

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 25.08.2023 14:57:25
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

Приложение к РПД

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапевтической стоматологии и протетической стоматологических заболеваний



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной
деятельности и молодежной
политике

Г.В. Бородулина

«26» мая 2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.В.ДВ.01.03 Протетическая пародонтология

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Специальность: 31.08.73 Стоматология терапевтическая

Квалификация: Врач-стоматолог-терапевт

г. Екатеринбург
2023

Фонд оценочных средств по дисциплине составлен в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.73 - Стоматология терапевтическая, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1116

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	должность	уч. степень	уч. звание
1	Григорьев С.С.	Зав. кафедрой терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний	д.м.н.	доцент
2	Сорокоумова Д.В.	доцент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний	к.м.н.	
3	Епишова А.А.	доцент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний		
4	Чернавский А.Ф.	заместитель главного врача МАУ СП №12 по клинико-экспертной работе	к.псих.н.	

Фонд оценочных средств одобрен представителями профессионального и академического сообщества. Рецензенты:

Герасимова Лариса Павловна, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен:

- на заседании кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний (протокол № 10 от 07.04.2023 г);
- на заседании методической комиссии специальностей ординатуры (протокол №5 от 10.05.2023 г.)

1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий требования ФГОС, представлен в таблице:

Дидактическая единица	Индикаторы достижений			УК,ПК
	Знания	Умения	Навыки	
1 ДЕ 1 - (Обследование больных с заболеванием пародонта. Классификация заболеваний пародонта. Специальные методы обследования больного с заболеваниями пародонта.	этиологии, патогенеза, клинику заболеваний пародонта. - функций жевания и глотания в развитии патологических состояний в пародонте.	проводить обследование больных с заболеванием пародонта. - собрать и оформить полный медицинский анамнез пациента по заболеванию пародонта. - устанавливать и сформировать диагноз с учётом МКБ-10 на основе клинических и дополнительных методов исследования.	специальными методами обследования больного с заболеваниями пародонта. показаниями и противопоказаниями к лечению пациентов с заболеваниями пародонта (избирательное шлифование, временное шинирование постоянное шинирование, имediat-протезирование)	УК-1, ПК-9, ПК-11
2 ДЕ 2 - (Клиника очагового и генерализованного пародонтита. Травматический узел. Первичная и вторичная травматическая окклюзия. Избирательное шлифование зубов.).	методы обследования пациентов с целью диагностики заболеваний пародонта. - роль местных и общих факторов в терапии болезней пародонта, в развитии заболевания. - понятие травматический узел: прямой и отраженный.	- проводить дифференциальную диагностику заболеваний пародонта. - произвести оценку окклюзионных контактов; - определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических и др.) и интерпретировать их (	распознаванием этиологических факторов, определяющих возникновение и развитие заболеваний пародонта; - проведением избирательного шлифования зубов и шинирования зубов в зависимости от клинической ситуации. (	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11, ПК-12
3 ДЕ 3 - (Биологические основы шинирования. Временное шинирование	- основы шинирования; - показания, методы, требования к временному шинированию	- определять время для наложения временных шин, - определять виды временных шин. (	- методами выбора зубов для включения в временное шинирования зубов.	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9

зубов.	зубов, технология изготовления.			
4 ДЕ-4 Непосредственное протезирование съемными и несъемными конструкциями при заболеваниях пародонта.	- информацию о съемные и несъемные непосредственные протезы, ошибки, осложнения. - профилактическое значение непосредственного протезирования	- проводить клиническое обоснование при применении съемного и несъемного протезирования при заболеваниях пародонта.	- методами проведения съемного и несъемного протезирования при заболеваниях пародонта.	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-11
5 ДЕ 5 - Непосредственное протезирование при заболеваниях пародонта. Виды стабилизации зубных рядов. Виды постоянных шин.).	виды стабилизации зубных рядов. - виды постоянных шин, показания к применению и требования к ним. - преимущества и недостатки несъемных шинирующих конструкций.	- определять необходимость применения несъемных видов шин и протезов в комплексном лечении заболеваний пародонта. - препарировать твердые ткани зубов при изготовлении несъемных конструкций.	методами расчета жевательной нагрузки опорных зубов при несъемном протезировании в условиях поражения тканей пародонта.	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10
6 ДЕ 6 - Лечение заболеваний пародонта с применением съемных конструкций шин и протезов. Виды постоянных шин. Использование комбинированного протезирования при заболеваниях тканей пародонта.	преимущества и недостатки съемных конструкций перед несъемными. - особенности комбинированного протезирования при заболеваниях пародонта.	использовать комбинированное протезирование при заболеваниях тканей пародонта.	навыками терапевтического и ортопедического лечения пациентов с заболеваниями пародонта. - методами лечения заболеваний пародонта с применением съемных конструкций шин и протезов.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9

2. Аттестационные материалы:

2.1. Задания в тестовой форме

1. Согласно классификации рецессий по Миллеру (1985), описание десны «край десны достигает или пересекает слизисто- десневое соединение, межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков» относится к классу:

- a) I
- b) II
- c) III
- d) IV
- e) V

2. Классификация Glickman (1958) предназначена для определения класса:
фуркационных дефектов

- a) рецессии десны
- b) заболеваний пародонта
- c) кровоточивости десны
- d) скорости резорбции костной ткани межальвеолярных перегородок

3. Биологическая ширина образована.... и составляет в норме

- a) эпителиальным прикреплением, 0,97
- b) эпителиальным и соединительнотканым прикреплением, 2,04 мм
- c) соединительнотканым прикреплением, 0,69 мм
- d) десневой бороздой, 0,69
- e) такого понятия не существует

4. Значение Пародонтального индекса по Расселу, равное 7.0, соответствует

диагнозу:

- a) фуркационный дефект
- b) гингивит
- c) пародонтит
- d) пародонтоз
- e) это норма

5. Пародонтограмма-это

- a) основной метод исследования больных с заболеваниями пародонта
- b) дополнительный метод исследования больных с заболеваниями пародонта
- c) упрощенная графическая форма регистрации клинических параметров, полученных в ходе инструментального исследования пародонта и зубных рядов
- d) клинические характеристики пародонтального статуса в словесных описаниях
- e) анкета о заболеваниях пародонта, которую заполняет пациент

6. Потеря пародонтального прикрепления равна: а) арифметической разнице между глубиной клинического кармана и размером гипертрофированной части десны; б) сумме глубины клинического кармана и размера обнаженной поверхности корня.

- a) верно а и б
- b) верно только а
- c) верно только б
- d) нет верного варианта ответа
- e) вопрос поставлен некорректно

7. Первичная травматическая окклюзия:

- a) возникает вследствие чрезмерной нагрузки на здоровый пародонт
- b) возникает в норме, не требует лечения
- c) характеризуется генерализованным характером
- d) возникает вследствие чрезмерной нагрузки при имеющихся патологиях тканей пародонта
- e) характеризуется обильным гноетечением

8. Для процедуры избирательного пришлифовывания не характерно:

- а) результат- равномерное распределение жевательного давления по зубному ряду или группе зубов
- б) процедуре предшествует удаление зубов с высокой степенью патологической подвижности
- в) уменьшение межальвеолярной высоты
- г) устранение преждевременных окклюзионных контактов, усиливающих перегрузку пародонта
- д) образование множественных контактов при артикуляции

9.Травматический узел:

- а. отдельный зуб или группа зубов, находящихся под функциональной перегрузкой
- б.бывает прямым и отраженным

- а) верно а и б
- б) верно только а
- в) верно только б
- г) нет верного варианта ответа
- д) вопрос поставлен некорректно

10 .К показаниям к избирательному шлифовыванию не относят:

- а) суперконтакты при вторичной деформации зубных рядов
- б) суперконтакты при патологической стираемости
- в) суперконтакты при заболевании пародонта с наклоном зубов, поворотом зубов вокруг оси, образованием диастем и трем
- г) отсутствие физиологической стираемости
- д) все варианты являются показанием

11.К третьему классу при избирательном шлифовывании по Дженкельсону относят:

- а) щечные поверхности вестибулярных бугров нижней челюсти
- б) оральные поверхности небных бугров верхней челюсти
- в) щечные поверхности небных бугров верхней челюсти
- г) вестибулярные поверхности режущих краев резцов и клыков
- д) оральные поверхности небных бугров нижней челюсти

12. Основными методами профилактики и устранения (или уменьшения) функциональной перегрузки пародонта являются:

- а) избирательное шлифовывание зубов;
- б) ортодонтическое исправление деформации зубных рядов (веерообразного расхождения передних зубов);
- в) шинирование зубов;
- г) протезирование полости рта
- д) верно все перечисленное

12.Создание протеза при непосредственном протезировании происходит:

- а) до удаления зубов
- б) в стоматологическом кресле по окончании операции
- в) не позднее 24 часов с момента окончания операции
- г) не позднее 48 часов с момента окончания операции
- д) данную технику на сегодняшний день не используют

13. К показаниям к изготовлению непосредственных протезов не относится:

- а) потеря или травма передних зубов, особенно у преподавателей, лекторов, актеров
- б) одномоментное множественное удаление зубов, как правило, при заболеваниях пародонта
- в) врожденная агенезия всех зубов

d) образование двусторонних концевых дефектов зубного ряда при глубоком прикусе или заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава

e) удаление последней пары зубов-антагонистов.

14. Непосредственные протезы:

a. могут быть постоянными и временными.

б. благотворно влияют на заживление ран, тонус мышечной мускулатуры и формирование альвеолярного отростка

a) верно б

b) верно а

c) верно а и б

d) верного ответа нет

e) некорректный вопрос

15. Зубы, подлежащие удалению в полости рта, по методике Бынина, Соснина,

Котляра

срезают на модели на уровне их:

a) корня

b) шеек

c) экватора

d) не срезают

e) нет правильного ответа

16. Раннее протезирование применяют:

a) когда противопоказано множественное удаление зубов за 1 прием

b) при нехватке времени

c) во время удаления зубов

d) непосредственно после хирургической обработки альвеолярной кости

e) при пародонтозе

17. Непосредственный протез замещается постоянным:

a) через 3-6 месяцев

b) когда рана эпителизируется

c) через 1 месяц

d) по желанию пациента

e) не замещается

18. При глубине кармана до 3-х мм целесообразно провести:

a) Профессиональную гигиену полости рта

b) Кюретаж

c) Открытый кюретаж

d) Противовоспалительную терапию

e) Лоскутную операцию

19. При глубине кармана до 5-ти мм целесообразно провести:

a) профессиональную гигиену полости рта

b) кюретаж

c) открытый кюретаж

d) противовоспалительную терапию

e) лоскутную операцию

20. При глубине кармана более 5-ти мм целесообразно провести:

a) профессиональную гигиену полости рта

b) кюретаж

c) открытый кюретаж

d) противовоспалительную терапию

e) лоскутную операцию

21. Укажите план лечения острого язвенного гингивита

- а) обезболивание, антисептическая обработка, аппликация растворов ферментов, аппликация препаратов, улучшающих эпителизацию
- б) антисептическая обработка, противовоспалительная терапия, воздействие кератолитических препаратов
- с) антисептическая обработка, аппликация ферментов, повязки с кортикостероидными мазями
- д) введение антибиотиков
- е) снятие зубных отложений и воздействие препаратами, улучшающими эпителизацию

22. В качестве склерозирующей терапии при гиперпластическом гингивите в десневые сосочки вводят

- а) эмульсию гидрокортизона, раствор глюкозы 50-60%,
- б) раствор новэмбихина
- с) сильные растворы антисептиков, ферменты
- д) растворы антибиотиков
- е) фурацилин
- ф) гепарин

23. Требования к состоянию пародонта в период принятия решения о целесообразности реконструктивного лечения:

- а) отсутствуют клинические признаки воспаления десны, на рентгенограммах отсутствуют признаки воспалительной резорбции костной ткани в области возможной реконструкции пародонта.
- б) патологическая подвижность не устранена
- с) пациент автономно поддерживает гигиену полости рта в течение менее 3 месяцев после завершения терапии
- д) отсутствуют клинические признаки воспаления десны, на рентгенограммах присутствуют признаки воспалительной резорбции костной ткани в области возможной реконструкции пародонта.
- е) патологическая подвижность устранена

Ответы на вопросы:

1-d	5-с	9-a	13-a	17-e	21-e
2-e	6-a	10-e	14-с	18-a	22-a
3-b	7-a	11-с	15-с	19-b	23-a,b
4-с	8-с	12-e	16-b	20-с	24-a

2.2. Ситуационные задачи

Задача 1. Пациент 57 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность передней группы зубов на нижней челюсти, кровоточивость десны, неприятный запах изо рта.

В анамнезе сахарный диабет, уровень глюкозы в периферической крови натошак составлял 9,5 ммоль/л 3 месяца назад, с тех пор измерения не проводилось. На учете у эндокринолога не состоит, лечение нерегулярное. Вредные привычки: курение с 14 лет.

Внешний осмотр: кожные покровы без видимых патологических изменений, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без видимых патологических изменений. Папиллярная, маргинальная десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отечна, отмечается гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 5-7 мм, патологическая подвижность зубов I-III степени.

Зубная формула:

о	п	п											п	п	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

о	п	п/с											с	п	о
---	---	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

КПУ=8 ИГ=2,5



Вопросы:

Опишите панорамную томограмму.

2. Считаете ли Вы необходимым провести дополнительные методы обследования? Если да, то какие?

3. Поставьте диагноз. Составьте комплексный план лечения. С какими специалистами необходимо будет сотрудничать для оказания данному пациенту помощи в полном объеме?

4. Определите значение индекса ПИ для данного пациента.

5. Дайте пациенту рекомендации. Подберите средства индивидуальной гигиены полости рта.

Задача 2. Пациентка К, 40 лет, обратилась в клинику с жалобами на подвижность боковой группы зубов верхней и нижней челюсти справа, дискомфорт и болевые ощущения при приеме пищи. Пациент упомянул, что зуб 3.6 давно разрушен (более 2 лет), старается не

жевать на правой стороне. Внешний осмотр без особенностей, движения в ВНЧС плавные, безболезненные, без щелчков. Открывание рта в полном объеме.

Объективно: в области 2.5, 2.6, 2.7, 3.5, 3.6, 3.7 слизистая оболочка гиперемирована, отечна, кровоточит при зондировании. Оголение корней зубов на 2-6 мм. Имеются пародонтальные карманы глубиной до 4 мм. При визуальном осмотре отмечается задержка физиологической стираемости бугров боковых зубов слева. При проверке окклюзионных контактов выявлено наличие преждевременных контактов в боковых окклюзиях.

На ОПТГ определяется резорбция костной ткани в области 1.5, 1.6, 1.7, 4.5, 4.6, 4.7 от 1/3-1/2 длины корня.



о		п													
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	о		п	п									R		

КПУ=4 ИГ=2,5

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. С чем, по вашему мнению, может быть связана перегрузка пародонта в данном случае?
3. Составьте план лечения.
4. Назовите показания к применению методики избирательного пришлифовывания по Дженкельсону.
5. Расскажите очередность этапов избирательного пришлифовывания по Дженкельсону.

Задача 3. Больной Л., 28 лет предъявляет жалобы на резкую боль и кровоточивость десен при приеме пищи и чистке зубов, неприятный запах изо рта, недомогание.

Анамнез жизни: последние 5 лет работает наладчиком буровых установок на Севере, питание нерегулярное, работа связана с переохлаждением.

Перенесенные и сопутствующие заболевания. В последние 3 года отмечает частые ОРЗ. Аллергоанамнез без особенностей.

Анамнез заболевания: неделю назад заболело горло, повысилась температура до 37,5 °С. Лечился самостоятельно. Принимал жаропонижающие средства, прополаскивал горло отваром шалфея. Боли в горле уменьшились, на четвертый день появились неприятные ощущения в деснах, жжение, саднение, боль. Из-за болезненности десны пациент перестал чистить зубы. Обратился за помощью к участковому врачу-терапевту, который направил к врачу-стоматологу.

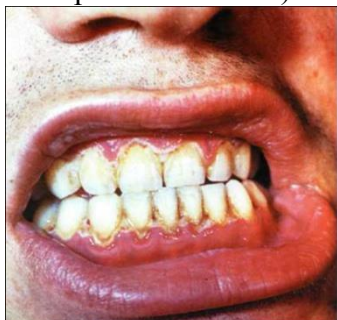
Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожа лица бледная, лицо симметрично, пальпируются подчелюстные лимфатические узлы, размер 2х2,5 см, болезненные, не спаяны с окружающими тканями, эластичные. Красная кайма губ сухая. Слизистая щек,

переходных складок, дна полости рта бледно-розового цвета, влажная. Мягкое небо, небные дужки, миндалины гиперемированы.

Слизистая альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей в области моляров и премоляров отечна, гиперемирована, десневые сосочки покрыты грязно-серым налетом, при удалении которого обнажается болезненная эрозированная поверхность. В области всех зубов обильное количество мягкого зубного налета. Индекс гигиены по Грину-Вермильону–4,0. КПУ=7

Клинический анализ крови: СОЭ -17мм/ч, лейкоциты – 8 тыс., сдвиг формулы влево.

Микроскопия: обнаруживается кокковая флора с преобладанием фузобактерий (веретенообразная палочка) и спирохет.



1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы исследования из условия задачи позволяют уточнить диагноз?
4. Поставьте окончательный диагноз.
5. Составьте комплексный план лечения.
6. Опишите этапы лечения.

Задача 4. Пациентка Р., 43-х лет, обратилась к врачу стоматологу-терапевту с жалобами на кровоточивость десен при откусывании пищи и при чистке зубов, расхождение верхних резцов, косметический дефект, подвижность зубов.

Анамнез жизни. Перенесенные и сопутствующие заболевания: детские инфекции; хронический холецистит, панкреатит, язвенная болезнь 12-ти перстной кишки.

Аллергоанамнез спокоен.

Условия жизни больной удовлетворительные. Вредные привычки – курение с 20-ти лет по 5-6 сигарет в сутки.

Анамнез заболевания: Пациентка отмечает периодическую кровоточивость десен в течение последних 20 лет. Примерно 6 – 8 месяцев назад появилась небольшая подвижность передних зубов, которая постепенно усиливалась. Около 3-4 месяцев назад пациентка заметила расхождение верхних резцов и возникший косметический дефект. Ранее десны не лечила.

Объективно: лицо симметрично, кожа лица физиологической окраски, углы рта симметричны, слизистая красной каймы губ физиологической окраски.

Региональные лимфатические узлы при пальпации безболезненны, подчелюстные до 7-8мм в диаметре.

Осмотр преддверия полости рта: слизистая оболочка губ, щек бледно-розового цвета, блестящая, умеренно увлажнена слюной, без видимых патологических изменений.

При осмотре полости рта: слизистая оболочка твердого и мягкого неба, языка, дна полости рта бледно-розового цвета, блестящая, умеренно увлажнена слюной, без видимых патологических изменений.

Слизистая десны отёчна, гиперемирована, цианотична. При зондировании – пародонтальные карманы глубиной от 4 до 6мм и более, кровоточат. Определяются: оголение корней зубов на 3-6мм, отложения зубного налёта и зубного камня.

Зубы 1.4, 1.2, 4.2, 4.1,3.1, 3.2, 4.4 - II-III степени подвижности. Индекс гигиены (ИГ) по Грину-Вермильону – 3,0. Индекс ПМА = 85%, индекс ПИ=5.

Данные рентгенологического исследования: на ортопантомограмме – укорочение высоты межальвеолярных перегородок более 1/2 длины корней зубов.

о		п													
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	о		п	п									R		

КПУ=4 ИГ=2,5



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Поставьте окончательный диагноз (по МКБ-10).
3. Наметьте план лечения.
4. Опишите этапы лечения.
5. Какие варианты временного шинирования вы предложите в данном случае.
6. Расскажите технику временного шинирования.

ЗАДАЧА № 5. Пациентка Н., 34-х лет, обратилась к врачу стоматологу терапевту с жалобами на зуд и неприятные ощущения в деснах, кровоточивость десен при чистке зубов, на подвижность передних нижних зубов.

Анамнез жизни. Перенесенные и сопутствующие заболевания: детские инфекции; хронический пиелонефрит (в течение 5-ти лет). ОРВИ – 2-3 раза в год.

Аллергоанамнез спокоен.

Условия жизни больной удовлетворительные. Вредных привычек нет.

Анамнез заболевания. Кровоточивость десен отмечает в течение последних 10 лет. Подвижность передних зубов появилась примерно 3 месяц назад, постепенно усиливается. Ранее к врачу не обращалась.

Объективно: лицо симметрично, кожа лица физиологической окраски, углы рта симметричны, слизистая красной каймы губ физиологической окраски, без видимых патологических изменений. Поднижнечелюстные лимфоузлы слегка увеличены, безболезненны при пальпации, мягкие, подвижные.

Осмотр преддверия и собственно полости рта.

Осмотр преддверия полости рта: слизистая оболочка губ, щек бледно-розового цвета, блестящая, умеренно увлажнена слюной, без видимых патологических изменений.

При осмотре полости рта: слизистая оболочка твердого и мягкого неба, языка, дна полости рта бледно-розового цвета, блестящая, умеренно увлажнена слюной, без видимых патологических изменений.

Десны отёчны, гиперемированы, цианотичны, кровоточат при зондировании. В области зубов 1.5.-2.3, 2.5, 2.7 - пародонтальные карманы глубиной более 6 мм. Определяются значительные отложения зубного налёта и зубного камня.

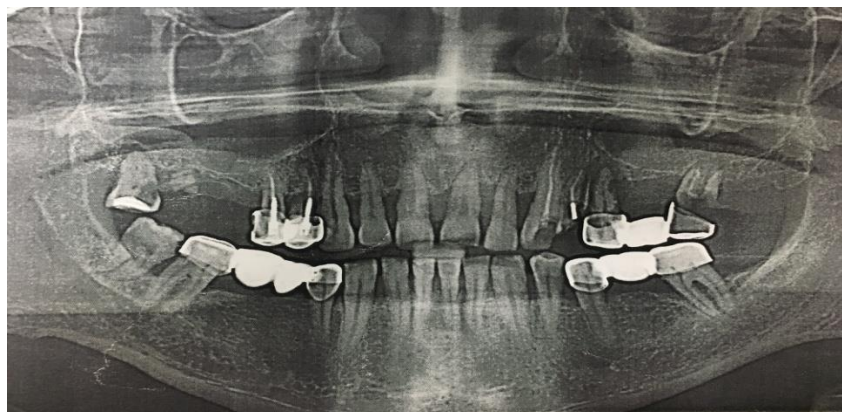
Зубы 1.1-2.1 – диастема, короткая уздечка нижней губы и мелкое преддверие полости рта. Зубы 2.5, 2.7, 1.8.,1.1.,2.1.-. 2,3 степени подвижности. Зуб 1.8 изменен в цвете. Индекс гигиены (ИГ) по Грину-Вермильону – 2,6.

Индекс РМА = 82%; индекс ПИ = 6,5.

Данные рентгенологического обследования: на ортопантомограмме – укорочение высоты межальвеолярных перегородок более 1/2 длины корней зубов. На внутриротовой контактной рентгенограмме определяется разрежение костной ткани в области вершины корня зуба 1.8 размером 0,3х0,4 см с нечеткими границами.

п	о	о	к	к						п	R	к	и	к	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о	к	и	и	к								к	и	к	

КПУ=16 ИГ=2,5



1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Поставьте окончательный диагноз (по МКБ-10).
3. Наметьте план лечения.
4. Опишите этапы лечения.
5. Какие виды протезирования Вы предложите?
6. Подберите средства индивидуальной гигиены.

ЗАДАЧА № 6. Больной А., 39 лет, предъявляет жалобы на кратковременную боль и кровоточивость десен при чистке зубов.

Анамнез жизни. Хронический панкреатит, не лечился. Аллергоанамнез спокойный. Курение более 10 лет.

Анамнез заболевания. В течение последних десяти лет не лечился.

Объективно: Лицо симметричное. Кожа физиологической окраски. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.

Красная кайма губ и углы рта без видимых патологических изменений. Соотношение зубных рядов не нарушено.

Осмотр слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка щек, мягкого и твердого неба, дна полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений.

Осмотр слизистой оболочки десны. Десна гиперемирована, отечна, при зондировании кровоточит. Глубина карманов 2-4 мм. Оголение корней зубов на 2-4 мм.

Обнаружен мягкий зубной налет на передних зубах нижней челюсти с язычной поверхности. Упрощенный индекс гигиены равен 2,5.

Подвижность зубов I-II степени.

На спинке языка налет в умеренном количестве, легко снимаемый при поскабливании. Коронка зуба 1.7 разрушена.

п			п					п/с		п		к	с	к	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о	R	о	п									к	п	п	

КПУ=16 ИГ=2,5



1. Поставьте предварительный диагноз в соответствии с классификацией МКБ-10.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для постановки диагноза.
3. Поставьте окончательный диагноз
4. Составьте план комплексного лечения.
5. Выберите шинирующую конструкцию.

ЗАДАЧА № 7. Пациентка Е., 23 года обратилась с жалобами на боль от температурных и механических раздражителей, и необычный вид десны в области зуба на нижней челюсти слева.

Анамнез жизни: хронический гастрит, аллергоанамнез не осложнен.

Анамнез заболевания болевые ощущения появились около 3 месяцев назад, к врачу пациентка не обращалась.

Объективно: Лицо симметричное. Кожа физиологической окраски. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.

Красная кайма губ и углы рта без видимых патологических изменений. Соотношение зубных рядов не нарушено.

Осмотр слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка щек, мягкого и твердого неба, дна полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Преддверие полости рта мелкое.

Осмотр слизистой оболочки десны. Десна гиперемирована, незначительно отечна, при зондировании кровоточит. Глубина карманов 1-2 мм. Определяется убыль вестибулярной десны на 3,5 мм в области 3.1, и 1.5 – 2 мм в области остальных зубов. Зондирование твердых тканей зуба резко болезненно, холодовая термопроба положительная, быстропроходящая. Вертикальная перкуссия безболезненна. Пальпация переходной складки безболезненна.



1. Поставьте предварительный диагноз
2. Предложите дополнительные методы обследования пациента для постановки окончательного диагноза
2. Поставьте окончательный диагноз
3. Составьте план лечения
5. Подберите средства индивидуальной гигиены для пациента с рецессией десны

ЗАДАЧА № 8. Пациентка С., 57 лет, обратилась с жалобами на боль в десне при жевании, застревание пищи между зубами, периодическую подвижность зубов.

Анамнез жизни: гипертоническая болезнь, атеросклероз. Вредные привычки – курение.

Анамнез заболевания: периодически отмечает кровоточивость десны во время чистки зубов. К врачу пациентка давно не обращалась.

Объективно: Конфигурация лица не изменена. Кожа физиологической окраски. Регионарные лимфоузлы безболезненны при пальпации.

Красная кайма губ синюшна. Углы рта без видимых патологических изменений

Осмотр слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка рта бледно розового цвета, блестящая, недостаточно увлажнена.

Десна отечна, гиперемирована (РМА66, 5 %) , мягкий зубной налет и зубной камень (ОНИ- S 3,0 балла). Десна кровоточит при зондировании, пародонтальные карманы от 4 до 7 мм.

На ортопантомограмме – межальвеолярные перегородки снижены на 1/2 длины корней и более, отмечается горизонтальный и вертикальный тип резорбции.



1. Поставьте предварительный диагноз
1. Предложите дополнительные методы обследования пациента для постановки окончательного диагноза.
2. Назовите заболевания, имеющие сходную клиническую симптоматику
3. Поставьте окончательный диагноз
4. Составьте план лечения и протезирования
5. Подберите средства индивидуальной гигиены.

ЗАДАЧА № 9. Пациент Ф., 48 лет, обратился с жалобами на кровоточивость десны, неприятный запах изо рта.

Анамнез жизни: Считает себя практически здоровым. Непереносимость лекарственных препаратов отрицает.

Анамнез заболевания: кровоточивость десны отмечает с юношеского возраста, за стоматологической помощью обращался по поводу лечения зубов, лечение по поводу патологии пародонта не проводилось.

Объективно: При осмотре конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Красная кайма губ физиологической окраски. Углы рта без видимых патологических изменений.

Осмотр слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка рта бледно розового цвета, влажная, блестящая. Десна отечна, гиперемирована. Определяется зубной камень и микробный налет (ОН1- S 2,5 балла).

Пародонтальные карманы в области резцов нижней челюсти 4-5 мм. Коронка зуба 2.6. разрушена.

На ортопантомограмме – межальвеолярные перегородки снижены до 1/2 длины корней, отмечается горизонтальный и вертикальный тип резорбции кости.



1. . Поставьте предварительный диагноз
2. Назовите заболевания, имеющие сходную клиническую симптоматику
3. Поставьте окончательный диагноз
4. Составьте план лечения
5. Расскажите о методах шинирования
6. Подберите средства индивидуальной гигиены.

ЗАДАЧА №10. Пациентка Д., 45 лет обратилась с жалобами на эстетическую неполноценность внешнего вида зубов, на подвижность зубов, запах изо рта.

Анамнез жизни: Считает себя практически здоровой. Непереносимость лекарственных препаратов отрицает.

Анамнез заболевания: Ранее отмечала кровоточивость десен при чистке зубов. За стоматологической помощью обращался по поводу лечения зубов, лечение по поводу патологии пародонта не проводилось. Зубы чистит 1-2 раза в день.

Объективно: При осмотре конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Красная кайма губ физиологической окраски. Углы рта без видимых патологических изменений.

Осмотр слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка рта бледно розового цвета, влажная, блестящая.

Десневые сосочки и десневой край застойно-гиперемированы, отечны, неплотно прилегают к шейкам зубов. На всех зубах отложения над- и поддесневого зубного камня. Гигиенический индекс ОН1-S = 2,8. Кровоточивость 2-й степени, пародонтальные карманы до 6 мм в области жевательных зубов верхней и нижней челюсти; до 4 мм в переднем отделе. Подвижность моляров 1-2-й степени, в переднем отделе – 1-й степени. Пародонтальные карманы в области резцов нижней челюсти 4-5 мм. Коронка зуба 2.6. разрушена.

На ортопантограмме – межальвеолярные перегородки снижены более 1/2 длины корней, отмечается горизонтальный и вертикальный тип резорбции кости.

Зубная формула

о	о	о	о	о						п	о	о	о	о	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о	R	о										п	о	о	о

КПУ=14



1. Поставьте предварительный диагноз
2. Назовите заболевания, имеющие сходную клиническую симптоматику
3. Поставьте окончательный диагноз
4. Составьте план лечения и протезирования
5. Расскажите о методах общей и местной медикаментозной терапии.
6. Подберите средства индивидуальной гигиены.

ЗАДАЧА № 11. Пациент Ф., 49 лет, обратился с жалобами на общее недомогание, повышение температуры тела до 38 градусов, боль, кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, подвижность зубов.

Анамнез жизни: Гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2-го типа. Непереносимость лекарственных препаратов отрицает.

Анамнез заболевания: кровоточивость десны отмечает с юношеского возраста, за стоматологической помощью обращался по поводу лечения зубов, лечение по поводу патологии пародонта не проводилось.

Объективно: При осмотре конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации.

Красная кайма губ физиологической окраски. Углы рта без видимых патологических изменений.

Осмотр слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка рта бледно розового цвета, влажная, блестящая. Десна отечна, гиперемирована. Определяется зубной камень и микробный налет (ОН1- S 2,5 балла).

Пародонтальные карманы 4-5 мм. Отмечается выделение серозно-гнойного экссудата из пародонтальных карманов. Подвижность зубов 2-3 степени. На язычных поверхностях нижних резцов и клыков - умеренное отложение наддесневого и поддесневого зубного камня.

Зубная формула

о	п	п		п							о				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о														п	

КПУ=5



На ортопантомограмме определяется деструкция межальвеолярных перегородок в области моляров - до 1/2 длины корней.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Назовите заболевания, имеющие сходную клиническую симптоматику
3. Поставьте окончательный диагноз
4. Составьте план лечения
5. Расскажите о методах общей и местной медикаментозной терапии.
6. Подберите средства индивидуальной гигиены.

ЗАДАЧА № 12. Пациентка С., 19 лет, обратилась с целью осмотра

Анамнез жизни: Хронический гастрит. Непереносимость лекарственных препаратов отрицает.

Анамнез заболевания: регулярно в течении двух лет, наблюдается у врача стоматолога.

Объективно: При осмотре конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации.

Красная кайма губ физиологической окраски. Углы рта без видимых патологических изменений.

Осмотр слизистой оболочки полости рта. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, влажная, блестящая.

При осмотре на вестибулярной и оральной поверхности передних зубов определяются незначительные наддесневые зубные отложения (ОН1- S 1,5 балла). Десна бледно-розового цвета, плотно охватывает шейки и корни зубов.

На ортопантомограмме снижение высоты межальвеолярных перегородок до 1/2 длины корня



Зубная формула

о	п	п												о
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о															о

КПУ=2

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз

Назовите заболевания, имеющие сходную клиническую симптоматику

Поставьте окончательный диагноз

Какой вид шинирования использован на зубах верхней и нижней челюсти?

Подберите средства индивидуальной гигиены.

3. Технологии оценивания

По окончании дисциплины проводится аттестация в виде тестового контроля и решение ситуационных задач. Кроме того, для зачета ординаторам необходимо подготовить рефераты или презентацию, тема по выбору.

Этап тестирования оценивается в процентах от общего количества вопросов.

Этап собеседования оценивается по принципу зачет – не зачет.

4. Критерии оценки

Критерии оценки этапа тестирования:

Более 70% правильных ответов - зачет

Менее 70% правильных ответов - не зачёт

Критерии оценки этапа собеседования:

Зачёт - если ординатор демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план в зависимости от индивидуальных особенностей, при ответе может допустить незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни.

Не зачёт – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.