирает индивидуальные средства гигиены полости рта данному пациенту.

Врач стоматолог-терапевт: проводит санацию полости рта, в процессе лечения корректирует гигиену полости рта. После завершения санации полости рта определяет комплекс профилактических мероприятий.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 11

Ситуационные задачи.

Задача № 1. Пациенту П. (18 лет) был поставлен диагноз «кариес дентина 46». Кариозная полость I класса по Блэку была отпрепарирована под проводниковой анестезией. Во время препарирования врач обнаружил на дне кариозной полости сообщение с полостью зуба.

Какую ошибку допустил врач? Что следует сделать для исправления ситуации?

Задача № 2. Пациенту М. лечили зуб 14 по поводу глубокого кариеса. Через несколько дней больной стал жаловаться на боли от горячего.

Какую ошибку допустил врач? Какой был предполагаемый диагноз?

Задача № 3. Пациент обратился с жалобами на выпадение пломбы 36. Жалобы на боли отсутствовали. Клинически: 36 глубокая кариозная полость, зондирование безболезненно. Зуб изменен в цвете. Врач поставил диагноз «кариес дентина 36». Какие ошибки допустил врач во время лечения и диагностики?

Задача № 4. В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная А., 45 лет, с жалобами на выпадение пломбы из 12 зуба, боль от холодного, сладкого в 12 зубе. Из записей в медицинской карте стало известно, что 12 зуб полгода назад лечен по поводу среднего кариеса, пломбирование проведено материалом «Эвикрол». Объективно: на контактно-латеральной поверхности 12 зуба кариозная полость средней глубины. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод болезненная, кратковременная. Перкуссия безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите возможные причины выпадения пломбы.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
5. Каким пломбировочным материалом целесообразнее провести пломбирование кариозной полости?

Тестовые задания

1. Какие виды врачебных ошибок можно выделить?

- а) тактические;
- б) технические;
- в) субъективные;
- г) объективные;
- д) все ранее перечисленные.

2. От каких факторов зависит возникновение врачебных ошибок при диагностике кариеса?

- а) недостаток знаний;
- б) неумение использовать знания на практике;
- в) отсутствие диагностической аппаратуры;
- г) все ранее перечисленные.

3. Может ли небрежное заполнение истории болезни привести к ошибке в диагностике кариеса?

- а) может;
- б) нет;

в) только у детей.

4. К чему может привести поверхностно собранный анамнез при обследовании пациента?

- а) не влияет на дальнейшее лечение;
- б) к диагностической ошибке;
- в) к административному наказанию.

5. К чему приводит диагностическая ошибка?

- а) к неправильно поставленному диагнозу;
- б) неправильно выбранному методу лечения;
- в) осложнениям состояния;
- г) ко всему вышеперечисленному.

6. Если у пациента появились сильные боли после пломбирования зуба по поводу кариеса дентина, всегда ли это говорит о диагностической ошибке?

- а) да;
- б) нет;
- в) не всегда;
- г) затрудняюсь ответить.

7. Какие алмазные боры используют при препарировании кариозной полости в пределах эмали?

- а) с синей, зеленой полоской;
- б) красной, желтой полоской;
- в) с белой полоской.

8. При лечении кариеса дентина в области дна препарируемой кариозной полости появилась кровоточивость, что указывает на:

- а) недостаточное удаление некротизированного дентина;
- б) недостаточную антимикробную обработку полости;
- в) вскрытие полости зуба.

9. Какие причины вызывают образование вторичного кариеса:

- а) неполное удаление измененных эмали и дентина;
- б) отсутствие прокладки;
- в) завышение прикуса за счет пломбы.

10. При применении фотокомполитов при лечении кариозной полости I класса по Блэку дно и стенки надо формировать:

- а) под угол 90°;
- б) сглаживать;
- в) не имеет значения.

11. При наложении пломбы IV класса из фотокомполитов фальц делают:

- а) под углом 15°;
- б) под углом 45°;
- в) не делают.

12. Необходимым условием для достижения прочного адгезивного

соединения является:

- а) протравливание эмали;
- б) протравливание дентина;
- в) тотальное протравливание эмали и дентина.

13. Послеоперационная чувствительность может возникнуть:

- а) вследствие чрезмерного протравливания;
- б) недостаточного времени воздействия составных частей адгезива;
- в) всего вышеперечисленного.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 12

Тестовый контроль знаний.

1. Для определения качества препарирования кариозной полости используется:

- 1) перкуссия
- 2) медикаментозная обработка
- 3) окрашивание детектором кариеса
- 4) кондиционирование эмали
- 5) кондиционирование дентина

2. Детектор кариеса используется для выявления:

- 1) наружного слоя кариозного дентина
- 2) вторичного дентина
- 3) внутреннего слоя кариозного дентина
- 4) третичного дентина
- 5) иррегулярного дентина

3. Эвгенол в составе временной пломбы или лечебной прокладки нарушает:

- 1) процессы адгезии цинк-фосфатного цемента
- 2) процессы твердения силикатного цемента
- 3) процессы полимеризации и адгезии композитных материалов
- 4) адгезию силико-фосфатных цементов
- 5) цвет реставрации

4. Недостаточное удаление некротизированного дентина со дна и стенок кариозной полости может привести:

- 1) к случайному вскрытию полости зуба
- 2) облому стенки кариозной полости
- 3) рецидивирующему кариесу
- 4) некрозу пульпы
- 5) воспалению периодонта

5. Вторичный кариес:

- 1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
- 2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе
- 3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином
- 4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина
- 5) кариозный процесс в постоянных зубах

6. Рецидив кариеса:

- 1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
- 2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе
- 3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином
- 4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина
- 5) кариозный процесс в постоянных зубах

7. При отверждении химического композита полимеризационная усадка происходит в направлении:

- 1) источника света
- 2) протравленной эмали
- 3) центра
- 4) периферии
- 5) дна кариозной полости

8. Протравливание, кондиционирование дентина проводится для:

- 1) усиления бактерицидных свойств композитов
- 2) усиления краевого прилегания
- 3) удаления смазанного слоя
- 4) формирования гибридного слоя
- 5) сохранения смазанного слоя

9. Ортофосфорная кислота в свободном состоянии сохраняется в пломбе из цемента:

- 1) цинкфосфатного
- 2) силикофосфатного
- 3) силикатного
- 4) поликарбоксилатного
- 5) полиалкиноатного

10. Отделку пломбы из стеклоиономерного цемента следует проводить через:

- 1) 6 часов
- 2) 12 часов
- 3) 18 часов
- 4) 24 часа
- 5) 48 часов

Ситуационные задачи:

1. Больной В., 48 лет, обратился в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области 26 зуба, припухлость десны около зуба. Из анамнеза: зуб лечил в другой клинике, под анестезией была поставлена пломба. Назовите возможные ошибки при диагностики и лечении данного зуба.
2. Больной К., 56 лет, обратился с жалобами на откол 37 зуба. Зуб лечил около 2 недель назад (была поставлена пломба). Объективно: зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса, коронка зуба разрушена более 80%, щечная стенка сколота на уровне десневого края. Назовите причину откола стенки и пути решения данного осложнения.

РОЛЕВАЯ ИГРА:

Участники:

- больной, мед. регистратор, медицинская сестра, врач, зав. отделения, врач-рентгенолог, врач-физиотерапевт.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 13

Ситуационные задачи

1. Проведено пломбирование 11 зуба по поводу среднего кариеса. Полость отпрепарирована по III классу, медикаментозная обработка эфиром. После внесения праймера и адгезива, материал светового отверждения внесён одной порцией и отверждён лампой. Пломба отполирована. Какие ошибки допущены в работе?
2. Проведено лечение глубокого кариеса 33 зуба. После препарирования полости по III классу проведена медикаментозная обработка спиртом, эфиром, внесён адгезив и гибридный материал слоями с отсвечиванием каждого слоя. Пломба отшлифована. Допущены ли ошибки в работе?

Тестовый контроль знаний

1. В качестве изолирующей прокладки под композит предпочтительнее использовать:
 - а) фосфат-цемент;
 - б) стеклоиономерный цемент;
 - в) поликарбоксилатный цемент;
 - г) цинкэвгенольный цемент.
2. Для пломбирования кариозной полости II класса в «сэндвич»-технике используют:
 - а) цинк-фосфатный цемент;
 - б) поликарбоксилатный цемент;
 - в) стеклоиономерный цемент.
3. Для пломбирования кариозной полости II класса по Блеку применяют:
 - а) микрофильные композиционные материалы;
 - б) амальгамы;
 - в) поликарбоксилатный цемент.
4. Для пломбирования кариозной полости III класса по Блеку применяют:
 - а) микрофильные композиционные материалы;
 - б) амальгамы;
 - в) поликарбоксилатный цемент.
5. Оптимальное расстояние между световодом и материалом составляет:
 - а) 0-1 мм;
 - б) 2-3 мм;
 - в) 5-6 мм.
6. Направление усадки светополимера происходит в направлении:
 - а) от источника света;
 - б) к источнику света;
 - в) усадки не происходит.
7. Оптимальное время для отверждения 2 мм светоотверждаемого пломбировочного материала:
 - а) 5-10 секунд;

- б) 20-40 секунд;
- в) 60 секунд.

8. Во время осмотра при папиллите выявляют:

- а) щелевидный межзубной промежуток;
- б) скопление пищи между зубами;
- в) различной глубины пародонтальный карман;
- г) кровоточивость десны при зондировании.

РОЛЕВАЯ ИГРА:

Участники:

- больной, мед. регистратор, медицинская сестра, врач, зав. отделения, врач-рентгенолог, врач-физиотерапевт.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 14

Ситуационные задачи

1. При пломбировании 24 зуба произошло избыточное выведение пломбировочного композита в десневой желобок. К какому осложнению может привести данная ошибка? Устранение и профилактика.
2. 34 зуб запломбирован композитом светового отверждения по поводу среднего кариеса, но на второй день пломба выпала. Назовите возможные ошибки при лечении 34 зуба, меры по их устранению и профилактике выпадения пломб.

РОЛЕВАЯ ИГРА:

Участники:

- больной, мед. регистратор, медицинская сестра, врач, зав. отделения, врач-рентгенолог, врач-физиотерапевт.

Методическая разработка семинара № 16

Тестовый контроль знаний

01. По рекомендациям ВОЗ, концентрация фторида в зубных пастах для взрослых должна быть не менее (ppг):

- 1) 500
- 2) 1000
- 3) 1500
- 4) 2000
- 5) 5000

02. Для профилактики кариеса полоскания 0,2% раствором фторида натрия проводят:

- 1) ежедневно
- 2) 1 раз в неделю
- 3) 1 раз в 2 недели
- 4) 1 раз в полгода
- 5) 1 раз в год

03. При заглатывании раствора фторида натрия во время процедуры полоскания следует выпить 1 столовую ложку раствора:

- 1) перекиси водорода 3%
- 2) глюконата кальция 10%
- 3) хлоргексидина 0,06%
- 4) сульфата магния 10%
- 5) глюкозы 40%

04. Снижение прироста кариеса при применении фторлака составляет (%):

- 1) 10-20
- 2) 30-40
- 3) 50-60
- 4) 70-80
- 5) 90-100

05. Средняя профилактическая эффективность от применения системных методов профилактики кариеса составляет (%):

- 1) 10-20
- 2) 30-40
- 3) 50-60
- 4) 70-80
- 5) 90-100

06. 1% и 2% растворы фторида натрия с целью профилактики кариеса предпочтительно применять в виде:

- 1) полосканий
- 2) аппликаций
- 3) для приема внутрь
- 4) электрофореза
- 5) ротовых ванночек

07. Покрытие зубов фторлаком с целью профилактики кариеса наиболее эффективно в возрастной период:

- 1) с 2 до 12 лет
- 2) с 3 до 15 лет
- 3) с 4 до 10 лет
- 4) с 6 до 12 лет
- 5) с 12 до 18 лет

08. Местные средства фторидпрофилактики применять в районах с содержанием фторида в питьевой воде более 1,5 мг/л:

- 1) нельзя
- 2) можно у детей до 12 лет
- 3) можно в сочетании с системными средствами
- 4) можно при неудовлетворительной гигиене полости рта у пациента
- 5) можно при высокой интенсивности кариеса у пациента

09. В районе, где содержание фторида в питьевой воде составляет менее половины оптимальной дозы, наиболее эффективным методом фторидпрофилактики кариеса зубов у детей будет применение:

- 1) таблеток фторида натрия
- 2) фторидсодержащих растворов для полосканий
- 3) фторидсодержащих зубных паст
- 4) фторлака или фторгеля
- 5) 3% раствора «Ремодент»

10. В районе, где содержание фторида в питьевой воде субоптимальное, для профилактики кариеса наиболее приемлемым будет:

- 1) прием таблеток фторида натрия
- 2) употребление фторированного молока
- 3) употребление фторированной соли
- 4) чистка зубов фторидсодержащими зубными пастами
- 5) фторирование питьевой воды в школах

11. При применении локальных фторирующих установок в школах концентрация фторида в воде составляет (мг/л):

- 1) 0,5-1
- 2) 2-3
- 3) 4-5
- 4) 8-10
- 5) 12-15

12. Герметизацию фиссур первых постоянных моляров показано проводить в возрасте (лет):

- 1) 6-8
- 2) 9-12
- 3) 12-14
- 4) 16-18
- 5) в любое время после прорезывания зуба

13. Герметизацию фиссур премоляров рекомендуется проводить в возрасте (лет):

- 1) 6-8
- 2) 9-12

- 3) 12-14
- 4) 16-18
- 5) в любое время после прорезывания зуба

14. Герметизацию фиссур вторых постоянных моляров рекомендуется проводить в возрасте (лет):

- 1) 5-6
- 2) 6-8
- 3) 9-12
- 4) 12-14
- 5) в любое время после прорезывания зуба

15. Герметизацию фиссур постоянных зубов (моляров и премоляров) рекомендуется проводить после прорезывания:

- 1) сразу
- 2) через 2-3 года
- 3) через 4-6 лет
- 4) через 10-12 лет
- 5) срок не ограничен

16. Силанты - это материалы для:

- 1) пломбирования кариозных полостей
- 2) пломбирования корневых каналов
- 3) герметизации фиссур
- 4) изолирующих прокладок
- 5) лечебных прокладок

17. Абсолютным противопоказанием к проведению метода герметизации фиссур является:

- 1) плохая гигиена полости рта
- 2) узкие и глубокие фиссуры
- 3) неполное прорезывание коронки зуба
- 4) средний или глубокий кариес
- 5) повышенное содержание фторида в питьевой воде

18. При невозможности надежной изоляции зуба от слюны при проведении метода герметизации фиссур материалом выбора служит:

- 1) химиоотверждаемый герметик
- 2) светоотверждаемый герметик
- 3) композиционный пломбировочный материал
- 4) стеклоиономерный цемент
- 5) компомер

19. Инвазивный метод герметизации фиссур зубов предусматривает покрытие фиссуры силантом после:

- 1) профессионального очищения фиссуры
- 2) контролируемой чистки зубов
- 3) раскрытия фиссуры с помощью алмазного бора
- 4) покрытия фиссуры фторлаком
- 5) избирательного пришлифовывания бугров моляров

20. Гигиенические мероприятия, необходимые перед проведением метода герметизации фиссур:

- 1) определение гигиенического состояния полости рта
- 2) полоскание полости рта водой
- 3) очищение жевательной поверхности зуба с помощью вращающейся щеточки и полировочной пасты
- 4) очищение контактных поверхностей зубов флоссами
- 5) обучение пациента чистке зубов на моделях

21. После проведения герметизации фиссур первый контрольный осмотр пациента проводят через:

- 1) 1 неделю
- 2) 1 месяц
- 3) 6 месяцев
- 4) 1 год
- 5) контроль необязателен

22. Эффективность профилактики при использовании метода герметизации фиссур составляет (%):

- 1) 20
- 2) 40
- 3) 60
- 4) 80
- 5) 95-100

Ситуационная задача:

К стоматологу обратился пациент В. 20 лет с жалобами на болезненность и кровоточивость десен при чистке зубов. Зубы чистит не регулярно.

При осмотре: имеется большое количество мягких и твердых зубных отложений, наличие меловидных пятен в пришеечной области на зубах 1.1, 1.2, 1.3, 1.4. Поверхность эмали в области пятен шероховатая, блеск эмали отсутствует. Индекс гигиены полости рта по Грину-Вермильону – 2,5.

Задание:

1. Оцените состояние гигиены полости рта.
2. Назовите заболевание, которому может соответствовать данная клиническая картина.
3. Дополнительные методы необходимые для подтверждения диагноза.
4. Укажите фактор риска возникновения данного заболевания.
5. Укажите способы удаления зубных отложений при проведении профессиональной гигиены.
6. Подберите средства индивидуальной гигиены полости рта данному пациенту.
7. Предложите комплекс лечебно-профилактических мероприятий

Ролевая игра:

Пациент, медрегистратор, врач - гигиенист, врач стоматолог терапевт.

Пациент: обращается в мед. регистратуру за оформлением мед карты.

Мед. регистратор: на основании паспорта и страхового полиса оформляет мед. карту и относит врачу – гигиенисту.

Врач–гигиенист: выясняет, когда в последний раз пациент был на приеме у врача стоматолога, с какими жалобами обращается в поликлинику, сколько раз в день чистит зубы, какие средства гигиены использует, методику чистки зубов. Проводит осмотр

полости рта, заполняет зубную формулу, определяет индексы гигиены, окрашивает поверхность зубов эритрозином, чтобы наглядно показать пациенту, где имеется мягкий зубной налет. Проводит профессиональную гигиену полости рта. Обучает правильной методике чистки зубов, подбирает индивидуальные средства гигиены полости рта данному пациенту.

Врач стоматолог-терапевт: проводит санацию полости рта, в процессе лечения корректирует гигиену полости рта. После завершения санации полости рта определяет комплекс профилактических мероприятий.

Методическая разработка семинара № 17**Тестовый контроль знаний**

01. По рекомендациям ВОЗ, концентрация фторида в зубных пастах для взрослых должна быть не менее (ppт):

- 1) 500
- 2) 1000
- 3) 1500
- 4) 2000
- 5) 5000

02. Для профилактики кариеса полоскания 0,2% раствором фторида натрия проводят:

- 1) ежедневно
- 2) 1 раз в неделю
- 3) 1 раз в 2 недели
- 4) 1 раз в полгода
- 5) 1 раз в год

03. При заглатывании раствора фторида натрия во время процедуры полоскания следует выпить 1 столовую ложку раствора:

- 1) перекиси водорода 3%
- 2) глюконата кальция 10%
- 3) хлоргексидина 0,06%
- 4) сульфата магния 10%
- 5) глюкозы 40%

04. Снижение прироста кариеса при применении фторлака составляет (%):

- 1) 10-20
- 2) 30-40
- 3) 50-60
- 4) 70-80
- 5) 90-100

05. Средняя профилактическая эффективность от применения системных методов профилактики кариеса составляет (%):

- 1) 10-20
- 2) 30-40
- 3) 50-60
- 4) 70-80
- 5) 90-100

06. 1% и 2% растворы фторида натрия с целью профилактики кариеса предпочтительно применять в виде:

- 1) полосканий
- 2) аппликаций
- 3) для приема внутрь
- 4) электрофореза
- 5) ротовых ванночек

07. Покрытие зубов фторлаком с целью профилактики кариеса наиболее эффективно в возрастной период:

- 1) с 2 до 12 лет
- 2) с 3 до 15 лет
- 3) с 4 до 10 лет
- 4) с 6 до 12 лет
- 5) с 12 до 18 лет

08. Местные средства фторидпрофилактики применять в районах с содержанием фторида в питьевой воде более 1,5 мг/л:

- 1) нельзя
- 2) можно у детей до 12 лет
- 3) можно в сочетании с системными средствами
- 4) можно при неудовлетворительной гигиене полости рта у пациента
- 5) можно при высокой интенсивности кариеса у пациента

09. В районе, где содержание фторида в питьевой воде составляет менее половины оптимальной дозы, наиболее эффективным методом фторидпрофилактики кариеса зубов у детей будет применение:

- 1) таблеток фторида натрия
- 2) фторидсодержащих растворов для полосканий
- 3) фторидсодержащих зубных паст
- 4) фторлака или фторгеля
- 5) 3% раствора «Ремодент»

10. В районе, где содержание фторида в питьевой воде субоптимальное, для профилактики кариеса наиболее приемлемым будет:

- 1) прием таблеток фторида натрия
- 2) употребление фторированного молока
- 3) употребление фторированной соли
- 4) чистка зубов фторидсодержащими зубными пастами
- 5) фторирование питьевой воды в школах

11. При применении локальных фторирующих установок в школах концентрация фторида в воде составляет (мг/л):

- 1) 0,5-1
- 2) 2-3
- 3) 4-5
- 4) 8-10
- 5) 12-15

12. Герметизацию фиссур первых постоянных моляров показано проводить в возрасте (лет):

- 1) 6-8
- 2) 9-12
- 3) 12-14
- 4) 16-18
- 5) в любое время после прорезывания зуба

13. Герметизацию фиссур премоляров рекомендуется проводить в возрасте (лет):

- 1) 6-8

- 2) 9-12
- 3) 12-14
- 4) 16-18
- 5) в любое время после прорезывания зуба

14. Герметизацию фиссур вторых постоянных моляров рекомендуется проводить в возрасте (лет):

- 1) 5-6
- 2) 6-8
- 3) 9-12
- 4) 12-14
- 5) в любое время после прорезывания зуба

15. Герметизацию фиссур постоянных зубов (моляров и премоляров) рекомендуется проводить после прорезывания:

- 1) сразу
- 2) через 2-3 года
- 3) через 4-6 лет
- 4) через 10-12 лет
- 5) срок не ограничен

16. Силанты - это материалы для:

- 1) пломбирования кариозных полостей
- 2) пломбирования корневых каналов
- 3) герметизации фиссур
- 4) изолирующих прокладок
- 5) лечебных прокладок

17. Абсолютным противопоказанием к проведению метода герметизации фиссур является:

- 1) плохая гигиена полости рта
- 2) узкие и глубокие фиссуры
- 3) неполное прорезывание коронки зуба
- 4) средний или глубокий кариес
- 5) повышенное содержание фторида в питьевой воде

18. При невозможности надежной изоляции зуба от слюны при проведении метода герметизации фиссур материалом выбора служит:

- 1) химиотверждаемый герметик
- 2) светоотверждаемый герметик
- 3) композиционный пломбировочный материал
- 4) стеклоиономерный цемент
- 5) компомер

19. Инвазивный метод герметизации фиссур зубов предусматривает покрытие фиссуры силантом после:

- 1) профессионального очищения фиссуры
- 2) контролируемой чистки зубов
- 3) раскрытия фиссуры с помощью алмазного бора
- 4) покрытия фиссуры фторлаком
- 5) избирательного пришлифовывания бугров моляров

20. Гигиенические мероприятия, необходимые перед проведением метода герметизации фиссур:

- 1) определение гигиенического состояния полости рта
- 2) полоскание полости рта водой
- 3) очищение жевательной поверхности зуба с помощью вращающейся щеточки и полировочной пасты
- 4) очищение контактных поверхностей зубов флоссами
- 5) обучение пациента чистке зубов на моделях

21. После проведения герметизации фиссур первый контрольный осмотр пациента проводят через:

- 1) 1 неделю
- 2) 1 месяц
- 3) 6 месяцев
- 4) 1 год
- 5) контроль необязателен

22. Эффективность профилактики при использовании метода герметизации фиссур составляет (%):

- 1) 20
- 2) 40
- 3) 60
- 4) 80
- 5) 95-100

Ситуационная задача:

К стоматологу обратился пациент В. 20 лет с жалобами на болезненность и кровоточивость десен при чистке зубов. Зубы чистит не регулярно.

При осмотре: имеется большое количество мягких и твердых зубных отложений, наличие меловидных пятен в пришеечной области на зубах 1.1, 1.2, 1.3, 1.4. Поверхность эмали в области пятен шероховатая, блеск эмали отсутствует. Индекс гигиены полости рта по Грину-Вермильону – 2,5.

Задание:

1. Оцените состояние гигиены полости рта.
2. Назовите заболевание, которому может соответствовать данная клиническая картина.
3. Дополнительные методы необходимые для подтверждения диагноза.
4. Укажите фактор риска возникновения данного заболевания.
5. Укажите способы удаления зубных отложений при проведении профессиональной гигиены.
6. Подберите средства индивидуальной гигиены полости рта данному пациенту.
7. Предложите комплекс лечебно-профилактических мероприятий

Ролевая игра:

Пациент, медрегистратор, врач - гигиенист, врач стоматолог терапевт.

Пациент: обращается в мед. регистратуру за оформлением мед карты.

Мед. регистратор: на основании паспорта и страхового полиса оформляет мед. карту и относит врачу – гигиенисту.

Врач–гигиенист: выясняет, когда в последний раз пациент был на приеме у врача стоматолога, с какими жалобами обращается в поликлинику, сколько раз в день чистит зубы, какие средства гигиены использует, методику чистки зубов. Проводит осмотр

полости рта, заполняет зубную формулу, определяет индексы гигиены, окрашивает поверхность зубов эритрозином, чтобы наглядно показать пациенту, где имеется мягкий зубной налет. Проводит профессиональную гигиену полости рта. Обучает правильной методике чистки зубов, подбирает индивидуальные средства гигиены полости рта данному пациенту.

Врач стоматолог-терапевт: проводит санацию полости рта, в процессе лечения корректирует гигиену полости рта. После завершения санации полости рта определяет комплекс профилактических мероприятий.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 18**Тестовый контроль знаний.****001. Гипоплазия твердых тканей зубов - это:**

- 1) эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
- 2) порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
- 3) сращение, слияние и раздвоение зубов
- 4) нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
- 5) прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии

002. Флюороз - это:

- 1) эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
- 2) порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
- 3) сращение, слияние и раздвоение зубов
- 4) нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
- 5) прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии

018. Причиной системной гипоплазии постоянных зубов являются:

- 1) заболевания матери в период беременности
- 2) заболевания ребенка в первый год после рождения
- 3) генетические факторы
- 4) высокое содержание фтора в питьевой воде
- 5) низкое содержание фтора в воде

019. Причина местной гипоплазии эмали:

- 1) заболевания ребенка после рождения
- 2) генетические факторы
- 3) периодонтит молочного зуба
- 4) низкое содержание фтора в питьевой воде.
- 5) высокое содержание фтора в воде

020. Патологические изменения при флюорозе возникают в результате нарушения функций:

- 1) амелобластов
- 2) одонтобластов
- 3) остеобластов
- 4) цементобластов
- 5) цемтоцитов

021. Штриховая форма флюороза характеризуется:

- 1) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
- 2) появлением небольших меловидных полосок-штрихов
- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием

5) изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания

022. Пятнистая форма флюороза характеризуется:

- 1) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
- 2) появлением небольших меловидных полосок-штрихов
- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием
- 5) изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания

023. Меловидно-крапчатая форма флюороза:

- 1) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
- 2) появлением небольших меловидных полосок-штрихов
- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием
- 5) изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания

024. Эрозивная форма флюороза:

- 1) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
- 2) появлением небольших меловидных полосок-штрихов
- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием
- 5) изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания

025. Деструктивная форма флюороза:

- 1) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
- 2) появлением небольших меловидных полосок-штрихов
- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием
- 5) изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания

026. «Муаровая» эмаль характерна для:

- 1) эрозии
- 2) кариеса в стадии пятна
- 3) системной гипоплазии
- 4) флюороза
- 5) несовершенного амелогенеза

027. Муаровый рисунок эмали при флюорозе обусловлен:

- 1) уменьшением межпризмных пространств, зонами гипоминерализации
- 2) увеличением межпризмных пространств, зонами гиперминерализации
- 3) увеличением межпризмных пространств, зонами гипо- и гиперминерализации
- 4) поверхностной деминерализацией
- 5) подповерхностной деминерализацией

028. Концентрация фтора в питьевой воде, при которой выявляются легкие формы флюороза (мг/л):

- 1) 0,5
- 2) 1,0
- 3) 1,5

4) 2,0

5) 2,5

029. Профилактикой флюороза в эндемическом очаге является:

- 1) предупреждение заболеваний матери в период беременности
- 2) замена водоисточника
- 3) гигиена полости рта
- 4) герметизация фиссур
- 5) фторирование молока

031. Назначение антибиотиков тетрациклинового ряда может привести к развитию «тетрациклиновых» зубов у детей в возрасте:

- 1) от 1 года до 6 лет
- 2) от 6 мес. до 6 лет
- 3) от 1 мес. до 6 лет
- 4) от 6 мес. до 12 лет
- 5) от 6 лет до 12 лет

034. Клиническая форма системной гипоплазии:

- 1) очаговая деминерализация
- 2) недоразвитие эмали
- 3) истирание (клиновидный дефект)
- 4) стирание твердых тканей
- 5) эрозия эмали

035. Более тяжелая форма гипоплазии:

- 1) изменение цвета
- 2) недоразвитие эмали
- 3) отсутствие эмали
- 4) стирание твердых тканей
- 5) эрозия эмали

036. Гипопластические изменения коронки в виде поперечной борозды:

- 1) волнистая форма
- 2) точечная форма
- 3) бороздчатая форма
- 4) лестничная форма
- 5) аплазия

037. Форма системной гипоплазии в виде точечных углублений:

- 1) волнистая форма
- 2) точечная форма
- 3) бороздчатая форма
- 4) лестничная форма
- 5) аплазия

038. Распространенность флюороза при концентрации фтора в воде 1,0-1,5 мг/л:

- 1) 10-12%
- 2) 20-30%
- 3) 30-40%
- 4) 40-45%
- 5) более 50%

039. Изменение цвета эмали при флюорозе связано с:

- 1) увеличением плотности наружного слоя эмали
- 2) уменьшение плотности наружного слоя эмали
- 3) стабильностью плотности наружного слоя эмали
- 4) уменьшение плотности подповерхностного слоя эмали
- 5) деминерализацией эмали

043. Избыток фтора в воде приводит к:

- 1) недостаточному образованию эмали
- 2) нарушению минерализации
- 3) дефектам в образовании кристаллов апатита
- 4) отложению эндогенного материала
- 5) изменению структуры органической матрицы

045. Интенсивность окрашивания «тетрациклиновых зубов» зависит от:

- 1) количества билирубина при гемолитической болезни новорожденных
- 2) вида тетрацилина и его количества
- 3) наследственных нарушений развития эмали
- 4) избытка фтора в питьевой воде
- 5) нарушений минерализации эмали

069. Зубы Гетчинсона - это проявление:

- 1) системной гипоплазии
- 2) местной гипоплазии
- 3) флюороза
- 4) стирания
- 5) кариеса

070. Гипоплазия твердых тканей зубов возникает в результате:

- 1) избытка фтора в воде
- 2) наследственных нарушений
- 3) нарушения минерального и белкового обмена в организме плода или ребенка
- 4) инфекционных факторов
- 5) воздействия зубной бляшки

071. Гипоплазия эмали сопровождается:

- 1) выраженной гиперестезией
- 2) нарушениями строения дентина и пульпы зуба
- 3) изменениями в периодонте
- 4) изменениями окклюзии
- 5) изменениями слизистой оболочки рта

072. Гипоплазия постоянных зубов у детей развивается в период:

- 1) закладки зубов
- 2) формирования и минерализации зубов
- 3) прорезывания зубов
- 4) дифференцировки зубных зачатков
- 5) после прорезывания зубов

073. Гипопластические дефекты постоянных зубов возникают в:

- 1) первый месяц жизни
- 2) первые полгода жизни

- 3) первые 9 месяцев жизни
- 4) первый год жизни ребенка
- 5) период внутриутробного развития

074. Заболевания ребенка в первые месяцы жизни дают развитие гипоплазии в области:

- 1) режущего края центральных резцов и бугров первых моляров
- 2) режущего края вторых резцов и клыков
- 3) жевательной поверхности первых премоляров
- 4) жевательной поверхности вторых премоляров
- 5) жевательной поверхности вторых моляров

075. При введении небольших доз тетрациклина меняется:

- 1) цвет эмали зубов
- 2) блеск эмали зубов
- 3) форма зуба
- 4) структура (недоразвитие эмали)
- 5) доза тетрациклина не влияет на состояние зубов

076. При введении больших доз тетрациклина меняется:

- 1) цвет эмали зубов
- 2) блеск эмали зубов
- 3) форма зуба
- 4) структура (недоразвитие эмали)
- 5) доза тетрациклина не влияет на состояние зубов

077. Кроме зубов, при флюорозе развивается поражение:

- 1) мышц
- 2) сосудов
- 3) кожи
- 4) костного скелета
- 5) нервной системы

078. Выраженность (тяжесть) флюороза может зависеть от:

- 1) наличия наследственных заболеваний
- 2) диеты
- 3) климата (жаркий, холодный)
- 4) состояния здоровья
- 5) времени года

079. Системные гипопластические изменения чаще встречаются в:

- 1) премолярах верхней челюсти
- 2) постоянных резцах, первых молярах
- 3) молочных молярах
- 4) премолярах нижней челюсти
- 5) третьих молярах

080. Предельно-допустимая концентрация фтора в воде (мг/л):

- 1) 0,5
- 2) 1,0
- 3) 1,5

- 4) 2,0
- 5) 2,5

081. Концентрация фтора в питьевой воде, при которой выявляются легкие формы флюороза (мг/л):

- 1) 0,5
- 2) 1,0
- 3) 1,5
- 4) 2,0
- 5) 2,5

082. Доза фтора в питьевой воде, при которой развивается деструктивная форма флюороза (мг/л):

- 1) 1
- 2) 2-3
- 3) 4-6
- 4) 7-8
- 5) более 10

083. Жалобы больных при пятнистой форме флюороза:

- 1) иррадирующие боли по ходу ветвей тройничного нерва
- 2) ночные боли в зубах
- 3) косметический дефект
- 4) боли от температурных раздражителей
- 5) боли при накусывании на зуб

088. К неблагоприятным факторам развития флюороза относится:

- 1) хронический периодонтит молочного зуба
- 2) интоксикация фтором
- 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- 4) наследственность
- 5) заболевания женщины в период беременности

089. К факторам развития местной гипоплазии эмали относится:

- 1) травма зубного зачатка постоянного зуба
- 2) интоксикация фтором
- 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- 4) наследственность
- 5) заболевания женщины в период беременности

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

- Пациентка 18 лет обратилась с жалобами на наличие белых пятен в области 11 и 21 зубов, расположенных симметрично на вестибулярной поверхности. Боли не отмечаются, пятна были обнаружены сразу после прорезания зубов. Каков предположительный диагноз?
- У пациента 20 лет отмечаются желтые пятна на передних зубах верхней и нижней челюсти, пятна не вызывают субъективных ощущений, но создают эстетические неудобства. Какие данные необходимо выяснить из анамнеза, чтобы определить предположительный диагноз?
- Пациентка 20 лет обратилась с жалобой на измененную форму коронки и наличие бороздок на эмали 35 зуба, которые были обнаружены сразу после прорезывания

зуба. Какой можно предположить диагноз? Какие данные необходимо выяснить из анамнеза?

РОЛЕВАЯ ИГРА

На основании каких данных опроса и осмотра можно поставить диагноз «Системная гипоплазия эмали»?

Студент А. выполняет роль пациента и отвечает на вопросы, поставленные врачом.

Студент В. выполняет роль врача - стоматолога и проводит опрос и осмотр пациента с использованием основных и дополнительных методов обследования.

Все студенты участвуют в проведении дифференциальной диагностики «Системной гипоплазии эмали», назначении лечения.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 19

Тестовый контроль знаний

1. Несовершенный амелогенез - это:

- 1) эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
- 2) порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
- 3) сращение, слияние и раздвоение зубов
- 4) нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
- 5) прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии

2. Аномалия развития зуба - это:

- 1) эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
- 2) порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
- 3) сращение, слияние и раздвоение зубов
- 4) прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии
- 5) нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов

3. Наиболее часто встречающийся тип неполноценного амелогенеза:

- 1) гипопластический
- 2) гипомотурационный
- 3) гипокальцификационный
- 4) комбинационный
- 5) точного определения нет

4. План обследования пациентов с наследственными нарушениями развития зубов требует включения:

- 1) осмотра полости рта
- 2) клинического анализа крови
- 3) генеалогического метода (метода родословных)
- 4) рентгенологического метода
- 5) биохимического анализа крови

5. Эмаль нормальной толщины с беспорядочно разбросанными ямками характерна для:

- 1) аутосомно-доминантного ямочного гипопластического амелогенеза
- 2) аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза
- 3) аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 4) аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 5) X-сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза

6. Гипопластический дефект эмали в виде горизонтального ряда ямок, линейных впадин, характерен для:

- 1) аутосомно-доминантного ямочного гипопластического амелогенеза

- 2) аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза
- 3) аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 4) аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 5) X-сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза

7. Тонкая (1/4-1/3 нормальной толщины) твердая эмаль характерна для:

- 1) аутосомно-доминантного ямочного гипопластического амелогенеза
- 2) аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза
- 3) аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 4) аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 5) X-сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза

8. Тонкая (1/4-1/8 нормальной толщины) твердая эмаль с грубой гранулообразной поверхностью характерна для:

- 1) аутосомно-доминантного ямочного гипопластического амелогенеза
- 2) аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза
- 3) аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 4) аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 5) X-сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза

9. Поверхность зубов грубая, гранулообразная, напоминающая притертое стекло, с участками отсутствия эмали, характерна для:

- 1) аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 2) аутосомно-рецессивного неполноценного амелогенеза (неполное развитие)
- 3) X-сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза
- 4) аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 5) аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза

10. Изменения эмали, различные у мужчин и женщин, характерны для:

- 1) аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 2) аутосомно-рецессивного неполноценного амелогенеза (неполное развитие)
- 3) X-сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза
- 4) аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 5) аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза

11. Эмаль нормальной толщины, но мягче, чем нормальная, с тенденцией к откалыванию от дентина характеризует:

- 1) гипопластический неполноценный амелогенез
- 2) гипоматурационный (несозревший) неполноценный амелогенез
- 3) гипокальцифицированный неполноценный амелогенез
- 4) комбинационный неполноценный амелогенез
- 5) аутосомно-доминантный местный гипопластический неполноценный амелогенез

12. Аплазия эмали на губной поверхности коронки зуба с гиперестезией открытых участков дентина характеризует:

- 1) гипопластический неполноценный амелогенез
- 2) гипоматурационный (несозревший) неполноценный амелогенез
- 3) гипокальцифицированный неполноценный амелогенез
- 4) комбинационный неполноценный амелогенез
- 5) аутосомно-доминантный местный гипопластический неполноценный амелогенез

13. «Гипсовые» зубы являются одним из симптомов:

- 1) кариеса в стадии пятна
- 2) гипоплазии эмали
- 3) флюороза
- 4) несовершенного амелогенеза
- 5) несовершенного дентиногенеза

14. При несовершенном дентиногенезе (синдроме Стейнтон-Кандепона) поражены:

- 1) все молочные зубы
- 2) молочные и постоянные премоляры
- 3) молочные и постоянные моляры
- 4) молочные и постоянные резцы
- 5) все молочные и постоянные зубы

15. Клинический признак, характерный для синдрома Стейнтон-Кандепона:

- 1) наличие ночных болей
- 2) кариозные полости
- 3) стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы
- 4) «рифленные» зубы
- 5) «гипсовые» зубы

16. Основные методы лечения зубов при несовершенном дентиногенезе:

- 1) пломбирование кариозных полостей
- 2) депульпирование зуба
- 3) удаление зуба
- 4) восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов
- 5) ортопедические методы

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

1. При осмотре у пациента 18 лет обнаружены участки испещренной эмали в виде точечных дефектов на вестибулярной поверхности коронок зубов. Какой можно предположить диагноз? Какие данные анамнеза и дополнительных методов обследования помогут подтвердить диагноз?

2. У пациента 20 лет при осмотре выявлено изменение эмали всех резцов и премоляров в виде матово- белых участков, плотных по консистенции и занимающих 1/3 поверхности режущего края у резцов и поверхности смыкания у премоляров. Изменения эмали отмечаются с момента прорезывания зубов. Какие дополнительные методы обследования и данные анамнеза позволяют уточнить диагноз?

3. Пациента 16 лет беспокоит желтая окраска и меньший размер коронок 44, 45, 46 зубов (в сравнении с другими зубами), эти зубы прорезались позже аналогичной группы зубов, на рентгенограмме отмечается укорочение корней корней этих зубов и широкие каналы. Какой можно предположить диагноз и какие данные могут его подтвердить?

РОЛЕВАЯ ИГРА

На основании каких данных опроса и осмотра можно поставить диагноз «Несовершенный амелогенез»?

Студент А. выполняет роль пациента и отвечает на вопросы, заданные врачом.

Студент В. выполняет роль врача-стоматолога и проводит опрос, осмотр пациента с использованием основных и дополнительных методов обследования.

Все студенты участвуют в проведении дифференциальной диагностики несовершенного амелогенеза и назначении лечения этой патологии.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 20

Тестовый контроль знаний

1. Клиническая картина эрозии зуба - это:

- 1) дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
- 2) дефект в форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях
- 3) овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
- 4) потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта
- 5) пятна белого или желтоватого оттенка на всей поверхности эмали

2. I степень эрозии зубов:

- 1) поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
- 2) поражение только поверхностных слоев эмали
- 3) поражение поверхностных слоев дентина
- 4) убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
- 5) убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налета и гиперестезии

3. II степень эрозии зубов:

- 1) поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
- 2) поражение только поверхностных слоев эмали
- 3) поражение поверхностных слоев дентина
- 4) убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
- 5) убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налета и гиперестезии

4. III степень эрозии зубов:

- 1) поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
- 2) поражение только поверхностных слоев эмали
- 3) поражение поверхностных слоев дентина
- 4) убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
- 5) убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налета и гиперестезии

5. Активная стадия эрозии зубов:

- 1) поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
- 2) поражение только поверхностных слоев эмали
- 3) поражение поверхностных слоев дентина
- 4) убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
- 5) убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налета и гиперестезии

6. Стабилизированная стадия эрозии зубов:

- 1) поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
- 2) поражение только поверхностных слоев эмали

- 3) поражение поверхностных слоев дентина
- 4) убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
- 5) убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налета и гиперестезии

7. Повышение эффективности пломбирования эрозии зубов требует:

- 1) более длительного протравливания поверхности эрозии, чем при кариесе
- 2) препарирования только твердосплавными борами
- 3) использования пломбировочных материалов без предварительного протравливания
- 4) реминерализующей терапии
- 5) пломбирования только стеклоиономерными цементами

8. Действующее вещество отбеливающих систем:

- 1) гипохлорит натрия
- 2) перекись водорода
- 3) хлорамин
- 4) соляная кислота
- 5) хлоргексидин

9. Интенсивность окрашивания «тетрациклиновых зубов» зависит от:

- 1) количества билирубина при гемолитической болезни новорожденных
- 2) вида тетрацилина и его количества
- 3) наследственных нарушений развития эмали
- 4) избытка фтора в питьевой воде
- 5) нарушений минерализации эмали

10. Устранить дисколорит витальных зубов (легкая степень), развившийся в результате применения тетрацилина в детстве, можно методом:

- 1) микроабразии
- 2) внутреннего отбеливания
- 3) внешнего отбеливания
- 4) резекцией дентина
- 5) изготовления виниров

11. Клиническая картина клиновидного дефекта:

- 1) дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
- 2) дефект в форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях
- 3) овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
- 4) потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта
- 5) пятна белого или желтоватого оттенка на всей поверхности эмали

12. Выраженное склерозирование дентина, уменьшение полости зуба, атрофия пульпы зуба характеризуют:

- 1) I степень стирания
- 2) II степень стирания
- 3) III степень стирания
- 4) IV степень стирания
- 5) возрастные изменения

13. Внешние факторы, изменяющие цвет зуба:

- 1) длительный прием антибиотиков тетрациклинового ряда
- 2) гибель пульпы
- 3) пищевые продукты и лекарственные вещества для полоскания полости рта
- 4) кровоизлияния в пульпу
- 5) эндодонтическое лечение

14. Внешние факторы развития стирания зубов:

- 1) нарушения прикуса
- 2) перегрузка вследствие утраты зубов
- 3) неправильная конструкция протезов
- 4) воздействие бытовых и профессиональных вредностей
- 5) наследственные нарушения

15. Клиновидные дефекты наиболее выражены на:

- 1) резцах верхней челюсти
- 2) резцах нижней челюсти
- 3) молярах верхней челюсти
- 4) клыках и премолярах верхней и нижней челюсти
- 5) молярах нижней челюсти

16. Важная роль в патогенезе эрозии твердых тканей зубов отводится гиперфункции:

- 1) надпочечников
- 2) половых желез
- 3) щитовидной железы
- 4) слюнных желез
- 5) гипофиза

17. Эрозия твердых тканей обычно не развивается на:

- 1) поверхностях центральных, боковых резцов верхней челюсти
- 2) поверхностях клыков и премоляров нижней челюсти
- 3) поверхностях клыков и премоляров верхней челюсти
- 4) резцах и молярах нижней челюсти
- 5) одинаково поражаются все группы зубов

18. Повысить эффективность отбеливания можно с помощью:

- 1) предварительного депульпирования зуба
- 2) удаления поверхностного слоя эмали
- 3) повышения температуры зуба на 10°C, применения лазерной технологии
- 4) уменьшения экспозиции отбеливателя
- 5) увеличения экспозиции отбеливателя

19. Сульфид железа (очень темный пигмент) окрашивает зуб в случае:

- 1) пломбирования канала зуба пастами, окрашивающими зуб (резорцин-формалиновая, энедометазоновая пасты)
- 2) повреждения пульпы и кровоизлияния в полость зуба
- 3) плохой гигиены полости рта
- 4) нерационально подобранного материала для постоянной пломбы
- 5) курения

20. Окрашивание, возникающее в период развития зубов, обусловлено:

- 1) пищевыми красителями

- 2) лекарственными веществами для полосканий
- 3) врожденной эритропоэтической порфирией
- 4) эрозией эмали
- 5) клиновидным дефектом

21. Наличие меловидных пятен на вестибулярной поверхности зуба отмечается при:

- 1) местной гипоплазии эмали
- 2) системной гипоплазии эмали
- 3) кариеса в стадии пятна
- 4) флюорозе зубов
- 5) все ответы верны

22. Депульпирование чаще всего приводит к изменению цвета зубов через:

- 1) 1 месяц
- 2) 3 года
- 3) 10 лет
- 4) 15 лет
- 5) 20 лет

23. Черное окрашивание зубов развивается из-за:

- 1) Bact. Melaninogenicum
- 2) Str. Mutans
- 3) Str. sanguis
- 4) Licken clentalis
- 5) Actinomyces viscosus

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Пациенту 42 года, обратился с жалобами на подвижность и чувствительность зубов к температурным и химическим раздражителям. При осмотре полости рта: слизистая бледно-розового цвета, десна гиперемирована, подвижность зубов 2-3 степени. В области шейки 43/34 имеются дефекты с гладкими плотными стенками под углом. Назовите возможный диагноз.
2. Пациентка обратилась с жалобами на болезненность языка и слизистой щеки. При осмотре: снижен прикус из-за укорочения коронок зубов, острые края эмали. На слизистой оболочке щек и языка экскориации и кровоизлияния травматического характера. Поставьте предварительный анализ. Составьте план комплексного лечения.
3. Пациентка обратилась с жалобами на повышенную чувствительность зубов к температурным, химическим и механическим раздражителям. При осмотре полости рта на вестибулярной поверхности резцов верхней челюсти наблюдается исчезновение эмали. Вестибулярная поверхность зубов имеет вогнутую форму. Из анамнеза выяснилось, что первоначально дефекты появились 5 лет назад после родов. Боль со временем прогрессировала. Зубы чистит порошком, преимущественно горизонтальными движениями. Поставьте диагноз. Составьте план комплексного лечения.
4. Пациент обратился с жалобами на боль от механических раздражителей в области премоляров и клыков верхней челюсти. Кариозных полостей не обнаружено. В области шеек зубов клиновидные дефекты. Как лечить больного?

5. Пациентка 28 лет, обратилась с жалобами на боль в резцах верхней челюсти от температурных раздражителей. При осмотре обнаружены дефекты в центральной части коронок желобоватой формы. Дно плотное, гладкое. Больная раздражительна, плохо спит. Поставьте диагноз, определите план лечения.

Ролевая игра

Количество участников: 3 – 7 студентов.

Роли: пациент, врач-стоматолог, заведующий отделением, врач-рентгенолог, врач-лаборант, врач-физиотерапевт.

Роль пациента: красочно описывает жалобы больного при любом из заболеваний, придумывает анамнез болезни и жизни.

Роль лечащего врача: на основании жалоб и анамнеза болезни описывает возможную клиническую картину болезни, назначает проведение дополнительных исследований, озвучивает свой предварительный диагноз.

Роль врача-лаборанта: должен дать клиническое заключение по направлению лечащего врача.

Роль врача-рентгенолога: описывает рентгенологическую картину при данной патологии.

Роль лечащего врача: обосновывает диагноз и назначает план лечения.

Роль заведующего отделением: указывает на ошибки в обследовании и в плане лечения (если они были).

Роль врача-физиотерапевта: предлагает проведение возможных физиотерапевтических процедур при выявленной патологии.

Ведущий преподаватель наблюдает за последовательностью игры, и по мере необходимости исправляет либо направляет её ход.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 21

Тестовый контроль знаний

1. Наиболее характерный симптом при кислотном некрозе:

- 1) чувство «оскомины»
- 2) «слипание зубов»
- 3) боль от химических раздражителей
- 4) боль от температурных раздражителей
- 5) боль от механических раздражителей

2. При кислотном некрозе наиболее тяжело поражаются:

- 1) моляры верхней челюсти
- 2) моляры нижней челюсти
- 3) резцы и клыки
- 4) премоляры нижней челюсти
- 5) премоляры верхней челюсти

6. Радиационный некроз твердых тканей характеризуется:

- 1) болью от температурных раздражителей
- 2) болью от химических раздражителей
- 3) болью от механических раздражителей
- 4) отсутствием боли
- 5) иррадиацией боли

8. Повышение чувствительности дентина связывают с:

- 1) открытием дентинных канальцев
- 2) увеличением диаметра дентинных канальцев
- 3) раздражением нервных окончаний
- 4) уменьшением внеклеточной концентрации калия вокруг нервного волокна
- 5) все вышеперечисленное

9. Зубы наиболее подверженные развитию гиперестезии дентина после отбеливания:

- 1) резцы
- 2) клыки
- 3) премоляры
- 4) моляры
- 5) все вышеперечисленное

10. Возникновение повышенной чувствительности дентина характеризуется болью:

- 1) кратковременной острой
- 2) постоянной острой
- 3) постоянной тупой
- 4) приступообразной тупой
- 5) все ответы верны

11. Для лечения гиперестезии дентина применяют метод:

- 1) терапевтический
- 2) хирургический
- 3) ортодонтический
- 4) ортопедический

5) все вышеперечисленное

12. Для лечения гиперестезии дентина зубов применяют:

- 1) пломбирование зубов
- 2) герметизацию фиссур
- 3) десенситайзеры
- 4) депульпирование зубов
- 5) зубные пасты с лечебными травами

13. Для уменьшения чувствительности дентина применяют зубные пасты, содержащие:

- 1) хлорид стронция
- 2) глицерофосфат кальция
- 3) гидроксиапатит
- 4) нитрат калия
- 5) все вышеперечисленное

14. Гидроксиапатит:

- 1) уменьшает диаметр дентинных канальцев
- 2) ингибирует сенсорную активность нерва
- 3) уменьшает внеклеточную концентрацию калия вокруг нервного волокна
- 4) увеличивает внеклеточную концентрацию калия вокруг нервного волокна
- 5) все вышеперечисленное

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. У пациента, страдающего хроническим анацидным гастритом, периодически появляется чувство оскомины и ощущение прилипания зубов при сжатии после приема соляной кислоты, желудочного сока. Поставьте предварительный диагноз. Составьте план лечения.

Ролевая игра

Количество участников: 3 – 7 студентов.

Роли: пациент, врач-стоматолог, заведующий отделением, врач-рентгенолог, врач-лаборант, врач-физиотерапевт.

Роль пациента: красочно описывает жалобы больного при любом из заболеваний, придумывает анамнез болезни и жизни.

Роль лечащего врача: на основании жалоб и анамнеза болезни описывает возможную клиническую картину болезни, назначает проведение дополнительных исследований, озвучивает свой предварительный диагноз.

Роль врача-лаборанта: должен дать клиническое заключение по направлению лечащего врача.

Роль врача-рентгенолога: описывает рентгенологическую картину при данной патологии.

Роль лечащего врача: обосновывает диагноз и назначает план лечения.

Роль заведующего отделением: указывает на ошибки в обследовании и в плане лечения (если они были).

Роль врача-физиотерапевта: предлагает проведение возможных физиотерапевтических процедур при выявленной патологии.

Ведущий преподаватель наблюдает за последовательностью игры, и по мере необходимости исправляет либо направляет её ход.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 22

Тестовый контроль знаний

1. Выпадение зуба из его лунки - это:

- 1) вколоченный вывих
- 2) полный вывих
- 3) неполный вывих
- 4) перелом корня
- 5) перелом коронки

2. Частичное смещение корня зуба из альвеолы - это:

- 1) вколоченный вывих
- 2) полный вывих
- 3) неполный вывих
- 4) перелом корня
- 5) перелом коронки

3. Частичное или полное смещение зуба из лунки в сторону тела челюсти — это:

- 1) вколоченный вывих
- 2) полный вывих
- 3) неполный вывих
- 4) перелом корня
- 5) перелом коронки

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

2. Пациент 40 лет жалуется на подвижность 11 зуба, возникшую после бытовой травмы, боль при накусывании на зуб. Какие методы обследования необходимо провести? С какой патологией надо провести дифференциальную диагностику? Какое назначить лечение?
3. Пациент 45 лет с заболеванием пародонта принес доктору выпавший в результате травмы 31 зуб. Какова должна быть тактика врача?

Ролевая игра

Количество участников: 3 – 7 студентов.

Роли: пациент, врач-стоматолог, заведующий отделением, врач-рентгенолог, врач-лаборант, врач-физиотерапевт.

Роль пациента: красочно описывает жалобы больного при любом из заболеваний, придумывает анамнез болезни и жизни.

Роль лечащего врача: на основании жалоб и анамнеза болезни описывает возможную клиническую картину болезни, назначает проведение дополнительных исследований, озвучивает свой предварительный диагноз.

Роль врача-лаборанта: должен дать клиническое заключение по направлению лечащего врача.

Роль врача-рентгенолога: описывает рентгенологическую картину при данной

патологии.

Роль лечащего врача: обосновывает диагноз и назначает план лечения.

Роль заведующего отделением: указывает на ошибки в обследовании и в плане лечения (если они были).

Роль врача-физиотерапевта: предлагает проведение возможных физиотерапевтических процедур при выявленной патологии.

Ведущий преподаватель наблюдает за последовательностью игры, и по мере необходимости исправляет либо направляет её ход.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 23

Тестовый контроль знаний

1. Выпадение зуба из его лунки - это:

- 1) вколоченный вывих
- 2) полный вывих
- 3) неполный вывих
- 4) перелом корня
- 5) перелом коронки

2. Частичное смещение корня зуба из альвеолы - это:

- 1) вколоченный вывих
- 2) полный вывих
- 3) неполный вывих
- 4) перелом корня
- 5) перелом коронки

3. Частичное или полное смещение зуба из лунки в сторону тела челюсти — это:

- 1) вколоченный вывих
- 2) полный вывих
- 3) неполный вывих
- 4) перелом корня
- 5) перелом коронки

4. Наиболее благоприятный для сохранения зуба перелом корня:

- 1) продольный
- 2) косой
- 3) оскольчатый
- 4) поперечный (в области верхней трети корня)
- 5) поперечный (в области середины корня)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

4. В результате травмы у пациента 25 лет произошел перелом корня 22 зуба на уровне десны. Какое необходимо провести обследование и лечение?

Ролевая игра

Количество участников: 3 – 7 студентов.

Роли: пациент, врач-стоматолог, заведующий отделением, врач-рентгенолог, врач-лаборант, врач-физиотерапевт.

Роль пациента: красочно описывает жалобы больного при любом из заболеваний, придумывает анамнез болезни и жизни.

Роль лечащего врача: на основании жалоб и анамнеза болезни описывает возможную клиническую картину болезни, назначает проведение дополнительных исследований, озвучивает свой предварительный диагноз.

Роль врача-лаборанта: должен дать клиническое заключение по направлению лечащего врача.

Роль врача-рентгенолога: описывает рентгенологическую картину при данной патологии.

Роль лечащего врача: обосновывает диагноз и назначает план лечения.

Роль заведующего отделением: указывает на ошибки в обследовании и в плане лечения (если они были).

Роль врача-физиотерапевта: предлагает проведение возможных физиотерапевтических процедур при выявленной патологии.

Ведущий преподаватель наблюдает за последовательностью игры, и по мере необходимости исправляет либо направляет её ход.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 24
ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

1. Вскрытие полости зуба интактных премоляров верхней челюсти производят:

- 1) в середине продольной фиссуры
- 2) в области щечного бугра
- 3) в области небного бугра
- 4) в пришеечной области
- 5) с вестибулярной стороны

2. Раскрытие полости зуба в премолярах верхней челюсти проводится бором в направлении:

- 1) передне-заднем
- 2) по оси зуба
- 3) щечно-небном
- 4) щечно-заднем
- 5) передне-щечном

3. В верхних молярах количество корней:

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5

4. В верхних молярах количество каналов:

- 1) 1, 2
- 2) 3, 4
- 3) 2, 3
- 4) 4, 5
- 5) 1, 4

5. На верхней челюсти два корня имеют:

- 1) резцы
- 2) клыки
- 3) вторые премоляры
- 4) моляры
- 5) первые премоляры

6. Вскрытие полости зуба интактных моляров верхней челюсти производят в области:

- 1) передней фиссуры
- 2) задней фиссуры
- 3) щечного бугра
- 4) небного бугра
- 5) валика

7. В первом верхнем премоляре чаще встречается:

- 1) два корня (Тип I канала в каждом корне)
- 2) два корня (Тип II канала в каждом корне)
- 3) один корень (два канала в каждом корне)

- 4) три корня (Тип I канала в каждом корне)

8. В первом верхнем моляре два канала расположены в:

- 1) небном корне
- 2) медиально-щечном корне
- 3) дистально-щечном корне

9. Устье дистально-щечного канала верхних моляров расположено

- 1) под дистально-щечным бугром
- 2) прямо в щечную сторону от небного канала
- 3) в дистальную сторону от небного канала

10. Чтобы обнаружить изгибы корневых каналов необходимо исследовать их с помощью

- 1) тонкого, предварительно изогнутого эндодонтического инструмента
- 2) тонкого прямого эндодонтического инструмента
- 3) эндодонтическим зондом

Ситуационная задача:

Пациент Д. 30 лет, обратился в клинику с жалобами на постоянную ноющую боль в зубе 15, значительно усиливающуюся при накусывании, легкую припухлость по переходной складке в области проекции верхушки корня. Мужчина четко дифференцирует свои ощущения.

Со слов пациента, зуб лечили 2 года назад. 8 месяцев назад пломба выпала, за стоматологической помощью с тех пор не обращался. Зуб заболел 2 дня назад.

Видимой ассиметрии лица не отмечается, регионарные лимфатические узлы челюстно - лицевой области незначительно увеличены, при пальпации - безболезненны. Коронковая часть зуба 15 частично разрушена, кариозная полость выполнена большим количеством размягченного дентина. В устьях корневых каналов видны остатки пломбировочного материала.

Перкуссия и пальпация по переходной складке резко болезненна. В области проекции верхушки корня имеется свищ, отделяемое отсутствует. Данные дополнительных методов лечения: При выполнении диагностической рентгенограммы в свищевой ход был введен гуттаперчевый штифт, для уточнения локализации воспалительного процесса. Ранее каналы были obturированы гуттаперчей.



1. Опишите рентгенограмму, почему проведенное ранее эндодонтическое лечение было неуспешным?
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

Ролевая игра – моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы «Анатомия полости зуба и корневых каналов зубов верхней челюсти».

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (анализ данных рентгенографии, выбор тактики лечения с учетом особенностей анатомического строения зуба);
- 2-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации; методика чтения рентгенограмм).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 25
ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

1. Для определения качества раскрытия полости зуба врач использует стоматологические инструменты:

- 1) пинцет, зеркало
- 2) гладилку, пинцет
- 3) зеркало, зонд
- 4) штопфер, зонд
- 5) штопфер, пинцет

2. Раскрытие полости зуба в молярах нижней челюсти проводится бором в направлении:

- 1) щечно-язычном
- 2) по оси зуба
- 3) передне-заднем
- 4) задне-язычном
- 5) задне-щечном

3. Элементом коронковой полости зуба является:

- 1) канал
- 2) свод
- 3) края
- 4) углы
- 5) физиологическое сужение

4. Частью корневого канала является:

- 1) свод
- 2) анатомическое отверстие
- 3) дно
- 4) рентгенологическая верхушка
- 5) края

5. В нижних молярах количество каналов:

- 1) 1,2
- 2) 2,3
- 3) 3, 4
- 4) 4
- 5) 5

6. В нижних молярах количество корней:

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5

7. Один корень и два канала могут иметь зубы:

- 1) 3.2, 4.2
- 2) 3.7, 4.7
- 3) 1.1, 2.1
- 4) 2.6, 3.6
- 5) 2.1, 2.2

8. Два корня и два канала имеют зубы:

- 1) 1.2 и 2.2
- 2) 3.2 и 4.2
- 3) 1.4 и 2.4
- 4) 3.4 и 4.4

5) 1.6 и 2.6

9. Два корня и три канала имеют зубы:

1) 1.4 и 2.4

2) 3.4 и 4.4

3) 1.5 и 2.5

4) 3.7 и 4.7

5) 4.3 и 5.3

10. Вскрытие полости зуба интактного первого премоляра нижней челюсти производят в области:

1) валика

2) фиссуры впереди валика

3) фиссуры позади валика

4) щечного бугра

5) язычного бугра

11. Вскрытие полости зуба интактного второго премоляра нижней челюсти производят в области:

1) середины продольной фиссуры

2) щечного бугра

3) язычного бугра

4) задней трети продольной фиссуры

5) передней трети продольной фиссуры

12. Вскрытие полости зуба интактных нижних моляров производят в области:

1) передней трети фиссуры

2) середины фиссуры

3) задней трети фиссуры

4) переднего щечного бугра

5) заднего щечного бугра

Ситуационная задача к теме Анатомия полости зуба и корневых каналов зубов нижней челюсти.

Пациентка 22 лет обратилась в клинику с жалобами на выпадение пломбы из 44. Зуб был лечен 6 лет назад, не беспокоил.

Объективно: слизистая переходной складки в проекции 44 бледно-розовой окраски, безболезненная при пальпации. 44 изменен в цвете, кариозная полость на дистальной поверхности сообщается с полостью зуба, зондирование безболезненно.



1. Опишите рентгенограмму;
2. Поставьте диагноз;
3. Какие значения ЭОД при данном заболевании;

4. Анатомия корневых каналов 44 по рентгенограмме
5. Этапы лечения

Ролевая игра – моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы «Анатомия полости зуба и корневых каналов зубов нижней челюсти».

Группа студентов распределяется по ролям:

1-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (анализ данных рентгенографии, выбор тактики лечения с учетом особенностей анатомического строения зуба);

2-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации; методика чтения рентгенограмм).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 26
Тестовый контроль знаний

001. Пульпа представляет собой:

- 1) фиброзную ткань
- 2) грубо волокнистую ткань
- 3) рыхлую соединительную ткань мезенхимального происхождения
- 4) грануляционную ткань
- 5) костную ткань

002. Пульпа состоит из:

- 1) сосудов и нервов
- 2) клеточных и волокнистых структур
- 3) основного вещества, сосудов, нервов
- 4) волокнистых структур, клеток, основного вещества, сосудов и нервов
- 5) клеточных элементов и сосудов

003. Основное вещество пульпы представлено:

- 1) мукополисахаридами
- 2) мукопротеинами
- 3) углеводами
- 4) гликопротеинами
- 5) протеогликанами

004. Основная функция одонтобластов:

- 1) образование межклеточного вещества
- 2) защитная функция
- 3) образование коллагеновых волокон
- 4) образование дентина
- 5) образование эмали

005. Специфической структурной особенностью пульпы зуба является:

- 1) наличие коллагеновых волокон
- 2) наличие аргирофильных волокон
- 3) отсутствие эластических волокон
- 4) наличие клеточных слоев
- 5) наличие межклеточного вещества

006. Процессы, характеризующие старение пульпы:

- 1) увеличение размера полости зуба
- 2) снижение синтетической, энергетической и функциональной активности клеток
- 3) увеличение количества коллагеновых волокон
- 4) увеличение плотности кровеносных сосудов и нервов.
- 5) увеличение количества клеточных элементов

007. Содержание воды в пульпе:

- 1) 50%
- 2) 85%
- 3) 90%
- 4) 95%
- 5) 100%

008. В структуре пульпы отсутствуют:

- 1) одонтобласты
- 2) фибробласты
- 3) эластические волокна
- 4) коллагеновые волокна
- 5) звездчатые клетки

009. Количество морфологических зон в пульпе:

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5
- 5) 6

010. Периферическая зона пульпы образована клетками:

- 1) фибробластами
- 2) остеобластами
- 3) одонтобластами
- 4) цементобластами
- 5) пульпоцитами звездчатой формы

011. Субодонтобластическая зона пульпы содержит:

- 1) одонтобласты
- 2) фибробласты
- 3) пульпоциты звездчатой формы
- 4) цементобласты
- 5) остеобласты

012. Большое количество нервных рецепторов пульпы в виде сплетений расположено в:

- 1) центральной зоне
- 2) периферической зоне
- 3) субодонтобластической зоне
- 4) пульпопериодонтальной зоне
- 5) устье каналов

013. Нервные сплетения пульпы располагаются в:

- 1) центральной зоне
- 2) периферической зоне
- 3) субодонтобластической зоне
- 4) пульпопериодонтальной зоне
- 5) зоне физиологической верхушки

014. Коронковая пульпа содержит слоев одонтобластов (максимально):

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5
- 5) 6

015. В корневой пульпе одонтобласты формируют:

- 1) 2 слоя
- 2) 3 слоя
- 3) 4 слоя
- 4) 5 слоев
- 5) 6 слоев

016. Патологические воздействия на пульпу приводят к образованию:

- 1) третичного дентина
- 2) бесклеточного цемента
- 3) первичного дентина
- 4) вторичного дентина
- 5) дентиклей

017. Предентин - это:

- 1) основное вещество между дентинными слоями
- 2) часть дентина, прилегающая к полости зуба
- 3) отложение дентина в течение жизни человека
- 4) дентин, возникающий в процессе развития зуба
- 5) дентин, образующийся вследствие разрушения (эрозия, кариес и т.д.)

018. Интерглобулярный дентин - это:

- 1) основное вещество между дентинными слоями
- 2) часть дентина, прилегающая к полости зуба
- 3) отложение дентина в течение жизни человека
- 4) дентин, возникающий в процессе развития зуба
- 5) дентин, образующийся вследствие разрушения (эрозия, кариес и т.д.)

019. Первичный дентин - это:

- 1) основное вещество между дентинными слоями
- 2) часть дентина, прилегающая к полости зуба
- 3) отложение дентина в течение жизни человека
- 4) дентин, возникающий в процессе развития зуба
- 5) дентин, образующийся вследствие разрушения (эрозия, кариес и т.д.)

020. Вторичный дентин - это:

- 1) основное вещество между дентинными слоями
- 2) часть дентина, прилегающая к полости зуба
- 3) отложение дентина в течение жизни человека
- 4) дентин, возникающий в процессе развития зуба
- 5) дентин, образующийся вследствие разрушения (эрозия, кариес и т.д.)

021. Третичный дентин - это:

- 1) основное вещество между дентинными слоями
- 2) часть дентина, прилегающая к полости зуба
- 3) отложение дентина в течение жизни человека
- 4) дентин, возникающий в процессе развития зуба
- 5) дентин, образующийся вследствие разрушения (эрозия, кариес и т.д.)

022. Трофическая функция пульпы осуществляется посредством:

- 1) ротовой жидкости
- 2) десневой жидкости
- 3) основного вещества

- 4) дентина
- 5) сосудов

023. Клетки ретикулоэндотелиальной системы обеспечивают:

- 1) трофическую функцию
- 2) пластическую функцию
- 3) защитную функцию
- 4) сенсорную функцию
- 5) передачу давления

024. Появление дентиклей в пульпе связано с:

- 1) возрастными изменениями
- 2) дистрофическими изменениями
- 3) воспалительными изменениями
- 4) болевым синдромом
- 5) травмой

Ситуационная задача 1.

У пациента 26 лет, в течение полутора суток отмечается боль в области 12. Боль началась внезапно ночью, приступы кратковременные (5-10 мин.), боль усиливается от температурных раздражителей. Месяц назад зуб был лечен у стоматолога, наложена пломба из композита, также из анамнеза было выяснено, что пациент жаловался на боли от температурных раздражителей, которые быстро проходили.

Ситуационная задача 2.

Пациентка 45 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на наличие кариозной полости в 25, на боли от температурных раздражителей, которые приобретают ноющий характер и не исчезают после устранения раздражителя. Боль также возникает в ответ на попадание в кариозную полость пищи при жевании. Приступ длится достаточно долго, боль остается еще некоторое время и после освобождения полости от пищевых остатков. За помощью к врачу не обращалась, хотя кариозный процесс появился около восьми месяцев назад. Объективно: слизистая оболочка десны в области 25 не изменена, пальпация в проекции верхушки корня 25 безболезненна. 25 в цвете не изменен, на дистальной поверхности имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование кариозной полости болезненно в точке сообщения с полостью зуба, пульпа кровоточит.

Объективно: 14 – коронка зуба интактна, пальпация безболезненна, слегка болезненна вертикальная перкуссия 14. При воздействии термических раздражителей возникает боль, переходящая в приступ.

Ролевая игра:

Участники и оборудование: врач, лаборант (студент), микроскоп, гистологические препараты.

Группа студентов распределяется по ролям:

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для острых форм пульпита в ранее не леченом зубе – нисходящий путь проникновения инфекции, через кариозную полость);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять мед. документацию на стоматологического пациента);

- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации);
- 4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание методики проведения ЭОД как дополнительного метода обследования; результаты ЭОД);
- 5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 27

1. Патологические воздействия на пульпу приводят к образованию:

- 1) третичного дентина
- 2) бесклеточного цемента
- 3) первичного дентина
- 4) вторичного дентина
- 5) дентиклей

2. Наиболее частый путь инфицирования пульпы:

- 1) по артериолам (гематогенное инфицирование)
- 2) по дентинным канальцам из кариозной полости
- 3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана
- 4) по лимфатическим сосудам
- 5) травматическое повреждение пульпы

3. В этиологии пульпита основную роль играют:

- 1) фузобактерии
- 2) спирохеты
- 3) гемолитические и негемолитические стрептококки
- 4) лактобактерии
- 5) простейшие

4. Пульсирующий характер боли при остром пульпите обусловлен:

- 1) повышением гидростатического давления в полости зуба
- 2) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
- 3) периодическим шунтированием кровотока по артериоловеноулярным анастомозам
- 4) увеличением количества вазоактивных веществ
- 5) снижением гидростатического давления в полости зуба

5. Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен:

- 1) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
- 2) изменением атмосферного давления
- 3) понижением гидростатического давления в полости зуба
- 4) повышением температуры тела
- 5) уменьшением количества вазоактивных веществ

6. Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен:

- 1) повышением гидростатического давления в полости зуба
- 2) повышением температуры тела
- 3) понижением гидростатического давления в полости
- 4) уменьшением количества вазоактивных веществ
- 5) изменением атмосферного давления

7. Создание дренажа между кариозной полостью и полостью зуба способствует переходу острого очагового пульпита в:

- 1) хронический фиброзный
- 2) острый диффузный
- 3) хронический гипертрофический
- 4) хронический гангренозный
- 5) острый периодонтит

8. Воспаление пульпы в течение 48 часов после альтерации носит характер:

- 1) острого диффузного пульпита
- 2) острого очагового пульпита
- 3) обострения хронического фиброзного пульпита
- 4) обострения хронического гангренозного пульпита
- 5) острого периодонтита

9. Хронический гипертрофический пульпит является следствием:

- 1) глубокого кариеса
- 2) острого очагового пульпита
- 3) острого диффузного пульпита
- 4) хронического фиброзного пульпита (длительное течение)
- 5) хронического гангренозного пульпита

10. При хроническом фиброзном пульпите в пульпе происходит:

- 1) некроз ткани пульпы
- 2) фиброзное перерождение пульпы
- 3) значительное разрастание грануляционной ткани
- 4) уменьшение количества волокнистых элементов
- 5) увеличение количества клеточных элементов

11. Хронический гипертрофический пульпит встречается чаще у лиц:

- 1) до 30 лет
- 2) до 40 лет
- 3) до 50 лет
- 4) в пожилом возрасте
- 5) в старческом возрасте

12. Инфицирование пульпы происходит чаще:

- 1) по артериолам (гематогенное инфицирование)
- 2) по дентинным канальцам из кариозной полости
- 3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана
- 4) по лимфатическим сосудам
- 5) по венам

13. Микроорганизмы, вызывающие воспаление в пульпе:

- 1) фузобактерии
- 2) спирохеты
- 3) гемолитические и негемолитические стрептококки
- 4) лактобактерии
- 5) актиномицеты

14. При хроническом фиброзном пульпите в пульпе происходит:

- 1) некроз ткани пульпы
- 2) увеличение количества фиброзных волокон
- 3) значительное разрастание грануляционной ткани
- 4) уменьшение количества волокнистых элементов
- 5) уменьшение количества клеточных элементов

15. Хронический гипертрофический пульпит характеризуется:

- 1) некрозом ткани пульпы

- 2) фиброзным перерождением пульпы
- 3) значительным разрастанием грануляционной ткани
- 4) уменьшением количества волокнистых элементов
- 5) уменьшением количества клеточных элементов

16. Пульсирующий характер боли при остром пульпите обусловлен:

- 1) повышением гидростатического давления в полости зуба
- 2) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
- 3) периодическим проталкиванием экссудата по дентинным канальцам в кариозную полость
- 4) увеличением количества вазоактивных веществ
- 5) изменением атмосферного давления

Ответьте на вопрос ко всем клиническим ситуациям:

1. Каковы причины возникновения воспаления пульпы зуба в каждом случае?

Ситуационная задача 1

Пациент 48 лет жалуется на острую самопроизвольную боль, приступообразного характера, усиление боли в ночное время, боль от всех видов раздражителей, долго не проходящую после их устранения, иррадиирующую в подглазничную область справа.

Объективно: 14 – коронка зуба интактна, маргинальная часть десны цианотична, при зондировании определяется глубокий пародонтальный карман; пальпация безболезненна, слегка болезненна вертикальная перкуссия 14. При воздействии термических раздражителей возникает боль, переходящая в приступ.

Ситуационная задача 2

Пациент 58 лет жалуется на острую самопроизвольную боль, приступообразного характера, усиление боли в ночное время, боль от всех видов раздражителей, долго не проходящую после их устранения, иррадиирующую в подглазничную область справа. Из анамнеза выявлено, что недавно переболел гриппом в тяжелой форме с осложнениями.

Объективно: 14 – коронка зуба интактна, пальпация безболезненна, слегка болезненна вертикальная перкуссия 14. При воздействии термических раздражителей возникает боль, переходящая в приступ.

Ролевая игра: «Анатомо-физиологические особенности пульпы зуба».

Участники и оборудование: врач, лаборант (студент), микроскоп, гистологические препараты.

Ролевая игра – моделирование клинической ситуации для усвоения темы «Этиология, патогенез воспаления пульпы зуба. Классификации заболеваний пульпы».

Вариант 1.

Группа студентов распределяется по ролям:

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для острых форм пульпита в ранее не леченом зубе – нисходящий путь проникновения инфекции, через кариозную полость);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять мед. документацию на стоматологического пациента);

- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации);
- 4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание методики проведения ЭОД как дополнительного метода обследования; результаты ЭОД);
- 5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 28
Тестовый контроль знаний

- 1. Пульсирующий характер боли при остром пульпите обусловлен:**
 - 1) повышением гидростатического давления в полости зуба
 - 2) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
 - 3) периодическим шунтированием кровотока по артериоловеноулярным анастомозам
 - 4) увеличением количества вазоактивных веществ
 - 5) снижением гидростатического давления в полости зуба

- 2. Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен:**
 - 1) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
 - 2) изменением атмосферного давления
 - 3) понижением гидростатического давления в полости зуба
 - 4) повышением температуры тела
 - 5) уменьшением количества вазоактивных веществ

- 3. Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен:**
 - 1) повышением гидростатического давления в полости зуба
 - 2) повышением температуры тела
 - 3) понижением гидростатического давления в полости
 - 4) уменьшением количества вазоактивных веществ
 - 5) изменением атмосферного давления

- 4. Создание дренажа между кариозной полостью и полостью зуба способствует переходу острого очагового пульпита в:**
 - 1) хронический фиброзный
 - 2) острый диффузный
 - 3) хронический гипертрофический
 - 4) хронический гангренозный
 - 5) острый периодонтит

- 5. Воспаление пульпы в течение 48 часов после альтерации носит характер:**
 - 1) острого диффузного пульпита
 - 2) острого очагового пульпита
 - 3) обострения хронического фиброзного пульпита
 - 4) обострения хронического гангренозного пульпита
 - 5) острого периодонтита

- 6. Общим симптомом острых форм пульпита является боль:**
 - 1) от кислого
 - 2) от сладкого
 - 3) самопроизвольная
 - 4) от холодного, проходящая после устранения раздражителя
 - 5) от горячего, проходящая после устранения раздражителя

- 7. Обострение хронических форм пульпита всегда возникает при:**
 - 1) воздействии раздражителей
 - 2) нарушении оттока экссудата
 - 3) формировании дренажа
 - 4) отсутствии раздражителей

5) смене нагрузки

8. Частота обращаемости больных с пульпитом:

- 1) 15-25%
- 2) 28-30%
- 3) 38-40%
- 4) 48-50%
- 5) 55-60%

9. Длительность болевого приступа при остром очаговом пульпите не более:

- 1) 1 часа
- 2) 2-х часов
- 3) 3-х часов
- 4) 4-х часов
- 5) 5 часов

10. При остром очаговом пульпите зондирование кариозной полости наиболее болезненно в области:

- 1) всего дна кариозной полости
- 2) проекции одного из рогов пульпы
- 3) эмалево-дентинного соединения
- 4) пришеечной
- 5) эмали

11. Электровозбудимость пульпы при остром очаговом пульпите (мкА):

- 1) 2-6
- 2) 10-12
- 3) 15-25
- 4) 30-60
- 5) 60-90

12. Для диффузного пульпита характерна боль:

- 1) постоянная
- 2) ночная
- 3) локализованная
- 4) дневная
- 5) кратковременная

13. Иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва является симптомом пульпита:

- 1) острого очагового
- 2) острого диффузного
- 3) хронического фиброзного (ремиссия)
- 4) хронического гипертрофического (ремиссия)
- 5) хронического периодонтита

14. Боль при пульпите зубов верхней челюсти иррадирует:

- 1) в затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти
- 2) в висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти
- 3) в шею, глаз, надбровную область
- 4) в язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область
- 5) на противоположную сторону челюсти

15. Боль при пульпите зубов нижней челюсти иррадирует:

- 1) в затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти
- 2) в висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти
- 3) в шею, глаз, надбровную область
- 4) в язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область
- 5) на противоположную сторону челюсти

Ситуационная задача 1.

У пациента 26 лет, в течение полутора суток отмечается боль в области 12. Боль началась внезапно ночью, приступы кратковременные (5-10 мин.), боль усиливается от температурных раздражителей. Месяц назад зуб был лечен у стоматолога, наложена пломба из композита, также из анамнеза было выяснено, что пациент жаловался на боли от температурных раздражителей, которые быстро проходили.

1. Какой предварительный диагноз Вы можете поставить?
2. Какие дополнительные методы обследования Вы можете провести?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Какие возможные ошибки допустил врач при лечении глубокого кариеса?

Ситуационная задача 2.

У пациента К. 25 лет, два месяца назад появилась кариозная полость в 24. При попадании в кариозную полость пищи возникала непродолжительная боль, которая исчезала в течение нескольких минут после полоскания рта. За помощью к стоматологу не обращался. Накануне ночью появились сильные болевые приступы кратковременного характера, не связанные с действием раздражителя, боль усиливается от температурных раздражителей, долго не проходит после устранения раздражителя. Объективно: при осмотре зубов верхней челюсти слева на медиальной поверхности 24 отмечается глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином светлого цвета, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно в одной точке, при проведении температурной пробы холодной водой отмечается резкая болевая реакция, не проходящая после удаления раздражителя. Перкуссия 24 безболезненная.

1. Назовите причины воспаления пульпы в данной клинической ситуации.
2. Перечислите дополнительные методы диагностики для постановки диагноза.
3. Поставьте диагноз.
4. С чем проводится дифференциальная диагностика данного заболевания?

Ситуационная задача 3.

Пациент 45 лет, жалуется на интенсивные самопроизвольные, приступообразные боли разлитого характера в области зубов нижней челюсти справа, усиливающиеся от температурных раздражителей. Боль не проходит после устранения раздражителя. Со слов пациента боль впервые появилась 2 дня назад, а сегодня ночью больной проснулся от боли и не смог уснуть до утра. Во время приступа боль иррадирует по верхней челюсти в заушную область. Объективно: лицо симметричное, на жевательной поверхности 46 отмечается глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. Зондирование болезненно по дну кариозной полости, перкуссия 46 болезненная.

1. Какой предварительный диагноз Вы можете поставить?

2. Какие дополнительные методы Вы можете использовать для диагностики?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Какой диагноз Вы поставите?

Ролевая игра – моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы «Острые формы пульпита. Патологическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика».

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для острого очагового пульпита);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять меддокументацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации);
- 4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание методики проведения ЭОД как дополнительного метода обследования; результаты ЭОД);
- 5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 29
Тестовый контроль знаний

01. Хронический гипертрофический пульпит является следствием:

- 1) глубокого кариеса
- 2) острого очагового пульпита
- 3) острого диффузного пульпита
- 4) хронического фиброзного пульпита (длительное течение)
- 5) хронического гангренозного пульпита

02. При хроническом фиброзном пульпите в пульпе происходит:

- 1) некроз ткани пульпы
- 2) фиброзное перерождение пульпы
- 3) значительное разрастание грануляционной ткани
- 4) уменьшение количества волокнистых элементов
- 5) увеличение количества клеточных элементов

03. Хронический гипертрофический пульпит встречается чаще у лиц:

- 1) до 30 лет
- 2) до 40 лет
- 3) до 50 лет
- 4) в пожилом возрасте
- 5) в старческом возрасте

04. Инфицирование пульпы происходит чаще:

- 1) по артериолам (гематогенное инфицирование)
- 2) по дентинным канальцам из кариозной полости
- 3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана
- 4) по лимфатическим сосудам
- 5) по венам

05. Микроорганизмы, вызывающие воспаление в пульпе:

- 1) фузобактерии
- 2) спирохеты
- 3) гемолитические и негемолитические стрептококки
- 4) лактобактерии
- 5) актиномицеты

06. При хроническом фиброзном пульпите в пульпе происходит:

- 1) некроз ткани пульпы
- 2) увеличение количества фиброзных волокон
- 3) значительное разрастание грануляционной ткани
- 4) уменьшение количества волокнистых элементов
- 5) уменьшение количества клеточных элементов

07. Хронический гипертрофический пульпит характеризуется:

- 1) некрозом ткани пульпы
- 2) фиброзным перерождением пульпы
- 3) значительным разрастанием грануляционной ткани
- 4) уменьшением количества волокнистых элементов
- 5) уменьшением количества клеточных элементов

08. Пульсирующий характер боли при остром пульпите обусловлен:

- 1) повышением гидростатического давления в полости зуба
- 2) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
- 3) периодическим проталкиванием экссудата по дентинным канальцам в кариозную полость
- 4) увеличением количества вазоактивных веществ
- 5) изменением атмосферного давления

09. Внешние раздражители, независимо от характера стимуляции, вызывают в пульпе:

- 1) ощущение холода
- 2) ощущение тепла
- 3) ощущение боли
- 4) ощущение кислого
- 5) ощущение соленого

10. Клиника хронического фиброзного пульпита, в отличие от клиники острого очагового пульпита, характеризуется:

- 1) болью от холодного раздражителя
- 2) болью от горячего раздражителя
- 3) болью от механического раздражителя
- 4) длительностью течения
- 5) болью от химического раздражителя

11. Сохранение боли после устранения раздражителя характерно для:

- 1) среднего кариеса
- 2) глубокого кариеса
- 3) хронического фиброзного пульпита
- 4) хронического фиброзного периодонтита
- 5) поверхностного кариеса

12. Болезненное зондирование дна кариозной полости, точечное вскрытие полости зуба характерно для пульпита:

- 1) острого очагового
- 2) острого диффузного
- 3) хронического фиброзного
- 4) хронического гипертрофического
- 5) хронического гангренозного

13. Обширное сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование коронковой части пульпы практически безболезненное является симптомом пульпита:

- 1) острого диффузного
- 2) хронического фиброзного
- 3) хронического гипертрофического
- 4) хронического гангренозного
- 5) острого очагового

14. Слабоболезненное зондирование широко вскрытой полости зуба, появление кровоточивости при зондировании является симптомом пульпита:

- 1) острого диффузного
- 2) хронического фиброзного
- 3) хронического гипертрофического

- 4) хронического гангренозного
- 5) острого очагового

15. Рентгенологические изменения в 30% случаях встречаются при пульпите:

- 1) остром очаговом
- 2) остром диффузном
- 3) хроническом фиброзном
- 4) хроническом гангренозном
- 5) хроническом гипертрофическом

16. Рентгенологические изменения в 50% случаев встречаются при пульпите:

- 1) остром очаговом
- 2) остром диффузном
- 3) хроническом фиброзном
- 4) хроническом гангренозном
- 5) хроническом гипертрофическом

17. Ноющая боль, дискомфорт от температурных раздражителей, ноющая боль при смене температур характеризует пульпит:

- 1) острый очаговый
- 2) острый диффузный
- 3) хронический фиброзный
- 4) хронический гангренозный
- 5) хронический гипертрофический

18. Боль от различных раздражителей (в основном от горячего) характеризует пульпит:

- 1) острый очаговый
- 2) острый диффузный
- 3) хронический фиброзный
- 4) хронический гангренозный
- 5) хронический гипертрофический

Ситуационная задача 1.

Пациентка 45 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на наличие кариозной полости в 25, на боли от температурных раздражителей, которые приобретают ноющий характер и не исчезают после устранения раздражителя. Боль также возникает в ответ на попадание в кариозную полость пищи при жевании. Приступ длится достаточно долго, боль остается еще некоторое время и после освобождения полости от пищевых остатков. За помощью к врачу не обращалась, хотя кариозный процесс появился около восьми месяцев назад. Объективно: слизистая оболочка десны в области 25 не изменена, пальпация в проекции верхушки корня 25 безболезненна. 25 в цвете не изменен, на дистальной поверхности имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование кариозной полости болезненно в точке сообщения с полостью зуба, пульпа кровоточит.

1. Какой предварительный диагноз Вы можете поставить?
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями пульпы зуба проводится дифференциальная диагностика этой формы пульпита?
4. Какой окончательный диагноз Вы поставите?

Ситуационная задача 2.

Пациент 40 лет, жалуется на изменение цвета 14, кроме того, иногда отмечается чувство неловкости и болезненности при приеме горячей пищи. Зуб ранее болел - около года назад возникали приступообразные боли. За помощью к стоматологу не обращался, через несколько дней острая боль уменьшилась, а затем практически исчезла.

Объективно: контуры лица не изменены, в 14 на контактной поверхности глубокая кариозная полость, при зондировании полости обнаруживается широкое сообщение с полостью зуба. В устьях корневых каналов отмечается боль при зондировании, перкуссия зуба безболезненная, пальпация слизистой оболочки десны в области проекции верхушки корня безболезненна.

1. Какой предварительный диагноз Вы можете поставить?
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями пульпы зуба проводится дифференциальная диагностика этой формы пульпита?
4. Какой окончательный диагноз Вы поставите?
5. Какие изменения имеются патанатомически при данной форме пульпита?

Ситуационная задача 3.

Пациент 22 лет, жалуется на ноющие боли и кровоточивость при приеме пищи, а также на разрастание ткани красного цвета в 46.

Объективно: коронковая часть 46 сильно разрушена, из кариозной полости видна разросшаяся, кровоточащая при дотрагивании инструментом ткань, слизистая оболочка десны вокруг зуба не изменена.

1. Какой предварительный диагноз Вы можете поставить?
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями пульпы зуба проводится дифференциальная диагностика этой формы пульпита?
4. Какой окончательный диагноз Вы поставите?
5. Какие изменения имеются патанатомически при данной форме пульпита?

Ролевая игра – моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы «Хронические формы пульпита. Патологическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика».

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для хронического фиброзного пульпита);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять меддокументацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации);

4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание методики проведения ЭОД как дополнительного метода обследования; результаты ЭОД);
5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 30
Тестовый контроль знаний.

- 1. Для определения жизнеспособности пульпы зуба используется:**
 - 1) перкуссия
 - 2) зондирование
 - 3) окрашивание детектором кариеса
 - 4) электроодонтодиагностика
 - 5) рентгенография

- 2. Биологический метод лечения пульпита может проводиться в одно посещение в случае:**
 - 1) глубокого кариеса
 - 2) острого очагового пульпита
 - 3) случайного вскрытия пульпы при лечении кариеса
 - 4) хронического фиброзного пульпита
 - 5) острого диффузного пульпита

- 3. Лечебная прокладка, применяемая в первое посещение должна обладать свойствами:**
 - 1) одонтотропным
 - 2) обезболивающим
 - 3) противовоспалительным
 - 4) кератопластическим
 - 5) изолирующим

- 4. Лечебная прокладка, оставляемая под постоянную пломбу должна обладать свойством:**
 - 1) одонтотропным
 - 2) обезболивающим
 - 3) противовоспалительным
 - 4) кератопластическим
 - 5) изолирующим

- 5. Остановить кровотечение из устьев каналов можно:**
 - 1) сухой тампонадой
 - 2) аминокaproновой кислотой
 - 3) ортофосфорной кислотой
 - 4) гидроокисью кальция
 - 5) гемостатической губкой

- 6. Критерием благополучного лечения пульпита биологическим методом является:**
 - 1) отсутствие болей
 - 2) повышение цифр ЭОД
 - 3) снижение цифр ЭОД
 - 4) цифры ЭОД остаются прежними через некоторое время
 - 5) отсутствие изменений на рентгенограмме

- 7. Кальций содержащие лечебные прокладки обладают в основном действием:**
 - 1) противовоспалительным
 - 2) реминерализующим
 - 3) антисептическим

- 4) нормализуют микроциркуляцию пульпы
- 5) одонтотропным

8. Гидроокись кальция обладает в основном действием:

- 1) противовоспалительным
- 2) реминерализующим
- 3) антисептическим
- 4) повышает рН в очаге воспаления
- 5) одонтотропным

9. Ампутация пульпы проводится:

- 1) острым бором
- 2) гладилкой
- 3) экскаватором
- 4) кюреткой
- 5) скальпелем

10. Возрастные ограничения для проведения биологического метода лечения пульпита:

- 1) до 20 лет
- 2) до 30 лет
- 3) до 40 лет
- 4) до 50 лет
- 5) ограничений нет

Ситуационные задачи:

1. Больной М., 24 года, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающую боль от всех видов раздражителей, на наличие кариозной полости в 26 зубе. Объективно: кариозная полость по I классу, зондирование болезненно в одной точке. Дополнительное обследование – ЭОД 30 мА.

Поставьте диагноз.

Выберете метод лечения и обоснуйте его.

Назовите последовательность этапов лечения.

Какие препараты можно применять для лечения?

2. Больной Ц., 38 лет, обратился с жалобами на кратковременную боль от всех видов раздражителей. Врач поставил диагноз: глубокий кариес 37 зуба. Кариозная полость на жевательной поверхности. Во время лечения, под анестезией, при осмотре обнаружилась в проекции рога пульпы красная точка.

Какое осложнение произошло при лечении глубокого кариеса?

Какие действия врача?

Назовите лекарственные препараты для лечения данной ситуации.

РОЛЕВАЯ ИГРА:

Участники:

- больной
- мед. регистратор
- врач-гигиенист
- медицинская сестра, ассистент
- врач
- зав. отделения

- врач-рентгенолог
- врач-физиотерапевт

Методическая разработка семинара для ординаторов № 31**Тестовый контроль знаний.****1. Для ирригации корневого канала используется:**

- 1) 3% гипохлорид натрия
- 2) 10 % р-р ЭДТА
- 3) дистиллированная вода
- 4) изотонический раствор
- 5) 10% гипохлорид натрия

2. Лечение пульпита может проводиться в одно посещение в случае:

- 1) непроходимых корневых каналов
- 2) частично проходимых каналов зуба
- 3) аллергической реакции на анестетики
- 4) хорошо проходимых корневых каналов
- 5) плохого самочувствия больного

3. Для профилактики заапикальной гематомы применяется:

- 1) лазеротерапия
- 2) капрофер
- 3) аминокaproновая кислота
- 4) каустинерв
- 5) диатермокоагуляция

4. Удаление пульпы из широкого корневого канала проводится:

- 1) пульпэкстрактором
- 2) Н-файлом
- 3) корневым рашпилем
- 4) пучком пульпэкстракторов
- 5) К-файлом

5. Остановить кровотечение из корневых каналов можно:

- 1) сухой тампонадой
- 2) аминокaproновой кислотой
- 3) ортофосфорной кислотой
- 4) гидроокисью кальция
- 5) гемостатической губкой

6. Механизм действия мышьяковистой пасты:

- 1) кератопластический
- 2) мумифицирующий
- 3) кровоостанавливающий
- 4) девитализирующий
- 5) антисептический

7. Механизм действия параформальдегидной пасты:

- 1) кератопластический
- 2) мумифицирующий
- 3) кровоостанавливающий
- 4) девитализирующий
- 5) антисептический

8. Срок наложения мышьяковистой пасты в многокорневых зубах:

- 1) 12 часов
- 2) 24 часа
- 3) 48 часов
- 4) 5 дней
- 5) 7-10 дней

9. Срок наложения параформальдегидной пасты:

- 1) 12 часов
- 2) 24 часа
- 3) 48 часов
- 4) 5 дней
- 5) 7-10 дней

10. Возрастные ограничения для проведения девитально-экстирпационного метода лечения пульпита:

- 1) до 20 лет
- 2) до 30 лет
- 3) до 40 лет
- 4) до 50 лет
- 5) ограничений нет

Ситуационные задачи:

1. Больной М., 24 года, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающую ноющую боль от всех видов раздражителей, на наличие кариозной полости в 1.2 зубе. Объективно: кариозная полость по III классу, зондирование болезненно в одной точке. Дополнительное обследование – ЭОД 45 мА. Поставьте диагноз. Выберите метод лечения и обоснуйте его. Назовите последовательность этапов лечения. Какие препараты для пломбирования каналов предпочтительно использовать и почему?
2. Больной Ц., 38 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли, усиливающиеся от всех видов раздражителей в зубе 3.7. Больной страдает астмой и ревматизмом. Кариозная полость на жевательной поверхности. Какой диагноз можно предположить? Выберите оптимальный метод лечения данного больного. Назовите этапы лечения.

РОЛЕВАЯ ИГРА:

Участники:

- больной
- мед. регистратор
- врач-гигиенист
- медицинская сестра, ассистент
- врач
- зав. отделения
- врач-рентгенолог
- врач-физиотерапевт

Методическая разработка семинара для ординаторов № 32

1. Тестовый контроль знаний:

2. 1. Причиной острой травмы периодонта может быть:

3. 1) грубая эндодонтическая обработка канала
4. 2) вредные привычки
5. 3) скученность зубов
6. 4) травматическая окклюзия
7. 5) употребление мягкой пищи

8.

9. 2. Чувство «выросшего» зуба связано с:

10. 1) разволокнением и частичным разрушением фиброзных коллагеновых волокон
11. 2) скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта
12. 3) гиперемией и отеком десны
13. 4) избыточной нагрузкой на зуб
14. 5) температурным воздействием на зуб

15. 3. Ноющая боль, усиливающаяся при накусывании на зуб, характеризует:

16. 1) обострение хронического гангренозного пульпита
17. 2) острый периодонтит в фазе интоксикации
18. 3) острый периодонтит в фазе экссудации
19. 4) хронический фиброзный пульпит
20. 5) периостит, подслизистый абсцесс

21.

22. 4. Постоянная, сильная боль, чувство «выросшего зуба» характеризует:

23. 1) обострение хронического гангренозного пульпита
24. 2) острый периодонтит в фазе интоксикации
25. 3) острый периодонтит в фазе экссудации
26. 4) хронический фиброзный пульпит
27. 5) периостит, подслизистый абсцесс

28.

29. 5. Отсутствие боли в области причинного зуба, изменение конфигурации лица:

30. 1) обострение хронического гангренозного пульпита
31. 2) острый периодонтит в фазе интоксикации
32. 3) острый периодонтит в фазе экссудации
33. 4) хронический фиброзный пульпит
34. 5) периостит, подслизистый абсцесс

35.

36. 6. Наиболее благоприятный для зуба отток экссудата при остром или обострении хронического периодонтита:

37. 1) периодонтит с формированием пародонтального кармана
38. 2) корневой канал
39. 3) систему гаверсовых каналов с формированием подслизистого абсцесса
40. 4) систему гаверсовых каналов с формированием периостита
41. 5) для сохранности зуба не играет роли

42.

43. 7. Исходом острого периодонтита не может быть:

44. 1) клиническое выздоровление
45. 2) восстановление периодонта до нормального состояния
46. 3) развитие периостита
47. 4) переход в хронический процесс

48. 5) развитие остеомиелита

49.

50. 8. Рентгенологическая картина. Нечеткость, смазанность, "завуалированность" картины периапикальной области:

51. 1) острый периодонтит

52. 2) кистогранулема

53. 3) хронический фиброзный периодонтит

54. 4) хронический гранулематозный периодонтит

55. 5) хронический гранулирующий периодонтит

Ситуационные задачи

№ 1

Пациент Д., 32 лет обратился с жалобами на ноющие боли, усиливающиеся при накусывании на 44 зуб. Анамнез: боль в 44 зубе возникла сутки назад.

Объективно: слизистая оболочка и переходная складка в области 44 зуба без изменений.

На жевательно-дистальной поверхности 44 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование кариозной полости 44 зуба безболезненно, сообщение с полостью зуба не определяется. Реакция на температурные раздражители безболезненна. ЭОД свыше 100 мкА. На рентгенограмме изменений нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф.диагностику

№ 2

Пациент Н., 33 года, жалобы на постоянные боли, ноющего характера в 15 зубе, усиливающиеся при накусывании. Анамнез: 5 дней назад в 15 зуб была наложена мышьяковистая паста. В назначенный срок больной на прием не явился. Боли при накусывании появились 3 дня назад.

Объективно: слизистая оболочка десны в области 15 зуба без изменений. На жевательной поверхности 15 зуба временная пломба. Перкуссия 15 зуба болезненная. Показания ЭОД= 100 мкА. На рентгенограмме 15 зуба патологических изменений в периапикальных тканях нет.

1. Перечислите заболевания, вероятные при этой симптоматике.
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите диф.диагностику.
4. Перечислите antidotes мышьяковистой пасты.

№ 3

Пациент К., 20 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании в 36 зубе, иррадиирующие в ухо. Чувство «выросшего зуба». Отмечается недомогание, головная боль, нарушение сна. Зуб беспокоит в течение 3 дней.

Объективно: рот полуоткрыт, подвижность 36 зуба первой степени, на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, вертикальная и горизонтальная перкуссия резко болезненна. На рентгенограмме 36 патологических изменений в периапикальных тканях нет.

1. Перечислите заболевания, вероятные при этой симптоматике.
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите диф.диагностику.
4. Надо ли проверить электровозбудимость пульпы?

№ 4

Пациент В., 40 лет, жалобы на острые пульсирующие боли постоянного характера в 14 зубе, иррадиирующие в висок, ухо, боли при дотрагивании до зуба. Анамнез: кариозную

полость заметил 1 год назад, полгода назад зуб болел несколько ночей подряд. К врачу не обращался. Боли появились три дня назад, приобрели постоянный характер, сутки назад появились пульсирующие боли, иррадиация.

Объективно: переходная складка в области 14 зуба гиперемирована, болезненна при пальпации. На жевательной поверхности 14 зуба глубокая кариозная полость не сообщающаяся с полостью зуба, зондирование безболезненно. Перкуссия резко болезненна. ЭОД=120 мкА. На рентгенограмме - потеря четкости рисунка кости альвеолы.

1. Перечислите заболевания, вероятные при этой симптоматике.
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите диф. диагностику.
4. Нужно ли проводить обезболивание перед началом лечения.

Ролевая игра – моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы: «Острый верхушечный периодонтит. Клиника, диагностика, диф. диагностика» Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для острого верхушечного периодонтита);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных и дополнительных методов обследования при данной клинической ситуации);
- 4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание методики проведения ЭОД как дополнительного метода обследования; результаты ЭОД);
- 5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 33**Тестовый контроль знаний:****1. Преобладающей микрофлорой инфекционного периодонтита являются:**

- 1) стафилококки
- 2) стрептококки
- 3) вейлонеллы
- 4) лактобактерии
- 5) простейшие

2. Чувство «выросшего» зуба связано с:

- 1) разволокнением и частичным разрушением фиброзных коллагеновых волокон
- 2) скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта
- 3) гиперемией и отеком десны
- 4) избыточной нагрузкой на зуб
- 5) температурным воздействием на зуб

3. Дифференциальный диагноз хронического фиброзного периодонтита, кроме других форм периодонтита, проводится:

- 1) с хроническим гранулирующим периодонтитом
- 2) с хроническим гранулематозным периодонтитом
- 3) со средним кариесом
- 4) с кистогранулемой
- 5) с хроническим фиброзным пульпитом

4. Симптом вазопареза определяется при обследовании пациентов с:

- 1) хроническим фиброзным периодонтитом
- 2) хроническим гранулирующим периодонтитом
- 3) хроническим гранулематозным периодонтитом
- 4) острым периодонтитом в фазе интоксикации
- 5) хроническим гангренозным пульпитом

5. Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня (рентгенологическая картина) характерно для:

- 1) хронического фиброзного периодонтита
- 2) хронического гранулематозного периодонтита
- 3) хронического гранулирующего периодонтита
- 4) острого периодонтита
- 5) среднего кариеса

6. Очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки корня соответствует рентгенологической картине:

- 1) хронического фиброзного периодонтита
- 2) хронического гранулематозного периодонтита
- 3) хронического гранулирующего периодонтита
- 4) острого периодонтита
- 5) хронического гангренозного пульпита

7. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5 см соответствует рентгенологической картине:

- 1) хронического фиброзного периодонтита

- 2) хронического гранулематозного периодонтита
- 3) хронического гранулирующего периодонтита
- 4) кистогранулемы
- 5) хронического гангренозного пульпита

8. Для кистогранулемы характерен признак:

- 1) четкие контуры очага деструкции на рентгенограмме до 5 мм
- 2) отсутствие костной структуры в очаге деструкции
- 3) расширение периодонтальной щели
- 4) очаг деструкции с нечеткими контурами
- 5) сужение периодонтальной щели

9. Зрелая гранулема (по Fich) содержит:

- 1) 2 зоны
- 2) 3 зоны
- 3) 4 зоны
- 4) 5 зон
- 5) 6 зон

10. Зона гранулемы, характеризующаяся активностью остобластов и фибробластов:

- 1) зона некроза
- 2) зона контаминации
- 3) зона раздражения
- 4) зона стимуляции
- 5) зона распада и деминерализации

11. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается:

- 1) ЭОД
- 2) реопародонтография
- 3) рентгенография
- 4) реоплетизмография
- 5) температурная проба

12. Общую интоксикацию организма в большей степени вызывает:

- 1) хронический фиброзный периодонтит
- 2) хронический гранулирующий периодонтит
- 3) хронический гранулиматозный периодонтит
- 4) кистогранулема
- 5) хронический гангренозный пульпит

13. Чаше, чем другие формы хронического периодонтита, обостряется:

- 1) хронический фиброзный периодонтит
- 2) хронический гранулирующий периодонтит
- 3) хронический гранулематозный периодонтит
- 4) кистогранулема
- 5) радикулярная киста

14. Свищевой ход является симптомом обострения:

- 1) фиброзного хронического периодонтита
- 2) гранулирующего хронического периодонтита
- 3) гранулематозного хронического периодонтита

- 4) кистогранулемы
- 5) радикулярной кисты

15. Наиболее обсемененной микробами частью корневого канала независимо от формы хронического периодонтита является:

- 1) устье канала
- 2) средняя часть канала
- 3) верхушечная часть канала
- 4) околовверхушечная часть канала
- 5) обсеменение равномерно по всей длине канала

16. Зона, содержащая некротизированные ткани и бактерии:

- 1) зона некроза
- 2) зона контаминации
- 3) зона раздражения
- 4) зона стимуляции
- 5) ни одна из зон так не характеризуется

17. Зона, содержащая лейкоциты, лимфоциты и остеокласты:

- 1) зона некроза
- 2) зона контаминации
- 3) зона раздражения
- 4) зона стимуляции
- 5) ни одна из зон так не характеризуется

18. Зона, содержащая грануляционную ткань:

- 1) зона некроза
- 2) зона контаминации
- 3) зона раздражения
- 4) зона стимуляции
- 5) ни одна из зон так не характеризуется

19. Наиболее редко дает обострение хронический периодонтит:

- 1) гранулирующий
- 2) гранулематозный
- 3) фиброзный
- 4) кисторанулема
- 5) нет зависимости от формы периодонтита

20. Отсутствие боли в области причинного зуба, изменение конфигурации лица:

- 1) обострение хронического гангренозного пульпита
- 2) острый периодонтит в фазе интоксикации
- 3) острый периодонтит в фазе экссудации
- 4) хронический фиброзный пульпит
- 5) периостит, подслизистый абсцесс

Ситуационные задачи

№ 1

Пациент С., 22 года, жалуется на изменение цвета в11 зуба. Объективно: 11 – интактный, на рентгенограмме у верхушечного отверстия 11 зуба определяется очаг

деструкции костной ткани округлой формы с чёткими контурами, электроодонтодиагностика – 120мкА

1. Поставьте диагноз
2. Проведите диф.диагностику.

№ 2

Пациент А., 38 лет, обратился с жалобами на изменение цвета 12 зуба.

Анамнез: Зуб не болел, кариозную полость заметил давно, но к врачу не обращался. Объективно: на медиальной поверхности 12 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта, зондирование и реакция на холод безболезненные, перкуссия безболезненна. На рентгенограмме 12 зуба - компактная пластинка альвеолы сохранена, деформация периодонтальной щели в виде ее расширения в области верхушки корня.

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

№ 3

Пациент В., 40 лет, обратился в стоматологическую клинику с целью санации полости рта для дальнейшего протезирования. При осмотре 25 зуба врач отметил изменение цвета коронки зуба и предложил провести рентгенодиагностику. На рентгенограмме 25 зуба в области верхушки корня компактная пластинка альвеолы разрушена, очаг деструкции костной ткани в области апекса с ровными четкими контурами, диаметром до 0,5 см.

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

№ 4

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

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

Ролевая игра – моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы «Хронический верхушечный периодонтит. Клиника, диагностика, диф.диагностика».

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для хронического верхушечного периодонтита);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных и дополнительных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения);
- 4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание методики проведения ЭОД как дополнительного метода обследования; результаты ЭОД);

5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

**Методическая разработка семинара для ординаторов № 34
ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ**

- 1. Эндодонтические инструменты для прохождения корневого канала:**
 - а) ример и К-файл
 - б) Н-файл (бурав Хедстрема)
 - в) каналонаполнитель
 - г) спредер
 - д) пульпэкстрактор

- 2. Эндодонтические инструменты для расширения корневого канала:**
 - а)) ример (дрильбор)
 - б) К-файл и Н-файл
 - в) каналонаполнитель
 - г) спредер
 - д) пульпэкстрактор

- 3. Первым этапом эндодонтической техники «Step back» (шаг назад) является:**
 - а) введение в корневой канал К-файла №35 на глубину 16 мм
 - б) определение временной рабочей длины
 - в) прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и определение рабочей длины
 - г) инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала
 - д) введение в корневой канал пульпэкстрактора

- 4. Основным действующим веществом препаратов для химического расширения корневых каналов является:**
 - а) 3% раствор гипохлорита натрия
 - б) этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)
 - в) оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)
 - г) смесь соляной и серной кислот
 - д) раствор перекиси водорода

- 5. При проведении антисептической обработки сильнодействующие препараты (камфарафенол, крезофен и т.д.):**
 - а) вводят в корневой канал на ватной турунде или бумажном штифте под временную повязку
 - б) оставляют на хорошо отжатом ватном тампоне в устье корневого канала под временную повязку
 - в) выводят за верхушку корня на бумажном штифте
 - г) оставляют на обильно смоченном ватном тампоне в устье корневого канала
 - д) не используют

- 6. Рабочая длина корня при удалении некротизированной пульпы или распада:**
 - а) равна рентгенологической длине корня
 - б) на 0,5 мм меньше
 - в) на 1,0 мм меньше
 - г) на 1,5 мм меньше
 - д) на 2 мм меньше

- 7. Для медикаментозной обработки корневого канала используют раствор перекиси водорода в концентрации:**

- а) 1,5%
 - б) 3%
 - в) 4%
 - г) 6%
 - д) 10%
- 8. Для медикаментозной обработки корневого канала используют раствор гипохлорита натрия в концентрации:**
- а) 2-3%
 - б) 3-5%
 - в) 5-6%
 - г) 6-8%
 - д) 8-10%
- 9. Препарат для медикаментозной обработки каналов с выраженной активностью в отношении анаэробных микроорганизмов:**
- а) диклофенак натрия
 - б) метронидазол
 - в) гипохлорит натрия
 - г) фурациллин
 - д) перекись водорода
- 10. При лечении острого периодонтита в стадии выраженного экссудативного процесса в первое посещение:**
- а) герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки
 - б) пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами
 - в) создают условия для оттока экссудата и оставляют зуб открытым
 - г) проводят разрез по переходной складке
 - д) используют сильнодействующие антисептики
- 11. Временное пломбирование канала зуба при лечении острого периодонтита пастами, содержащими гидроокись кальция, проводят:**
- а) на 2-3 сутки
 - б) на 4-5 сутки
 - в) на 5-7 сутки
 - г) через 10 дней
 - д) после стихания острых воспалительных явлений
- 12. Антисептические пасты для временного пломбирования каналов содержат:**
- а) эвгенол
 - б) формалин
 - в) гидроокись кальция
 - г) эпоксидные смолы
 - д) кортикостероиды

Ситуационные задачи

1. Больному К. поставлен диагноз - острый периодонтит (стадия интоксикации) 2.5 зуб. В первое посещение врач препарировал кариозную полость, раскрыл полость зуба, удалил распад пульпы, обработал канал зуба 2% раствором хлорамина, канал расширен до верхушечного отверстия файлом. В корневом канале оставлена турунда с раствором гидрокортизона. Полость зуба закрыта водным дентином. Больной назначен на повторный прием через 2 дня. Рекомендовано в случае нарастания боли удалить повязку. Правильно ли провел врач лечение

Во 2-е посещение жалоб на боль не было. Врач удалил повязку, повторно обработал корневой канал 2% раствором, хлорамина, 3% р-р гипохлорита натрия. После высушивания канал запломбирован цинкэвгеноловой пастой до верхушки корня зуба (проконтролировал правильность пломбирования по рентгенограмме), наложил прокладку из водного дентина и пломбу из фосфат-цемента. Правильно ли врач провел лечение? Какие ошибки допустил врач в процессе лечения?

2. Больной К., 65 лет, врач поставил диагноз - острый периодонтит (стадия экссудации) 2.7 зуба, абсцесс по переходной складке. Было проведено лечение: анестезия, препарирование кариозной полости, раскрыта полость зуба, удален распад пульпы из корневых каналов, небный канал расширен до верхушки корня, щечные каналы расширены на $\frac{1}{2}$ длины корня. Каналы были обработаны перекисью водорода, спиртом, эфиром, проведен резорцин-формалиновый метод, на устья корневых каналов наложен тампон с резорцин-формалиновой смесью, пломба из водного дентина .
Правильно ли врач провел лечение?

3. Больному Р. поставлен диагноз: острый периодонтит 23 зуб (стадия экссудации). В первое посещение врач препарировал кариозную полость на турбинной бормашине, раскрыл полость зуба, удалил распад пульпы, обработал канал раствором трипсина, расширил верхушечное отверстие канала зуба, из канала выделилось небольшое количество гнойного экссудата. Полость зуба оставлена открытой для оттока экссудата. Рекомендовано больному на время приема пищи закрывать кариозную полость ватным тампоном, после еды тампон удалить, тщательно прополоскать рот. На дом назначено: анальгин 0,5; ванночки с гипертоническим раствором. На повторный прием больной назначен через 5 дней. Правильно ли врач провел лечение?

4. Больной Б. жалуется на постоянную, острую боль в 16 ощущение "выросшего зуба". Боль появилась 3 дня назад. Ранее зуб не беспокоил. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Переходная складка в области проекции верхушек корней 16 зуба гиперемирована, болезненная при пальпации. В 16 кариозная полость на жевательной поверхности, сообщающаяся с полостью зуба. Вертикальная и горизонтальная перкуссия зуба резко болезненная, зондирование дна полости безболезненно. Зуб подвижен. Реакция на температурные раздражители отсутствует. ЭОД= 150 мкА. На рентгенограмме - периодонтальная щель без выраженных патологических изменений. Поставьте диагноз.

Ролевая игра

Количество участников: 4-6 студентов

Роли: пациент, врач-стоматолог, врач-рентгенолог, врач-физиотерапевт

Роль пациента: описывает жалобы характерные для острого верхушечного периодонтита и отвечает на вопросы лечащего врача-стоматолога по поводу анамнеза болезни и жизни.

Роль лечащего врача: на основании жалоб, анамнеза и клинической картины заболевания, назначает проведение дополнительного рентгенологического обследования.

Роль врача рентгенолога: описывает рентгенологическую картину данной патологии.

Роль лечащего врача: на основании жалоб, объективного обследования и данных рентгенологического обследования ставит правильный диагноз и назначает, уточняет план лечения, в зависимости от фазы течения воспалительного процесса в периодонте.

Роль врача-физиотерапевта: предлагает проведение необходимого физиотерапевтического лечения при выявленной патологии, соблюдая фазовость течения острого воспаления.

Ведущий преподаватель наблюдает за последовательностью игры и по мере необходимости исправляет или направляет ее ход.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 35
Тестовый контроль знаний

- 1. Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня (рентгенологическая картина) характерна для:**
 - а) хронического фиброзного периодонтита
 - б) хронического гранулематозного периодонтита
 - в) хронического гранулирующего периодонтита
 - г) острого периодонтита
 - д) среднего кариеса

- 2. Очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки корня:**
 - а) хронического фиброзного периодонтита
 - б) хронического гранулематозного периодонтита
 - в) хронического гранулирующего периодонтита
 - г) острого периодонтита
 - д) среднего кариеса

- 3. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5 см характеризует рентгенологическую картину:**
 - а) хронического фиброзного периодонтита
 - б) хронического гранулематозного периодонтита
 - в) хронического гранулирующего периодонтита
 - г) острого периодонтита
 - д) среднего кариеса

- 4. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается метод:**
 - а) ЭОД
 - б) реопародонтография
 - в) рентгенография
 - г) реоплетизмография
 - д) температурная проба

- 5. Минимальные сроки восстановления костной ткани:**
 - а) 6-9 мес.
 - б) 9-12 мес.
 - в) 12-18 мес.
 - г) 18-24 мес.
 - д) 24-28 мес.

- 6. Отсутствие клинической симптоматики характерно для:**
 - а) острого периодонтита
 - б) хронического гранулирующего периодонтита в стадии обострения
 - в) хронического фиброзного периодонтита
 - г) острого пульпита
 - д) хронического гангренозного пульпита

- 7. Показанием к лечению хронического периодонтита в одно посещение является:**
 - а) хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба
 - б) острый периодонтит однокорневого зуба

- в) хронический фиброзный периодонтит
- г) хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при наличии свищевого хода
- д) хронический гранулематозный периодонтит в стадии обострения

8. Эндодонтические инструменты для прохождения корневого канала:

- а) ример и К-файл
- б) Н-файл (бурав Хедстрема)
- в) каналонаполнитель
- г) спредер
- д) пульпэкстрактор

9. Эндодонтические инструменты для расширения корневого канала:

- а) ример (дрельбор)
- б) К-файл и Н-файл
- в) каналонаполнитель
- г) спредер
- д) пульпэкстрактор

10. Эндодонтические инструменты для пломбирования корневых каналов:

- а) ример (дрельбор)
- б) К-файл и Н-файл
- в) каналонаполнитель
- г) спредер
- д) пульпэкстрактор

11. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным, если:

- а) канал запломбирован не полностью
- б) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
- в) канал запломбирован полностью
- г) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
- д) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку корня

12. Благоприятным исходом лечения хронического гранулирующего периодонтита является:

- а) хронический пульпит
- б) удаление зуба
- в) переход в фиброзную форму
- г) переход в кистогранулему
- д) физиологическое выздоровление

Ситуационные задачи:

1. Больному 35 лет. Жалоб нет. Кариозная полость на медиально-апроксимальной поверхности 23 зуба. На десне в области 22, 23 зуба - свищ. Перкуссия зуба безболезненна, на рентгенограмме - корневой канал 23 широкий, у верхушки очаг резорбции костной ткани неправильной формы, без четких границ, размером до 0,5 см. Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит 23 .
Определите выбор метода лечения, обоснуйте его.

2. Больной 53 года. Жалоб на боль нет. В прошлом году зуб сильно болел, была припухлость, врач сделал разрез. Кариозная полость на медиальной поверхности 11 зуба сообщается с полость зуба, зондирование, перкуссия безболезненны, на рентгенограмме - корневой канал не пломбирован, у верхушки 11 очаг резорбции костной ткани с четкими границами, округлой формы, размером до 0,5 см. Диагноз: хронический гранулематозный периодонтит 11 зуба.

Наметьте план лечения. Определите возможный прогноз.

3. Больной 37 лет. Жалобы на деформацию верхней губы. 21 зуб интактный, коронка изменена в цвете, ранее была травма. На рентгенограмме - очаг разряжения костной ткани в области проекции верхушки корня 21, 22 зубов круглой формы с четкими границами до 2,0 см. в размере. Диагноз: радикулярная киста верхней челюсти в области 21, 22 зубов.

Какова тактика врача? Обоснуйте план лечения.

4. Больному 47 лет. Жалобы на болезненность 22 зуба при накусывании жесткой пищи. У больного в анамнезе ревматизм.. 22 ранее лечен по поводу пульпита. На дистальной поверхности имеется пломба. На рентгенограмме - канал пломбирован на 2/3 длины, у верхушки 22 очаг резорбции костной ткани неправильной формы, размером до 0,5 см.

Поставьте диагноз, наметьте план лечения, обоснуйте его.

Ролевая игра

Количество участников: 4-6 студентов.

Роли: пациент, врач-стоматолог, врач-рентгенолог, врач-физиотерапевт, заведующий лечебным отделением.

Роль пациента (студент М): описывает жалобы и состояние данного зуба, изменение цвета коронки, давность развития данного заболевания, отмечает изменения со стороны слизистой оболочки десны, периодическое появление гнойного пузырька. Отвечает на новоявленные вопросы врача-стоматолога (студент К.)

Роль лечащего врача-стоматолога (студент К): на основании жалоб, объективного обследования для уточнения диагноза, назначает дополнительное обследование - рентгенологическое.

Роль врача-рентгенолога: описывает рентгенологическую картину при данной патологии.

Роль врача-стоматолога: уточняет и обосновывает диагноз и назначает план лечения. Особый интерес вызвал вопрос о необходимости заапикальной терапии и прогнозе лечения.

Роль врача-физиотерапевта: предлагает проведение возможных физиотерапевтических процедур при выявленной патологии.

Все студенты участвуют в дискуссии, в проведении правильного лечения.

Ведущий преподаватель наблюдает за последовательностью игры и по мере необходимости исправляет или направляет ее ход.

Роль зав.отделением: указывает на ошибки в плане лечения или в записи истории болезни.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 36
ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

- 1. Для удаления коронковой части (ампутации) пульпы используют инструменты:**
 - 1) штопфер
 - 2) экскаватор
 - 3) зонд
 - 4) колесовидный бор
 - 5) зеркало
- 2. Для удаления корневой части (экстирпации) пульпы в хорошо проходимых корневых каналах используют инструменты:**
 - 1) пульпоэкстрактор
 - 2) иглу Миллера
 - 3) К-файл
 - 4) гуттаконденсор
 - 5) спредер
- 3. Удаление инфицированного предентина со стенок канала зуба рекомендуется проводить:**
 - 1) корневой иглой
 - 2) пульпоэкстрактором
 - 3) К-файлом
 - 4) каналонаполнителем
 - 5) экскаватором
- 4. При пломбировании корневого канала используют инструмент:**
 - 1) Н-файл
 - 2) спредер
 - 3) развертку
 - 4) пульпоэкстрактор
 - 5) штифт
- 5. Для удаления коронковой пульпы в молярах используют:**
 - 1) плагер
 - 2) экскаватор
 - 3) спредер
 - 4) корневую иглу
 - 5) файлы
- 6. Для высушивания корневого канала применяется:**
 - 1) пистолет универсальной установки
 - 2) бумажные штифты
 - 3) спирт
 - 4) эфир
 - 5) перекись водорода
- 7. Для прохождения корневого канала по длине применяют:**
 - 1) К-ример
 - 2) К-файл
 - 3) Н-файл
 - 4) пульпоэкстрактор
 - 5) каналонаполнитель
- 8. Для расширения корневого канала по диаметру применяют:**
 - 1) корневую иглу
 - 2) пульпоэкстрактор
 - 3) К-ример
 - 4) К-файл, Н-файл

5) каналонаполнитель

9. При пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи применяются инструменты:

- 1) пульпоэкстракторы
- 2) H-файлы
- 3) спредеры
- 4) плагеры
- 5) K-файлы

10. Экстирпацию пульпы проводят:

- 1) экскаватором
- 2) пульпоэкстрактором
- 3) каналонаполнителем
- 4) спредером
- 5) плагером

11. Определение рабочей длины зуба осуществляется методом:

- 1) рентгенографии
- 2) субъективных ощущений
- 3) термодиагностики
- 4) электроодонтодиагностики
- 5) ультразвуковым

12. Символом K-римера является:

- 1) треугольник
- 2) квадрат
- 3) ромб
- 4) круг
- 5) трапеция

13. Символом K-файла является:

- 1) треугольник
- 2) квадрат
- 3) ромб
- 4) круг
- 5) трапеция

14. Для снижения риска перфорации искривленного канала необходимо:

- 1) изогнуть K-ример по кривизне канала
- 2) применить вращающиеся инструменты
- 3) отказаться от обработки канала
- 4) применить препарат ЭДТА
- 5) запломбировать канал

15. Критерием полного удаления пульпы из корневого канала является:

- 1) наличие целого тяжа на пульпоэкстракторе
- 2) кровотечение из канала
- 3) безболезненная перкуссия
- 4) болезненное зондирование
- 5) проведение ЭОД

Ситуационная задача.

Больной В.40 лет направлен ортопедом стоматологом для депульпирования 16 зуба.

Назовите инструменты, которые необходимы для эндодонтического лечения:

1. для исследования корневого канала,
2. расширения устья,
3. для прохождения и расширения корневого канала методом степ-бек,

4. для пломбирования канала методом латеральной конденсации.

Ролевая игра – моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы «Эндодонтический инструментарий и оборудование (апекслокатор, эндомотор, эндодонтический микроскоп, лазер в эндодонтии)».

Группа студентов распределяется по ролям:

1-й студент – «пациент 1» (обратился в клинику с жалобами, характерными для одной из форм пульпитов);

2-й студент – «пациент 2» (обратился в клинику с жалобами, характерными для одной из форм периодонтитов);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения; знание особенностей эндодонтического лечения при различной патологии; на модели корневого канала должен показать методику применения различного эндодонтического инструментария);

4-й студент - «медсестра» (знание основного эндодонтического инструментария, принципов асептики, антисептики, инфекционного

Методическая разработка семинара для ординаторов № 37
Тестовый контроль знаний по теме: Основные этапы эндодонтического
лечения. Методы измерения рабочей длины корневого канала.

1. Наиболее точно длина корневого канала определяется при помощи:

- 1) корневой иглы, введенной в корневой канал до ощущения пациентом легкого укола
- 2) корневой иглы, введенной в корневой канал и рентгенограммы
- 3) апекслокатора
- 4) по соотношению длины корня и коронки зуба
- 5) по специальным таблицам

2. Рабочая длина корня при удалении живой пульпы:

- 1) равна рентгенологической длине корня
- 2) на 0,5 мм меньше
- 3) на 1,0 мм меньше
- 4) на 1,5 мм меньше
- 5) на 2 мм меньше

3. Рабочая длина корня при удалении некротизированной пульпы или распада:

- 1) равна рентгенологической длине корня
- 2) на 0,5 мм меньше
- 3) на 1,0 мм меньше
- 4) на 1,5 мм меньше
- 5) на 2 мм меньше

Тестовый контроль знаний по теме: Методика инструментальной обработки
корневого канала (препарирование полости зуба и корневых каналов).

1. Требования, предъявляемые к препарированию верхушки корневого канала:

- 1) верхушечная треть канала не подвергается обработке
- 2) верхушка корня не обрабатывается инструментально, только медикаментозно
- 3) верхушка расширена
- 4) формируется апикальный уступ
- 5) проводится резекция верхушки

2. Первый этап техники «Step back» («шаг назад»):

- 1) формирование апикального упора
- 2) прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и определение рабочей длины
- 3) инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала
- 4) заключительное выравнивание стеной корневого канала
- 5) инструментальная обработка средней и верхней частей корневого канала

3. Окончательный этап техники «Crown down» (от коронки вниз):

- 1) введение в корневой канал Н-файла № 35 на глубину 16 мм
- 2) прохождение апикальной части канала на временную рабочую длину
- 3) определение временной рабочей длины
- 4) определение окончательной рабочей длины
- 5) расширение корневого канала и придание ему конусовидной формы

Методическая разработка семинара для ординаторов № 38
Тестовый контроль знаний по теме: Медикаментозные препараты, применяемые в эндодонтии (ирригация и дезинфекция корневых каналов).

1. Для медикаментозной обработки (промывания) корневых каналов чаще всего используют

- 1) 3% раствор гипохлорита натрия
- 2) 3% раствор перекиси водорода
- 3) гвоздичное масло
- 4) камфарофенол
- 5) гидрокортизон

2. Основным действующим веществом препаратов для химического расширения каналов является:

- 1) 3% раствор гипохлорита натрия
- 2) этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)
- 3) оксиэтилендифосфовая кислота (ксидифон)
- 4) смесь соляной и серной кислот
- 5) раствор перекиси водорода

3. При проведении антисептической обработки сильнодействующие препараты (камфарофенол, крезол и т.д.):

- 1) вводят в корневой канал на ватной турунде или бумажном штифте под временную повязку
- 2) оставляют на ватном, хорошо отжатом тампоне в устье корневого канала под временную повязку
- 3) выводят за верхушку корня на тонком бумажном штифте
- 4) оставляют на ватном, обильно смоченном тампоне в устье корневого канала
- 5) не используют

4. Для медикаментозной обработки канала используют раствор перекиси водорода в концентрации:

- 1) 1,5%
- 2) 3%
- 3) 4%
- 4) 6%
- 5) 10%

5. Для медикаментозной обработки корневого канала используют раствор гипохлорита натрия в концентрации:

- 1) 2-3%
- 2) 3-5%
- 3) 5-6%
- 4) 6-8%
- 5) 8-10%

6. Для химического расширения корневого канала используют:

- 1) хлоргексидин
- 2) ЭДТА
- 3) эвгенол
- 4) формалин
- 5) перекись водорода

7. Йодсодержащие препараты для медикаментозной обработки каналов:

- 1) хлорамин Т, хлоргексидин
- 2) протеолитические ферменты
- 3) гидроокись меди-кальция
- 4) бетадин, йодиол
- 5) перекись водорода

8. Препарат для медикаментозной обработки каналов с выраженной активностью в отношении анаэробных микроорганизмов:

- 1) диклофенак натрия
- 2) метронидазол
- 3) гипохлорит натрия
- 4) фурациллин
- 5) перекись водорода

Тестовый контроль знаний по теме: Временная obturация корневого канала.**1. Минимальные сроки восстановления костной ткани:**

- 1) 6-9 мес.
- 2) 9-12 мес.
- 3) 12-18 мес.
- 4) 18-24 мес.
- 5) 24-28 мес.

2. Эвгенол является основой:

- 1) материалов для постоянных пломб
- 2) паст для постоянного пломбирования каналов
- 3) паст для временного пломбирования каналов
- 4) для изолирующих прокладок под композиты химического отверждения
- 5) для изолирующих прокладок под композиты светового отверждения

3. Временное пломбирование канала зуба при лечении острого периодонтита пастами, содержащими гидроокись кальция, проводят:

- 1) на 2-3 сутки
- 2) на 4-5 сутки
- 3) на 5-7 сутки
- 4) через 10 дней
- 5) после стихания острых воспалительных явлений

4. Антисептические пасты для временного пломбирования каналов содержат:

- 1) эвгенол
- 2) формалин
- 3) гидроокись кальция
- 4) эпоксидные смолы
- 5) кортикостероиды

5. При отсутствии положительной динамики консервативного лечения деструктивного периодонтита однокорневого зуба проводится:

- 1) повторное эндодонтическое лечение
- 2) гемисекция
- 3) короно-радикулярная сепарация
- 4) резекция верхушки корня

- 5) ампутация корня

6. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным, если:

- 1) канал запломбирован не полностью
- 2) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
- 3) канал запломбирован полностью
- 4) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
- 5) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку корня

Ситуационные задачи по теме: Медикаментозные препараты, применяемые в эндодонтии (ирригация и дезинфекция корневых каналов).

Задача №1.

Пациент 24 лет жалуется на боль постоянного характера в области 36, усиливающуюся при накусывании. Из анамнеза выяснено, что в 36 была наложена мышьяковистая паста, но пациент в назначенный день к врачу не явился. Объективно: слизистая оболочка маргинальной десны гиперемирована, отечна. 36 под временной пломбой, вертикальная перкуссия слабо болезненна.

Какое медикаментозное лечение следует провести в данном случае?

Задача №2.

При препарировании корневого канала врач использовал для химического расширения «Канал+», провел ирригацию с перекисью водорода 3%, оставил антисептическую повязку с «Крезодентом».

Что врач сделал не правильно, и какому препарату нужно было отдать предпочтение?

Ситуационные задачи по теме: Временная obtурация корневого канала.

№ 1

Пациент 35 лет жалуется на чувство неловкости в области 21. Полгода назад зуб болел, к врачу не обращался.

Объективно: На вестибулярной поверхности десны в проекции верхушки корня 21 свищ с грануляциями. На медиально-апроксимальной и дистальной поверхностях 21 определяются кариозные полости, заполненные размягченным дентином. Зондирование и температурная проба безболезненны. Сравнительная перкуссия слегка болезненна.

1. Какой диагноз заболевания;
2. Тактика лечения;
3. Препараты для временного пломбирования корневых каналов.

№ 2

Пациентка 22 лет обратилась в клинику с жалобами на выпадение пломбы из 44. Зуб был лечен 6 лет назад, не беспокоил.

Объективно: слизистая переходной складки в проекции 44 бледно-розовой окраски, безболезненная при пальпации. 44 изменен в цвете, кариозная полость на

дистальной поверхности сообщается с полостью зуба, зондирование безболезненно. На рентгенограмме канал не пломбирован, в периапикальных тканях - расширение периодонтальной щели

6. Поставьте диагноз;
7. Какие значения ЭОД при данном заболевании;
8. Этапы лечения.

№3

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

Объективно: на жевательной поверхности 14 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта, зондирование устьев корневых каналов безболезненно, на десне в области 14 зуба имеется рубец от свища. Рентгенограмма: в области верхушек корней очаг деструкции костной ткани без четких границ, размером 3x4 мм.

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Какие препараты необходимо использовать для медикаментозной обработки корневых каналов?
4. Показано ли пломбирование зуба в первое посещение?
5. Прогноз лечения.

Ролевая игра по теме: Медикаментозные препараты, применяемые в эндодонтии (ирригация и дезинфекция корневых каналов).

Моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы «основные этапы эндодонтического лечения. Измерение глубины корневого канала».

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику для эндодонтического лечения зуба);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (знание этапов эндодонтического лечения и умение применять медикаментозные препараты в эндодонтии);
- 4-й студент - «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Ролевая игра по теме: Временная obtурация корневого канала.

Ролевая игра – моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы «Временная obtурация корневого канала».

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для периодонтита);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения);
- 4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание методики проведения ЭОД как дополнительного метода обследования; результаты ЭОД);

5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 39
Тестовый контроль знаний по теме: Материалы для постоянного пломбирования
корневых каналов. Выбор пломбировочного материала.

1. Требования, предъявляемые к препарированию верхушки корневого канала:

- а) верхушечная треть канала не подвергается обработке
- б) верхушка корня не обрабатывается инструментально, только медикаментозно
- в) верхушка расширена
- г) формируется апикальный уступ
- д) проводится резекция верхушки

2. Первый этап техники «Step back» («шаг назад»):

- а) формирование апикального упора
- б) прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и определение рабочей длины
- в) инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала
- г) заключительное выравнивание стеной корневого канала
- д) инструментальная обработка средней и верхней частей корневого канала

3. Окончательный этап техники «Crown down» (от коронки вниз):

- а) введение в корневой канал Н-файла № 35 на глубину 16 мм
- б) прохождение апикальной части канала на временную рабочую длину
- в) определение временной рабочей длины
- г) определение окончательной рабочей длины
- д) расширение корневого канала и придание ему конусовидной формы

4. Основным действующим веществом препаратов для химического расширения каналов является:

- а) этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)
- б) ортофосфорная кислота
- в) оксиэтилендифосфоновая кислота
- г) полиакриловая кислота
- д) мышьяковистая кислота

5. Укажите правильную последовательность. Методика "ручного" пломбирования канала пастами:

- а) проведение рентгенологического контроля качества пломбирования;
 - б) вводят следующую порцию пасты на меньшую глубину и конденсируют ее;
 - в) конденсируют пасту при помощи ватной турунды на эндодонтическом инструменте;
 - г) на кончике К-файла, К-римера или корневой иглы в канал до верхушки вносят небольшое количество пасты;
 - д) продолжают введение и конденсацию последующих порций пасты до полной obturation канала;
 - е) уплотнение избытка пасты над устьем корневого канала ватным шариком
- а) г, в, б, д, е, а
 - б) г, б, в, а, д, е.

6. Для пломбирования корневого канала однокорневого зуба используют:

- а) резорцин-формалиновую пасту
- б) силикатный цемент
- в) жидкотекучий композит
- г) гуттаперчевые штифты

д) форфенан

7. Гуттаперчевые штифты вводят в корневой канал для:

- а) абсорбции влаги
- б) дезинфекции канала
- в) пломбирования
- г) оттока экссудата
- д) расширения

8. При пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи применяются инструменты:

- а) пульпоэкстракторы
- б) Н-файлы
- в) спредеры
- г) плагеры
- д) К-файлы

9. При латеральной конденсации гуттаперчи в качестве силера применяется:

- а) резорцин-формалиновая паста
- б) паста на основе смол
- в) серебряные штифты
- г) стекловолоконные штифты
- д) анкерные штифты

10. Основой для нетвердеющих паст является:

- а) эвгенол
- б) резорцин-формалиновая смесь
- в) вазелин-глицериновая смесь
- г) эпоксидные смолы
- д) дистиллированная вода

11. Эвгенол является основой для:

- а) материалов для постоянных пломб
- б) паст для постоянного пломбирования каналов
- в) паст для временного пломбирования каналов
- г) для изолирующих прокладок под композиты химического отверждения
- д) для изолирующих прокладок под композиты светового отверждения

Тестовый контроль знаний по теме: Методы пломбирования корневых каналов.

1. Методика пломбирования корневого канала пастами предполагает:

- а) введение в канал одного центрального штифта
- б) введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
- в) введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
- г) последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
- д) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

2. Способ пломбирования каналов методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи предполагает:

- а) введение в канал одного центрального штифта
- б) введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе

- в) введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
- г) последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
- д) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

3. Обтурация корневых каналов системой «Термафил» предполагает:

- а) введение в канал одного центрального штифта
- б) введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
- в) введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
- г) последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
- 5) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

4. Современным способом пломбирования корневых каналов является:

- а) метод латеральной конденсации гуттаперчи
- б) применение одной пасты
- в) применение фосфат-цемента
- г) применение серебряного штифта
- д) применение гуттаперчи без силера

5. Показанием к проведению импрегнационных методов являются:

- а) хорошо проходимые каналы
- б) каналы в стадии резорбции верхушечной части
- в) плохопроходимые и облитерированные каналы
- г) каналы однокорневых зубов
- д) воспаление в периодонте

6. Первым этапом при инструментальном расширении корневого канала является:

- а) антисептическая обработка
- б) расширение апикального отверстия
- в) определение длины корневого канала
- г) расширение устьев корневого канала
- д) применение Н-файлов

7. Преимуществом пломбирования корневого канала с применением системы «Термафил» является:

- а) короткий период пластичности
- б) трехмерная обтурация канала
- в) болевые ощущения
- г) выведение материала за верхушку
- д) травма периодонта

8. Методика пломбирования корневого канала пастами предполагает:

- а) введение в канал одного центрального штифта
- б) введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
- в) введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
- г) последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
- д) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

9. При пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи применяются инструменты:

- а) пульпоэкстракторы
- б) Н-файлы
- в) спредеры
- г) плагеры
- д) К-файлы

10. При латеральной конденсации гуттаперчи в качестве силера применяется:

- а) резорцин-формалиновая паста
- б) паста на основе смол
- в) серебряные штифты
- г) стекловолоконные штифты
- д) анкерные штифты

11. Эндодонтические инструменты для пломбирования корневых каналов:

- а) ример
- б) К-файл
- в) Н-файл
- г) каналонаполнитель и спредер
- д) пульпэкстрактор

12. Причиной острой травмы периодонта может быть:

- а) грубая эндодонтическая обработка канала
- б) вредные привычки
- в) скученность зубов
- г) травматическая окклюзия
- д) употребление мягкой пищи

Ситуационные задачи по теме: Материалы для постоянного пломбирования корневых каналов. Выбор пломбировочного материала.

№ 1

Больной 28 лет жалуется на изменение цвета коронки 23. Коронка розового цвета. Из анамнеза выявлено, что корневой канал этого зуба пломбирован. Какой пломбировочный материал мог вызвать подобное изменение цвета?

№ 2

Пациент 24 лет жалуется на боль постоянного характера в области 36, усиливающуюся при накусывании. Из анамнеза выяснено, что в 36 была наложена мышьяковистая паста, но пациент в назначенный день к врачу не явился. Объективно: слизистая оболочка маргинальной десны гиперемирована, отечна. 36 под временной пломбой, вертикальная перкуссия слабо болезненна.

1. Поставьте предварительный диагноз:
2. Этиологический фактор, сыгравший ведущую роль в возникновении заболевания:
3. Этапы лечения данного заболевания
4. Медикаментозное лечение данного заболевания.

№ 3

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

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие методы лечения можно использовать в данной клинической ситуации?
4. Какие группы материалов можно использовать для obturation корневых каналов?
5. Назовите пломбировочные материалы для корневых каналов для данной клинической ситуации?

Ситуационные задачи по теме: Методы пломбирования корневых каналов.

№ 1

Пациентка 54 лет обратилась с жалобами на самопроизвольную боль постоянного характера, усиливающуюся при накусывании в области 13. Появилось чувство, что зуб стал выше других. Из анамнеза выявлено, что две недели назад в ортопедическом отделении препарировали 13 и 16 под металлокерамические коронки. После препарирования появились боли от температурных раздражителей, особенно от холодного, затем появились боли в ночное время. В последние три дня зуб болит постоянно.

При осмотре асимметрия лица, переходная складка в области 13 гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. 13 и 16 препарированы под искусственную коронку. Вертикальная перкуссия 13 резко болезненна, зуб слегка подвижен.

1. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза;
2. Какие изменения обнаруживают при рентгенологическом исследовании;
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику;
4. Абсолютные противопоказания к консервативному лечению верхушечного периодонтита.
5. Этапы лечения.

№ 2

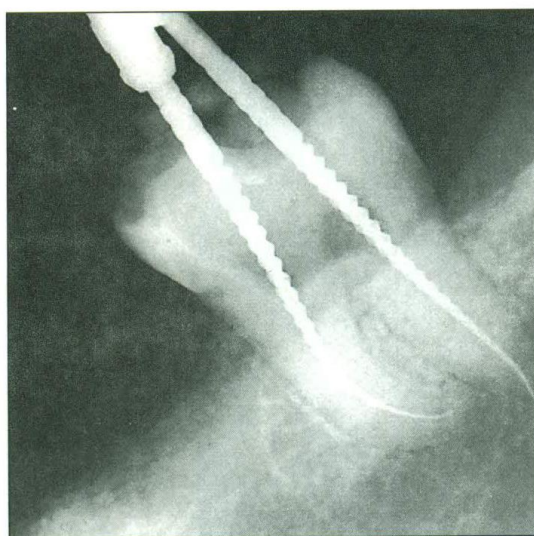


Рис. 1

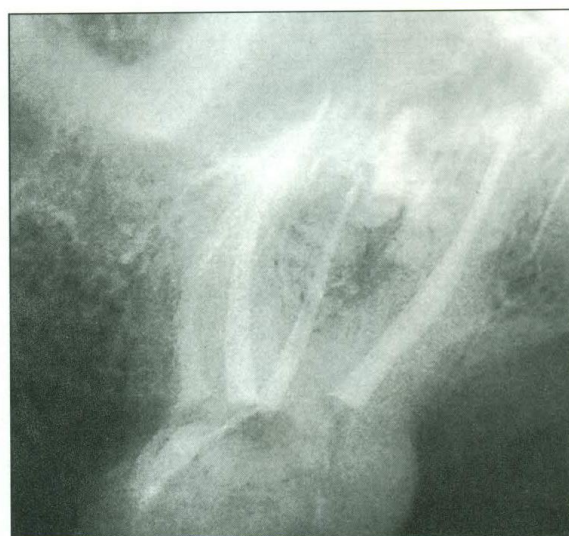


Рис. 2.

На рентгенограммах представлены этапы эндодонтического лечения.

На рентгенограмме 1 виден моляр нижней челюсти с введенными в корневые каналы стержневыми инструментами.

На рентгенограмме 2 виден моляр верхней челюсти после пломбирования корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации.

Вопросы:

1. Цель выполнения рентгеновского снимка – 1 (рис. 1).
2. Расскажите о методах определения длины корневого канала.
3. Цель определения длины корневого канала.
4. Укажите осложнения, которые предупреждают формирование апикального уступа.
5. Укажите количество рентгенограмм, выполняемых по стандартам эндодонтического лечения, их назначение.

№ 3

Пациент В., 31 год, жалобы на постоянную боль в 36 зубе, усиливающуюся при накусывании на зуб. Анамнез: 36 зуб ранее лечен по поводу кариеса, после выпадения пломбы к врачу не обращался. В течение последних двух дней появились ноющие боли постоянного характера.

Объективно: незначительная асимметрия лица справа за счет отека мягких тканей левой щечной области. На жевательной поверхности 36 зуба глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Резкая боль при перкуссии. Слизистая оболочка переходной складки в области 36 зуба гиперемирована, отечна, пальпация в области проекции верхушки корня болезненна. На рентгенограмме: в области верхушки корня изменений нет.

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

Ролевая игра – моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы «Материалы для постоянного пломбирования корневых каналов. Выбор пломбировочного материала».

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для осложненных форм кариеса);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения);
- 4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание методики проведения ЭОД как дополнительного метода обследования; результаты ЭОД);
- 5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Ролевая игра – моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы «Методы пломбирования корневых каналов».

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для осложненных форм кариеса);

- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения);
- 4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание методики проведения ЭОД как дополнительного метода обследования; результаты ЭОД);
- 5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 40
Тестовый контроль знаний

01. Ошибкой в эндодонтии на этапах диагностики является:

- 1) неправильная интерпретация рентгенограмм
- 2) недостаточная герметизация девитализирующей пасты
- 3) смещение мышьяковистой пасты при наложении повязки
- 4) закрытие мышьяковистой пасты масляным дентином
- 5) перфорация

02. Осложнением при эндодонтическом лечении является:

- 1) отлом инструмента в канале
- 2) создание апикального упора
- 3) пломбирование корневого канала до физиологического отверстия
- 4) создание конусности канала
- 5) расширение канала

03. Ошибкой при лечении пульпита биологическим методом является:

- 1) вскрытие полости зуба
- 2) наложение лечебной прокладки
- 3) полное удаление некротизированного дентина
- 4) раскрытие кариозной полости
- 5) формирование кариозной полости

04. Ошибкой в лечении пульпита методом девитальной экстирпации является:

- 1) наложение мышьяковистой пасты без вскрытия полости зуба
- 2) закрытие кариозной полости искусственным дентином
- 3) наложение мышьяковистой пасты на вскрытую полость зуба
- 4) адекватное обезболивание
- 5) проведение некроэктомии

05. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным в случае, когда:

- 1) канал запломбирован не полностью
- 2) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
- 3) канал запломбирован полностью
- 4) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
- 5) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку корня

Ситуационные задачи

Задача №1.

1. При лечении хронического гранулематозного периодонтита 35 больного в канале сломан дрельбор.

Укажите возможные осложнения. Составьте план лечения.

Задача №2.

Больному В., 32 года, поставлен диагноз: хронический фиброзный периодонтит 47. При препарировании полости зуба появилась резкая болезненность, кровоточивость в области дна полости.

Укажите возможные осложнения. Составьте план лечения.

Задача №3.

Больному Д., 18 лет, поставлен диагноз: острый периодонтит в стадии интоксикации 31. Врач трепанировал коронку 31 с небной стороны, вскрыл полость зуба, расширил устья корневых каналов, ввел одномоментно пульпэкстрактор до верхушки, извлек распад пульпы, провёл медикаментозную обработку и инструментальную обработку корневого канала. Оставил турунду с димексидом под временную пломбу на двое суток. Правильно ли врач провёл лечение?

Больной появился на следующий день с жалобами на усиление болей, появление отёчности по переходной складке. Объективно: переходная складка отёчна, гиперемирована, перкуссия 31 резко болезненна.

Поставьте диагноз; укажите возможные причины ухудшения состояния больного; составьте план дальнейшего лечения.

Ролевая игра

Моделирование клинической ситуации для закрепления усвоения темы «Ошибки и осложнения, возникающие при эндодонтическом лечении. Способы профилактики и устранения ошибок и осложнений».

Группа студентов распределяется по ролям:

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику для эндодонтического лечения зуба);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (знание методов профилактики ошибок и осложнений, возникающих при эндодонтическом лечении, и умение их устранить);

4-й студент - «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 41
Тестовый контроль знаний

1. Причиной избыточного выведения пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня является:

- 1) перфорация стенки корневого канала
- 2) избыточное расширение апикального отверстия
- 3) облом стержневого инструмента в канале
- 4) недостаточная медикаментозная обработка
- 5) формирование дентинной пробки

2. Благоприятным исходом лечения хронического гранулирующего периодонтита является:

- 1) хронический пульпит
- 2) удаление зуба
- 3) переход в фиброзную форму
- 4) переход в кистогранулему
- 5) физиологическое выздоровление

3. Благоприятным исходом лечения хронического гранулематозного периодонтита является:

- 1) хронический пульпит
- 2) удаление зуба
- 3) переход в фиброзную форму
- 4) переход в кистогранулему
- 5) физиологическое выздоровление

4. Обострение воспалительного процесса наблюдается чаще при периодонтите:

- 1) хроническом фиброзном
- 2) хроническом гранулирующем
- 3) хроническом гранулематозном
- 4) кистогранулеме
- 5) гангренозном

5. Основным действующим веществом препаратов для химического расширения каналов является:

- 1) 3% раствор гипохлорита натрия
- 2) этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)
- 3) оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)
- 4) смесь соляной и серной кислот
- 5) раствор перекиси водорода

6. При проведении антисептической обработки сильнодействующие препараты (камфарофенол, крезофен и т.д.):

- 1) вводят в корневой канал на ватной турунде или бумажном штифте под временную повязку
- 2) оставляют на ватном, хорошо отжатом тампоне в устье корневого канала под временную повязку
- 3) выводят за верхушку корня на тонком бумажном штифте
- 4) оставляют на ватном, обильно смоченном тампоне в устье корневого канала
- 5) не используют

7.Для медикаментозной обработки канала используют раствор перекиси водорода в концентрации:

- 1) 1,5%
- 2) 3%
- 3) 4%
- 4) 6%
- 5) 10%

8.Для медикаментозной обработки корневого канала используют раствор гипохлорита натрия в концентрации:

- 1) 2-3%
- 2) 3-5%
- 3) 5-6%
- 4) 6-8%
- 5) 8-10%

9.Для химического расширения корневого канала используют:

- 1) хлоргексидин
- 2) ЭДТА
- 3) эвгенол
- 4) формалин
- 5) гипохлорит натрия

10. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным, если:

- 1) канал запломбирован не полностью
- 2) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
- 3) канал запломбирован полностью
- 4) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
- 5) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку корня

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1.При лечении хронического гранулематозного периодонтита 35 больного в канале сломан дрельбор. Укажите возможные осложнения. Составьте план лечения.

2. После лечения 36 по поводу хронического гранулирующего периодонтита у больного К. через сутки появились ноющие боли постоянного характера, усиливающиеся при накусывании. На рентгенограмме: корневые каналы запломбированы качественно, в области медиального корня наблюдается деформация периодонтальной щели, в области дистального корня - разрежение костной ткани с нечеткими контурами неправильной формы, пломбировочный материал выведен в периапикальные ткани. Поставьте диагноз. Наметьте план лечения.

3. Больному В., 32 года, поставлен диагноз: хронический фиброзный периодонтит 47. При препарировании полости зуба появилась резкая болезненность, кровоточивость в области дна полости. Укажите возможные осложнения. Составьте план лечения.

4. Больному В.. 43 года, 11 лечен по поводу среднего кариеса. Через 3 дня больной обратился к врачу с жалобами на самопроизвольные боли, усиливающиеся при накусывании, припухлость десны в обл. 11, 12. Объективно: переходная складка в области 11, 12 зубов сглажена, болезненна при пальпации. 11 -

под пломбой. 12 - интактный. Вертикальная перкуссия 11 - резко болезненна. 12 - безболезненна. Дообследуйте больного. Поставьте диагноз. Укажите, допущенные врачом ошибки. Составьте план лечения больного.

Ролевая игра

Роли: пациент, врач-стоматолог, заведующий отделением, врач-рентгенолог, врач-лаборант, врач-физиотерапевт, стоматолог-хирург.

Роль пациента: красочно описывает жалобы больного при любом из осложнений периодонтита после лечения, придумывает анамнез болезни и жизни.

Роль лечащего врача: на основании жалоб и анамнеза болезни описывает возможные ошибки в диагностике или лечении периодонтита, назначает проведение дополнительных исследований, озвучивает свой предварительный диагноз.

Роль врача-лаборанта: должен дать клиническое заключение по направлению лечащего врача.

Роль врача-рентгенолога: описывает рентгенологическую картину при данной патологии.

Роль лечащего врача: обосновывает диагноз и назначает план лечения возникшего осложнения.

Роль заведующего отделением: указывает на ошибки в обследовании и в плане лечения (если они были).

Роль врача-физиотерапевта: предлагает проведение возможных физиотерапевтических процедур при выявленной патологии.

Роль хирурга-стоматолога: предлагает проведение возможных хирургических процедур при выявленной патологии

Ведущий преподаватель наблюдает за последовательностью игры, и по мере необходимости исправляет либо направляет её ход.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 42
Тестовый контроль знаний

001. Пародонтом называют комплекс тканей, состоящий из:

- 1) десны, альвеолярного гребня, пародонта и цемента корня зуба
- 2) десны, костной ткани альвеолы, пародонта и цемента корня зуба
- 3) десны, костной ткани альвеолы, шарпеевских волокон и цемента корня зуба
- 4) десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, пародонта и цемента корня зуба
- 5) десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, пародонта и клеточного цемента корня зуба

002. Функция пародонта, которая проявляется в сохранении целостности его структурных компонентов при внешних воздействиях:

- 1) барьерная
- 2) трофическая
- 3) пластическая
- 4) регулирующая, нейросенсорная
- 5) амортизирующая, опорно-удерживающая

003. Функция пародонта, которая связана с поддержанием и восстановлением микроциркуляции в состояниях функциональной нагрузки и физиологического покоя:

- 1) барьерная
- 2) трофическая
- 3) пластическая
- 4) регулирующая, нейросенсорная
- 5) амортизирующая, опорно-удерживающая

004. Функция пародонта, которая направлена на своевременное восстановление структурных компонентов, утраченных в процессе жизнедеятельности, создание новых функциональных единиц, необходимых для адаптации к возникающим нагрузкам:

- 1) барьерная
- 2) трофическая
- 3) пластическая
- 4) регулирующая, нейросенсорная
- 5) амортизирующая, опорно-удерживающая

005. Функция пародонта, которая состоит в рефлекторной регуляции трофики тканей и жевательного давления при реализации пародонто-мышечного рефлекса:

- 1) барьерная
- 2) трофическая
- 3) пластическая
- 4) регулирующая, нейросенсорная
- 5) амортизирующая, опорно-удерживающая

006. Функция пародонта, которая направлена на удержание зуба в альвеоле, поддержании зубодесневого соединения, перераспределении жевательного давления на стенки альвеолы:

- 1) барьерная
- 2) трофическая
- 3) пластическая
- 4) регулирующая, нейросенсорная
- 5) амортизирующая, опорно-удерживающая

007. Мягкотканное анатомическое образование в полости рта, состоящее из многослойного плоского ороговевающего эпителия, собственной пластинки с поверхностным сосочковым и более глубоким сетчатым слоем:

- 1) десна
- 2) твердое небо
- 3) переходная складка
- 4) слизистая оболочка альвеолярного отростка
- 5) слизистая оболочка дорзальной поверхности языка

008. Часть десны, которая лежит непосредственно на надкостнице вестибулярного и орального скатов альвеолярной кости:

- 1) край десны
- 2) межзубная десна
- 3) маргинальная десна
- 4) прикрепленная десна
- 5) слизисто-десневая граница

009. Часть десны, непосредственно окружающая зуб и прикрепленная к нему на участке от десневого края до десневого желобка:

- 1) круговая
- 2) свободная
- 3) межзубная
- 4) прикрепленная
- 5) кератинизированная

010. Непрерывное углубление на десне, которое повторяет контур десневого края, лежит апикальное его и определяется визуально:

- 1) рецессия десны
- 2) десневая борозда
- 3) десневой желобок
- 4) зубо-десневое соединение
- 5) слизисто-десневая граница

011. Клиническая десневая борозда соответствует погружению градуированного зонда между поверхностью зуба и десной в апикальном направлении на глубину менее (мм):

- 1) 5
- 2) 4
- 3) 3
- 4) 2
- 5) 1

012. Клинически определяемая граница между десной и слизистой оболочкой альвеолярного отростка:

- 1) линия улыбки
- 2) десневой желобок
- 3) переходная складка
- 4) цемента-эмалевое соединение
- 5) слизисто-десневое соединение

013. Соединительно-тканное образование, заключенное между кортикальной пластинкой альвеолы и цементом корня зуба до вершины альвеолы, которое проникает в цемент корня зуба, прободая кортикальную кость альвеолы:

- 1) пародонт
- 2) периодонт
- 3) пародонтальное прикрепление
- 4) соединительно-тканное прикрепление

5) надальвеолярный волокнистый аппарат

014. Зубные альвеолы отделены друг от друга перегородками:

- 1) межзубными
- 2) межкорневыми
- 3) кортикальными
- 4) вестибулярными
- 5) апроксимальными

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Студент К. при ответе на вопрос о строении тканей пародонта ответил, что понятие «пародонт» включает в себя круговую связку зуба, десну и слизистую оболочку полости рта.

1. Какие ошибки допустил студент?
2. Какие ткани входят в состав пародонта?

Задача №2.

В лаборатории молодой врач-лаборант при исследовании десневой жидкости (содержимое десневой борозды) обнаружил в ее составе воду, пищевые остатки и микроорганизмы.

1. Что входит в состав десневой жидкости?
2. Какое количество десневой жидкости в норме выделяется в сутки?
3. Какие патологические процессы влияют на состав и количество десневой жидкости?

Задача №3.

Студент П. при анализе рентгенограммы костной ткани альвеолы ответил, что в норме кортикальная пластинка на вершинах межзубных перегородок отсутствует.

1. Какую ошибку допустил студент?
2. Каково строение костной ткани альвеолярного отростка у здорового человека?
- 3.

Задача №4.

Студент А. при определении функций тканей пародонта отметил, что пластическую функцию определяют наличие клеток фибробластов в соединительной ткани, а защитную функцию – только как механический барьер в проникновении инфекции в организм.

1. Что еще определяет пластическую и барьерную функцию?
2. Какие функции выполняют ткани пародонта?
3. Чем определены рефлекторная, амортизирующая и трофическая функции?

Ролевая игра

Вариант 1.

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – рассказывает строение десны в норме;
- 2-й студент – излагает признаки патологических процессов в десне;
- 3-й студент – раскрывает функции, которые выполняет десна.

Вариант 2.

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – рассказывает строение костной ткани альвеолярного отростка в норме;
- 2-й студент – излагает признаки патологических процессов в костной ткани;
- 3-й студент – раскрывает функции, которые выполняет костная ткань.

Вариант 3.

Группа студентов распределяется по ролям:

1-й студент – рассказывает строение десневой борозды;

2-й студент – влияние патологических процессов на количество и состав десневой жидкости.

Вариант 4.

Группа студентов распределяется по ролям:

1-й студент – рассказывает строение цемента корня зуба;

2-й студент – функции, выполняемые цементом корня зуба.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 43
Тестовый контроль знаний

1. **Осмотр и инструментальное исследование пародонта позволяет определить:**
 - 1) содержимое пародонтальных карманов
 - 2) уровень резорбции альвеолярной кости
 - 3) регионарную гемодинамику в пародонте
 - 4) парциальное давление кислорода в тканях
 - 5) интенсивность и распространенность воспалительных изменений

2. **Зондирование дает возможность**
 - 1) определить глубину пародонтального кармана
 - 2) обнаружить кариозную полость
 - 3) выявить сообщение кариозной полости с полостью зуба
 - 4) оценить состояние верхушечного периодонта
 - 5) выявить патологию прикуса

3. **Рентгенологический метод исследования позволяет определить:**
 - 1) содержимое пародонтальных карманов
 - 2) уровень резорбции альвеолярной кости
 - 3) регионарную гемодинамику в пародонте
 - 4) парциальное давление кислорода в тканях
 - 5) интенсивность и распространенность воспалительных изменений

4. **Поляррография тканей пародонта позволяет определить:**
 - 1) содержимое пародонтальных карманов
 - 2) уровень резорбции альвеолярной кости
 - 3) регионарную гемодинамику в пародонте
 - 4) парциальное давление кислорода в тканях
 - 5) интенсивность и распространенность воспалительных изменений

5. **Реопародонтография позволяет определить:**
 - 1) содержимое пародонтальных карманов
 - 2) уровень резорбции альвеолярной кости
 - 3) регионарную гемодинамику в пародонте
 - 4) парциальное давление кислорода в тканях
 - 5) интенсивность и распространенность воспалительных изменений

6. **Воспалительную резорбцию дна альвеолярной перегородки определяют в результате:**
 - 1) зондирования пародонтального кармана
 - 2) реографического исследования тканей пародонта
 - 3) рентгенологического исследования челюстных костей
 - 4) эхостереометрического исследования альвеолярной кости
 - 5) определения индексов кровоточивости десны при зондировании

7. **Для определения тяжести пародонтита и пародонтоза необходимо определить:**
 - 1) уровень альвеолярной кости
 - 2) размер обнажения корня зуба
 - 3) глубину пародонтального кармана
 - 4) размер гипертрофированной десны

- 5) патологическую подвижность зуба
8. Упрощенный индекс гигиены ОНГ-S по Грину-Вермиллиону определяют на:
- 1) вестибулярной поверхности зубов 16, 26, 36, 46 и оральной поверхности зубов 11, 21
 - 2) вестибулярной поверхности зубов 36, 46 и оральной поверхности зубов 16, 11, 26, 31
 - 3) вестибулярной поверхности зубов 11, 21 и оральной поверхности зубов 16, 26, 36, 46
 - 4) вестибулярной поверхности зубов 16, 11, 26, 31 и оральной поверхности зубов 36, 46
 - 5) вестибулярной поверхности зубов 16, 11, 46 и оральной поверхности зубов 26, 31, 36.
9. При регистрации пародонтального индекса (PI) по Расселу используется дополнительный метод исследования:
- 1) полярометрия
 - 2) рентгенография
 - 3) эхоостеометрия
 - 4) реопародонтография
 - 5) электроодонтометрия

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Пациент предъявляет жалобы на кровоточивость десен, неприятный запах изо рта.
Как правильно провести опрос пациента при наличии таких жалоб
Какие основные методы обследования необходимо провести при осмотре для установления диагноза.
Как определить степень кровоточивости десен?
2. У пациента 55 лет установлен диагноз «Хронический пародонтит средней степени тяжести».
Как провести опрос пациента для установления диагноза?
На что следует обратить внимание при осмотре полости рта?
Как определить глубину пародонтального кармана?
3. У пациента диагностировано наличие глубокого прикуса.
На что следует обратить внимание при внешнем осмотре ?
Какие основные методы обследования можно провести при осмотре полости рта?
Как определить глубину преддверия полости рта?

Ролевая игра

- А. выполняет роль пациента и предъявляет жалобы на кровоточивость десен.
- В. выполняет роль врача и назначает пациенту план обследования.

**Методическая разработка семинара для ординаторов № 44
Тестовый контроль знаний.**

**(Дополнительные методы диагностики. Медицинская документация
пародонтологического заболевания.)**

- 1. Установите соответствие. Дополнительные методы исследования: 1) функциональные; 2) лабораторные. Название: а) цитологический метод; б) гистологический метод; в) полярография; г) реодентография; д) реопародонтография; е) серологический метод; ж) биомикроскопия**
 - а) 1а,г,д; 2б,в,е,ж
 - б) 1в,г,д,ж; 2а,б,е

- 2. Рентгенологический метод исследования позволяет определить:**
 - 1) содержимое пародонтальных карманов
 - 2) уровень резорбции альвеолярной кости
 - 3) регионарную гемодинамику в пародонте
 - 4) парциальное давление кислорода в тканях
 - 5) интенсивность и распространенность воспалительных изменений

- 3. Полярография тканей пародонта позволяет определить:**
 - содержимое пародонтальных карманов
 - уровень резорбции альвеолярной кости
 - регионарную гемодинамику в пародонте
 - парциальное давление кислорода в тканях
 - интенсивность и распространенность воспалительных изменений

- 4. Реопародонтография позволяет определить:**
 - 1) содержимое пародонтальных карманов
 - 2) уровень резорбции альвеолярной кости
 - 3) регионарную гемодинамику в пародонте
 - 4) парциальное давление кислорода в тканях
 - 5) интенсивность и распространенность воспалительных изменений

- 5. Воспалительную резорбцию дна альвеолярной перегородки определяют в результате:**
 - 1) зондирования пародонтального кармана
 - 2) реографического исследования тканей пародонта
 - 3) рентгенологического исследования челюстных костей
 - 4) эхостереометрического исследования альвеолярной кости
 - 5) определения индексов кровоточивости десны при зондировании

- 6. Для определения тяжести пародонтита и пародонтоза необходимо определить:**
 - 1) уровень альвеолярной кости
 - 2) размер обнажения корня зуба
 - 3) глубину пародонтального кармана
 - 4) размер гипертрофированной десны
 - 5) патологическую подвижность зуба

- 7. Упрощенный индекс гигиены ОНI-S по Грину-Вермиллиону определяют на:**
 - 6) вестибулярной поверхности зубов 16, 26, 36, 46 и оральной поверхности зубов 11, 21
 - 7) вестибулярной поверхности зубов 36, 46 и оральной поверхности зубов 16, 11, 26, 31
 - 8) вестибулярной поверхности зубов 11, 21 и оральной поверхности зубов 16, 26, 36, 46
 - 9) вестибулярной поверхности зубов 16, 11, 26, 31 и оральной поверхности зубов 36, 46
 - 10) вестибулярной поверхности зубов 16, 11, 46 и оральной поверхности зубов 26, 31, 36

- 8. Индекс API (индекс налета аппроксимальных поверхностей) по Лангу определяют:**
 - 1) со стороны преддверия рта в I и II квадрантах, на оральной поверхности в

III и IV квадрантах

2) со стороны преддверия рта в I и III квадрантах, на оральной поверхности в II и IV квадрантах

3) со стороны преддверия рта в I и IV квадрантах, на оральной поверхности в II и III квадрантах

4) со стороны преддверия рта в III и IV квадрантах, на оральной поверхности в I и II квадрантах

5) со стороны преддверия рта в II и IV квадрантах, на оральной поверхности в I и III квадрантах

9. При регистрации пародонтального индекса (PI) по Расселу используется дополнительный метод исследования:

1) полярометрия

2) рентгенография

3) эхоостеометрия

4) реопародонтография

5) электроодонтометрия

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Пациент предъявляет жалобы на кровоточивость десен, подвижность зубов, выделение гноя при надавливании на десну.

Как определить стойкость капилляров десны?

С помощью какого метода можно определить наличие гнойного экссудата в кармане?

Какие способы рентгенологического обследования применяются для оценки состояния тканей пародонта?

2. У пациента выявлены жалобы на повышенную чувствительность зубов, обнажение шеек зубов. При объективном обследовании отмечены признаки дистрофических изменений в пародонте: отсутствие воспалительных явлений и пародонтальных карманов, ретракция десны, обнажение шеек зубов, отсутствие подвижности зубов.

С помощью какого метода можно определить функциональное состояние микроциркуляторного русла пародонта?

Какой метод позволяет определить насыщенность тканей аскорбиновой кислотой?

3. При опросе и осмотре пациента выявлены признаки воспаления тканей пародонта, плохая гигиена полости рта.

Какие индексы позволяют определить гигиеническое состояние полости рта?

Какие признаки изменения пародонта можно определить с помощью пародонтального индекса?

РОЛЕВАЯ ИГРА

Пациент предъявляет жалобы на кровоточивость десен и боль при жевании, на подвижность зубов.

Студенты выполняют роль врача и назначают пациенту пародонтологическое обследование.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 45**Тестовый контроль знаний.**

(Классификация заболеваний пародонта. Роль экзогенных и эндогенных факторов в развитии заболеваний пародонта.)

1. Гингивит - это заболевание:

- 1) воспалительное
- 2) воспалительно-дистрофическое
- 3) дистрофическое
- 4) инфекционное
- 5) опухолевидное

2. Пародонтит - заболевание:

- 1) воспалительное
- 2) воспалительно-дистрофическое
- 3) дистрофическое
- 4) опухолевидное
- 5) инфекционное

3. Причиной воспаления в пародонте является:

- 1) микробная зубная бляшка и травма тканей пародонта
- 2) травма тканей пародонта и нарушение обмена веществ
- 3) уменьшение секреции слюны и эндокринная патология
- 4) чрезмерное потребление мягкой пищи и нарушение обмена веществ
- 5) нависающий край пломбы зуба и чрезмерное потребление мягкой пищи

4. Отсутствие контактного пункта между зубами может привести к пародонтиту:

- 1) локализованному
- 2) генерализованному
- 3) ювенильному
- 4) быстро прогрессирующему
- 5) верно и 2) и 4)

5. Основным этиологическим фактором пародонтита является:

- 1) микробный зубной налет (микробная бляшка)
- 2) зубной налет курильщика
- 3) плотный зубной налет
- 4) наддесневой зубной камень
- 5) поддесневой зубной камень

6. Короткие уздечки губ и мелкое преддверие полости рта рецессию десны:

- 1) уменьшают
- 2) увеличивают
- 3) не изменяют
- 4) исправляют
- 5) затрудняют

7. Пародонтом называют комплекс тканей, состоящий из:

- 1) десны, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба
- 2) десны, костной ткани альвеолы, периодонта и цемента корня зуба
- 3) десны, костной ткани альвеолы, шарпёвских волокон и цемента корня зуба
- 4) десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба
- 5) десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и клеточного цемента корня зуба

8. Функция пародонта, которая проявляется в сохранении целостности его структурных компонентов при внешних воздействиях:

- 1) барьерная
- 2) трофическая
- 3) пластическая

- 4) регулирующая, нейросенсорная
- 5) амортизирующая, опорно-удерживающая

9. Функция пародонта, которая связана с поддержанием и восстановлением микроциркуляции в состояниях функциональной нагрузки и физиологического покоя:

- 1) барьерная
- 2) трофическая
- 3) пластическая
- 4) регулирующая, нейросенсорная
- 5) амортизирующая, опорно-удерживающая

10. Пародонтоз – это заболевание:

- 1) воспалительное
- 2) аллергическое
- 3) дистрофическое
- 4) аутоиммунное
- 5) инфекционное

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

3. Больной М., 24 года, обратился к врачу с жалобами на кровоточивость десен. При обследовании у больного выявлено: КПУ – 12, ИГ – 3,5; скученность зубов фронтального отдела; любит сладкое (пирожные); страдает частыми гнойными ангинами (до 5-6 раз в год). Профессия связана с частыми командировками (геолог). Назовите местные и общие факторы, приведшие к воспалению десны, объясните их значение.
4. Больной Ц., 38 лет, работает на заводе в силикатном цехе. Обратился с жалобами на зуд в деснах, повышенную чувствительность зубов. Объективно: генерализованная патологическая стираемость жевательных бугров и режущего края (до дентина) на всех зубах, клиновидные дефекты. Гигиена полости рта хорошая, десна плотная и не кровоточит. Отмечается рецессия десны у зубов верхней и нижней челюсти во фронтальном отделе. Глубина преддверия полости рта составляет 2 мм. Назовите местные и общие факторы, приведшие к поражению десны, объясните их значение.

РОЛЕВАЯ ИГРА

Участники:

- больной
- врач-гигиенист
- медицинская сестра, ассистент
- врач
- зав. отделения
- врач-рентгенолог
- врач-физиотерапевт
- врач отделения функциональной диагностики

Методическая разработка семинара для ординаторов № 46
Тестовый контроль знаний

1. Гингивит - это заболевание:

- б) воспалительное
- 7) воспалительно-дистрофическое
- 8) дистрофическое
- 9) инфекционное
- 10) опухолевидное

2. При катаральном гингивите количество десневой жидкости:

- 1) увеличивается
- 2) уменьшается в 2 раза
- 3) уменьшается в 4 раза
- 4) не изменяется

3. На рентгенограмме при гипертрофическом гингивите резорбция межальвеолярной перегородки:

- 1) отсутствует
- 2) на 1/3 длины корня зуба
- 3) на 1/2 длины корня зуба
- 4) на 2/3 длины корня зуба
- 5) на 3/4 длины корня зуба

4. На рентгенограмме при катаральном гингивите резорбция межальвеолярной перегородки:

- 1) на 1/3 длины корня зуба
- 2) на 1/2 длины корня зуба
- 3) на 2/3 длины корня зуба
- 4) на 3/4 длины корня зуба
- 5) отсутствует

5. На рентгенограмме при остром язвенно-некротическом гингивите резорбция межальвеолярной перегородки:

- 1) на 1/3 длины корня зуба
- 2) на 1/2 длины корня зуба
- 3) на 2/3 длины корня зуба
- 4) на 3/4 длины корня зуба
- 5) отсутствует

6. Катаральный гингивит легкой степени включает воспаление десны:

- 1) папиллярной
- 2) папиллярной и маргинальной
- 3) маргинальной и альвеолярной
- 4) альвеолярной, маргинальной и папиллярной
- 5) папиллярной и альвеолярной

7. Количественную выраженность катарального гингивита можно определить с помощью индекса:

- 1) ПМА
- 2) Грина-Вермильона
- 3) пародонтального

- 4) СРПТН
- 5) верно 2) и 3)

8. Катаральный гингивит средней степени тяжести включает воспаление десны:

- 1) папиллярной
- 2) папиллярной и маргинальной
- 3) маргинальной и альвеолярной
- 4) альвеолярной, маргинальной и папиллярной
- 5) папиллярной и альвеолярной

9. Воспаление десны - характерный признак:

- 6) пародонтоза
- 7) пародонтита
- 8) паротита
- 9) фиброматоза десны
- 10) верно 3) и 4)

10. Наличие ложного десневого кармана характерно для:

- 1) пародонтита
- 2) пародонтоза
- 3) гипертрофического гингивита
- 4) катарального гингивита
- 5) язвенно-некротического гингивита

11. Ранним клиническим признаком воспаления в десне является:

- 1) деформация десневых сосочков
- 2) карман до 3 мм
- 3) карман 4 мм
- 4) кровоточивость при зондировании
- 5) карман 5 мм и более

12. Клинические признаки хронического катарального гингивита:

- 1) кровоточивость при зондировании папиллярной и маргинальной десны
- 2) поддесневой зубной камень
- 3) карманы до 5 мм
- 4) обнажение корней
- 5) некроз десневого сосочка

13. Клинический признак гипертрофического гингивита отечной формы:

- 1) разрастание неизмененной в цвете десны
- 2) деформация и отек десневых сосочков
- 3) отсутствие кровоточивости
- 4) участки некроза папиллярной десны
- 5) участки некроза маргинальной десны

14. Клинический признак гипертрофического гингивита фиброзной формы:

- 1) кровоточивость десны при чистке зубов и откусывании пищи
- 2) разрастание не измененной в цвете десны
- 3) резкая гиперемия и отек десневых сосочков
- 4) боль при жевании
- 5) участки некроза маргинальной десны

15. Катаральный гингивит дифференцируют с:

- 1) пародонтитом
- 2) фиброматозом
- 3) пародонтозом
- 4) герпетическим гингивостоматитом
- 5) гингивитом Венсана

16. Гипертрофический гингивит фиброзной формы дифференцируют с:

- 1) парадонтозом
- 2) гингивитом Венсана
- 3) эпulisом
- 4) герпетическим гингивостоматитом
- 5) пародонтитом

Ситуационные задачи**№ 1.**

Пациент М. 18 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта, неприятный запах изо рта, общую слабость, головную боль, повышенную температуру тела 38,6 градусов. Болен 3 дня. При внешнем осмотре: бледные кожные покровы. При пальпации: регионарные лимфатические узлы увеличенные, болезненные, подвижные. Гнилостный запах изо рта. В полости рта: неудовлетворительная гигиена, обильный наддесневой зубной камень, гиперемия, некроз межзубных сосочков, десневого края вокруг зубов 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, кровоточивость и резкая болезненность десны при прикосновении инструментом.

Задания.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.

№ 2.

Пациент Л., 19 лет, обратилась с жалобами на кровоточивость и разрастание десны в области передних зубов нижней челюсти, неудовлетворительный внешний вид при улыбке и разговоре. Впервые заметила кровоточивость десны 5 лет назад, последние 3 года изменилась форма десны, появилось ощущение дискомфорта. В поликлинике по месту жительства врач порекомендовал пользоваться мягкой зубной щеткой, полоскать полость рта настоями трав. Состояние ухудшилось: кровоточивость десны усилилась. В детстве перенесла ветряную оспу и другие детские инфекции, в настоящее время считает себя практически здоровой. При внешнем осмотре отделы лица симметричные, поднижнечелюстные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны. Осмотр полости рта: зубные ряды интактны, скученность зубов в переднем отделе нижней челюсти. На зубах обильный мягкий налет. На язычной поверхности резцов и клыков нижней челюсти зубной камень. Цианоз десневых сосочков и края десны у передних зубов нижней челюсти. Десневые сосочки отечны, перекрывают коронки зубов на 1/3, при зондировании отмечается кровоточивость десны; клинический карман 4—5 мм; зубодесневое соединение не нарушено. В остальных отделах челюстей десна без изменений.

Задания.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные этиологические факторы данного заболевания.
3. Назовите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Ролевая игра

Группа студентов распределяется по ролям:

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для одной из форм гингивитов);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации);

4-й студент - «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 47
Тестовый контроль знаний

1. Пародонтит - заболевание:

1. воспалительное
2. воспалительно-дистрофическое
3. дистрофическое
4. опухолевидное
5. инфекционное

2. Воспаление межзубной и маргинальной десны характерно для:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

3. Воспаление межзубной, маргинальной и части альвеолярной десны характерно для:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

4. Воспаление межзубной, маргинальной, части или всей альвеолярной десны характерно для:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

5. Глубина пародонтального кармана до 4 мм характерна для:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

6. Глубина пародонтального кармана до 5 мм характерна для:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

7. Глубина пародонтального кармана более 5 мм характерна для:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

8. Подвижность зубов при пародонтите легкой степени:

- 1) I—II степени
- 2) II-III степени
- 3) III степени
- 4) более III степени
- 5) отсутствует

9. Подвижность зубов при пародонтите средней степени:

- 1) I—II- степени
- 2) II-III степени
- 3) III степени
- 4) более III степени
- 5) отсутствует

10. Подвижность зубов при пародонтите тяжелой степени:

- 1) I—II степени
- 2) II-III степени
- 3) III степени
- 4) более III степени
- 5) отсутствует

Ситуационная задача

Пациент Л. 29 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на появление крови во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щек бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. Пародонтальные карманы

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которой может относиться данная патология.
2. Назовите причину патологических изменений десны у этого пациента.
3. Поставьте предварительный диагноз. Назовите метод диагностики, необходимый для уточнения диагноза.

Ролевая игра

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для одной из форм пародонтита);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных и дополнительных методов обследования при данной клинической ситуации);

4-й студент - «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

**Методическая разработка семинара для ординаторов № 48
Тестовый контроль знаний**

1. Резорбция кортикальной пластины на вершине межальвеолярной перегородки является симптомом:

- 1) эпюлиса
- 2) гингивита
- 3) пародонтита
- 4) пародонтоза
- 5) фиброматоза десны

2. Наличие пародонтального кармана характерно для:

- 1) пародонтита
- 2) пародонтоза
- 3) гингивита
- 4) эпюлиса
- 5) фиброматоза

3. На рентгенограмме при пародонтите легкой степени резорбция межальвеолярной перегородки:

- 1) на 1/3 длины корня зуба
- 2) на 1/2 длины корня зуба
- 3) на 2/3 длины корня зуба
- 4) на 3/4 длины корня зуба
- 5) отсутствует

4. На рентгенограмме при пародонтите средней степени резорбция межальвеолярной перегородки:

- 1) на 1/3 длины корня зуба
- 2) на 1/2 длины корня зуба
- 3) на 2/3 длины корня зуба
- 4) на 3/4 длины корня зуба
- 5) отсутствует

5. На рентгенограмме при пародонтите тяжелой степени резорбция межальвеолярной перегородки:

- 1) на 1/3 длины корня зуба
- 2) на 1/2 длины корня зуба
- 3) на 2/3 длины корня длины корня зуба
- 4) на 3/4 длины корня зуба
- 5) верно 3) и 4)

6. О наличии пародонтального кармана судят:

- 1) по погружению зонда на глубину менее 3 мм
- 2) по обнаружению поверхности корня зуба
- 3) по погружению зонда на глубину 3 мм и более
- 4) независимо от глубины кармана
- 5) по кровоточивости десны

7. При обнажении поверхности корня зуба на 6 мм и кармане в 5 мм следует предположить:

- 1) язвенно-некротический гингивит
- 2) пародонтит тяжелой степени
- 3) пародонтоз тяжелой степени
- 4) гипертрофический гингивит фиброзной формы
- 5) фиброматоз десны

Ситуационная задача

Пациент Р. 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 1.1, 2.1, 3.1, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах из полости рта, частые случаи припухлости десны, которые сопровождаются болью и повышением температуры тела до 37.9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без

видимых изменений, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щек без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм. Патологическая подвижность зубов I-III степени.

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которой может относиться данная патология.
 2. Назовите данные анамнеза, которые необходимо выяснить для уточнения диагноза.
 3. Назовите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
- Поставьте предварительный диагноз.

Ролевая игра

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для одной из форм пародонтита);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных и дополнительных методов обследования при данной клинической ситуации);

4-й студент - «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 49**Тестовые задания.****1. Пародонтоз - заболевание:**

- 1) воспалительное
- 2) воспалительно-дистрофическое
- 3) дистрофическое
- 4) опухолевидное
- 5) инфекционное

2. Тип снижения высоты межальвеолярных перегородок при пародонтозе:

- 1) вертикальный
- 2) горизонтальный неравномерный
- 3) горизонтальный равномерный
- 4) смешанный
- 5) очаговый

3. Рецессия десны характерна для:

- 1) катарального гингивита
- 2) гипертрофического гингивита
- 3) язвенно-некротического гингивита
- 4) пародонтита
- 5) пародонтоза

4. Пародонтоз дифференцируют с пародонтитом в стадии ремиссии по данным:

- 1) анамнеза
- 2) рентгенологического обследования
- 3) клинического определения состояния пародонта
- 4) клинического анализа крови
- 5) анализа крови на содержание глюкозы

5. Пародонтальные карманы при пародонтозе:

- 1) менее 3 мм
- 2) до 4 мм
- 3) до 5 мм
- 4) более 5 мм
- 5) отсутствуют

6. Зуд в десне - характерная жалоба пациента при:

- 1) катаральном гингивите
- 2) гипертрофическом гингивите
- 3) язвенно-некротическом гингивите
- 4) пародонтите
- 5) пародонтозе

7. Обнажение шеек и корней зубов - характерная жалоба пациента при:

- 1) катаральном гингивите
- 2) гипертрофическом гингивите
- 3) язвенно-некротическом гингивите
- 4) пародонтите
- 5) пародонтозе

8. Гиперестезия твердых тканей зубов - характерная жалоба пациента при:

- 1) катаральном гингивите
- 2) гипертрофическом гингивите
- 3) язвенно-некротическом гингивите
- 4) пародонтите
- 5) пародонтозе

9. Окраска десны при пародонтозе:

- 1) бледно-розовая
- 2) бледная
- 3) гиперемированная
- 4) желтоватая
- 5) цианотичная

10. Обнажение поверхности корня зуба (рецессия десны) проявляется на поверхностях зубов:

- 1) только на вестибулярной
- 2) только на оральной
- 3) как на вестибулярной, так и на оральной
- 4) на жевательной
- 5) на контактной

11. Короткие уздечки губ и мелкое предверие полости рта рецессию десны:

- 1) уменьшают
- 2) увеличивают
- 3) не изменяют
- 4) исправляют
- 5) затрудняют

12. Пародонтоз следует дифференцировать с:

- 1) катаральным гингивитом
- 2) гипертрофическим гингивитом отечной формы
- 3) гипертрофическим гингивитом фиброзной формы
- 4) пародонтитом
- 5) пародонтитом в стадии ремиссии

13. Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок до 1/3- рентгенологический признак:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтоза легкой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) гипертрофического гингивита

14. Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок до 1/2- рентгенологический признак:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтоза легкой степени
- 4) пародонтоза средней степени

5) пародонтоза тяжелой степени

15. Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок более 1/2 - рентгенологический признак:

- 1) пародонтита средней степени
- 2) пародонтита тяжелой степени
- 3) пародонтоза легкой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

16. Для лечения гиперестезии твердых тканей зубов при пародонтозе проводят:

- 1) реопародонтографию
- 2) УВЧ-терапию
- 3) реминерализующую терапию
- 4) противовоспалительную терапию
- 5) десенсибилизирующую терапию

17. Для уменьшения гиперестезии твердых тканей зубов при пародонтозе используют зубные пасты:

- 1) гигиенические
- 2) противовоспалительные
- 3) реминерализующие
- 4) солевые
- 5) ферментосодержащие

18. Индекс ПМА при пародонтозе:

- 1) менее 30%
- 2) до 50%
- 3) до 70%
- 4) около 100%
- 5) не изменяется

19. Ортодонтическое или ортопедическое лечение при пародонтозе проводят:

- 1) до операций по пластике уздечек и предверия полости рта
- 2) после операций по пластике уздечек и предверия полости рта
- 3) до рентгенологического исследования
- 4) после рентгенологического исследования
- 5) до индексной оценки состояния пародонта

Ситуационные задачи

№ 1.

Больной Н. 32 лет. Считает себя здоровым. Обратился с жалобами на зуд десен, обнажение шеек зубов, боль от термических раздражителей. Из анамнеза выяснено медленное, в течение 10 лет, прогрессирование этих симптомов.

Объективно: слизистая десны на всем протяжении бледная, анемичная, десневых карманов нет, ретракция десны 43 и 33 до 1/2 длины корня. Отмечаются клиновидные дефекты на 43, 44, 33, 34 зубах.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование, дайте подробное описание его результатов.

3. С каким заболеванием тканей пародонта необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие клинические данные свидетельствуют о дистрофическом процессе?

№2.

Больная, 22 года, обратилась в клинику с жалобами на кровоточивость и зуд десен. Впервые кровоточивость появилась в возрасте 15 лет при чистке зубов; время от времени возникает при приеме твердой пищи. Чистит зубы мягкой щеткой два раза в день, в течение 1,5-2 минут. Ранее к пародонтологу не обращалась. В анамнезе хронический гастрит.

Объективно: имеется отложение мягкого зубного налета, зубной камень на зубах: 16,17, 26, 27, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44. Десна гиперемирована и отечна. Пародонтальные карманы до 3,5 мм. в области премоляров и моляров верхней и нижней челюстей. Скученность зубов в области 33, 32, 31, 41, 42, 43. Множественные преждевременные суперконтакты в области моляров. На ортопантограмме резорбция межальвеолярных перегородок в области моляров и премоляров на 1/3 их высоты, кортикальная пластинка разрушена. В области нижних резцов – начинающаяся резорбция вершин межальвеолярных перегородок.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие данные свидетельствуют о распространенности патологического процесса и его тяжести?
3. С какими заболеваниями пародонта необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. К каким смежным специалистам направите больную на консультацию?

№3.

Больная 48 лет жалуется на боли при приеме сладкой, кислой пищи, беспокоящие её в течение двух месяцев. Объективно: десна бледно-розового цвета. Определяется рецессия десневого края в области 33, 32, 31, 41, 42, 43. Гигиеническое состояние полости рта удовлетворительное, зубо-десневые карманы не определяются. В пришеечной области 14,13, 23, 35, 34, 33, 43, 44 зубов имеются клиновидные дефекты в пределах эмали и дентина, отмечается снижение высоты коронок всех зубов на 1/3 за счет стираемости.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какой дополнительный метод исследования подтвердит его.
3. Какие данные указывают на тяжесть заболевания?
4. Назовите рентгенологические признаки остеосклероза кости альвеолярного отростка.

Ролевая игра

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для пародонтоза);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации);
- 4-й студент - «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 50
Тестовый контроль

1. При рецессии десны количество десневой жидкости:

- 1) увеличивается
- 2) не изменяется
- 3) уменьшается в 2 раза
- 4) уменьшается в 4 раза
- 5) определить невозможно

2. Рецессия десны характерна для:

- 1) катарального гингивита
- 2) гипертрофического гингивита
- 3) язвенно-некротического гингивита
- 4) пародонтита
- 5) пародонтоза

3. В классификации краевой рецессии тканей пародонта по Миллеру выделяют классы:

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV
- 5) все вышеперечисленное

4. Рецессия десны проявляется на поверхностях зубов:

- 1) только на вестибулярной
- 2) только на оральной
- 3) как на вестибулярной, так и на оральной
- 4) на жевательной
- 5) на контактной

5. Показания к хирургическому лечению рецессии десны:

- 1) эстетическое закрытие оголенных корней передних зубов
- 2) очаговая деминерализация эмали
- 3) средний кариес корня зуба 3.6
- 4) клиновидный дефект зубов 2.4, 2.5
- 5) эрозии эмали зубов 1.1, 2.1

1. Кюретаж пародонтального кармана обеспечивает удаление:

- 1) наддесневого и поддесневого зубного камня
- 2) поддесневого зубного камня и грануляций
- 3) поддесневого зубного камня, грануляций и десневого эпителия
- 4) наддесневого зубного камня и десневого эпителия
- 5) наддесневого зубного камня и грануляций

2. Временные противопоказания к операции кюретажа:

- 1) острые инфекционные заболевания
- 2) гипертонический криз
- 3) пародонтальный абсцесс
- 4) выделение гнойного экссудата из пародонтальных карманов

5) все вышеперечисленное

3. Пародонтальную повязку применяют для:

- 1) шинирования зубов перед операцией
- 2) шинирования зубов после операции
- 3) защиты кровяного сгустка от внешних воздействий после кюретажа
- 4) заполнения кармана во время гингивэктомии
- 5) верно 1) и 2)

4. Контрольное обследование послеоперационной области после кюретажа целесообразно провести через:

- 1) 1 неделю
- 2) 10 дней
- 3) 1 месяц
- 4) 6 месяцев
- 5) 1 год

5. Противопоказания к лоскутной операции:

- 1) пародонтальный карман 4 мм
- 2) фуркационный дефект альвеолярной кости III класса
- 3) «ложный» карман
- 4) герпетический гингивостоматит
- 5) все вышеперечисленное

Ситуационные задачи

Задача 1.

Пациентка К., 27 лет, обратилась в клинику с жалобами на повышенную чувствительность и оголение корней зубов. Молодая женщина была обеспокоена по поводу прогрессирующего, по ее словам, «оголения корней зубов». При клиническом осмотре было выявлено генерализованная рецессия десны глубиной 3-5 мм, мелкое преддверие полости рта от 2 до 3 мм, вестибулярное положение клыков на верхней челюсти и тонкая слизистая оболочка. Пациентка сказала, что пользуется жесткой зубной щеткой. Около 6 месяцев назад пациентка закончила лечение у врача-ортодонта, после чего «десна начала уходить».

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика врача - терапевта.

Задача 2.

Пациентка, 44 года. Обратилась в стоматологическую клинику для лечения зубов и протезирования. При осмотре было выявлено: Генерализованная патологическая стираемость зубов; спазм жевательной мускулатуры; патологические процессы в тканях пародонта, пародонтальные карманы глубиной 5-7 мм; снижение высоты нижнего отдела лица и межжюкклюзионной высоты; мелкое преддверие полости рта 3 мм; уздечка верхней губы низко прикреплена и широкая, вплетается в межзубной сосочек; неудовлетворительная эстетика, рецессия десны; множественные клиновидные дефекты. Составьте план лечения.

Задача 3.

Пациент Р. 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 1.1, 2.1, 3.1, кровоточивость десен, выделение гноя, боль, неприятный запах изо рта, частые случаи припухлости десны, который сопровождается болью и повышением температуры тела до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щек без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойной отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм. Патологическая подвижность зубов I-II степени.

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.

2. Назовите данные анамнеза, которые необходимо выяснить для уточнения диагноза.

3. Назовите методы обследования для уточнения диагноза.

4. Наметьте план лечебных мероприятий.

Ролевая игра

1 студент – (медрегистратор) – заполнение документации на стоматологического пациента.

2 студент- (пациент) – предъявляет жалобы на появление разрастания на альвеолярном отростке в области 3.6, 3.7 зубов.

2 студент – (Врач-терапевт)- сбор жалоб, анамнеза, проведение основных и дополнительных методов обследования, составление плана лечения.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 51**Тестовый контроль знаний**

- 1. Специализированная помощь больным с патологией пародонта включает этапы:**
 - 1) профессиональную гигиену, медикаментозное и хирургическое лечение,
 - 2) базовую терапию, хирургическое лечение, поддерживающую терапию и динамическое наблюдение
 - 3) коррекцию гигиены полости рта, удаление зубных отложений, поддерживающую терапию и динамическое наблюдение
 - 4) инструментальное удаление зубных отложений, лечение кариеса и некариозных поражений, хирургическое лечение

- 2. Плановое хирургическое лечение начинают:**
 - 1) после удаления зубных отложений
 - 2) после завершения базового лечения
 - 3) в случае появления гнойного экссудата
 - 4) при неотложных показаниях к удалению зуба

- 3. Лечебные мероприятия, проводимые при пародонтите:**
 - 1) обучение гигиене полости рта
 - 2) обучение гигиене полости рта, удаление зубных отложений
 - 3) обучение гигиене полости рта, удаление зубных отложений, кюретаж пародонтальных карманов
 - 4) обучение гигиене полости рта, удаление зубных отложений, кюретаж пародонтальных карманов, назначение физиотерапии

- 4. После операций на пародонте физиотерапию можно назначить:**
 - 1) сразу после операции
 - 2) спустя 2 нед после операции
 - 3) спустя 1 мес после операции
 - 4) спустя 2 мес после операции
 - 5) спустя полгода после операции

- 5. Укажите план лечения, наиболее эффективный при хроническом генерализованном катаральном гингивите:**
 - 1) антисептическая обработка полости рта, удаление зубных отложений, полирование поверхности зубов фторсодержащими препаратами, противовоспалительная терапия десен, замена пломб и коронок по показаниям, лечение у ортодонта по показаниям;
 - 2) антисептическая обработка полости рта, снятие над- и поддесневых зубных отложений, кюретаж, противовоспалительная терапия десен, лечение у ортодонта и ортопеда;
 - 3) антисептическая обработка полости рта, удаление зубных отложений, полирование поверхности зубов фторсодержащими препаратами, противовоспалительное лечение десен, включая склерозирующие препараты;
 - 4) инъекции в десну биологически активных веществ;
 - 5) обработка зубов фторсодержащими препаратами.

- 6. Укажите план лечения острого язвенного гингивита:**

- 1) обезболивание, антисептическая обработка, аппликации растворов ферментов, аппликации препаратов, улучшающих эпителизацию;
- 2) антисептическая обработка, противовоспалительная терапия, воздействие кератолитических препаратов;
- 3) антисептическая обработка, аппликации растворов ферментов, повязки с кортикостероидами;
- 4) введение антибиотиков;
- 5) снятие зубных отложений и воздействие препаратами, улучшающими эпителизацию.

7. При заболеваниях пародонта целью избирательного пришлифовывания является:

- 1) нормализация прикуса;
- 2) устранение преждевременных окклюзионных контактов, приводящих к травматической окклюзии;
- 3) восстановление анатомической формы зубов;
- 4) устранение воспалительного процесса;
- 5) эстетические показания.

8. Показанием для проведения постоянного шинирования является:

- 1) подвижность зубов I степени;
- 2) подвижность зубов II-III степени;
- 3) пародонтоз тяжелой степени;
- 4) перед хирургическим лечением;
- 5) после хирургического лечения.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1.

Пациент Ш., 38 лет, обратился с жалобами на кровоточивость десны, неприятный запах изо рта, подвижность зубов. Кровоточивость десны отмечает с юношеского возраста, за стоматологической помощью обращался по поводу лечения кариеса и для протезирования, лечение по поводу патологии пародонта не проводилось. Считает себя практически здоровым. Опасные вирусные инфекции и непереносимость лекарственных препаратов отрицает.

При осмотре конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны. В полости рта: тесное положение (скупенность) зубов 32, 31, 41, 42; десна в этом участке отечна, гиперемирована (РМА в области резцов нижней челюсти 75 %). Определяется зубной камень и микробный налет (ОН1-S 2,45 балла). Пародонтальные карманы в области резцов нижней челюсти 5 мм. На указанных зубах нависающие края пломб по III классу. Кариозные полости в зубах 15, 16, 26 КПУ=10 (К=3, П=5, У=2). На контактной внутривисочной рентгенограмме в области зубов 32, 31, 41, 42 определяется воспалительная резорбция межальвеолярных перегородок со снижением их высоты до 1/2 длины корней (Р1 0,8 балла).

- 1) Определите диагноз заболевания.
- 2) Проведите дифференциальную диагностику.
- 3) Перечислите симптомы заболевания.
- 4) Обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 5) Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 2.

Пациент Р. 27 лет, обратился с жалобами на отсутствие зубов, их подвижность, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах изо рта, частые случаи припухлости десны, которые сопровождаются болью и повышением температуры тела до 37,9° С. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Пародонтальные карманы 6—9 мм. Патологическая подвижность зубов I — III степени.

- 1) Назовите группы заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.
- 2) Установите предполагаемый диагноз.
- 3) Какие методы диагностики необходимо применить для уточнения диагноза?
- 4) Какой план лечебных мероприятий следует определить?

Ролевая игра

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для одной из форм заболеваний пародонта);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; провести дифференциальную диагностику, наметить план комплексного лечения с привлечением смежных специалистов);

4-й студент - «врач-физиотерапевт» (назначение физиотерапевтического лечения, знание показаний и противопоказаний к его проведению);

5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации);

6-й студент – «врач стоматолог-хирург» (знание видов хирургических вмешательств, показанных в данной клинической ситуации);

7-ой студент - «врач стоматолог-ортопед» (составление плана ортопедического лечения).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 52**Тестовый контроль знаний**

- 1. Ранним клиническим признаком воспаления в десне является:**
 - 1) деформация десневых сосочков
 - 2) карман до 3 мм
 - 3) карман 4 мм
 - 4) кровоточивость при зондировании
 - 5) карман 5 мм и более
- 2. Наличие ложного десневого кармана характерно для:**
 - 1) пародонтита
 - 2) пародонтоза
 - 3) гипертрофического гингивита
 - 4) катарального гингивита
 - 5) язвенно-некротического гингивита
- 3. Клинический признак гипертрофического гингивита фиброзной формы:**
 - 1) разрастание неизменной в цвете десны
 - 2) деформация и отек десневых сосочков
 - 3) отсутствие кровоточивости
 - 4) участки некроза папиллярной десны
 - 5) участки некроза маргинальной десны
- 4. Клинический признак гипертрофического гингивита отёчной формы:**
 - 1) кровоточивость десны при чистке зубов и откусывании пищи
 - 2) разрастание не измененной в цвете десны
 - 3) резкая гиперемия и отек десневых сосочков
 - 4) боль при жевании
 - 5) участки некроза маргинальной десны
- 5. Промывание пародонтального кармана осуществляют:**
 - 1) при проведении ротовой ванны
 - 2) для нанесения лечебной повязки
 - 3) активным полосканием полости рта
 - 4) антисептическим раствором при помощи шприца с затупленной иглой
 - 5) при проведении орошения
- 6. Лечебную повязку наносят для:**
 - 1) изолирования просвета пародонтального кармана
 - 2) продления действия лекарственного препарата
 - 3) защиты раневой поверхности от действия факторов полости рта
 - 4) изоляции микроорганизмов кармана с целью предотвращения генерализации инфекции
 - 5) прекращения оттока из пародонтального кармана
- 7. Аппликацию целесообразно проводить при местном лечении:**
 - 1) фиброматоза дёсен
 - 2) пародонтальной кисты
 - 3) катарального гингивита
 - 4) хронического пародонтита
 - 5) язвенного гингивита
- 8. Изолирующую повязку накладывают для:**
 - 1) прекращения оттока из пародонтального кармана
 - 2) защиты послеоперационной раны и сохранения кровяного сгустка
 - 3) при подготовке к физиотерапии
 - 4) изоляции микроорганизмов кармана с целью предотвращения генерализации инфекции

5) при подготовке к хирургическому лечению

9. Для нанесения лекарственного препарата на десну в виде мази целесообразно применить:

- 1) аппликацию
- 2) ротовую ванну
- 3) внесение препарата в карман
- 4) промывание кармана мазями из шприца
- 5) орошение

10. Лечебную повязку необходимо:

- 1) сохранять до следующего посещения
- 2) накладывать и удалять в течение одного посещения
- 3) вносить в просвет пародонтального кармана для усиления терапевтического эффекта
- 4) удалять полностью после истечения времени действия препарата по указанию врача
- 5) вносить ватной турундой или стерильной нитью

11. Местное медикаментозное противовоспалительное лечение проводят:

- 1) до удаления зубных отложений
- 2) после удаления зубных отложений
- 3) вне зависимости удаления зубных отложений
- 4) после достижения высокого уровня гигиены
- 5) во время удаления зубных отложений

12. Местные антисептики используют для:

- 1) угнетения активности циклооксигеназы
- 2) повышения проницаемости сосудистой стенки
- 3) снижения агрессивного действия микроорганизмов
- 4) стимуляции бактерицидной активности полиморфноядерных нейтрофилов
- 5) угнетения синтеза простогландинов и стабилизации клеточных мембран

13. Антибактериальные препараты и антибиотики применяют местно для:

- 1) усиления генерации активных форм кислорода и азота, приводящего к гибели клеточных мембран
- 2) повышения уровня циркулирующих иммунных комплексов в крови и угнетения их элиминации
- 3) бактерицидного и бактериостатического воздействия на пародонтопатогены
- 4) угнетения синтеза простогландинов и стабилизации клеточных мембран
- 5) снижения агрессивного действия микроорганизмов

14. Стероидные противовоспалительные препараты для лечения патологии пародонта применяют:

- 1) местно
- 2) системно
- 3) в виде орошений
- 4) для приготовления изолирующих повязок
- 5) для ротовых ванн

15. Ведущим механизмом действия нестероидных противовоспалительных препаратов является:

- 1) нарушение синтеза бактериальной ДНК, роста и деления бактерий
- 2) угнетение активности циклооксигеназы, кининовой системы и перекисного окисления липидов
- 3) обеспечение энзиматического обезвреживания свободных форм кислорода и продуктов их деятельности

- 4) усиление процессов генерации активных форм кислорода и разрушения клеточных мембран микроорганизмов
- 5) развитием аутоиммунных процессов

16. Антиоксиданты и витамины обеспечивают:

- 1) баланс продукции противовоспалительных цитокинов
- 2) ингибируют свободные радикалы, способствуют стабилизации клеточных мембран
- 3) уменьшение синтеза циклических нуклеотидов в эпителии и костной ткани при воспалении
- 4) повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов в крови и угнетают их элиминацию
- 5) усиление действия антибактериальных препаратов

17. Местное использование иммуномодуляторов целесообразно при:

- 1) пародонтозе
- 2) пародонтите
- 3) идиопатических заболеваний пародонта
- 4) фиброзной форме гипертрофического гингивита
- 5) катаральном гингивите

18. Санацию зубных рядов проводят:

- 1) На этапе базовой терапии
- 2) В период хирургического лечения
- 3) До начала лечения у пародонтолога
- 4) После завершения хирургического лечения
- 5) Перед началом хирургического лечения

Ситуационные задачи

№ 1. Больная С., 25 лет, обратилась с жалобами на периодически возникающую кровоточивость дёсен, усиливающуюся при чистке зубов, что беспокоит больную уже в течение 3 лет. В анамнезе – хронический гастрит в течение 5 лет.

При объективном осмотре полости рта выявлено: отёк и гиперемия с цианозом межзубных десневых сосочков и маргинальной десны, кровоточащей при дотрагивании до неё зондом. Имеется мягкий зубной налёт в области шеек зубов, отложения наддесневого зубного камня. Гигиеническое состояние полости рта удовлетворительное. Гигиенический индекс Фёдорова-Володкиной равен 2,5 баллам. Проба Шиллера-Писарева положительная, при этом окрасились все десневые сосочки и маргинальная десна в области большинства зубов. Поставьте диагноз. Определите степень тяжести заболевания. Составьте план обследования и лечения больной.

№ 2. Больная Н., 38 лет, обратилась с жалобами на кровоточивость дёсен в области 34 и 35 при чистке зубов. Начало заболевания связывает с покрытием 34,35 зубов искусственными коронками 1 месяц назад. Сопутствующие заболевания отрицает.

При осмотре полости рта выявлено: отёк, гиперемия с цианозом десневых сосочков в области 33,34,35,36 зубов, кровоточивость при зондировании в области зубодесневой борозды; 34,35 зубы покрыты искусственными металлическими коронками, края которых плохо отшлифованы и неплотно облегают шейки зубов. При окрашивании слизистой оболочки десны раствором Люголя окрасились 4 десневых сосочка и маргинальная десна в области 34,35 зубов.

Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

Ролевая игра

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для заболевания пародонта);

- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения);
- 4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание лечебного действия и методики проведения физиотерапевтических процедур при общем и местном лечении заболеваний пародонта);
- 5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 53
Тестовый контроль знаний

1. Первый этап плана лечения пародонтита:

- 1) медикаментозное противовоспалительное лечение
- 2) ортодонтическое лечение
- 3) ортопедическое лечение
- 4) профессиональная гигиена полости рта
- 5) хирургическое лечение

2. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:

- 1) жалобы пациента
- 2) длительность заболевания
- 3) кровоточивость десны при чистке зубов
- 4) глубина пародонтального кармана
- 5) степень подвижности зубов

3. Удаление наддесневого зубного камня проводят:

- 1) до кюретажа карманов
- 2) в процессе кюретажа
- 3) после кюретажа
- 4) не имеет значения
- 5) не проводят

4. Удаление поддесневого зубного камня проводят:

- 1) до кюретажа пародонтальных карманов
- 2) в процессе кюретажа
- 3) непосредственно после кюретажа
- 4) спустя 7 дней после кюретажа
- 5) не проводят

5. Кюретаж пародонтального кармана обеспечивает удаление:

- 1) наддесневого и поддесневого зубного камня
- 2) поддесневого зубного камня и грануляций
- 3) поддесневого зубного камня, грануляций и десневого эпителия
- 4) наддесневого зубного камня и десневого эпителия

6. Пародонтальную повязку применяют для:

- 1) шинирования зубов перед операцией
- 2) шинирования зубов после операции
- 3) защиты кровяного сгустка от внешних воздействий после кюретажа
- 4) заполнения кармана во время гингивэктомии
- 5) верно 1) и 2)

7. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 4 мм:

- 1) кюретаж карманов или операция «открытый кюретаж»
- 2) операция «открытый кюретаж»
- 3) лоскутная операция
- 4) гингивотомия
- 5) гингивэктомия

8. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 5 мм:

- 1) кюретаж карманов
- 2) операция «открытый кюретаж»

- 3) лоскутная операция
- 4) гингивотомия
- 5) гингивэктомия

9. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана более 5 мм:

- 1) кюретаж карманов
- 2) операция «открытый кюретаж»
- 3) лоскутная операция
- 4) гингивотомия
- 5) гингивэктомия

10. Метронидазол является средством этиотропного лечения:

- 1) пародонтита
- 2) гипертрофического гингивита
- 3) катарального гингивита
- 4) язвенно-некротического гингивита
- 5) фиброматоза

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Больной 48 лет, жалуется на кровоточивость десен, подвижность зубов. При осмотре полости рта отмечается цианоз десны обеих челюстей, пародонтальные карманы в области моляров и премоляров 5 мм, подвижность зубов II степени.

- Проведите дополнительное обследование больного.
- Поставьте диагноз.
- Наметьте план комплексного лечения.

2. Больной 45 лет, жалуется на кровоточивость десен, подвижность зубов. При осмотре – десна нижней и верхней челюстей отечная, гиперемированная, с синюшным оттенком, пародонтальные карманы 4 мм, над- и поддесневой зубной камень. На рентгенограмме верхней и нижней челюстей – деструкция костной ткани на 1/3.

- Обследуйте больного.
- Поставьте диагноз.
- Наметьте план комплексного лечения.

3. Больной 50 лет, жалуется на кровоточивость десен, подвижность зубов 2 степени, пародонтальные карманы 6-7 мм, частое появление абсцессов на деснах, плохое самочувствие с периодическим повышением температуры тела. Кровоточивость десен появилась 10 лет назад, но за последние 3 года усилилась, появилась подвижность зубов, гноетечение из карманов.

- Составьте план обследования больного.
- Поставьте диагноз.
- Наметьте план комплексного лечения.

Ролевая игра

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для пародонтита);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-пародонтолог» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения);

5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 54**Тестовый контроль знаний:****1. Окраска десны при пародонтозе:**

- 1) бледно-розовая
- 2) бледная
- 3) гиперемированная
- 4) желтоватая
- 5) цианотичная

2. Обнажение поверхности корня зуба (рецессия десны) проявляется на поверхностях зубов:

- 1) только на вестибулярной
- 2) только на оральной
- 3) как на вестибулярной, так и на оральной
- 4) на жевательной
- 5) на контактной

3. Короткие уздечки губ и мелкое преддверие полости рта рецессию десны:

- 1) уменьшают
- 2) увеличивают
- 3) не изменяют
- 4) исправляют
- 5) затрудняют

4. Для лечения гиперестезии твердых тканей зубов при пародонтозе проводят:

- 1) реопародонтографию
- 2) УВЧ-терапию
- 3) реминерализующую терапию
- 4) противовоспалительную терапию
- 5) десенсибилизирующую терапию

5. Для уменьшения гиперестезии твердых тканей зубов при пародонтозе используют зубные пасты:

- 1) гигиенические
- 2) противовоспалительные
- 3) реминерализующие
- 4) солевые
- 5) ферментосодержащие

6. Индекс ПМА при пародонтозе:

- 1) менее 30%
- 2) до 50%
- 3) до 70%
- 4) около 100%
- 5) не изменяется

7. Ортодонтическое или ортопедическое лечение при пародонтозе проводят:

- 1) до операций по пластике уздечек и предверия полости рта
- 2) после операций по пластике уздечек и предверия полости рта
- 3) до рентгенологического исследования
- 4) после рентгенологического исследования

5) до индексной оценки состояния пародонта

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Больному 45 лет, обратился с жалобами на подвижность зубов. Считает себя больным в течение нескольких лет. При осмотре: цвет дёсен бледный. обнажение корней зубов до 2/3 длины, патологическая подвижность зубов I - II степени.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Какие дополнительные исследования нужно провести?
- Наметьте план лечения.

2. Больная 40 лет, жалуется на обнажение корней зубов, при осмотре обнаружено обнажение корней зубов, при осмотре обнаружено обнажение корней зубов до 1/3 длины корня. Цвет дёсен бледный. На рентгенограмме - уменьшение высоты межальвеолярных перегородок с уплотнением края альвеолярной кости. Из общих заболеваний – гипертоническая болезнь, атеросклероз.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Наметьте план лечения.
- Назначьте больному физиотерапевтические методы лечения.

Ролевая игра

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для пародонтита и рецессии десны);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-пародонтолог» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения);

5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 55
Тестовый контроль знаний

15.01.1 ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ ПОДДЕСНЕВОГО КАМНЯ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ:

- а) визуального осмотра
- б) окрашивания йодсодержащим раствором
- в) зондирования
- г) рентгенологического исследования
- д) гистологического исследования

15.01.2. ЗУБНАЯ ЩЕТКА ПОДЛЕЖИТ ЗАМЕНЕ В СРЕДНЕМ 1 РАЗ:

- а) в 1 месяц
- б) в 3 месяца
- в) в 6 месяцев
- г) в 12 месяцев
- д) 1 раз в неделю

15.01.3. ВРЕМЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ:

- а) 1 мин
- б) 2 мин
- в) 3 мин
- г) 5 мин
- д) 10 мин

15.01.4. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧИСТКИ ЗУБОВ ПАЦИЕНТОМ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО:

- а) время, требуемое для чистки всех зубов
- б) метод, по которому происходит движение от зуба к зубу
- в) способность пациента удалять налет со всех поверхностей зубов
- г) ничего из перечисленного
- д) все из перечисленного

15.01.5. ОЧИЩАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ВХОДЯЩИМИ В ИХ СОСТАВ КОМПОНЕНТАМИ:

- а) связующими
- б) абразивными
- в) пенообразующими
- г) ароматизирующими
- д) отдушками

15.01.6. ЗУБОЧИСТКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ:

- а) зубного налета с гладких поверхностей зубов
- б) зубного налета с контактных поверхностей зубов
- в) остатков пищи из межзубных промежутков
- г) зубного камня
- д) нельзя использовать

15.01.7. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЛОССОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО НАЛЕТА С ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ:

- а) вестибулярных

- б) окклюзионных
- в) апроксимальных
- г) оральных
- д) язычных

15.01.8 УДАЛЕНИЕ МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРОИЗВОДИТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ:

- а) флюороза
- б) местной гипоплазии
- в) воспалительных заболеваний пародонта
- г) зубочелюстных аномалий
- д) кариеса

15.01.9. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ВКЛЮЧАЕТ:

- а) герметизацию фиссур зубов
- б) удаление над- и поддесневого зубного камня
- в) пломбирование кариозных полостей
- г) избирательное пришлифовывание зубов
- д) временное шинирование

15.01.10. ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ:

- а) 1 раз в год
- б) 2 раза в год
- в) 1 раз в 3 месяца
- г) 1 раз в 2 года
- д) никогда

15.01.11. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОЧИЩАТЬ ОТ НАЛЕТА С ПОМОЩЬЮ:

- а) резиновых колпачков и полировочных паст
- б) щеточек и полировочных паст
- в) флоссов
- г) боров
- д) зубочисток

15.01.12 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ГЛАДКИЕ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ОЧИЩАТЬ ОТ НАЛЕТА С ПОМОЩЬЮ:

- а) резиновых колпачков и полировочных паст
- б) щеточек и полировочных паст
- в) флоссов
- г) боров
- д) зубочисток

15.01.13. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО КАМНЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ:

- а) зеркало, зонд, экскаваторы
- б) экскаваторы, серпы, кюретки
- в) кюретки, зонд, гладилки
- г) пинцет
- д) ничего из перечисленного

15.01.14 ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО КАМНЯ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКА ИСПОЛЬЗУЮТ:

- а) стоматологические инструменты
- б) скалеры
- в) медикаментозные средства
- г) вода
- д) ничего не используют

Ситуационная задача

Пациентка 27 лет обратилась в клинику с жалобами на кровоточивость десен при чистке зубов и приеме твердой пищи. Десна гиперемирована. Много мягкого зубного налета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Пациентка на 6 месяце беременности. Поставить план лечения. Подобрать план лечения и назначить рекомендации по уходу за полостью рта.

Ролевая игра

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику для лечения заболевания пародонта);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (знание заболеваний пародонта и умение проведения лечения пародонта).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 56**Тестовый контроль знаний.****001. Полость рта состоит**

- 1) из глотки
- 2) из преддверия полости рта
- 3) из неба
- 4) собственно из полости рта
- 5) все вышеперечисленное

002. Формирование полости рта происходит к концу

- 1) шестого месяца внутриутробного развития
- 2) четвертого месяца внутриутробного развития
- 3) второго месяца внутриутробного развития
- 4) к моменту рождения
- 5) в течение всей жизни

003. Слизистая оболочка рта состоит

- 1) из 5 слоев
- 2) из 2 слоев
- 3) из 3 слоев
- 4) из 6 слоев
- 5) из 1 слоя

004. Многослойный плоский эпителий слизистой рта в нормальных условиях ороговекает

- 1) на губах
- 2) на мягком нёбе
- 3) на дне полости рта
- 4) на нитевидных сосочках языка.
- 5) на миндалинах

005. Иннервация слизистой оболочки рта осуществляется

- 1) I, II, III парами черепных нервов
- 2) III, IV, V парами черепных нервов
- 3) V, VII, IX парами черепных нервов
- 4) V, VI парами черепных нервов
- 5) III, VI, IX парами черепных нервов

006. Сосочки языка, не содержащие вкусовые луковицы

- 1) нитевидные
- 2) грибовидные
- 3) листовидные
- 4) желобоватые
- 5) все верные

007. Желобоватые сосочки языка расположены:

- 1) на боковых поверхностях и кончике языка;
- 2) на всей поверхности языка;
- 3) на боковых поверхностях и задних отделах языка;

- 4) на границе корня и тела языка
- 5) на всей дорсальной поверхности языка

008. К малым слюнным железам относятся:

- 1) околоушные;
- 2) поднижнечелюстные;
- 3) щечные;
- 4) губные;
- 5) подъязычные

009. Защитная функция слизистой оболочки рта не обусловлена

- 1) непроницаемостью для микроорганизмов
- 2) проницаемостью для микроорганизмов
- 3) десквамацией эпителия
- 4) гиперкератозом
- 5) лейкоцитами

010. Высокая митотическая активность эпителия слизистой оболочки рта обуславливает функцию

- 1) защитную
- 2) пластическую
- 3) чувствительную
- 4) секреторную
- 5) все вышеперечисленное

Ситуационные задачи:

Больной К., 34 года. Обратился в клинику с жалобами на сухость полости рта, кровоточивость десен, неприятный запах изо рта. При осмотре выявлено: состояние зубных рядов удовлетворительное. Пломбы состоятельны, зубные протезы отсутствуют. Десна в области всех зубов гиперемирована, отечна, при дотрагивании кровоточит. Пародонтальные карманы отсутствуют. Отмечается большое количество мягкого зубного налета. Слизистая полости рта гиперемирована, отечна. Слюна вязкая, пенистая. На спинке языка большое количество белого налета. Из анамнеза – два месяца назад прошел курс лучевой терапии по поводу новообразования слюнных желез. Поставьте предварительный диагноз. Назовите с какими заболеваниями можно провести дифференциальную диагностику. Какова тактика врача?

РОЛЕВАЯ ИГРА:

Участники:

- больной
- врач-гигиенист
- медицинская сестра, ассистент
- врач
- зав. отделения
- врач-гистолог

Методическая разработка семинара для ординаторов № 57
Тестовый контроль знаний

001. Слизистая оболочка полости рта состоит из:

- 1) 5 слоев
- 2) 4 слоев
- 3) 3 слоев
- 4) 2 слоев
- 5) 1 слоя

002. Многослойный плоский эпителий слизистой оболочки полости рта в норме ороговевает на:

- 1) мягком небе
- 2) дне полости рта
- 3) щеках
- 4) губах
- 5) твердом небе

003. Сбор анамнеза у стоматологического пациента начинают с:

- 1) анамнеза жизни
- 2) анамнеза болезни
- 3) выяснения жалоб
- 4) осмотра полости рта
- 5) пальпации лимфатических узлов

004. Осмотр стоматологического пациента начинают с:

- 1) осмотра полости рта
- 2) внешнего осмотра
- 3) осмотра лимфатических узлов
- 4) изучения рентгенограммы зубов
- 5) оценки клинического анализа крови

005. Основной метод обследования стоматологического больного:

- 1) рентгенологический
- 2) цитологический
- 3) гистологический
- 4) сбор анамнеза
- 5) аллергологический

006. К первичным элементам поражения относятся:

- 1) пузырь
- 2) эрозия
- 3) афта
- 4) рубец
- 5) трещина

007. К вторичным элементам поражения относятся:

- 1) чешуйка
- 2) бугорок
- 3) узелок
- 4) узел
- 5) пятно

008. Ограниченное изменение цвета слизистой оболочки - это:

- 1) бугорок
- 2) рубец
- 3) гнойничок
- 4) узелок
- 5) пятно

009. К дефектам слизистой оболочки относятся:

- 1) волдырь
- 2) пятно
- 3) бугорок
- 4) узелок
- 5) афта

010. Папула, в переводе с латинского, - это:

- 1) бугорок
- 2) узелок
- 3) узел
- 4) рубец
- 5) чешуйка

Ситуационные задачи**Задача № 1.**

Больной Н. предъявляет жалобы на чувство жжения в полости рта, языке, твердом небе, сухость слизистой оболочки полости рта, наличие белого налета на слизистой щек, языка, твердого неба. Какие методы обследования надо провести для постановки диагноза?

Задача № 2.

Врач начал обследование пациента с осмотра полости рта и проведения рентгенологического обследования. Какие ошибки допущены при обследовании?

Ролевая игра:

Пациент, медрегистратор, врач стоматолог терапевт.

Пациент: обращается в мед. регистратуру за оформлением мед карты.

Мед. регистратор: на основании паспорта и страхового полиса оформляет мед. карту и относит врачу.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 58
Тестовый контроль знаний

1. К острым травмирующим факторам относят:

- 1) длительное раздражение острыми краями зубов
- 2) балансирующий съемный протез .
- 3) нависающие края пломбы
- 4) случайное прикусывание
- 5) действие микроотоков

2. К хроническим травмирующим факторам относят:

- 1) случайное прикусывание
- 2) длительное раздражение острыми краями зубов
- 3) ранение острым предметом
- 4) воздействие кислоты
- 5) воздействие щелочи

3. Дополнительные методы обследования при травматической язве:

- 1) проба Кулаженко
- 2) аллергологический
- 3) цитологический
- 4) проба Ясиновского
- 5) соскоб на наличие грибов Candida

004. Декубитальная язва вызвана фактором:

- 1) физическим
- 2) химическим
- 3) механическим
- 4) трофическим
- 5) радиологическим

005. Цитологическая картина при травматической язве характеризуется наличием:

- 1) атипичных клеток эпителия
- 2) элементов воспаления
- 3) акантолитических клеток
- 4) клеток Лангханса
- 5) гигантских многоядерных клеток

006. Признаки озлокачествления травматической язвы:

- 1) изменение размеров язвы
- 2) блюдцеобразная форма язвы
- 3) эозинофилия
- 4) уплотнение краев и дна язвы
- 5) изменение цвета окружающих тканей

7. Травматическую язву дифференцируют с:

- 1) эрозивно-язвенной формой плоского лишая
- 2) глоссалгией
- 3) многоформной экссудативной эритемой
- 4) аллергическим стоматитом
- 5) раковой язвой

008. Лечение травматической язвы включает:

- 1) хирургическое иссечение участка поражения
- 2) прижигание раствором бриллиантового зеленого
- 3) антисептическую обработку и аппликацию эпителизирующих средств
- 4) устранение травмирующих факторов
- 5) устранение травмирующих факторов, антисептическую обработку, аппликацию эпителизирующих средств

009. Имеют тенденцию к озлокачествлению язвы:

- 1) трофическая
- 2) сифилитическая
- 3) туберкулезная
- 4) травматическая
- 5) афтаСеттона

010. После устранения травмирующего фактора выраженную склонность к заживлению имеют язвы:

- 1) травматическая
- 2) лучевая
- 3) раковая
- 4) сифилитическая
- 5) туберкулезная

Ситуационные задачи**Задача № 1**

К врачу-стоматологу обратилась женщина 34 лет с жалобами на наличие болезненной язвы на красной кайме нижней губы. Из анамнеза установлено, что во время работы на химзаводе пациентка получила химическую травму. Врач установил наличие колликвационного некроза. Какой из перечисленных агентов скорее всего привел к повреждению губы в этом случае?

1. Кислота
2. Щелочи
3. Лучевое повреждение
4. Высокая температура
5. Электрический ток

Задача № 2

При лечении травматической эрозии языка у пациента 54 лет врач-стоматолог применил кератопластики. Какой препарат из перечисленных принадлежит к этой группе?

1. Ируксол
2. Троксевазин
3. Винилин
4. Деперзолон
5. Пиромекаин

Ролевая игра

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для травмы (механической, химической, физической) слизистой оболочки полости рта.);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения);

4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание лечебного действия и методики проведения физиотерапевтических процедур при местном лечении травмы (механической, физической, химической)слизистой оболочки полости рта);

5-й студент – «врач-рентгенолог» (знание данных рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 59
Тестовый контроль знаний

1. Хроническая механическая травма и курение приводят к:

- 1) гематоме
- 2) ссадине
- 3) лейкоплакии
- 4) хейлиту
- 5) кандидозу

2. Для уточнения диагноза «лейкоплакия» используют методы исследования:

- 1) серологический
- 2) бактериоскопический
- 3) иммунологический
- 4) гистологический
- 5) цитологический

3. Причины лейкоплакии Таппейнера:

- 1) хронический герпес
- 2) лекарственная аллергия
- 3) курение
- 4) гальваноз
- 5) гиперсаливация

004. Морфологические элементы поражения при лейкоплакии:

- 1) узел
- 2) узелок
- 3) бляшка
- 4) бугорок
- 5) волдырь

5. Веррукозную форму лейкоплакии дифференцируют с:

- 1) актиническим хейлитом
- 2) афтозным стоматитом
- 3) пузырьчаткой
- 4) гиперкератотической формой плоского лишая
- 5) хроническим герпесом

6. Признаки озлокачивания эрозивно-язвенной формы лейкоплакии:

- 1) наличие фибринозного налета
- 2) воспаление вокруг очага поражения
- 3) появление жжения
- 4) уплотнение краев и основания очага поражения
- 5) гиперсаливация

7. Клиническая картина веррукозной формы лейкоплакии:

- 1) ограниченный очаг серо-белого цвета в виде бляшек
- 2) пузырь с серозным содержимым
- 3) воспалительное пятно
- 4) эрозия
- 5) язва

008. Санация полости рта при лейкоплакии включает:

- 1) избирательное шлифование
- 2) шинирование зубов
- 3) сошлифовывание острых краев зубов и пломб
- 4) повышение прикуса
- 5) пломбирование клиновидных дефектов

9. Средства местного лечения плоской лейкоплакии:

- 1) противовирусные препараты
- 2) антибактериальные мази
- 3) прижигающая терапия
- 4) кератопластические средства
- 5) содовые полоскания

10. К кератопластическим средствам относят:

- 1) теброфеновую мазь
- 2) аспириновую мазь
- 3) масляный раствор витамина А
- 4) гепариновую мазь
- 5) бутадионовую мазь

011. При лечении эрозивно-язвенной формы лейкоплакии назначают:

- 1) вакцинацию
- 2) УВЧ-терапию
- 3) эпителизирующие мази
- 4) прижигающие средства
- 5) противогрибковые препараты

12. При неэффективности консервативного лечения лейкоплакии используют:

- 1) иммунотерапию
- 2) радиотерапию
- 3) химиотерапию
- 4) гирудотерапию
- 5) криодеструкцию

Ситуационная задача

Пациент 43 лет обратился к стоматологу с жалобами на шероховатость, чувство стянутости и неприятные ощущения от приёма горячей пищи в углах рта. Жевание затруднено из-за отсутствия некоторых жевательных зубов. Иногда во рту появляется металлический привкус.

Жалобы пациент связывает с протезированием искусственными коронками зубов 11, 12, 13, 14, 21, 22,23, 24 три года назад. К стоматологу не обращался, так как не было болевых ощущений.

При внешнем осмотре: пациент пониженной упитанности, конфигурация лица нарушена из-за снижения высоты нижней трети лица. Слизистая оболочка губ, преддверия и полости рта нормального цвета, достаточно увлажнена. Язык покрыт сероватым налётом, на боковых поверхностях имеются отпечатки зубов. На слизистой оболочке в углах рта обнаружены очаги серо-белого цвета в виде бляшек, возвышающихся над окружающей слизистой оболочкой. Очаги размером 1,5/ 2,0 см при поскабливании не снимаются. При пальпации очагов болезненности и уплотнения в основании не определяется.

Прикус ортогнатический. Зубы 14, 13, 23, 24 покрыты искусственными металлическими коронками, а 11, 12, 21, 22- с пластмассовой облицовкой. Отсутствуют

зубы 18,17,16,15, 26, 25, 31, 37, 38, 48, 46, 45. Имеются кариозные полости в зубах 34 и 44, дефекты пломб из амальгамы в зубах 35, 36 и 47. Коронка зуба 28 значительно разрушена, пальпация по переходной складке слегка болезненна. Индекс гигиены 2,3 балла, состояние пародонта соответствует клинической картине хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести. Подвижность зубов 32,41,42 – второй степени. В настоящее время страдает хроническим гиперацидным гастритом, шесть лет назад перенёс холецистэктомию, после операции отказался от острой и жирной пищи. Курит с 15 лет, алкоголь употребляет умеренно.

1. Какой диагноз можно предположить в данной ситуации.
2. Назовите признаки озлокачествления.
3. Назовите средства для общего и местного лечения данного заболевания.
4. Какой метод лечения нужно рекомендовать при неэффективном терапевтическом лечении.

Ролевая игра

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для лейкоплакии (K13.2));

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения);

4-й студент - «врач стоматолог ортопед» (знание индивидуальных показаний и умение рекомендовать наиболее рациональную конструкцию протеза, используя благородные металлы);

5-й студент – «врач стоматолог хирург» (знание данных обследования при подтверждении подозрений на малигнизацию).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 60
Тестовый контроль знаний

001. Острый герпетический стоматит является заболеванием:

- 1) вирусным
- 2) бактериальным
- 3) грибковым
- 4) аутоиммунным
- 5) аллергическим

002. Первичный элемент поражения при остром герпетическом стоматите носит название:

- 1) афта
- 2) корка
- 3) папула
- 4) эрозия
- 5) пузырек

003. Вторичный элемент поражения при остром герпетическом стоматите носит название:

- 1) афта
- 2) папула
- 3) эрозия
- 4) пузырек
- 5) чешуйка

004. Острый герпетический стоматит следует дифференцировать с:

- 1) атопическим хейлитом
- 2) гиперпластическим кандидозом
- 3) атрофическим кандидозом
- 4) десквамативным глосситом
- 5) аллергическим (медикаментозным) стоматитом

005. Возбудитель хронического рецидивирующего герпетического стоматита:

- 1) актиномицеты
- 2) палочка Леффлера
- 3) дрожжеподобные грибы
- 4) вирус простого герпеса
- 5) фузоспирохета Венсана

006. Рецидив герпетической инфекции происходит в результате:

- 1) аллергии
- 2) дисбактериоза
- 3) активизации латентной инфекции
- 4) активизации условно-патогенной микрофлоры
- 5) стоматологического вмешательства

007. Первичный элемент поражения при хроническом рецидивирующем герпесе носит название:

- 1) афта
- 2) корка
- 3) папула

- 4) пятно
- 5) везикула

008. При герпесе в цитологическом препарате находят клетки:

- 1) Тцанка
- 2) Лангханса
- 3) гигантские многоядерные
- 4) акантолитические
- 5) атипичные

009. При герпесе патологический процесс в эпителии называется:

- 1) акантозом
- 2) гиперкератозом
- 3) паракератозом
- 4) папилломатозом
- 5) баллонизирующей дегенерацией

010. Патологический процесс в результате скопления жидкости между клетками шиповатого слоя называется:

- 1) акантозом
- 2) спонгиозом
- 3) паракератозом
- 4) папилломатозом
- 5) гиперкератозом

Ситуационные задачи

Задача №1.

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

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

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

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Назначьте противовирусные препараты для местного и общего лечения;
5. Рекомендации по профилактике данного заболевания;

Задача №2.

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

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

Объективно: СОПР гиперемирована, отечна. На СОПР афтоподобные элементы со светлым содержимым, окружённые ободком гиперемии. Подобные патологические элементы на коже лица вблизи крыльев носа.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;

3. Составьте план лечения;
4. Назначьте противовирусные препараты;
5. Ваши рекомендации по профилактике данного заболевания.

Ролевая игра

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для герпетической инфекции (простого герпеса, опоясывающего лишая, ящура, герпангины));
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных и дополнительных методов обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 61
Тестовый контроль знаний

001. Синдром приобретенного иммунодефицита является заболеванием:

- 1) аллергическим
- 2) грибковым
- 3) бактериальным
- 4) вирусным
- 5) аутоиммунным

002. Источником ВИЧ-инфекции является:

- 1) крупный рогатый скот
- 2) человек - носитель ВИЧ
- 3) кровососущее насекомое
- 4) птица
- 5) грызун

003. Первичной мишенью для ВИЧ-инфекции являются:

- 1) эритроциты
- 2) Т-хелперы
- 3) Т-киллеры
- 4) фибробласты
- 5) макроциты

004. Инкубационный период ВИЧ-инфекции составляет:

- 1) от 3 до 12 часов
- 2) от 3 до 12 дней
- 3) от 3 до 12 недель
- 4) от 3 до 12 месяцев
- 5) от 3 до 12 лет

005. Диагноз ВИЧ-инфекция устанавливается после исследования:

- 1) цитологического
- 2) гистологического
- 3) иммуноферментного анализа крови
- 4) биохимического анализа крови
- 5) серологического анализа крови

006. Заболевание, как правило, четко связанное с ВИЧ-инфекцией:

- 1) плоская лейкоплакия
- 2) волосистая лейкоплакия
- 3) веррукозная лейкоплакия
- 4) эрозивная лейкоплакия
- 5) лейкоплакия Таппейнера

007. Заболевание, как правило, четко связанное с ВИЧ-инфекцией:

- 1) хейлит Манганотти
- 2) лимфома Ходжкина
- 3) отек Квинке
- 4) саркома Капоши
- 5) синдром Милькерсона-Розенталя

008. Маркерным заболеванием полости рта, сопровождающим ВИЧ-инфекцию, является:

- 1) плоский лишай
- 2) хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- 3) хронический рецидивирующий герпетический стоматит
- 4) многоформная экссудативная эритема
- 5) глоссалгия

009. При лечении ВИЧ-инфицированного пациента стоматологу не следует использовать:

- 1) высокооборотную турбину
- 2) механическую бормашину
- 3) слюноотсос
- 4) пылесос
- 5) апекслокатор

Ситуационная задача

Пациент 41 года обратился с жалобами на жжение, сухость в полости рта. Болен в течение нескольких недель. Отмечает постоянную слабость, ночную потливость. Сифилофобия.

При *осмотре*: тревожен, кожные покровы бледные. Лимфатические узлы всех регионарных групп увеличены более 1 см.

На слизистой оболочке мягкого неба, щек. на гиперемизированном фоне - большое количество творожистого налета. В соскобе - почкующиеся бластоспоры Кандида. В анализе крови - анемия, лейкопения.

Поставьте диагноз.

Ролевая игра

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с проявлениями ВИЧ-инфекции в полости рта);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации, составить план дополнительного обследования и лечения);
- 4-й студент - «медсестра» (умение правильно подготовить рабочее место к приему пациента, знание мер защиты врача и медперсонала при работе с ВИЧ-инфицированными пациентами).

**Методическая разработка семинара для ординаторов № 62
Тестовый контроль знаний.**

001. Язвенно-некротический гингивит Венсана относят к заболеваниям:

- 1) вирусным
- 2) аллергическим
- 3) бактериальным
- 4) аутоиммунным
- 5) невrogenным

002. Язвенно-некротический гингивит Венсана вызывается симбиозом:

- 1) стафилококков и пептострептококков
- 2) фузобактерий и спирохет
- 3) стрептококков и фузобактерий
- 4) стрептококков и лактобацилл
- 5) верно 1) и 4)

003. Общие факторы способствующие язвенно-некротическому гингивиту Венсана:

- 1) авитаминоз
- 2) нарушение липидного обмена
- 3) переохлаждение
- 4) верно 1) и 3)
- 5) стресс

004. Элементы поражения при язвенно-некротическом гингивите Венсана:

- 1) пятно
- 2) афта
- 3) налет
- 4) эрозия
- 5) язва

005. Дополнительные методы обследования при язвенно-некротическом гингивите Венсана:

- 1) общий клинический анализ крови
- 2) анализ крови на содержание глюкозы
- 3) анализ крови на ВИЧ-инфекцию
- 4) бактериоскопия
- 5) верно 1) , 3) и 4)

006. Патологические процессы в зоне поражения при язвенно-некротическом гингивите Венсана:

- 1) некроз
- 2) акантолиз
- 3) воспалительный инфильтрат
- 4) вакуольная дистрофия
- 5) верно 1) и 3)

007. Дифференциальную диагностику язвенно-некротического гингивита Венсана проводят с:

- 1) острым герпетическим стоматитом
- 2) ВИЧ-инфекцией
- 3) сахарным диабетом
- 4) глоссалгией

5) верно 1) и 2)

008. Местные факторы, провоцирующие рецидив язвенно-некротического гингивита Венсана:

- 1) хронические воспалительные заболевания пародонта
- 2) несанированная полость рта
- 3) гальваноз
- 4) полуретинированный зуб мудрости
- 5) верно 1) , 2) и 4)

009. Средства местного лечения язвенно-некротического гингивита Венсана:

- 1) раствор 0,05% хлоргексидина
- 2) гель метрогил-дента
- 3) трипсин
- 4) индометациновая мазь
- 5) верно 1) , 2) и 3)

010. В острой стадии язвенно-некротического гингивита Венсана не показано:

- 1) применение обезболивающих препаратов
- 2) удаление зубов
- 3) применение кератопластиков
- 4) проведение профессиональной гигиены полости рта
- 5) верно 2) и 3)

011. Для общего лечения язвенно-некротического гингивита Венсана применяют:

- 1) поливитамины
- 2) десенсибилизирующие препараты
- 3) гормональные препараты
- 4) противомикробные препараты
- 5) верно 1) , 2) и 4)

012. Профилактика рецидивов язвенно-некротического гингивита Венсана включает:

- 1) вакцинацию
- 2) профессиональную гигиену полости рта
- 3) санацию полости рта
- 4) верно 2) и 3)
- 5) прием антибиотиков

Ситуационная задача.

Пациент М. 18 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта, неприятный запах изо рта, общую слабость, головную боль, повышенную температуру тела – 38,6 градусов. Болен 3 дня. При внешнем осмотре: бледные кожные покровы. При пальпации: регионарные лимфоузлы увеличенные, болезненные, подвижные. Гнилостный запах изо рта. В полости рта: неудовлетворительная гигиена, обильный наддесневой зубной камень, гиперемия, некроз межзубных сосочков, десневого края вокруг зубов 1.1,1.2,1.3,2.1,2.2,2.3, кровоточивость и резкая болезненность десны при прикосновении инструментом.

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.назовите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план общего лечения.
5. Составьте план местного лечения.

Ролевая игра.

1 студент – (медрегистратор) – заполнение документации на стоматологического пациента.

2 студент- (пациент) – предъявляет жалобы на появление боли в полости рта, ухудшение общего состояния, кровоточивость десен.

2 студент – (Врач –терапевт)- сбор жалоб, анамнеза, проведение основных и дополнительных методов обследования, составление плана лечения.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 63
Тестовый контроль знаний

001. К грибковым заболеваниям полости рта относят:

- 1) опоясывающий лишай
- 2) кандидоз
- 3) ящур
- 4) многоформная экссудативная эритема
- 5) лейкоплакия

002. Кандидоз имеет природу:

- 1) вирусную
- 2) инфекционно-аллергическую
- 3) травматическую
- 4) грибковую
- 5) радиологическую

003. Причина кандидоза:

- 1) переохлаждение
- 2) стресс
- 3) неудовлетворительная гигиена полости рта
- 4) аллергия на антибиотики
- 5) дисбактериоз

004. Элемент поражения при кандидозе:

- 1) эрозия
- 2) папула
- 3) пятно
- 4) налет
- 5) бугорок

005. Возбудителями кандидоза являются:

- 1) спирохеты
- 2) лептотрихии
- 3) грибы *Candida*
- 4) фузобактерии
- 5) вейлонеллы

006. Необходимое исследование, подтверждающее диагноз кандидоз:

- 1) рентгенологическое
- 2) бактериоскопическое
- 3) сиалографическое
- 4) цитологическое
- 5) иммунологическое

007. Налет при кандидозе состоит из:

- 1) смешанной флоры полости рта, клеток эпителия
- 2) единичных грибов *Candida*, клеток эпителия и фибрина
- 3) лептотрихий, вейлонелл, фибрина, клеток эпителия
- 4) почкующихся форм бластоспор, дрожжевого псевдомицелия, фибрина, клеток эпителия, лейкоцитов

5) фузобактерий, единичных грибов Candida, фибрина и десквамированных клеток эпителия

008. Взятие материала для бактериоскопического исследования проводят:

- 1) после еды
- 2) до еды
- 3) натошак
- 4) в любое время
- 5) через 3 часа после еды

009. Кандидоз развивается на фоне длительного приема:

- 1) ферментов
- 2) антибиотиков
- 3) поливитаминов
- 4) кератопластиков
- 5) нейролептиков

010. Группы риска развития кандидоза:

- 1) подростки
- 2) лица, страдающие эпилепсией
- 3) лица, длительное время принимающие цитостатики, кортикостероиды
- 4) мужчины в возрасте 30-60 лет, злостные курильщики
- 5) лица, страдающие бронхиальной астмой

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Пациент 48 лет обратился к стоматологу с жалобами на сухость и жжение во рту, белый налет на языке. Болен в течение 2 нед. В анамнезе длительное лечение бронхиальной астмы препаратами, содержащими глюкокортикостероиды.

При осмотре на спинке языка, мягком небе, щеках обильный налет белого цвета, напоминающий творожистую массу; после его удаления обнажается гладкая гиперемированная поверхность слизистой оболочки; сосочки языка сглажены. Лечение не проводилось.

Установите предварительный диагноз, составьте план обследования и лечения.

Задача № 2.

Пациентка 72 лет предъявляет жалобы на периодическое появление корочек в углах рта в течение 2 мес.

В анамнезе гипертоническая болезнь; носит съемные пластиночные протезы на верхней и нижней челюстях в течение 5 лет.

Высота нижней трети лица снижена. В выраженных кожных складках в углах рта справа и слева слабomкнущие эрозии, окруженные тонкими серыми чешуйками. Красная кайма губ сухая.

Слизистая оболочка протезного ложа на верхней челюсти гиперемирована, сухая, слабо болезненная. Налет отсутствует. Гигиеническое состояние съемных протезов неудовлетворительное. Для лечения применялись отвары ромашки и шалфея, без эффекта.

Поставьте предварительный диагноз, наметьте план обследования и лечения.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 64**Тестовый контроль знаний.****001. Пути передачи инфекции при сифилисе:**

- 1) воздушно-капельный
- 2) через рукопожатие
- 3) алиментарный
- 4) половой
- 5) верно 2) и 3)

002. Инкубационный период при сифилисе:

- 1) 7-10 дней
- 2) 14-17 дней
- 3) 21-28 дней
- 4) 3-6 недель
- 5) 1 год

003. Первичный сифилис на СОПР проявляется как:

- 1) папулезный сифилид
- 2) твердый шанкр
- 3) творожистый налет
- 4) гумма
- 5) пятнистый сифилид

004. Вторичный сифилис на СОПР проявляется как:

- 1) папулезный сифилид
- 2) твердый шанкр
- 3) творожистый налет
- 4) гумма
- 5) множественные язвы

005. Дифференциальную диагностику сифилиса в полости рта проводят с:

- 1) плоским лишаем
- 2) десквамативным глосситом
- 3) глоссалгией
- 4) невралгией тройничного нерва
- 5) верно 1) и 2)

Ситуационные задачи.**Задача 1.**

Больной 66 лет обратился к стоматологу с жалобами на «язву» на языке, затрудненное пережевывание пищи. На протяжении 10 лет отмечает периодически возникающие «язвы» в полости рта. За медицинской помощью не обращался.

Высота нижнего отдела лица уменьшена, западение спинки носа — седловидный нос. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены, безболезненны, подвижны. Красная кайма губ без видимых изменений. Полная адентия. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена. На спинке языка язва округлой кратерообразной формы с плотными выступающими краями, болезненная при пальпации. В области мягкого неба рубцовые изменения, язычок отсутствует.

Установите предварительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику, составьте план обследования и лечения.

Задача 2.

Пациентка К. 23года обратилась к стоматологу с жалобами на наличие язвы на кончике языка, чувство дискомфорта во время разговора и еды. Образование на языке появилось 1,5 месяца назад. Регионарные лимфатические узлы увеличены, безболезненны, плотно эластичные, малоподвижные. При осмотре полости рта: на кончике языка имеется безболезненная язва 2,5х2 см. овальной формы с плотными краями и дном.

1. Определите дополнительные методы исследования, необходимые для постановки диагноза.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Укажите причину заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Тактика врача - стоматолога при определении лечения.

Ролевая игра.

1 студент (медрегистратор) – заполнение документации на стоматологического пациента.

2 студент (пациент) – предъявляет жалобы на появление язвы на спинке языка.

2 студент (врач – терапевт) - сбор жалоб, анамнеза, проведение основных и дополнительных методов обследования, составление плана лечения.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 66
Тестовый контроль знаний

001. Отек Квинке имеет природу:

- 1) токсико-аллергическую
- 2) инфекционно-аллергическую
- 3) инфекционно-токсическую
- 4) аутоиммунную
- 5) инфекционную

002. К развитию асфиксии может привести отек:

- 1) нижней губы
- 2) нижней губы и языка
- 3) нижней губы языка и гортани
- 4) дна полости рта
- 5) верно 1) и 4)

003. Дифференциальную диагностику отека Квинке с локализацией на губе проводят с:

- 1) синдромом Милькерссона-Розенталя
- 2) рожистым воспалением
- 3) механической травмой
- 4) абсцессом губы
- 5) верно 1) , 2) и 4)

004. Общее лечение отека Квинке:

- 1) гипосенсибилизация
- 2) противовирусные препараты
- 3) дезинтоксикационная терапия
- 4) верно 1) и 3)
- 5) витаминотерапия

Ситуационная задача

Пациентка 29 лет обратилась с жалобами на отек верхней губы, дискомфорт и эстетический недостаток.

Начало заболевания острое. Отек развился в течение нескольких часов. В связи с простудным заболеванием принимала антибиотики.

Верхняя губа увеличена, безболезненна при пальпации. Регионарные лимфатические узлы в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без видимых патоморфологических элементов.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Ролевая игра

Участники: пациент, врач-стоматолог, заведующий отделением, врач-иммунолог, врач-лаборант, врач-физиотерапевт.

Роль пациента: описывает жалобы больного при любом из аллергических состояний, придумывает анамнез болезни и жизни.

Роль лечащего врача: на основании жалоб и анамнеза болезни описывает возможную клиническую картину болезни, назначает проведение дополнительных исследований, озвучивает свой предварительный диагноз.

Роль врача-лаборанта: должен дать клиническое заключение по направлению

лечащего врача.

Роль лечащего врача: обосновывает диагноз и назначает план лечения.

Роль врача-иммунолога: обосновывает назначение лекарственных средств при данной патологии.

Роль заведующего отделением: указывает на ошибки в обследовании и в плане лечения (если они были).

Роль врача-физиотерапевта: предлагает проведение возможных физиотерапевтических процедур при выявленной патологии.

Ведущий преподаватель наблюдает за последовательностью игры, и по мере необходимости исправляет либо направляет её ход.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 67**Тестовый контроль знаний****005. К аллергическим реакциям замедленного типа относят:**

- 1) кандидоз
- 2) лекарственную аллергию
- 3) контактный аллергический стоматит
- 4) верно 2) и 3)
- 5) бронхиальную астму

006. Факторы вызывающие лекарственную аллергию:

- 1) стресс
- 2) курение
- 3) прием лекарственного препарата
- 4) аппликация медикамента на СОПР
- 5) верно 3) и 4)

007. Элементы поражения на СОПР при лекарственной аллергии:

- 1) папула
- 2) пятно
- 3) пузырь
- 4) верно 2) и 3)
- 5) гиперкератоз

008. Клинические формы лекарственной аллергии:

- 1) катаральная
- 2) катарально-геморрагическая
- 3) гиперкератотическая
- 4) буллезная
- 5) верно 1) ,2) и 4)

009. Средства для местного лечения лекарственной аллергии:

- 1) обезболивающие
- 2) противогрибковые
- 3) антигистаминные
- 4) верно 1) и 3)
- 5) противовирусные

010. Элементы поражения при контактной аллергии:

- 1) пятно
- 2) рубец
- 3) пузырек
- 4) эрозия
- 5) верно 1) ,3) и 4)

011. Жалобы больного при контактной аллергии в полости рта:

- 1) на зуд и жжение
- 2) на запах изо рта
- 3) на сухость
- 4) кровоточивость десен
- 5) верно 1) и 3)

012. Лечебные мероприятия при контактной аллергии направлены на:

- 1) устранение аллергена
- 2) десенсибилизацию организма
- 3) обезболивание
- 4) верно 1) ,2) и 3)
- 5) устранение очаговой инфекции

013. Препараты для местного лечения контактной аллергии в полости рта:

- 1) антисептики, десенсибилизирующие, эпителизирующие
- 2) противогрибковые, прижигающие
- 3) противовирусные
- 4) противомикробные
- 5) верно 3) и 4)

Ситуационная задача

Пациент 45 лет обратился с жалобами на жжение, появление кровоизлияний, язв в полости рта, болезненность при приеме пищи.

До появления этих жалоб принимал эритромицин в связи с простудным заболеванием. Подобные явления наблюдались при приеме линкомицина.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, при пальпации болезненны. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна, с множественными эрозиями. Десна гиперемирована, отечна, кровоточит, покрыта сероватым налетом, с трудом снимающимся при поскабливании.

В зубе 46 кариес, твердые зубные отложения в значительном количестве; острые края зубов.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Ролевая игра

Участники: пациент, врач-стоматолог, заведующий отделением, врач-иммунолог, врач-лаборант, врач-физиотерапевт.

Роль пациента: красочно описывает жалобы больного при любом из аллергических состояний, придумывает анамнез болезни и жизни.

Роль лечащего врача: на основании жалоб и анамнеза болезни описывает возможную клиническую картину болезни, назначает проведение дополнительных исследований, озвучивает свой предварительный диагноз.

Роль врача-лаборанта: должен дать клиническое заключение по направлению лечащего врача.

Роль лечащего врача: обосновывает диагноз и назначает план лечения.

Роль врача-иммунолога: обосновывает назначение лекарственных средств при данной патологии.

Роль заведующего отделением: указывает на ошибки в обследовании и в плане лечения (если они были).

Роль врача-физиотерапевта: предлагает проведение возможных физиотерапевтических процедур при выявленной патологии.

Ведущий преподаватель наблюдает за последовательностью игры, и по мере необходимости исправляет либо направляет её ход.

Методическая разработка семинара для ординаторов № 68**Тестовый контроль****001. Тяжелые формы многоформной экссудативной эритемы:**

- 1) синдром Бехчета
- 2) афтоз Сеттона
- 3) синдром Шегрена
- 4) синдром Розенталя
- 5) синдром Стивенса-Джонсона

002. При многоформной экссудативной эритеме элементы поражения на слизистой оболочке:

- 1) пятно, волдырь, пузырь, эрозия
- 2) пятно, папула, пузырь
- 3) эрозия, язва, волдырь, пузырь
- 4) пузырь, пузырек, волдырь, эрозия
- 5) папула, эрозия, пузырь, «кокарда»

003. При многоформной экссудативной эритеме элементы поражения на коже:

- 1) пятно, папула, «кокарда»
- 2) волдырь, пузырь, «кокарда»
- 3) эрозия, чешуйка, трещина
- 4) папула, волдырь, «кокарда»
- 5) пятно, пузырь, «кокарда»

004. Локализация элементов на коже при многоформной экссудативной эритеме:

- 1) тыльная поверхность ладоней и предплечья
- 2) спина и шея
- 3) волосистая часть головы
- 4) тыльная поверхность ладоней и голени
- 5) спина, шея и волосистая часть головы

005. Элементы поражения на губах при многоформной экссудативной эритеме:

- 1) корка
- 2) чешуйка
- 3) гнойничок
- 4) язва
- 5) кератоакантома

006. Регионарные лимфоузлы при многоформной экссудативной эритеме:

- 1) без изменений
- 2) увеличены, безболезненны
- 3) увеличены, болезненны
- 4) увеличены, болезненны, не спаяны
- 5) увеличены, болезненны, спаяны

007. Фактор, провоцирующий многоформную экссудативную эритему:

- 1) контакт с инфекционными пациентами
- 2) инсоляция
- 3) прием лекарственного препарата
- 4) заболевание сердечно-сосудистой системы
- 5) невроз

008. При обследовании больного в период острого течения многоформной экссудативной эритемы проводят:

- 1) кожно-аллергические пробы
- 2) реакцию лейкоцитов, клинический анализ крови и реакцию торможения миграции лейкоцитов
- 3) гистаминовую пробу
- 4) анализ крови на сахар
- 5) кожно-аллергические пробы и гистаминовую пробу

009. При обследовании больного в период ремиссии многоформной экссудативной эритемы проводят:

- 1) кожно-аллергические пробы и гистаминовую пробу
- 2) реакцию лейкоцитоза
- 3) реакцию порможения миграции лейкоцитов
- 4) клинический анализ крови
- 5) анализ крови на сахар

010. Картина крови при многоформной экссудативной эритеме тяжелой формы:

- 1) клинический анализ крови в пределах нормы
- 2) анизоцитоз, пойкилоцитоз
- 3) агранулоцитоз
- 4) лейкопения
- 5) лейкоцитоз, эозинофелия

Ситуационные задачи

№1. Больной 25 лет обратился с жалобами на резкую боль в полости рта при приеме пищи, повышенное слюноотделение, высокую температуру (39,5°C). Отмечает общую слабость, головную боль.

В анамнезе хронический гайморит. Кожные покровы бледные; на тыльной поверхности кистей синюшно-розовые высыпания с геморрагической коркой в центре. Красная кайма губ отечна, гиперемирована, покрыта плотно фиксированными кровянистыми корками. Подподбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны. На слизистой оболочке губ, щек эритематозные пятна, крупные сливающиеся эрозии, покрытые фибринозным налетом.

Установите предварительный диагноз, составьте план обследования и лечения.

№ 2. Больная 22 лет обратилась в клинику с жалобами на общую слабость, высокую температуру, жжение слизистой оболочки полости рта, усиливающееся при приеме пищи, разговоре. Начало заболевания острое, после переохлаждения. В анамнезе хронический тонзиллит. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, голени эритематозные пятна с кровянистой коркой в центре. Красная кайма губ отечна, покрыта кровянистыми корками. Поднижнечелюстные, подподбородочные лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны. На резко гиперемированной, отечной слизистой оболочке губ, щек, дна полости рта множественные резко болезненные эрозии с ровными краями, покрытые фибринозным налетом.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Ролевая игра

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для МЭЭ);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план дополнительного обследования и лечения; интерпретировать данные лабораторных анализов; направить на консультацию к смежным специалистам (аллергологу, дерматологу, терапевту).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 69
Тестовый контроль знаний

001. Причины возникновения хронического рецидивирующего афтозного стоматита:

- 1) переохлаждение
- 2) заболевания желудочно-кишечного тракта
- 3) бактериальная инфекция
- 4) вирусная инфекция
- 5) перенесенное ОРВИ

002. Элемент поражения при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите:

- 1) пятно
- 2) папула
- 3) афта
- 4) пузырек
- 5) язва

003. Тяжелые формы рецидивирующего афтозного стоматита:

- 1) афтоз Сеттона
- 2) синдром Шегрена
- 3) синдром Розенталя
- 4) синдром Стивенса-Джонсона
- 5) синдром Лайелла

004. Пациенты с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом предъявляют жалобы на:

- 1) боль
- 2) сухость
- 3) запах изо рта
- 4) обложенность языка
- 5) кровоточивость десны

005. Клинические признаки, характерные при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите:

- 1) длительно не заживающие одиночные язвы, склонные к рубцеванию
- 2) на слизистой оболочке множественные эрозии и афты, склонные к слиянию
- 3) эрозии с фестончатыми краями, чаще на твердом небе, десне, красной кайме губ
- 4) пузыри, эрозии, корки, симптом Никольского положительны
- 5) на слизистой оболочке полости рта 1-3 афты

006. Регионарные лимфоузлы в стадии развития хронического рецидивирующего афтозного стоматита:

- 1) без изменений
- 2) увеличены, безболезненны
- 3) увеличены, болезненны
- 4) увеличены, болезненны, спаяны
- 5) увеличены, болезненны, не спаяны

007. Регионарные лимфоузлы в продромальном периоде хронического рецидивирующего афтозного стоматита:

- 1) без изменений
- 2) увеличены, безболезненны

- 3) увеличены, болезненны
- 4) увеличены, болезненны, спаяны
- 5) увеличены, болезненны, не спаяны

008. Местные факторы, провоцирующие рецидив хронического рецидивирующего афтозного стоматита:

- 1) глубокое резцовое перекрытие
- 2) гальваноз
- 3) травмы
- 4) амальгамовые пломбы
- 5) атрофия сосочков языка

009. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит дифференцируют с:

- 1) острым герпесом
- 2) хроническим герпесом
- 3) многоформной экссудативной эритемой
- 4) вторичным сифилисом
- 5) язвенно-некротическим стоматитом

010. Лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита проводится:

- 1) антибиотиками
- 2) противовирусными препаратами
- 3) противогрибковыми препаратами
- 4) кератопластиками
- 5) прижигающими препаратами

011. Пораженные участки при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите обрабатывают:

- 1) раствором анестетика
- 2) растворами анестетика и ферментов
- 3) растворами анестетика, ферментов и антисептиков
- 4) растворами анестетика, ферментов, антисептиков, жидкостью Каstellани
- 5) растворами анестетика, ферментов, антисептиков, кератопластиков

012. Мероприятия, проводимые в период ремиссии хронического рецидивирующего афтозного стоматита:

- 1) антибиотикотерапия
- 2) полоскание хлоргексидином
- 3) противовирусная терапия
- 4) обследование у гастроэнтеролога
- 5) обследование у аллерголога

013. Средства для местного лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита:

- 1) стрептоцидовая мазь
- 2) ацикловир
- 3) кератопластик
- 4) бонафтоновая мазь
- 5) гидрокортизоновая мазь

014. Общее лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита:

- 1) антибиотики

- 2) гормональные препараты
- 3) сульфаниламиды
- 4) средства, повышающие резистентность организма
- 5) седативные препараты

015. Профилактическое мероприятие при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите, проводимое местно:

- 1) устранение аномалий развития челюстей
- 2) устранение аномалий положения зубов
- 3) устранение аномалий прикуса
- 4) санация очагов хронической инфекции
- 5) устранение глубокого резцового перекрытия

016. Общее профилактическое мероприятие, проводимое при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите:

- 1) лечение заболеваний пищеварительной системы
- 2) лечение эндокринных заболеваний
- 3) лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы
- 4) физиотерапия
- 5) психотропное лечение

Ситуационные задачи

№1. Пациент 37 лет обратился с жалобами на боль и жжение в слизистой оболочке полости рта, усиливающиеся при приеме пищи, появление болезненных язв, которые через 7—10 дней самостоятельно исчезают. Обострения бывают 2—3 раза в год (осенью и весной в течение 4 лет). Обращался к стоматологу, назначались полоскания антисептическими растворами, аппликации масляного раствора витамина А. В анамнезе хронический энтероколит. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены, болезненны при пальпации. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное. Острые края коронок зубов 16, 25, 31, 32. На кончике языка и слизистой оболочке нижней губы эрозии овальной формы с венчиком гиперемии, болезненные при пальпации.

Установите диагноз, назначьте лечение.

№2. Пациентка 34 лет обратилась с жалобами на появление болезненных язв на слизистой оболочке полости рта осенью и зимой, самостоятельно заживающих в течение 10—12 дней. В анамнезе аллергия на домашнюю пыль, заболевание желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз). Региональные поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены, болезненны при пальпации. Десна отечна, цианотична, кровоточит при прикосновении, пародонтальные карманы глубиной 4—5 мм. Острые края моляров нижней челюсти. На боковой поверхности языка справа и по переходной складке слева эрозии округлой формы с венчиком гиперемии, покрытые беловато-серым налетом.

Проведите дифференциальную диагностику, установите диагноз.

Ролевая игра

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для ХРАС);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план дополнительного обследования и лечения; интерпретировать данные лабораторных

анализов; направить на консультацию к смежным специалистам (гастроэнтерологу, аллергологу, терапевту).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 70
Тестовый контроль знаний

1. Для гюнтеровского глоссита характерны:

- 1) появление участков ороговения на слизистой языка
- 2) гипертрофия нитевидных сосочков языка
- 3) атрофия нитевидных сосочков языка
- 4) ярко-красный болезненный язык
- 5) верно 3) и 4)

2. Гюнтеровский глоссит сопровождается общесоматическими заболеваниями:

- 1) сосудистые патологии
- 2) сахарный диабет
- 3) дерматозы
- 4) лейкозы
- 5) В12-фолиеводефицитную анемию

3. Гюнтеровский глоссит - это:

- 1) складчатый язык
- 2) черный волосатый язык
- 3) десквамативный глоссит
- 4) ярко-красный, болезненный, «полированный» язык
- 5) ромбовидный глоссит

4. При подозрении на В12-фолиеводефицитную анемию необходимо исследовать кровь на:

- 1) количество лейкоцитов
- 2) количество эритроцитов, цветной показатель
- 3) СОЭ
- 4) уровень гемоглобина
- 5) верно 2) и 4)

5. Гюнтеровский глоссит дифференцируют с:

- 1) аллергическим стоматитом
- 2) сифилисом
- 3) острым атрофическим кандидозом
- 4) ромбовидным глосситом
- 5) верно 1) и 3)

6. При анемии гипохромного типа цветной показатель равен:

- 1) 0,8-1,1
- 2) 0,5-0,6
- 3) 1,5-2,0
- 4) 2,0-2,5
- 5) не изменяется

7. Лечебные мероприятия при В12-фолиеводефицитной анемии:

- 1) назначение витамина В 12 per os
- 2) парентеральное введение витамина В 12
- 3) гирудотерапия
- 4) назначение внутрь препаратов железа
- 5) верно 2) и 4)

Ситуационная задача

Пациент 35 лет обратился с жалобами на боль в полости рта при приеме раздражающей пищи, извращение вкуса. Считает себя больным около 2 лет, когда впервые появились эти симптомы. В анамнезе ахилический гастрит в течение 5 лет. Год назад присоединился хронический панкреатит. По профессии компьютерщик-программист. По этой специальности работает 12 лет, за компьютером проводит ежедневно 8—10 ч. Бледность, сухость кожных покровов. Из анамнеза выяснено, что пациент жалуется на расслаивание ногтей, выпадение волос. Красная кайма губ сухая, заеды. Язык ярко гиперемирован. Гиперемия неоднородная (пятнами). На боковой поверхности языка видны отпечатки зубов. Сосочки языка значительно атрофированы. Красные пятна и полосы на слизистой оболочке щек. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное, обильные отложения мягкого зубного налета и зубного камня (больной щадит слизистую оболочку, плохо чистит зубы). Явления катарального гингивита. В зубах 36, 46 кариозные полости.

- 1) Установите диагноз. Что является причиной данного заболевания.
- 2) Назначьте дополнительное обследование. Какие данные лабораторных анализов необходимы для подтверждения диагноза.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику.
- 4) Наметьте план лечения.

Ролевая игра

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для одной из форм заболеваний крови и кроветворной системы);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план дополнительного обследования и лечения; интерпретировать данные лабораторных анализов; направить на консультацию к смежным специалистам (гематологу, терапевту, гастроэнтерологу)

Методическая разработка семинара для ординаторов № 71**ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ****1. Для гюнтеровского глоссита характерны:**

- 1) появление участков ороговения на слизистой языка
- 2) гипертрофия нитевидных сосочков языка
- 3) атрофия нитевидных сосочков языка
- 4) ярко-красный болезненный язык
- 5) верно 3) и 4)

2. Гюнтеровский глоссит сопровождается общесоматическими заболеваниями:

- 1) сосудистые патологии
- 2) сахарный диабет
- 3) дерматозы
- 4) лейкозы
- 5) В12-фолиеводефицитную анемию

3. Гюнтеровский глоссит - это:

- 1) складчатый язык
- 2) черный волосатый язык
- 3) десквамативный глоссит
- 4) ярко-красный, болезненный, «полированный» язык
- 5) ромбовидный глоссит

4. При подозрении на В12-фолиеводефицитную анемию необходимо исследовать кровь на:

- 1) количество лейкоцитов
- 2) количество эритроцитов, цветной показатель
- 3) СОЭ
- 4) уровень гемоглобина
- 5) верно 2) и 4)

5. Гюнтеровский глоссит дифференцируют с:

- 1) аллергическим стоматитом
- 2) сифилисом
- 3) острым атрофическим кандидозом
- 4) ромбовидным глосситом
- 5) верно 1) и 3)

6. При анемии гипохромного типа цветной показатель равен:

- 1) 0,8-1,1
- 2) 0,5-0,6
- 3) 1,5-2,0
- 4) 2,0-2,5
- 5) не изменяется

7. Лечебные мероприятия при В12-фолиеводефицитной анемии:

- 1) назначение витамина В 12 per os
- 2) парентеральное введение витамина В 12
- 3) гирудотерапия
- 4) назначение внутрь препаратов железа

5) верно 2) и 4)

Ситуационная задача

Пациент А. 82 года, обратился к стоматологу с жалобами на появление корочек, жжение и зуд в углах рта.

В анамнезе: гипертоническая болезнь II степени, сахарный диабет. Ранее неоднократно отмечал появление корочек в углах рта. Пользуется съемными пластиночными протезами в течение 11 лет.

При внешнем осмотре: кожные покровы сухие. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. В углах рта слабо-мокнущие эрозии, окруженные тонкими серыми чешуйками. Кожа в углах рта гиперемирована. Красная кайма губ сухая.

При осмотре полости рта отмечается сухость, гиперемия слизистой оболочки, атрофия сосочков языка. Гигиена съемных пластиночных протезов неудовлетворительная.

Задания:

1. Укажите причину патологических изменений в углах рта.
2. Назовите необходимый метод обследования для уточнения диагноза.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Наметьте план лечения.

Ролевая игра

Участники (медицинский регистратор, пациент, врач, врач-лаборант, медицинская сестра, эксперт).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 72

Ситуационная задача

Пациент А. 82 года, обратился к стоматологу с жалобами на появление корочек, жжение и зуд в углах рта.

В анамнезе: гипертоническая болезнь II степени, сахарный диабет. Ранее неоднократно отмечал появление корочек в углах рта. Пользуется съемными пластиночными протезами в течение 11 лет.

При внешнем осмотре: кожные покровы сухие. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. В углах рта слабомокнущие эрозии, окруженные тонкими серыми чешуйками. Кожа в углах рта гиперемированна. Красная кайма губ сухая.

При осмотре полости рта отмечается сухость, гиперемия слизистой оболочки, атрофия сосочков языка. Гигиена съемных пластиночных протезов неудовлетворительная.

Задания:

1. Укажите причину патологических изменений в углах рта.
2. Назовите необходимый метод обследования для уточнения диагноза.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Наметьте план лечения.

Ролевая игра

Участники (медицинский регистратор, пациент, врач, врач-лаборант, медицинская сестра, эксперт).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 73
Тестовый контроль

- 1. Первичный элемент поражения при пузырчатке:**
 - 1) пузырек
 - 2) пузырь
 - 3) волдырь
 - 4) узелок
 - 5) бугорок

- 2. Латинское название первичного элемента при пузырчатке:**
 - 1) nodus
 - 2) ulcus
 - 3) vesicula
 - 4) bulla
 - 5) macula

- 3. Патологический процесс в эпителии при истинной пузырчатке:**
 - 1) акантоз
 - 2) паракератоз
 - 3) гиперкератоз
 - 4) акантолиз
 - 5) склероз

- 4. Симптом Никольского положительный при:**
 - 1) эрозивной форме плоского лишая
 - 2) истинной пузырчатке
 - 3) эрозивной форме лейкоплакии
 - 4) герпетическом стоматите
 - 5) верно 1) и 2)

- 5. Для диагностики истинной пузырчатки проводят дополнительное исследование:**
 - 1) бактериоскопическое
 - 2) цитологическое
 - 3) гистологическое
 - 4) свечение в лучах Вуда
 - 5) верно 2) и 4)

- 6. Диагностические клетки при истинной пузырчатке:**
 - 1) Лангханса
 - 2) Тцанка
 - 3) атипичные
 - 4) гигантские многоядерные
 - 5) верно 1) и 4)

- 7. Больных истинной пузырчаткой лечит специалист:**
 - 1) онколог
 - 2) стоматолог
 - 3) дерматолог
 - 4) венеролог
 - 5) эндокринолог

8. К ремиссии истинной пузырчатки приводит лечение:

- 1) антибиотиками
- 2) анаболиками
- 3) транквилизаторами
- 4) противогрибковыми препаратами
- 5) кортикостероидами

Ситуационные задачи

№ 1

Больной К., 31-го года, служащий, обратился с жалобами на слабость, недомогание, повышенную температуру тела до 38,0 °С, боль в суставах, мышцах, во рту при приеме пищи и глотании, кровоточивость десен при легком дотрагивании языком. Заболел постепенно, небольшое повышение температуры отмечал в течение двух дней, накануне почувствовал себя плохо. При осмотре кожа и видимые слизистые бледные, поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены, безболезненны при пальпации. Красная кайма губ бледная, сухая, отмечается шелушение в зоне Клейна. Обилие мягкого зубного налета, коронки зубов закрыты на . - 1/3 рыхлым, кровоточащим, местами изъязвленным валом преимущественно с оральной стороны. На слизистой мягкого неба определяются язвы, болезненные при пальпации. Отсутствует ободок инфильтрации и гиперемии десны по периферии язв. Легкое касание десны вызывает резкую боль и сильную кровоточивость. Петехиальная сыпь по линии смыкания зубов и на мягком небе.

1. С какими заболеваниями возможно провести дифференциальную диагностику?
2. При каком системном заболевании характерны такие изменения в полости рта?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Выберете тактику лечения врачом-стоматологом.
5. Каков прогноз заболевания?

№ 2

Больная Г., 47 лет обратилась в стоматологическую поликлинику с целью санации и протезирования, но ее беспокоит боль в полости рта при приеме пищи. Со слов больной: в течение 6 месяцев периодически появлялась боль в различных участках слизистой оболочки неба, десен, щек после приема грубой пищи, чистки зубов щеткой. Беспокоит неприятный сладковатый запах изо рта. После приема антибиотиков и полоскания раствором фурацилина явления на время исчезали. При осмотре на неизменной слизистой оболочке левой щеки обнаружены поверхностный дефект эпителия неправильной формы, болезненный при пальпации, смещение пластов эпителия при потирании шпателем на видимо здоровых участках слизистой оболочки. Увеличение регионарных лимфоузлов.

1. Для какого системного заболевания характерны такие изменения в полости рта?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Консультация какого специалиста требуется пациенту?
4. Где показано проводить лечение пациента?
5. Какие средства индивидуальной гигиены показаны пациентам с такой патологией?

Ролевая игра

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для заболеваний слизистой оболочки полости рта);

- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения);
- 4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание методики проведения ТЭС как дополнительного метода лечения; результаты ТЭС);
- 5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 74
Тестовый контроль знаний

001. Первичный элемент поражения при плоском лишае:

- 1) пузырек
- 2) пузырь
- 3) узелок
- 4) узел
- 5) бугорок

002. Латинское название первичного элемента поражения при плоском лишае:

- 1) nodus
- 2) ulcus
- 3) papula
- 4) vesicula
- 5) tuberculum

003. Плоский лишай относят:

- 1) к дерматозам
- 2) к аллергическим состояниям
- 3) к бактериальным инфекциям
- 4) к вирусным инфекциям
- 5) к облигатным предракам

004. Вторичный элемент поражения при плоском лишае:

- 1) бляшка
- 2) язва
- 3) эрозия
- 4) корка
- 5) верно 1) , 2) и 3)

005. Атипичная форма плоского лишая локализуется на:

- 1) щеке
- 2) губе
- 3) десне
- 4) языке
- 5) небе

006. Сочетание эрозивной формы плоского лишая с сахарным диабетом и гипертонической болезнью - это синдром:

- 1) Гриншпана
- 2) Мелькерсона-Розенталя
- 3) Бехчета
- 4) Стивенса-Джонсона
- 5) Шегрена

007. Синдром Гриншпана-тяжелое проявление:

- 1) лейкоплакии
- 2) плоского лишая
- 3) хронического рецидивирующего афтозного стоматита
- 4) многоформной экссудативной эритемы
- 5) рецидивирующего герпеса

008. Патологические процессы в эпителии при плоском лишае:

- 1) гиперкератоз и спонгиоз
- 2) гиперкератоз и акантолиз
- 3) гиперкератоз и акантоз
- 4) акантоз и спонгиоз
- 5) акантоз и спонгиолиз

009. В цитологическом материале с эрозии при плоском лишае выявляют:

- 1) атипичные клетки
- 2) акантолитические клетки Тцанка
- 3) клетки Пирогова-Лангханса
- 4) картину неспецифического воспаления
- 5) гигантские многоядерные клетки

010. К факультативным предракам относят форму плоского лишая:

- 1) атипичную
- 2) эрозивно-язвенную
- 3) гиперкератотическую
- 4) экссудативно-гиперемическую
- 5) верно 2) и 3)

011. Повышенное ороговение клеток эпителия:

- 1) спонгиоз
- 2) паракератоз
- 3) гиперкератоз
- 4) акантоз
- 5) акантолиз

012. Этиологические факторы, вызывающие плоский лишай:

- 1) длительный стресс
- 2) снижение высоты нижнего отдела лица
- 3) переохлаждение
- 4) хроническая механическая травма
- 5) верно 1) и 4)

Ситуационные задачи**№ 1**

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

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

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

№ 2

Больная О., 42 лет, жалуется на сухость, стянутость слизистой оболочки щек, жжение при приеме кислой, острой пищи.

Из анамнеза: страдает давно, но к врачу не обращалась, т.к. периодически наступало улучшение. После стрессовых ситуаций страдает от бессонницы, обостряется заболевание полости рта. Вредные привычки отрицает. 17, 16, 15, 46, 47 ранее лечены по поводу осложненного кариеса.

Общее состояние удовлетворительное, повышенная тревожность. Кожные покровы чистые. На красной кайме губ отмечается вязь мелких неравномерно возвышающихся ороговевших участков. На слизистой оболочке губ, щек, альвеолярных отростках отмечаются слившиеся в виде причудливых узоров белесоватые слегка возвышающиеся участки, не снимающиеся при поскабливании. На спинке языка участки ороговения округлой формы диаметром до 5 мм. Имеются острые края у 26, 37, шероховатые композитные пломбы 17, 16, 15, 46, 47 не восстанавливающие форму зуба.

1. Проведите необходимое обследование.
2. Поставьте диагноз.
3. Назначьте общее лечение.
4. Назначьте местное лечение.
5. Составьте план санации полости рта.

Ролевая

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для заболеваний слизистой оболочки полости рта);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения);
- 4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание методики проведения ТЭС как дополнительного метода лечения; результаты ТЭС);
- 5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 75
Тестовый контроль знаний

1. Красную волчанку относят к:

- 1) доброкачественным новообразованиям
- 2) специфическим инфекциям
- 3) травматическим поражениям
- 4) вирусным заболеваниям
- 5) коллагенозам

2. К красной волчанке предрасполагает:

- 1) вирус простого герпеса
- 2) сахарный диабет
- 3) кандидоз
- 4) инсоляция
- 5) снижение высоты нижнего отдела лица

3. Патологические процессы в эпителии при красной волчанке:

- 1) гиперкератоз
- 2) акантолиз
- 3) атрофия
- 4) акантоз
- 5) верно 1) и 3)

4. Для диагностики красной волчанки показано исследование:

- 1) свечение в лучах Вуда
- 2) гистологическое
- 3) цитологическое
- 4) бактериоскопическое
- 5) верно 1) и 2)

5. Очаг поражения на лице в форме «бабочки» отмечается при:

- 1) лейкоплакия
- 2) плоском лишае
- 3) красной волчанке
- 4) пузырчатке
- 5) верно 2) и 3)

6. Красную волчанку губ дифференцируют:

- 1) с хейлитом Манганотти
- 2) хронической трещиной губы
- 3) актиническим хейлитом
- 4) эксфолиативным хейлитом
- 5) верно 1) и 3)

7. Местное лечение красной волчанки:

- 1) прижигающие средства
- 2) противогрибковые средства
- 3) санация полости рта
- 4) кортикостероидные средства
- 5) верно 3) и 4)

Ролевая игра

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для заболеваний слизистой оболочки полости рта);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения);
- 4-й студент - «врач-физиотерапевт» (знание методики проведения ТЭС как дополнительного метода лечения; результаты ТЭС);
- 5-й студент – «врач-рентгенолог» (данные рентгенологического обследования при данной клинической ситуации).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 76**Тестовый контроль знаний****01. Сосочки языка:**

- 1) нитевидные и листовидные
- 2) нитевидные и грибовидные
- 3) нитевидные, грибовидные, листовидные
- 4) нитевидные, грибовидные, листовидные, желобоватые
- 5) нитевидные, грибовидные, листовидные, желобоватые, грушевидные

02. В норме ороговевают сосочки языка:

- 1) нитевидные
- 2) грибовидные
- 3) листовидные
- 4) желобоватые
- 5) грушевидные

03. При десквамативном глоссите нарушаются процессы:

- 1) десквамации
- 2) ороговения
- 3) эпителизации
- 4) кровоснабжения
- 5) верно 1) и 2)

04. Синонимы названия десквамативного глоссита:

- 1) ромбовидный глоссит
- 2) «географический язык»
- 3) ворсинчатый язык
- 4) Гюнтеровский глоссит
- 5) макроглоссит

05. Прием раздражающей пищи при десквамативном глоссите боль в языке:

- 1) устраняет
- 2) снижает
- 3) усиливает
- 4) не влияет
- 5) зависит от характера раздражителя

06. Десквамативный глоссит - это результат нарушений:

- 1) гематопозитических
- 2) нервно-трофических
- 3) психогенных
- 4) сердечно-сосудистых
- 5) венозного оттока

07. Характер изменений на языке при десквамативном глоссите:

- 1) изменений нет
- 2) «лакированный» язык
- 3) очаги десквамации
- 4) глубокие борозды
- 5) гипертрофия сосочков языка

08. Десквамативный глоссит дифференцируют с:

- 1) ромбовидным глосситом
- 2) вторичным сифилисом
- 3) хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом
- 4) многоформной экссудативной эритемой
- 5) герпетическим стоматитом

09. Лечение десквамативного глоссита направлено на:

- 1) изменение рН среды полости рта
- 2) эпителизацию эрозий
- 3) улучшение трофической функции язычного нерва
- 4) устранение приступов невралгических болей
- 5) верно 1) и 2)

10. Лекарственные препараты для лечения десквамативного глоссита:

- 1) антибиотики
- 2) анальгин по 0,5-3 раза в день
- 3) пантотенат кальция по 0,1-0,2 г внутрь
- 4) блокада язычного нерва 1% раствором лидокаина
- 5) верно 3) и 4)

11. Местное лечение десквамативного глоссита:

- 1) обработка 30% раствором нитрата серебра
- 2) полоскание 1% раствором цитраля
- 3) обработка раствором резорцина
- 4) смазывание тетрациклиновой мазью
- 5) втирание оксолиновой мази

12. Складчатый язык - это:

- 1) последствие приема острой пищи
- 2) результат хронической травмы зубами
- 3) врожденная аномалия развития
- 4) осложнение сердечно-сосудистой патологии
- 5) следствие гормональных нарушений

13. Синоним названия складчатого языка:

- 1) «географический язык»
- 2) скротальный язык
- 3) десквамативный глоссит
- 4) черный волосатый язык
- 5) ромбовидный глоссит

14. Для складчатого языка характерно наличие:

- 1) трещин
- 2) эрозий
- 3) складок
- 4) язв
- 5) гиперкератоза

15. При складчатом языке больные жалуются на:

- 1) самопроизвольные боли
- 2) боль при приеме пищи
- 3) необычный вид языка

Ситуационные задачи

Задача №1.

Пациентка 34 лет обратилась в клинику с жалобами на жжение в языке при приеме острой пищи. В анамнезе хронический колит.

Внешний вид без особенностей. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. На спинке языка в переднем и среднем отделах красные пятна, окруженные беловатым ободком. На повторном приеме через 5 дней красные пятна переместились на боковые поверхности языка, а спинка языка приобрела нормальный вид.

Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

Задача №2.

Пациент 47 лет обратился в клинику с жалобами на необычный вид языка. Курит в течение 25 лет. Злоупотребляет алкоголем. В анамнезе хронический гипацидный гастрит.

Внешний вид без особенностей. Слизистая оболочка рта слегка гиперемирована, с цианотичным оттенком. Десна в области всех групп зубов отечна, цианотична, кровоточит при зондировании. Гигиена полости рта неудовлетворительная. На спинке языка по средней линии в средней и задней его частях имеется ворсинчатый очаг овальной формы темно-коричневого цвета.

Установите диагноз, дайте рекомендации по лечению.

Ролевая игра

Группа студентов распределяется по ролям:

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику для лечения заболевания языка);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (знание заболеваний языка и умение проведения лечения заболеваний СОПР);

Методическая разработка семинара для ординаторов № 77
Тестовый контроль знаний

1. БОЛЬ В ЯЗЫКЕ, ПРОХОДЯЩАЯ ВО ВРЕМЯ ЕДЫ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- а) невралгии тройничного нерва
- б) глоссалгии
- в) десквамативного глоссита
- г) ромбовидного глоссита
- д) черного волосатого языка

2. ГЛОССАЛГИЯ - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ:

- а) инфекционное
- б) аллергическое
- в) психогенное
- г) наследственное
- д) вирусное

3. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ГЛОССАЛГИЕЙ:

- а) боль при приеме раздражающей пищи
- б) жжение в языке, исчезающее при приеме пищи
- в) чувство «ошпаренности» языка
- г) боль в языке при движениях
- д) верно 2) и 3)

4. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО ГЛОССАЛГИЕЙ ВЫЯВЛЯЮТ:

- а) регионарный лимфаденит
- б) отсутствие изменений в языке
- в) сухость слизистой оболочки полости рта
- г) одиночные афты на языке
- д) верно 2) и 3)

5. ПРАВИЛЬНОЕ НАЗВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ЖЖЕНИИ В ЯЗЫКЕ, ТВЕРДОМ НЕБЕ, ГУБАХ, ЗЕВЕ:

- а) глоссалгия
- б) невралгия тройничного нерва
- в) стомалгия
- г) неврит
- д) хейлит

6. ВО ВРЕМЯ ПРИЕМА ПИЩИ ЖЖЕНИЕ ПРИ ГЛОССАЛГИИ ИСЧЕЗАЕТ ИЗ-ЗА:

- а) приема теплой пищи
- б) воздействия положительных эмоций
- в) подавления в ЦНС болевой доминанты более сильной пищевой доминантой
- г) механических движений языка
- д) верно 2) и 3)

7. СТОМАЛГИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ:

- а) у подростков
- б) у мужчин 50-60 лет
- в) у женщин 50-60 лет
- г) во всех возрастных группах

д) не зависит от пола и возраста

8. РАЗВИТИЮ СТОМАЛГИИ СПОСОБСТВУЕТ:

- а) курение
- б) иммунодефицит
- в) психогенная травма
- г) местная травма
- д) верно 3) и 4)

9. МЕСТНЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ГЛОССАЛГИИ:

- а) скученность зубов
- б) неудовлетворительная гигиена полости рта
- в) снижение высоты нижнего отдела лица
- г) хроническая травма языка острыми краями зубов
- д) верно 3) и 4)

10. ПАЛЬПАЦИЯ ЯЗЫКА БОЛЕЗНЕННА ПРИ:

- а) десквамативном глоссите
- б) абсцессе языка
- в) глоссалгии
- г) складчатом языке
- д) макроглоссите

11. ГЛОССАЛГИЮ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С:

- а) невралгией язычного нерва
- б) невритом язычного нерва
- в) десквамативным глосситом
- г) с многоформной экссудативной эритемой
- д) верно 1) , 2) и 3)

12. БЛОКАДУ ЯЗЫЧНОГО НЕРВА ПРИ ГЛОССАЛГИИ ПРОВОДЯТ:

- а) хлоридом кальция с лидокаином
- б) витамином В₁ с лидокаином
- в) витамином С с лидокаином
- г) реланиумом с лидокаином
- д) верно все

13. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛОССАЛГИИ:

- а) ротовые ванночки с анестетиком
- б) седативная терапия
- в) антимикробная терапия
- г) массаж воротниковой зоны
- д) верно 1) , 2) и 4)

Ролевая игра

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для стомалгии, глоссалгии);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 78
Тестовый контроль знаний

001. Линия Клейна разделяет:

- 1) красную кайму и периоральную кожу
- 2) красную кайму и слизистую оболочку
- 3) периоральную кожу и слизистую оболочку
- 4) слизистую оболочку и прикрепленную десну
- 5) красную кайму и прикрепленную десну

002. Анатомически в губе выделяют:

- 1) кожу и комиссуру
- 2) красную кайму и линию Клейна
- 3) слизистую оболочку и линию Клейна
- 4) слизистую оболочку и комиссуру
- 5) красную кайму, линию Клейна, слизистую оболочку и комиссуру

003. В норме слизистая оболочка губы содержит:

- 1) мелкие слюнные железы
- 2) мелкие слюнные железы
- 3) мелкие потовые железы
- 4) мелкие слизистые железы
- 5) верно 1) и 4)

004. Гландулярный хейлит - это гиперплазия мелких желез:

- 1) слюнных
- 2) потовых
- 3) слюнных
- 4) слизистых
- 5) верно 1) и 2)

005. Лечение glandулярного хейлита сводится к:

- 1) аппликации стероидных мазей
- 2) прижиганию 30% раствором нитрата серебра
- 3) криодеструкции
- 4) электрокоагуляции
- 5) верно 1) и 4)

006. Причины возникновения эксфолиативного хейлита:

- 1) острая пища
- 2) вредные привычки (облизывание, кусание губ)
- 3) иммунодефицитное состояние
- 4) психоэмоциональное напряжение
- 5) верно 2) и 4)

007. Морфологические элементы поражения при эксфолиативном хейлите:

- 1) эрозия
- 2) корочка
- 3) язва
- 4) чешуйка
- 5) пузырек

008. При эксфолиативном хейлите процесс на кожу:

- 1) переходит
- 2) не переходит
- 3) зависит от стадии процесса
- 4) зависит от возраста
- 5) зависит от клинической формы

009. Пациенты с эксфолиативным хейлитом предъявляют жалобы на:

- 1) повышение температуры тела
- 2) жжение
- 3) сухость
- 4) стянутость
- 5) верно 2) , 3) и 4)

010. После удаления чешуйки выявляется:

- 1) эрозия
- 2) налет
- 3) язва
- 4) истонченный эпителий
- 5) рубец

011. В основе образования чешуек лежат патологические процессы в эпителии:

- 1) акантолиз
- 2) гиперкератоз
- 3) паракератоз
- 4) баллонизирующая дегенерация
- 5) спонгиоз

Ситуационные задачи**Задача №1**

Пациентка, 32 лет, жалуется на образование корок на нижней губе, жжение и болезненность, особенно при смыкании губ; затруднение при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза: стоит на учете у психоневролога по поводу депрессивных явлений.

Объективно: рот приоткрыт. На красной кайме нижней губы от угла до угла рта наличие желтовато-коричневых массивных корок, свисающих с губы в виде фартука. Корки прикреплены от переходной зоны слизистой оболочки полости рта до середины красной каймы губ. После снятия корок обнажается ярко-красная, влажная поверхность, эрозий нет.

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Определите план лечения данного пациента.

Задача №2

Больная, 34 лет, жалуется на сухость губ, наличие чешуек, которые она постоянно скусывает; незначительное жжение губ. Пациентка раздражительна, эмоционально реагирует на общение с врачом.

При осмотре определяется большое количество серых чешуек, плотно прикреплены в центре, края приподняты. Поражение имеет вид ленты, тянущейся от угла до угла рта, от линии Клейна до середины красной каймы губ.

1. Какой диагноз Вы поставите?

2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Определите план лечения данного пациента.

Ролевая игра

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для эксфолиативного хейлита);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять меддокументацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации);
- 4-й студент - «врач стоматолог-терапевт» (наметить план общего и местного лечения данной патологии).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 79

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Мужчина, 49 лет, работает строителем, обратился в клинику с жалобами на сухость, чувство «стягивания» и шелушения нижней губы. Пациент имеет привычку ее облизывать и скусывать чешуйки.

При осмотре нижняя губа гиперемирована, слегка инфильтрирована, сухая, покрыта мелкими полупрозрачными чешуйками. Кожа и слизистая оболочка губы не изменены.

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Определите план лечения данного пациента.

Задача №2.

Пациент, 37 лет, работа связана с длительным пребыванием на открытом воздухе, обратился с жалобами на сухость и жжение нижней губы. Данные жалобы начинаются в весеннее время года, с началом полевых работ.

При осмотре вся красная кайма нижней губы ярко-красная, сухая, покрыта серебристо-белыми, прикрепленными чешуйками. Красная кайма верхней губы и кожа лица не поражены.

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Определите план лечения данного пациента.

Задача №3.

Пациентка, 27 лет, обратилась в клинику с жалобами на зуд, жжение и шелушение губ. Из анамнеза выявлено, что несколько дней назад приобрела новый, ранее не использовавшийся, бальзам для губ; в анамнезе – аллергия на бытовую химию.

При осмотре красная кайма верхней и нижней губы незначительно отечна и гиперемирована, поверхность сухая, на нижней губе имеются поперечные мелкие бороздки и трещины; на верхней губе – шелушение. Прилежащие участки слизистой оболочки и кожи губ незначительно отечны, гиперемированы, наблюдается шелушение по коммисуре губ.

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Определите план лечения данного пациента.

Ролевая игра

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для актинического хейлита);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять меддокументацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации);

4-й студент - «врач стоматолог-терапевт» (наметить план общего и местного лечения данной патологии).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 80
Тестовый контроль знаний

001. Атопический хейлит-это:

- 1) самостоятельное заболевание
- 2) симптом системной атопии
- 3) осложнение герпетической инфекции
- 4) макрохейлит
- 5) верно 3) и 4)

002. В этиологии атопического хейлита выделяют:

- 1) генетический фактор
- 2) сенсibilизацию
- 3) стрептококковую инфекцию
- 4) вирусную инфекцию
- 5) верно 1) и 2)

003. При атопическом хейлите поражается:

- 1) красная кайма губ
- 2) слизистая оболочка
- 3) углы рта
- 4) кожа периоральной области
- 5) верно 1) , 3) и 4)

004. Начало атопического хейлита относят к возрасту:

- 1) старческому
- 2) зрелому
- 3) детскому
- 4) юношескому
- 5) верно 3) и 4)

005. Лечебные мероприятия при атопическом хейлите:

- 1) противовирусная терапия
- 2) десенсибилизирующая терапия
- 3) устранение местной нейродистрофии
- 4) противогрибковая терапия
- 5) верно 2) и 3)

Ситуационная задача №1

Пациентка 15 лет обратилась в клинику с жалобами на зуд, покраснение и шелушение губ, особенно в углах рта и прилегающих к ним участков кожи. Из анамнеза выявлено, что с рождения пациентка страдает пищевой аллергией.

При осмотре кожа лица сухая, слегка шелушится. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Красная кайма губ слегка инфильтрирована, покрыта мелкими чешуйками и тонкими радиальными бороздками. Углы рта и прилегающие участки кожи инфильтрированы, наблюдаются мелкие единичные трещины. Часть красной каймы, прилегающая к слизистой оболочке, не поражена.

Типичные воспаления обнаружены на коже локтевых сгибов и подколенных впадинах.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите этиологические факторы данного заболевания.

3. Какое течение имеет данное заболевания?
4. С какими сходными по клинике заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
5. Прогноз данного заболевания.

Ситуационная задача №2

Пациентка 32 лет обратилась в клинику с жалобами на зуд и боль, жжение в области губ; боль и дискомфорт при разговоре и приеме пищи, на отек и покраснение красной каймы губ и прилегающих кожных покровов, образование корок. Подобные явления наблюдаются на кожных покровах тыльной поверхности кистей, сопровождающиеся зудом, мокнутием и образованием корок.

Из анамнеза выяснено, что высыпания на коже рук появились 3-4 месяца назад; на красной кайме – в течении последних трех дней.

При осмотре кожа лица сухая, слегка шелушится. Гиперемия и отечность губ, на этом фоне мелкие узелки и пузырьки с серозным содержимым, наблюдается мокнутие. В патологический процесс вовлечены прилегающие к губам кожные покровы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите этиологические факторы данного заболевания.
3. Какое течение имеет данное заболевания?
4. С какими сходными по клинике заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

Ролевая игра

Группа студентов распределяется по ролям:

- 1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для атопического хейлита);
- 2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять меддокументацию на стоматологического пациента);
- 3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации);
- 4-й студент - «врач стоматолог-терапевт» (наметить план общего и местного лечения данной патологии).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 81 Тестовый контроль знаний

1. Болезнь Боуэна относят к:

- 1) дерматозам
- 2) облигатным предракам
- 3) факультативным предракам
- 4) вирусным заболеваниям
- 5) аллергическим состояниям

2. Морфологические элементы при болезни Боуэна:

- 1) папула
- 2) пузырь
- 3) рубец
- 4) пятно
- 5) чешуйка

3. Методы лечения болезни Боуэна:

- 1) хирургический
- 2) терапевтический
- 3) физиотерапевтический
- 4) медикаментозный
- 5) ортопедический

4. К облигатным предракам красной каймы губ относятся:

- 1) лейкоплакия и папилломатоз
- 2) папилломатоз и кератоакантома
- 3) кератоакантома и кожный рог
- 4) кожный рог и болезнь Боуэна
- 5) ограниченный гиперкератоз и бородавчатый предрак

5. К нарушениям ороговения слизистой оболочки полости рта относятся:

- 1) папилломатоз
- 2) гиперкератоз
- 3) акантолиз
- 4) спонгиоз
- 5) баллонизирующая дегенерация

Ситуационные задачи

Ситуационная задача.

Мужчина 42 лет обратился к врачу с жалобами на наличие образования на языке, существующего около полугода, безболезненное. От самостоятельного применения эпителизирующих средств эффекта не наступило.

При осмотре: на правой боковой поверхности языка имеется ограниченное пятно застойно-красного цвета с бархатистой поверхностью размером 1 на 1,5 см с мелкими включениями гиперкератоза. Очаг поражения одиночный, несколько западающий по сравнению с окружающей слизистой. Отмечается атрофия сосочков в очаге поражения.

1. Перечислите заболевания со сходной симптоматикой.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному?
3. Поставьте диагноз.
4. Какой из методов обследования будет решающим при постановке диагноза?

5. Какой метод лечения показан при данном заболевании?

Ролевая игра

Группа студентов распределяется по ролям:

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для одной из форм предраковых заболеваний);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 82 Тестовый контроль знаний

11.02.1. ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОРОДАВЧАТОГО ПРЕДРАКА:

- а) спинка языка
- б) переходная складка
- в) красная кайма нижней губы
- г) твердое небо
- д) десна

11.02.2. БОРОДАВЧАТЫЙ ПРЕДРАК ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С:

- а) glandулярным хейлитом
- б) папилломой
- в) афтозным стоматитом
- г) хроническим герпесом
- д) кандидозом

Ситуационная задача №1.

Пациент 58 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект нижней губы. Со слов больного, 3 месяца назад на нижней губе появилась небольшая безболезненная бородавка, которая постепенно увеличивается.

В анамнезе: хронический гастрит, хронический рецидивирующий герпес, курит с 18 лет. При осмотре: на слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа от центра имеется ограниченный узелок полушаровидной формы размером 0,8 x 0,9 см, выступающий над окружающими тканями на 0,5 см. Его поверхность покрыта плотно сидящими роговыми чешуйками, не снимающимися при поскабливании. Цвет очага слегка синюшный, при пальпации основание не уплотнено, безболезненное.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Наметьте план лечения.

Ситуационная задача №2.

Мужчина 45 лет обратился к врачу с жалобами на появление безболезненной “бородавки” на красной кайме нижней губы.

При осмотре: на нижней губе справа имеется ограниченное полушаровидное образование до 1 см в диаметре. Узел возвышается над неизменённой поверхностью губы, имеет бугристую поверхность и плотную консистенцию. Очаг поражения одиночный, безболезненный при пальпации.

6. Перечислите заболевания со сходной симптоматикой.
7. Поставьте диагноз.
8. Назовите возможные признаки озлокачествления данной патологии.
9. Какой из методов обследования будет решающим при постановке диагноза?
10. Какой метод лечения показан при данном заболевании?

Ролевая игра Группа студентов распределяется по ролям:

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для одной из форм предраковых заболеваний);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения).

**Методическая разработка семинара для ординаторов № 83
Тестовый контроль знаний**

1. ОГРАНИЧЕННЫЙ ПРЕДРАКОВЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ КЛИНИЧЕСКИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:

- а) узел полушаровидной формы
- б) пигментированное пятно
- в) очаг ороговения полигональной формы
- г) поверхностную эрозию
- д) афту

2. ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ОГРАНИЧЕННОМ ПРЕДРАКОВОМ ГИПЕРКЕРАТОЗЕ:

- а) воспалительная инфильтрация
- б) наличие акантолитических клеток
- в) картина неспецифического воспаления
- г) акантолиз
- д) дисконплексаия и полиморфизм шиповатых клеток

3. ЛЕЧЕНИЕ ОГРАНИЧЕННОГО ПРЕДРАКОВОГО ГИПЕРКЕРАТОЗА И БОРОДАВЧАТОГО ПРЕДРАКА СВОДИТСЯ К:

- а) аппликациям кератопластиков
- б) электрокоагуляции
- в) антисептической обработке
- г) иглорефлексотерапии
- д) хирургическому удалению очага поражения

Ситуационная задача.

Мужчина 25 лет обратился к врачу с жалобами на длительно существующую трещину на красной кайме нижней губы, спонтанно исчезающую и быстро появляющуюся вновь на том же месте. Пациент отмечает болезненность при приеме пищи, улыбке, разговоре.

При осмотре: на нижней губе по центру имеется одиночная линейная трещина, покрытая кровянистыми корочками размером до 1,3 см. Очаг поражения болезненный при пальпации. Окружающая слизистая красной каймы гиперемирована, несколько отечна.

- 11. Назовите диагноз.
- 12. Какие факторы способствуют появлению данной патологии?
- 13. Какие методы лечения показаны при данном заболевании?
- 14. Перечислите возможные признаки озлокачествления данной патологии.

Ролевая игра

Группа студентов распределяется по ролям:

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для одной из форм предраковых заболеваний);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения).

Методическая разработка семинара для ординаторов № 84

Тестовый контроль знаний

1. Факторы, способствующие возникновению хейлита Манганотти:

- 1) стресс
- 2) инсоляция
- 3) бактериальная инфекция
- 4) пониженная саливация
- 5) авитаминозы

1. Элементы поражения при хейлите Манганотти:

- 1) эрозия
- 2) чешуйка
- 3) рубец
- 4) трещина
- 5) налет

3. При подозрении на хейлит Манганотти проводят:

- 1) бактериоскопическое исследование
- 2) биохимическое исследование
- 3) общий клинический анализ крови
- 4) биопсию с гистологическим исследованием
- 5) полное иссечение с гистологическим исследованием

4. Консервативное лечение хейлита Манганотти допускается проводить:

- 1) две недели
- 2) один месяц
- 3) один квартал
- 4) полгода
- 5) один год

5. Отсутствие эпителизации эрозий при лечении хейлита Манганотти требует:

- 1) прижигания
- 2) полного хирургического иссечения
- 3) химиотерапии
- 4) физиотерапии
- 5) радиотерапии

6. Заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, склонные к озлокачествлению:

- 1) сифилитическая папула
- 2) аллергический стоматит
- 3) хроническая трещина губ
- 4) десквамативный глоссит
- 5) химический ожог

Ролевая игра

Группа студентов распределяется по ролям:

1-й студент – «пациент» (обратился в клинику с жалобами, характерными для одной из форм предраковых заболеваний);

2-й студент – «медрегистратор» (знание и умение заполнять медицинскую документацию на стоматологического пациента);

3-й студент – «врач стоматолог-терапевт» (умение собрать жалобы и доложить результаты основных методов обследования при данной клинической ситуации; наметить план лечения).