

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РАБОЧАЯ ТЕТРАДЬ
ПО ОСВОЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«СТОМАТОЛОГИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ»**

СТУДЕНТА _____

Чита – 2024 г.

УДК 616.31

Рабочая тетрадь по освоению практических навыков по дисциплине «Стоматология терапевтическая» : учебно-методическое пособие : электронное издание / Д.Ц. Сандакова, В.Л. Кукушкин, И.Б. Лхасаранова, Е.А. Кукушкина, М.Н. Мищенко. – Чита : РИЦ ЧГМА, 2024. – 44 с.

Данная рабочая тетрадь содержит перечень практических навыков, ПК, ОПК, необходимых для освоения за период обучения в ВУЗе. Приведены методы обследования, диагностики и лечения разных нозологических форм заболеваний.

Для проведения учета отработанных практических навыков включен дневник курации пациентов, для контроля усвоения пройденной темы представлены тестовые задания.

Пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальности 31.05.03 «Стоматология» (5-10 семестры).

Рецензенты:

Заместитель главного врача по медицинской части клиники ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава РФ, к.м.н. **Брянская М.Н.**

Заведующая кафедрой стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава РФ, к.м.н. **Петрова А.М.**

ISBN 978-5-904934-64-4

© Коллектив авторов, 2024

© ЧГМА, 2024

Настоящая рабочая тетрадь составлена для улучшения контроля выполнения обязательного минимума практических манипуляций (процедур) в период изучения разделов терапевтической стоматологии, что позволит своевременно контролировать и проводить коррекцию освоения методик лечения основных терапевтических стоматологических заболеваний.

Перечень мануальных навыков составлен в соответствии с требованиями ФГОС 3++, предъявляемыми к выпускникам стоматологических факультетов, что даст возможность объективно отразить их квалификационную характеристику, согласно «Профессионального стандарта специалиста стоматолога» от 10.05.2016.

ПРИМЕЧАНИЕ

Студент во время занятий должен выполнить обязательный минимум практических манипуляций, перечень и количество которых указано в дневнике.

После окончания каждого занятия студент делает отметку о проделанной работе в соответствующей графе, а преподаватель расписывается. В конце цикла подводится общий итог в соответствии с уровнями усвоения: I — имеет представление, II — знает, видел на практических занятиях, выполняет на фантомах, III — умеет с помощью преподавателя, IV — умеет самостоятельно.

Дневник учета мануальных навыков находится у студента до окончания цикла практических занятий, а затем сдается на кафедру.

По окончании семестра преподаватель дает характеристику студенту.

По окончании обучения дневник хранится на кафедре в течение 5-ти лет.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К СТУДЕНТАМ НА КАФЕДРЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

А. Общие требования

1. Являться на практические занятия в клинику в строго указанное в расписании время, в чистом накрахмаленном халате (костюме), медицинской шапочке. Рукава одежды, волосы должны быть аккуратно заправлены. Ногти коротко острижены, без покрытия лаком. Для работы в клинике необходимо принести чистую сменную обувь. На практических занятиях иметь при себе авторучку, тетрадь для записей. Опоздавший студент на теоретическую часть занятия не допускается. Пропущенная тема отрабатывается. При повторном опоздании отрабатывается занятие полностью (теория и практика).

2. Перед приемом пациента студенту необходимо проверить исправность стоматологического кресла, установки, светильника. Если оборудование неисправно, сразу сообщить об этом преподавателю. После проверки рабочего места студент приглашает пациента, усаживает его в удобное положение. Затем надевает перчатки, тщательно моет руки, берет набор стерильного инструмента. Наконечник, боры, эндодонтический инструментарий, медикаменты, пломбирочный

материал получить у преподавателя из медицинского шкафа. Студент 3-5 курса должен уметь самостоятельно выбрать пломбировочный материал и владеть различными методами пломбирования. После окончания работы лоток с инструментом сдать для дезинфекции и стерилизации. Кресло привести в исходное положение, бормашину и светильник отключить.

Б. Требования по теоретической подготовке

1. Посещать лекции и практические занятия без опозданий, а в случае пропусков отрабатывать их дежурному преподавателю.
 2. Изучать учебную литературу, рекомендуемую в МРС и преподавателем по теме занятия.
 3. Выписывать рецепты лекарственных препаратов, применяемых при лечении стоматологических заболеваний.
 4. Проводить реферативный обзор по заданию куратора, используя отечественную и зарубежную литературу.
- Знакомство с новейшими достижениями в медицине по публикациям в периодической печати.

В. Основные требования по практической работе

Студент должен знать основные принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами, их представителями, коллегами.

Уметь составлять план обследования амбулаторного больного; обосновать клинический диагноз с использованием основных (жалобы, анамнез, осмотр больного), а также вспомогательных методов исследования (рентгенологическое исследование челюстей, определение индексов воспаления десны, гигиены зубов, лабораторные, функциональные и другие методы); анализировать данные лабораторных исследований.

Владеть составлением плана лечения с учётом этиологии и патогенеза заболевания, клинической картины, диагноза, возраста пациента, сопутствующей патологии при различных стоматологических заболеваниях. При назначении лечения давать пояснения к рекомендациям, контролировать выполнение назначений врача.

Владеть навыками организации профилактических мероприятий: проводить беседы и мини-лекции для пациентов о роли стоматогенной инфекции в развитии очагово-обусловленных заболеваний.

Уметь оформлять медицинскую документацию, в т.ч. в форме электронного документа в медицинских организациях стоматологического профиля, не допуская сокращений. Записывать диагноз на русском языке, вносить код согласно классификации МКБ.

Уметь выписывать направления на лабораторные исследования, рентгенограммы, консультативные заключения и другие документы, закрепляя подписями личным и преподавателя.

Дневник курации заполнять после каждого приема больного, в конце указывая фамилию студента и преподавателя. На каждом занятии подводить итог проведённой работы: заполнять учётно-отчетную документацию (ф. 37/у, ф. 39/у) с подсчетом условных единиц трудоемкости (УЕТ).

Даты проведения циклов

Курс	Семестр	Дата начала цикла	Дата окончания цикла	ФИО ассистента, ведущего цикл
3 курс	V семестр			
	VI семестр			
4 курс	VII семестр			
	VIII семестр			
5 курс	IX семестр			
	X семестр			

В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИОБРЕТЕНИЯ И ЗАКРЕПЛЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ОСВОИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ КОМПЕТЕНЦИИ:

- ПК-1** Готовность и способность проводить обследование пациентов разного возраста в целях установления диагноза, распознавания состояния и установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания
- ПК-2** Готовность и способность назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения при ведении пациентов со стоматологическими заболеваниями
- ПК-4** Готов и способен определять необходимость применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологическими заболеваниями, нуждающихся в медицинской реабилитации
- ПК-6** Способен к обучению гигиеническим мероприятиям и осуществлению просветительской деятельности по устранению факторов риска стоматологических и социально-значимых неинфекционных заболеваний, формированию навыков здорового образа жизни среди населения и медицинских работников
- ПК-7** Способен к проведению медицинской экспертизы, анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности медицинского персонала

ОПК-1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности

ОПК-2 Способен анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА МАНУАЛЬНЫХ НАВЫКОВ

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ	СЕМЕСТРЫ					
	5	6	7	8	9	10
1. Внешний осмотр (симметрия лица, кожа, элементы ее поражения, пальпация мягких тканей лица, лимфатического аппарата, слюнных желез, костей лица, ВНЧС)						
2. Зондирование твердых тканей зуба						
3. Зондирование десневой борозды (пародонтального кармана) пародонтологическим зондом						
4. Перкуссия зубов (вертикальная, горизонтальная)						
5. Температурная проба						
6. Электроодонтометрия						
7. Чтение рентгенограммы						
8. Местная анестезия						
9. Препарирование кариозной полости 1-5 классов						
10. Замешивание и наложение лечебной прокладки						
11. Замешивание и наложение временной пломбы						
12. Замешивание и наложение изолирующей прокладки						
13. Замешивание и наложение пломб из химио-композита						
14. Адгезивная подготовка дентина и эмали под фотокомпозит						
15. Пломбирование полости 1-5 классов фотокомпозитом						
16. Шлифование и полирование пломб и реставраций						
17. Наложение матрицы и клиньев						
18. Наложение коффердама						
19. Проведение сеанса реминерализующей терапии						
20. Покрытие зуба десенситайзером (или герметиком)						
21. Отбеливание эмали						
22. Наложение девитализирующей пасты						

23. Удаление временной пломбы						
24. Вскрытие и раскрытие полости зуба						
25. Ампутация пульпы						
26. Экстирпация пульпы						
27.Определение рабочей длины канала с помощью апекс-локатора						
28.Хемо-инструментальная обработка КК ручным инструментом						
29.Хемо-инструментальная обработка КК машинным инструментом						
30. Ирригация КК с помощью эндонидл						
31. Временная obturation КК нетвердеющими пастами						
32. Замешивание и внесение в КК эндосилера						
33. Внесение и латеральная конденсация гуттаперчевых штифтов						
34. Удаление зубных отложений (УЗ -, ручное)						
35. Полировка зубов						
36. Медикаментозная обработка десны, слизистой оболочки полости рта, пародонтального кармана						
37. Наложение твердеющей лечебной повязки на ткани пародонта						
38. Аппликация лекарственных препаратов на слизистую полости рта						

V СЕМЕСТР

Дата	Ф. И. О. больного, возраст	Первичный, повторный	Диагноз	Лечение (подробно, по этапам)	Примечания (кол-во УЕТ, подпись ассистента)

VI СЕМЕСТР

Дата	Ф. И. О. больного, возраст	Первичный, повторный	Диагноз	Лечение (подробно, по этапам)	Примечания (кол-во УЕТ, подпись ассистента)

VII СЕМЕСТР

Дата	Ф. И. О. больного, возраст	Первичный, повторный	Диагноз	Лечение (подробно, по этапам)	Примечания (кол-во УЕТ, подпись ассистента)

VIII СЕМЕСТР

Дата	Ф. И. О. больного, возраст	Первичный, повторный	Диагноз	Лечение (подробно, по этапам)	Примечания (кол-во УЕТ, подпись ассистента)

IX СЕМЕСТР

Дата	Ф. И. О. больного, возраст	Первичный, повторный	Диагноз	Лечение (подробно, по этапам)	Примечания (кол-во УЕТ, подпись ассистента)

X СЕМЕСТР

Дата	Ф. И. О. больного, возраст	Первичный, повторный	Диагноз	Лечение (подробно, по этапам)	Примечания (кол-во УЕТ, подпись ассистента)

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ФОРМЫ ЗАПОЛНЕНИЯ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА КАРИЕС ЗУБОВ

НАЧАЛЬНЫЙ КАРИЕС

ЖАЛОБЫ: на наличие белых пятен на _____ поверхности зубов _____

АНАМНЕЗ: зуб _____ ранее не лечен, пятна обнаружил _____ назад

ОБЪЕКТИВНО: на _____ поверхности эмали зуба _____ имеется одиночное матовое белое пятно с четкими контурами. Зондирование пятна безболезненно, зонд скользит по поверхности пятна не задерживаясь, реакция на холод, перкуссия безболезненны. При нанесении на пятно красителя (метиленовая синь, фуксин) поверхность не прокрашивается. Слизистая оболочка десны в области зуба _____ не изменена. ЭОМ 2-6 мкА.

ДИАГНОЗ: начальный кариес (белое кариозное пятно) зуба _____ (K02.0).

ЛЕЧЕНИЕ: Снятие зубных отложений с поверхности пятна на зубе _____. Медикаментозная обработка 0,05% раствором хлоргексидина, высушивание. Аппликация на поверхность пятна 10% раствора глюконата кальция (10мин) с последующей аппликацией 2% фторида натрия. (Возможно проведение других методик рем.-терапии). Даны рекомендации.

ПОВЕРХНОСТНЫЙ КАРИЕС

ЖАЛОБЫ: на наличие кариозной полости в зубе _____.

АНАМНЕЗ: зуб _____ ранее не лечен, кариозная полость обнаружена _____ назад.

ОБЪЕКТИВНО: на _____ поверхности зуба _____ имеется кариозная полость в пределах эмали. Зондирование дна, реакция на холод, перкуссия безболезненны. Слизистая оболочка десны в области зуба _____ не изменена. ЭОМ 2-6 мкА.

ДИАГНОЗ: поверхностный кариес зуба _____ (K02.1).

ЛЕЧЕНИЕ: Местная анестезия (ее вид определяется анатомической принадлежностью зуба), препарирование кариозной полости зуба _____. Изоляция зуба от слюны (абсолютная или относительная). Медикаментозная обработка 0,05% раствором хлоргексидина, высушивание. Постоянная пломба из (материал-цемент, химио- или фотокомпозит _____). Шлифовка, полировка пломбы. Даны рекомендации.

СРЕДНИЙ КАРИЕС

ЖАЛОБЫ: на наличие кариозной полости в зубе _____, кратковременную боль от химических раздражителей.

АНАМНЕЗ: зуб _____ ранее не лечен (лечен), кариозная полость обнаружил _____ назад. К врачу не обращался.

ОБЪЕКТИВНО: на _____ поверхности зуба _____ кариозная полость средней глубины. Зондирование болезненно

по эмалево-дентинной границе. Перкуссия и холодовая реакция безболезненны. Слизистая оболочка в области зуба ____ не изменена. ЭОМ 2-6 мкА.

ДИАГНОЗ: средний кариес зуба ____ (K02.1).

ЛЕЧЕНИЕ: анестезия, препарирование кариозной полости зуба ____ . Изоляция зуба от слюны (абсолютная или относительная). Медикаментозная обработка 0.05% раствором хлоргексидина, высушивание, изолирующая прокладка ____ . Постоянная пломба ____ . Шлифовка, полировка пломбы. Даны рекомендации.

ГЛУБОКИЙ КАРИЕС

ЖАЛОБЫ: на кариозную полость в зубе ____, кратковременную боль от химических и температурных раздражителей.

АНАМНЕЗ: зуб ____ ранее лечен (не лечен), пломба выпала около ____ назад, боль от раздражителей появилась около ____ назад.

ОБЪЕКТИВНО: на ____ поверхности зуба ____ глубокая кариозная полость, с полостью зуба не сообщается. Зондирование кариозной полости болезненно по всему дну. Реакция на температурные раздражители болезненная, без последствий. Перкуссия безболезненна. Слизистая оболочка в области зуба ____ не изменена. ЭОМ 12 мкА (от 7 до 20)

ДИАГНОЗ: глубокий кариес зуба ____ (K02.1).

ЛЕЧЕНИЕ: Первое посещение: под ____ анестезией Sol. ____ мл произведено препарирование кариозной полости зуба ____ . Изоляция зуба от слюны (абсолютная или относительная). Медикаментозная обработка 0,05% раствором хлоргексидина, высушивание, лечебная прокладка ____ под временную пломбу. Даны рекомендации.

Второе посещение: жалоб на зуб ____ нет, временная пломба сохранена, перкуссия ____ безболезненная, слизистая в проекции зуба не изменена. Временная пломба заменена на постоянную из ____ с прокладкой из ____ Шлифовка, полировка пломбы.

ПУЛЬПИТ

ОСТРЫЙ ОЧАГОВЫЙ ПУЛЬПИТ

ЖАЛОБЫ: на короткий (несколько секунд, минут) приступ самопроизвольной боли в зубе ____, (может возникнуть в ночное время).

АНАМНЕЗ: зуб ____ лечен (не лечен), в прошлом беспокоила кратковременная боль от воздействия раздражителей, самопроизвольная боль появилась менее суток назад.

ОБЪЕКТИВНО: на ____ поверхности зуба ____ глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование дна резко болезненно в одной точке. Холодовая реакция болезненная с последствием, реакция на перкуссию безболезненна. Слизистая оболочка в области зуба ____ не изменена. ЭОМ от 20 до 30 мкА.

ДИАГНОЗ: острый очаговый пульпит зуба ____ (K04.01).

ЛЕЧЕНИЕ:

1. *Витальная экстирпация.* Под ___ (вид) _____ анестезией _ (анестетик) _____ вскрыта и раскрыта полость зуба (создание эндодоступа), изоляция зуба от слюны (абсолютная или относительная), ампутация и экстирпация пульпы, гемостаз, инструментальная и медикаментозная обработка полости зуба и каналов раствором _____. Каналы запломбированы _____, R-контроль (каналы запломбированы на всем протяжении до физиологического отверстия). Постоянная пломба из _____. Шлифовка, полировка.

2. *Девитальная экстирпация.* первое посещение. Под _____ анестезией _____ произведено частичное препарирование кариозной полости зуба _____, вскрытие ближайшего рога пульпы зуба, медикаментозная обработка раствором _____, на вскрытую точку наложена девитализирующая паста (на основе параформа) под водный дентин на _____ суток. Даны рекомендации.

Второе посещение: жалоб на зуб _____ нет. Дентинная повязка сохранена. Перкуссия безболезненная. Слизистая в проекции _____ без изменений.

Лечение: повязка из зуба _____ удалена, изоляция зуба от слюны (абсолютная или относительная), окончательное препарирование кариозной полости зуба, раскрытие полости зуба, ампутация и экстирпация пульпы. Инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов, высушивание, пломбирование корневых каналов методом _____, R-контроль (каналы запломбированы на всем протяжении до физиологического отверстия). Изолирующая прокладка _____, постоянная пломба _____. Шлифовка, полировка. Даны рекомендации.

ОСТРЫЙ ДИФFUЗНЫЙ ПУЛЬПИТ

ЖАЛОБЫ: на самопроизвольную боль в зубе _____, длящуюся несколько часов, иррадиирующую в ухо, затылок, челюсть (верхнюю, нижнюю), крыло носа, небо, верхнюю губу.

АНАМНЕЗ: зуб _____ ранее не лечен (лечен), боль возникла более 2 суток назад. Приступы удлиняются во времени, светлые промежутки между ними укорачиваются, вплоть до полного исчезновения.

ОБЪЕКТИВНО: на _____ поверхности зуба _____, глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование болезненно по всему дну, реакция на раздражители резко болезненна с последствием, перкуссия безболезненна (может быть болезненна). Слизистая оболочка в области зуба _____ не изменена. **ЭОМ:** от 25 до 45 мкА

ДИАГНОЗ: острый диффузный пульпит зуба _____.

ЛЕЧЕНИЕ: витальная или девитальная экстирпация (см. выше).

ХРОНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПУЛЬПИТА

ХРОНИЧЕСКИЙ ФИБРОЗНЫЙ ПУЛЬПИТ

ЖАЛОБЫ: на периодическую ноющую боль в зубе ____, возникающую после приема пищи и от температурных раздражителей.

АНАМНЕЗ: зуб ____ ранее лечен (не лечен), периодически появляются самопроизвольные болевые ощущения. К врачу не обращался.

ОБЪЕКТИВНО: на _____ поверхности зуба _____ глубокая кариозная полость, точно сообщающаяся с полостью зуба, зондирование болезненно в этой точке, пульпа кровоточит, реакция на температурные раздражители болезненная с последствием, перкуссия безболезненна (болезненна при обострении). Слизистая оболочка в области зуба ____ не изменена. **ЭОМ:** 30-45 мкА.

ДИАГНОЗ: хронический фиброзный пульпит зуба ____ (K04.03).

ЛЕЧЕНИЕ: 1) *Девитальная экстирпация.*

Первое посещение: частичное препарирование кариозной полости зуба ____, медикаментозная обработка раствором _____, изоляция зуба от слюны (абсолютная или относительная), на вскрытую точку наложена девитализирующая паста под водный дентин. Даны рекомендации.

Второе посещение: жалоб на зуб ____ нет. Дентинная повязка сохранена. Перкуссия _____ безболезненна. Слизистая в проекции зуба ____ без изменений.

Лечение: повязка из зуба _____ удалена, окончательное препарирование полости, медикаментозная обработка раствором _____, полость зуба раскрыта. Изоляция зуба от слюны (абсолютная или относительная). Ампутация и экстирпация пульпы. Измерение рабочей длины КК апекс-локатором. Инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов раствором _____. Высушивание, пломбирование корневых каналов до физиологического отверстия методом _____. R-контроль (каналы запломбированы до физиологического отверстия), изолирующая прокладка _____, постоянная пломба _____. Шлифовка, полировка пломбы. Даны рекомендации.

2) *Витальная экстирпация.*

Под _____ анестезией Sol _____ мл, препарирование кариозной полости зуба ____, полость зуба раскрыта. Изоляция зуба от слюны (абсолютная или относительная). Ампутация, экстирпация пульпы. Измерение рабочей длины КК апекс-локатором. Инструментальная и медикаментозная обработка КК 3% раствором гипохлорита натрия. Высушивание, пломбирование КК методом _____. R-контроль (каналы запломбированы до физиологического отверстия). Изолирующая прокладка _____, постоянная пломба _____. Шлифовка, полировка. Даны рекомендации.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАНГРЕНОЗНЫЙ ПУЛЬПИТ

ЖАЛОБЫ: на боли от горячего в зубе _____, неприятный запах изо рта.

АНАМНЕЗ: зуб _____ ранее лечен (не лечен), в прошлом беспокоила боль от воздействия холодных раздражителей и самопроизвольная боль, _____ назад боль стихла, в последние _____ недели возникла боль от горячего.

ОБЪЕКТИВНО: зуб _____ изменен в цвете. На _____ поверхности зуба _____ глубокая кариозная полость, широко сообщающаяся с полостью зуба, с гнилостным запахом. Зондирование в точке вскрытия безболезненно, глубокое зондирование каналов болезненно. Реакция на холод безболезненна, от горячего болезненна с последствием, реакция на перкуссию болезненна. Слизистая оболочка в области зуба _____ не изменена. **ЭОМ:** от 60 до 90 мкА.

ДИАГНОЗ: хронический гангренозный пульпит зуба _____ (K04.04).

ЛЕЧЕНИЕ: *Витальная экстирпация.* Первое посещение. Под _____ анестезией Sol _____ мл, препарирование кариозной полости зуба _____, удаление распада коронковой пульпы, экстирпация воспаленной корневой пульпы, измерение рабочей длины КК апекс-локатором. Инструментальная и медикаментозная обработка КК растворами ферментов и антисептиков. Высушивание, временная obturация корневого канала (вид нетвердеющей пасты) под дентинную повязку на _____ суток. Даны рекомендации.

Второе посещение: жалоб на зуб _____ нет. Объективно: дентинная повязка сохранена. Перкуссия _____ безболезненна. Слизистая в проекции зуба _____ без изменений.

Лечение: повязка из _____ удалена, медикаментозная обработка каналов раствором _____, высушивание, пломбирование КК методом _____. R-контроль (каналы запломбированы до физиологического отверстия). Изолирующая прокладка _____, постоянная пломба _____. Шлифовка, полировка. Даны рекомендации.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ

ЖАЛОБЫ: на наличие в кариозной полости зуба _____ разрастаний мягкой ткани, мешающих приему пищи и смыканию челюстей, иногда возникает боль от механических раздражителей, от горячего, кровоточивость из возникшего разрастания.

АНАМНЕЗ: зуб _____ разрушился несколько месяцев назад, в прошлом беспокоили самопроизвольные боли, а спустя несколько месяцев заметил разрастание ткани, кровоточащее при прикосновении.

ОБЪЕКТИВНО: коронка зуба _____ разрушена на _____. На _____ поверхности обширная кариозная полость, заполненная разрастанием ткани красного цвета, мягкой консистенции, при зондировании кровоточит, слабоболезненна, реакция на температурные раздражители болезненна, с последствием. Реакция на перкуссию безболезненна (слабо болезненна). Слизистая в области зуба _____ не изменена. **ЭОД:** не проводится.

ДИАГНОЗ: хронический гипертрофический пульпит зуба _____ (K04.05).

ЛЕЧЕНИЕ: а) Первое посещение.

Под _____ анестезией Sol (анестетик) _____ мл удаление разрастания ткани в зубе _____, препарирование кариозной полости. Полость зуба раскрыта, диатермокоагуляция (желательна). Измерение рабочей длины КК апекс-локатором. Инструментальная и медикаментозная обработка раствором _____ корневых каналов, высушивание, временная obturация КК _____ под дентинную повязку на _____ суток. Даны рекомендации.

Второе посещение: жалоб на _____ нет. Дентинная повязка сохранена. Перкуссия зуба _____ безболезненна. Слизистая в проекции зуба _____ без изменений.

Лечение: повязка из зуба _____ удалена, медикаментозная обработка корневых каналов раствором _____. Высушивание, пломбирование корневых каналов методом _____. R-контроль (каналы запломбированы до физиологического апекса). Изолирующая прокладка _____, постоянная пломба _____. Шлифовка, полировка. Даны рекомендации.

б) можно пломбировать в первое посещение (если нет кровотечения из КК и перкуссия безболезненна).

ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА

ЖАЛОБЫ: на приступообразную, самопроизвольную боль в зубе _____, усиливающуюся при накусывании и от температурных раздражителей.

АНАМНЕЗ: зуб _____ ранее лечен (не лечен). Боль возникла ранее, исчезая самопроизвольно. Провоцирует обострение переохлаждение, простудные заболевания.

ОБЪЕКТИВНО: на _____ поверхности зуба _____ глубокая кариозная полость, (не) сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование дна болезненно, реакция на температурные раздражители болезненна, с последствием. Перкуссия слабо болезненна. Слизистая оболочка в области зуба _____ не изменена. **ЭОМ:** от 40 до 60 мкА

ДИАГНОЗ: обострение хронического (чаще – фиброзного) пульпита зуба _____ (K04.08) .

ЛЕЧЕНИЕ: Первое посещение. Под _____ анестезией Sol. _____ мл произведено препарирование кариозной полости зуба _____. Изоляция зуба от слюны (абсолютная или относительная), медикаментозная обработка раствором _____, раскрытие полости зуба (эндодоступ), ампутация, экстирпация пульпы зуба. Измерение рабочей длины КК апекс-локатором. Инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов раствором _____. Проведена временная obturация корневых каналов _____ под дентинную повязку. Даны рекомендации.

Второе посещение: жалоб на зуб _____ нет. Дентинная повязка сохранена. Перкуссия зуба _____ безболезненна. Слизистая в проекции зуба _____ не изменена.

Лечение: повязка из зуба _____ удалена, медикаментозная обработка корневых каналов раствором _____. Высушивание, пломбирование методом _____. R-контроль (каналы запломбированы до физиологического отверстия). Изолирующая прокладка _____, постоянная пломба _____. Шлифовка, полировка. Даны рекомендации.

АПИКАЛЬНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ

ОСТРЫЙ ПЕРИОДОНТИТ ПУЛЬПАРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

ЖАЛОБЫ: на постоянную пульсирующую боль в зубе _____ (в начальной фазе, длящейся не более 2 суток), боль при накусывании.

АНАМНЕЗ: зуб _____ ранее лечен (не лечен). Пульсирующая боль возникла несколько часов назад, постепенно нарастая.

ОБЪЕКТИВНО: зуб _____ изменен в цвете, на _____ поверхности зуба _____ глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование и реакция на температурные раздражители безболезненны. Вертикальная перкуссия резко болезненна. Слизистая оболочка в области зуба _____ не изменена (или слегка гиперемирована). На рентгенограмме от « _____ » _____ 20 _____ года: смазанность рисунка губчатого вещества в области верхушки корня.

ЭОМ: выше 100 мкА.

ДИАГНОЗ: острый верхушечный периодонтит зуба _____ (K04.4).

ЛЕЧЕНИЕ: *Первое посещение.*

Под _____ анестезией Sol _____ мл препарирование кариозной полости зуба _____, полость зуба раскрыта. Изоляция зуба от слюны (абсолютная или относительная). Эвакуация путридных масс из корневых каналов. Измерение рабочей длины КК апекс-локатором. Инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов. Проведена временная obturation корневых каналов _____ под повязку (временную пломбу). Даны рекомендации. Прием антибиотиков, НПВС по схеме.

Второе посещение.

ЖАЛОБЫ: на зуб _____ нет.

ОБЪЕКТИВНО: перкуссия зуба _____ безболезненна. Слизистая оболочка в области зуба _____ бледно-розового цвета.

ЛЕЧЕНИЕ: инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов раствором _____, высушивание, временная obturation _____ под дентинную повязку на _____ суток. Даны рекомендации.

Третье посещение.

ЖАЛОБЫ: на зуб _____ нет.

ОБЪЕКТИВНО: зуб _____ под повязкой. Перкуссия безболезненна, слизистая оболочка в области зуба _____ бледно-розового цвета.

ЛЕЧЕНИЕ: повязка из _____ удалена. Инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов раствором _____, высушивание. Каналы запломбированы методом _____. R-контроль (каналы запломбированы до физиологического апекса). Изолирующая прокладка _____, постоянная пломба. Шлифовка, полировка. Даны рекомендации.

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ВЕРХУШЕЧНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ

(длительность - от 2 до 14 суток)

ЖАЛОБЫ: на резкую самопроизвольную боль постоянного характера в зубе _____, усиливающуюся при накусывании, чувство «выросшего» зуба, подвижность зуба.

АНАМНЕЗ: зуб ____ ранее лечен (не лечен). Боль возникла более 2 суток назад, интенсивно нарастает, становится пульсирующей, рвущей, и (или) иррадирующей.

ОБЪЕКТИВНО: внешний контур лица изменен (имеется асимметрия лица за счет отека мягких тканей в области больного зуба _____). Кожа над отёком не изменена, болезненна при пальпации. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, мягкой консистенции, болезненны при пальпации. Зуб ____ изменен в цвете. На _____ поверхности зуба глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование, реакция на температурные раздражители безболезненны. Вертикальная перкуссия резко болезненна. (Зуб может иметь незначительную патологическую подвижность). Слизистая оболочка в области зуба _____ отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации. На рентгенограмме зуба _____ от «дата _____»: расширение периодонтальной щели в области верхушки корня, смазанность рисунка губчатого вещества периапекса. ЭОД: свыше 100 мкА.

ДИАГНОЗ: острый гнойный периодонтит зуба _____ (K04.4).

ЛЕЧЕНИЕ: *Первое посещение:*

Под _____ анестезией Sol _____ мл препарирование кариозной полости зуба _____. Изоляция зуба от слюны (абсолютная или относительная). Эвакуация путридных масс, получен гной (если гной не получен - послабляющий разрез по переходной складке в области зуба). Инструментальная и медикаментозная обработка раствором _____ корневых каналов. Временная obturation КК _____ под дентинную повязку на _____ суток. Даны рекомендации. Прием антибиотиков по схеме. На прием _____.

Второе посещение:

ЖАЛОБЫ: на зуб _____ нет.

ОБЪЕКТИВНО: внешний вид лица не изменен. Перкуссия зуба _____ безболезненна, слизистая оболочка в области зуба _____ бледно-розового цвета.

ЛЕЧЕНИЕ: удаление повязки, измерение рабочей длины КК апекс-локатором. Инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов зуба _____, высушивание, временная obturation корневых каналов (при явлениях экссудации из КК) _____ под дентинную повязку на _____ суток. Даны рекомендации.

Третье посещение.

ЖАЛОБЫ: на зуб _____ нет.

ОБЪЕКТИВНО: зуб _____ под повязкой. Перкуссия безболезненна. Слизистая оболочка в области зуба _____ не изменена.

ЛЕЧЕНИЕ: повязка из зуба ____ удалена. КК сухие и чистые, гнойный запах отсутствует. Медикаментозная обработка раствором _____ корневых каналов. Пломбирование каналов методом _____. R-контроль (каналы запломбированы до физиологического отверстия. Изолирующая прокладка _____, постоянная пломба _____. Шлифовка, полировка пломбы. Даны рекомендации.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ

ЖАЛОБЫ: на периодическую боль при накусывании в зубе ____, усиливающуюся при переохлаждении. На периодическое появление свищевого хода на слизистой оболочке десны в области зуба ____.

АНАМНЕЗ: зуб ____ ранее лечен (не лечен), в прошлом беспокоила боль, которая постепенно стихла. Периодически появляется свищевой ход на слизистой оболочке десны в области зуба ____.

ОБЪЕКТИВНО: ____ зуб изменен в цвете. На _____ поверхности зуба ____ глубокая кариозная полость, широко сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование по дну и в устьях КК безболезненное. Реакция на температурные раздражители безболезненная. Перкуссия слабо болезненна. Слизистая оболочка десны в области зуба ____ по переходной складке гиперемирована, отечна, выявляются один или несколько свищевых ходов с обильным гнойным отделяемым (следы от свищевого хода). На рентгенограмме зуба ____ от «дата»: очаг деструкции у верхушки корня овальной формы с четкими контурами, размером _____ мм. **ЭОМ:** выше 100 мкА.

ДИАГНОЗ: хронический гранулематозный периодонтит зуба (гранулема) _____ (K04.5).

ЛЕЧЕНИЕ: *Первое посещение.*

Препарирование кариозной полости зуба _____. Раскрытие полости зуба (создание эндодоступа). Изоляция зуба от слюны (абсолютная или относительная). Измерение рабочей длины КК апекс-локатором. Инструментальная и медикаментозная обработка каналов раствором _____. Временная obturация корневого канала _____ под дентинную повязку. Даны рекомендации.

Второе посещение.

ЖАЛОБЫ: на зуб ____ нет.

ОБЪЕКТИВНО: зуб ____ под повязкой. Перкуссия безболезненна. Слизистая оболочка в области зуба ____ не изменена.

ЛЕЧЕНИЕ: повязка в зубе ____ удалена, медикаментозная обработка корневых каналов раствором _____. Высушивание, пломбирование корневых каналов методом _____. R-контроль _____. Изолирующая прокладка _____, постоянная пломба _____. Шлифовка, полировка. Даны рекомендации.

ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

ЖАЛОБЫ: на резкую самопроизвольную боль, постоянного характера в зубе _____. Чувство «выросшего» зуба, головную боль, слабость, повышение температуры тела до ____ °С.

АНАМНЕЗ: зуб _____ ранее лечен (не лечен), несколько обострений в недалеком прошлом.

ОБЪЕКТИВНО: внешний вид лица без изменений (или выражена асимметрия лица за счет отёка мягких тканей в области зуба _____. Кожа над отёком не изменена, болезненна при пальпации. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, мягкой консистенции, болезненны при пальпации). Зуб изменен в цвете. На _____ поверхности зуба _____ глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование, реакция на температурные раздражители безболезненны. Перкуссия резко болезненна. Зуб подвижен _____ степени. Слизистая оболочка в области зуба _____ отечна, гиперемирована, резко болезненна при пальпации. На рентгенограмме от «дата» зуба _____: изменения, характерные для одной из форм периодонтита. **ЭОМ:** выше 100 мкА.

ДИАГНОЗ: обострение хронического _____ периодонтита зуба _____ (K04.6).

ЛЕЧЕНИЕ: *Первое посещение.*

Под _____ анестезией Sol _____ мл препарирование кариозной полости зуба _____. Изоляция зуба от слюны (абсолютная или относительная). Эвакуация путридных масс, получен гной. Измерение рабочей длины КК апекс-локатором. Инструментальная и медикаментозная обработка раствором _____ корневых каналов. Зуб оставлен открытым. Даны рекомендации. Прием антибиотиков, НПВС по схеме.

Второе посещение.

ЖАЛОБЫ: на зуб _____ нет.

ОБЪЕКТИВНО: внешний вид не изменен. Перкуссия зуба _____ безболезненна. Слизистая оболочка в области зуба _____ не изменена.

ДИАГНОЗ: тот же.

ЛЕЧЕНИЕ: инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов зуба _____. Высушивание, временная obturation _____ под дентинную повязку на _____ суток. Даны рекомендации.

Третье посещение.

ЖАЛОБЫ: на зуб _____ нет.

ОБЪЕКТИВНО: зуб _____ под повязкой. Перкуссия безболезненна. Слизистая оболочка в области зуба _____ не изменена.

ДИАГНОЗ: тот же.

ЛЕЧЕНИЕ: повязка из зуба _____ удалена. Изоляция зуба от слюны (абсолютная или относительная). Медикаментозная обработка раствором _____ корневых каналов. Высушивание, пломбирование каналов _____ методом _____. R-контроль _____. Изолирующая прокладка _____, постоянная пломба _____. Шлифовка,

полировка. Даны рекомендации.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ФОРМЫ ЗАПОЛНЕНИЯ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА С ПАТОЛОГИЕЙ СОПР

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

ЖАЛОБЫ: на чувство стянутости, уменьшение эластичности слизистой полости рта, необычный вид слизистой оболочки полости рта, наличие полос, линий, сливающихся между собой в причудливый рисунок, (не) возвышающихся над уровнем слизистой оболочки полости рта, боль при приеме пищи (от химических и механических раздражителей), на наличие эрозий (локализация) _____; наличие пузырей на СОПР; наличие элементов на коже _____; общее состояние не нарушено/нарушено _____

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: первые признаки заболевания появились _____ дней, месяцев назад, ранее не наблюдалось; причины заболевания (перенесенный стресс, прием лекарственных препаратов, профессиональные вредности, протезирование); ранее не обращался; заболевание началось _____ месяцев назад, _____ лет назад; частота обострений _____ раз в год; ранее обращался, проводилось лечение _____, его эффективность.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:

- Перенесенные и сопутствующие заболевания:

- Аллергологический анамнез: не отягощен; аллергическая реакция на _____ в виде _____

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:

Конфигурация лица: не нарушена; нарушена за счет _____

Кожные покровы:

без изменений; элементы поражения (папулы розово-фиолетового цвета, с восковидным блеском, без выраженного воспаления) _____; локализация (предплечье, лучезапястные суставы)

Лимфоузлы: без изменений; увеличены, болезненные при пальпации

Красная кайма губ: без изменений; имеются папулы, в виде полос, линий, возвышающиеся на уровне красной каймы; имеются эрозии (количество, размеры).

Слизистая оболочка полости рта: эрозии, количество _____, форма _____, размеры _____, локализация _____; эрозии без налета / эрозии с налетом (указать цвет) _____; налет легко снимающийся/ трудно снимающийся. Папулы белесоватого цвета, размером 0,2-5 мм, (не) выступающие над уровнем слизистой оболочки, с (без) явлениями (й) ороговения, в виде полос, линий, сливающиеся между собой в узорчатый рисунок (сетка Уикхема), папулы расположены на видимо неизменной слизистой оболочке, на ярко –гиперемированной

слизистой (указать расположение папул симметричное, несимметричное); пальпация безболезненная/ болезненная; окружающая слизистая оболочка не воспалена,/ воспаление СОПР выражено _____

Степень открывания рта: в полном объеме/ ограничено (указать за счет чего) _____

Симптом Никольского: отрицательный/ положительный.

Цитологическое исследование соскоба с элемента поражения:

В соскобе из глубоких слоев эрозии определяются картина типичного, неспецифического воспаления.

Диагноз: Красный плоский лишай (L43.0)

Форма: типичная, эрозивно-язвенная, эксудативно-гиперемическая, буллезная, гиперкератотическая

План обследования и лечения: цитологическое исследование соскоба с поверхности эрозии, гиперкератоза; общий анализ крови; аллергопробы; консультация врача-аллерголога, хирурга-стоматолога, врача-терапевта, стоматолога-ортопеда, дерматолога.

Общее лечение: седативные препараты, противомаларийные препараты, витамины, преднизолон (схема), дипроспан 1мл в/м №__, рациональная диета.

Местное лечение: устранение местной травмы, обезболивание, антисептическая обработка, противовоспалительная терапия, кератопластики.

Лечение: анестезия – аппликационная, раствор Лидокаина 10% 2 мл; гель «Камистад»; гель «Лидоксор» и т.д.

Медикаментозная обработка эрозий: 1% р-ром перекиси водорода, 0,05% р-ром хлоргексидина биглюконата; 0,01% р-ром мирамистина и т.д.

При плохо снимающемся налете – аппликация протеолитического фермента (трипсин, химотрипсин, химопсин, предварительно растворив в 10 мл. 0.9% изотонического раствора хлорида натрия).

Аппликации с противовоспалительными мазями: 1% гидрокортизоновой; 0,5% преднизолоновой; Гиоксизин и другие.

Аппликации эпителизирующих средств: солкосерил мазь, масляный р-р витамина А или Е, облепихового масла, масла шиповника и т.д.

Общее лечение: гормональные препараты (противовоспалительная терапия); противомаларийные препараты, седативные препараты, десенсибилизирующая терапия, витаминотерапия _____.

Назначен на повторный прием: _____.

ВУЛЬГАРНАЯ ПУЗЫРЧАТКА

ЖАЛОБЫ: на наличие эрозий (локализация) _____; наличие пузырей на СОПР; боль при приеме пищи (от химических и механических раздражителей), наличие пузырей на коже _____; общее состояние не нарушено/нарушено _____

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: первые признаки заболевания появились ____ дней, месяцев назад, ранее не наблюдалось; причины заболевания (перенесенный стресс, прием лекарственных препаратов, профессиональные вредности, протезирование); ранее не обращался; заболевание началось ____ месяцев назад, ____ лет назад; частота обострений ____ раз в год; ранее обращался, проводилось лечение _____, его эффективность.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:

- Перенесенные и сопутствующие заболевания: _____

- Аллергологический анамнез: не отягощен; аллергическая реакция на _____ в виде _____

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:

Конфигурация лица: не нарушена; нарушена за счет _____

Кожные покровы: без изменений; элементы поражения (пузыри, эрозии, эритемы, окружающие ткани воспалены/ не воспалены _____; локализация (предплечье, лучезапястные суставы) _____.

Лимфоузлы: без изменений; увеличены, болезненные при пальпации

Красная кайма губ: без изменений; имеются эрозии, пузыри, возвышающиеся над уровнем красной каймы.

Слизистая оболочка полости рта: пузыри, эрозии, количество _____, форма _____, размеры _____, локализация _____; эрозии без налета; пальпация безболезненная/ болезненная; окружающая слизистая оболочка не воспалена,/ воспаление СОПР выражено _____

Степень открывания рта: в полном объеме/ ограничено (указать за счет чего) _____

Симптом Никольского: отрицательный/ положительный

Цитологическое исследование соскоба с элемента поражения:

В соскобе из глубоких слоев эрозии определяются картина типичного, неспецифического воспаления, клетки Тцанка.

Диагноз: Вульгарная пузырчатка (L10.1)

План обследования и лечения: цитологическое исследование соскоба с поверхности эрозии, гиперкератоза; общий анализ крови; аллергопробы; консультация врача-аллерголога, дерматолога, хирурга-стоматолога, врача-терапевта, стоматолога-ортопеда

Общее лечение: седативные препараты, противомаларийные препараты, витамины, преднизолон (схема), дипроспан 1мл в/м № __, рациональная диета

Местное лечение: устранение местной травмы, обезболивание, антисептическая обработка, снятие зубных отложений, противовоспалительная терапия, кератопластики.

Лечение: анестезия – аппликационная, раствор Лидокаина 10% 2 мл; гель «Камистад»; гель «Лидоксор» и т.д.

Медикаментозная обработка эрозий: 1% р-ром перекиси водорода, 0,05% р-ром хлоргексидина биглюконата; 0,01% р-ром

мирамистина и т.д.

При плохо снимающемся налете – аппликация протеолитического фермента (трипсин, химотрипсин, химопсин)

Аппликации с противовоспалительными мазями: 1% гидрокортизоновой; 0,5% преднизолоновой; Гиоксизин и другие.

Аппликации эпителизирующих средств: солкосерил мазь; масляный р-р витамина А или Е; облепихового масла; масла шиповника и т.д.

Общее лечение: гормональные препараты по схеме (противовоспалительная терапия); седативные препараты; десенсибилизирующая терапия; витаминотерапия _____

Назначен на повторный прием: _____.

ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОПР ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ

ЖАЛОБЫ: (в зависимости от периода заболевания) Чувство жжения, зуда на месте будущих высыпаний / появление единичных (множественных) пузырьков на СОПР / боль при приеме пищи, разговоре / повышение температуры тела / недомогание / головная боль

АНАМНЕЗ: контакт с лицами, болеющими простудными заболеваниями / стресс / неблагоприятные метеорологические условия (инсоляция, переохлаждение) / перенесенное ОРВИ

ОБЪЕКТИВНО: при внешнем обследовании – на отечном и гиперемированном основании красной каймы губ имеются единичные или расположенные группами пузырьки (везикулы), эрозии, корки.

Регионарные лимфатические узлы (подчелюстные, подбородочные и др.) увеличены, болезненны при пальпации.

Обследование полости рта: слизистая оболочка гиперемирована, отечна. На этом фоне в области щек, твердого, мягкого неба, переходных складок, языка – мелкие, точечные единичные или слившиеся эрозии с неровными фестончатыми краями. Эрозии покрыты серозным налетом, симптом Никольского отрицательный. Язык обложен. Отмечается повышенное слюноотделение. Возможен катаральный гингивит, обострение хронического пародонтита.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

Общий анализ крови (лейкопения, увеличение количества палочкоядерных нейтрофилов, повышение СОЭ), цитологическое исследование (наличие гигантских многоядерных клеток).

ДИАГНОЗ: острый герпетический стоматит (K12.0)

ЛЕЧЕНИЕ: Общее – назначение противовирусных препаратов, гипосенсибилизирующие препараты, витаминотерапия

Местное – аппликации с обезболивающими средствами, антисептическая обработка, аппликации с противовирусными мазями, аппликации эпителизирующих средств.

КАТАРАЛЬНЫЙ ГИНГИВИТ

I. Опрос больного

1. Выявление жалоб

- А) нет жалоб (возможно при хроническом течении, лёгкой степени тяжести гингивита, стадия ремиссии)
- Б) боль в десне (при остром течении или обострении хронического гингивита)
- В) кровоточивость десны при чистке зубов, приёме жёсткой пищи (при остром, хроническом течении гингивита и в стадии обострения)
- Г) неприятный запах изо рта (при остром, хроническом течении гингивита и в стадии обострения)
- Д) нарушение общего состояния (при остром, хроническом течении гингивита и в стадии обострения)

2. Сбор анамнеза заболевания

- А) давность заболевания (начало– детский или подростковый возраст, длительный период, с давностью тяжесть заболевания нарастает)
- Б) вероятная причина (больные, как правило, не могут указать причину)
- В) частота рецидивов (частые рецидивы свидетельствуют о неполноценном лечении или его отсутствии, снижении резистентности организма)
- Г) проводилось ли лечение (какое именно) и его эффект (при отсутствии положительного эффекта – врач должен внести коррективы в лечение)

Анамнез жизни:

- А) наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания; аллергологический статус (заболевания пищеварительной системы, сердечно-сосудистой системы, гиповитаминоз «С», аллергические состояния и др.
- Б) профессиональные вредности: работа с солями тяжелых металлов, химическими веществами и др. (возможны все виды гингивита (преимущественно катаральный, язвенный)
- В) Уход за полостью рта (плохая гигиена полости рта является важным этиологическим фактором)
- Г) Вредные привычки (могут провоцировать развитие гингивита)

II. Осмотр больного

1. Внешний осмотр

- А) Цвет кожных покровов лица, конфигурация лица (в норме – не изменены. Изменения могут наблюдаться при некоторых заболеваниях – гепатиты, анемии и т.д., воспалительных заболеваниях ЧЛО)
- Б) Увеличение, болезненность регионарных лимфатических узлов
(Возможно при остром или обострении хронического гингивита тяжёлой степени)

2. Осмотр полости рта

А) Осмотр преддверия полости рта – мелкое преддверие и аномалии прикрепления уздечек губ, языка (предрасполагают к развитию гингивита)

Б) Осмотр зубов (наличие зубных отложений, разрушенных зубов, отсутствие контактных пунктов между зубами, ортопедические, ортодонтические конструкции, не отвечающие требованиям, способствуют возникновению и обострению гингивита)

- аномалии положения зубов, прикуса, подвижность (способствуют быстрому образованию зубного налета)

- цианоз десны (хронический катаральный гингивит)

Г) кровоточивость десны при зондировании (при остром и хроническом течении гингивита)

Д) зондирование десневой борозды (целостность зубодесневого соединения не нарушена, глубина до 3 мм)

3. Осмотр десны:

- яркая гиперемия, отек десны (острый катаральный гингивит или стадия обострения)

III. Дополнительные методы исследования

1. Определение уровня гигиены полости рта (наличие налета и зубного камня способствует возникновению и обострению гингивита)

А) Количественный индекс по Федорову-Володкиной, качественный индекс по Федорову-Володкиной (превышает 1,0; Чаще в пределах 2,0-3,5)

Б) ИГР-У по Грин-Вермиллиону (превышает 0)

2. Определение пробы Шиллера-Писарева, и расчет индекса ПМА

(определение распространенности и степени тяжести гингивита по всему зубному ряду; 0,1- 30% – легкая степень тяжести; 31-60%–средняя степень тяжести; 61-100%–тяжелая степень)

3. Рентгенологическое обследование (изменений в костной ткани челюстей не обнаруживается. При длительном течении, крайне редко – остепороз вершин перегородок).

4. Полярография (при хроническом гингивите снижена кислородная насыщенность тканей)

5. Проба Кечке, Парма, формалиновая проба (результаты проведения проб отрицательные)

6. Клинический анализ крови (изменений нет, или могут быть изменения в фазе воспаления, или при сопутствующих заболеваниях)

7. Биохимический анализ крови анализ мочи и др.) (при подозрении на сахарный диабет, болезни крови)

8. Другие дополнительные исследования(анализ мочи и др. (при подозрении на патологию почек и др.)

9. Обследование других специалистов (терапевта, гастроэнтеролога, аллерголога, психиатра, гинеколога и др.) (для уточнения этиологии и патогенеза гингивита)

ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ

I. Опрос больного

1. Выявление жалоб

А) боль в десне (при отёчной форме)

Б) кровоточивость десны при чистке зубов, приёме жёсткой пищи (при отёчной форме гингивита)

В) разрастание десны (при отёчной и фиброзной формах гингивита)

2. Сбор анамнеза

Анамнез заболевания

А) давность заболевания (длительный срок указывает на хроническое течение гингивита)

Б) вероятная причина (больной может указать наличие хронических заболеваний внутренних органов, нервной и эндокринной систем, приём противосудорожных средств (дифенин), ношение травмирующих ортопедических конструкций и др.)

В) эффект проводимого лечения (при отсутствии положительного эффекта – врач должен внести коррективы в лечение).

Анамнез жизни:

А) перенесенные заболевания, гормональная перестройка организма

(ювенильный период, беременность), приём противосудорожных препаратов при эпилепсии

Б) уход за полостью рта (плохая гигиена полости рта является важным этиологическим фактором)

В) Вредные привычки (могут провоцировать развитие гингивита)

II. Осмотр больного

1. Внешний осмотр

А) цвет кожных покровов лица, конфигурация лица (в норме – не изменены. Изменения могут наблюдаться при некоторых сопутствующих заболеваниях – гепатиты, анемии и т.д., воспалительных заболеваниях ЧЛЮ)

Б) увеличение, болезненность регионарных лимфатических узлов

(возможно при обострении отёчной формы гингивита)

2. Осмотр полости рта

А) Осмотр преддверия полости рта – мелкое преддверие и аномалии прикрепления уздечек губ, языка (предрасполагают к развитию очагового гингивита)

Б) осмотр зубов

аномалии положения зубов, прикуса (наличие разрушенных зубов, ортопедических конструкций, пломб, не отвечающих требованиям, способствует возникновению и обострению гингивита)

В) Осмотр десны:

- цианоз, отёк десны (при отёчной форме гингивита)

- десна плотная, бледно-розового цвета, при пальпации характерный скрип (при фиброзной форме гингивита)

Г) кровоточивость десны при зондировании (при отёчной форме гингивита)

Д) зондирование десневой борозды (целостность зубодесневого соединения не нарушена, ложный десневой или пародонтальный карман)

III. Дополнительное исследование

1. Определение состояния гигиены полости рта (наличие налета и зубного камня способствует возникновению и обострению гингивита)

А) Количественный индекс по Федорову-Володкиной, качественный индекс по Федорову-Володкиной (превышает 1,0; обычно в пределах 2,0-3,5)

Б) ИГР-У по Грин-Вермиллиону (превышает 0)

2. Определение пробы Шиллера-Писарева, расчет индекса ПМА

(проводят оценку состояния десны у каждого зуба, проба при отёчной форме положительная и характеризует распространенность и степень тяжести воспалительного процесса)

3. Рентгенологическое обследование (изменений в костной ткани челюстей не обнаруживается. При длительном течении, крайне редко – остеопороз вершин перегородок и расширение периодонтальной щели)

4. Полярография (при хроническом гингивите снижена кислородная насыщенность тканей)

5. Клинический анализ крови (при подозрении на заболевания крови)

6. Биохимический анализ крови (при подозрении на сахарный диабет)

7. Другие дополнительные исследования (анализ мочи и др. (при подозрении на мочеполовую систему)

8. Обследование других специалистов (терапевта, гастроэнтеролога, аллерголога, психиатра, гинеколога и др.) (для уточнения этиологии и патогенеза гингивита, для планирования дальнейшего лечения)

Аналогично катаральному, гипертрофический гингивит может быть самостоятельным, либо сопровождать другое (основное) заболевание.

ЯЗВЕННЫЙ ГИНГИВИТ

1. ОПРОС БОЛЬНОГО

Выявление жалоб

А) боль в десне (при остром или хроническом течении в стадии обострения)

Б) кровоточивость десны при приеме жесткой пищи, чистке зубов (при остром или хроническом течении в стадии обострения)

- В) неприятный запах из полости рта (при остром или обострении хронического гингивита)
- Г) наличие изъязвлений в полости рта (при остром или обострении хронического гингивита)
- Д) нарушение общего состояния, повышение температуры тела, явления интоксикации (при остром или обострении хронического гингивита)

Сбор анамнеза:

Анамнез заболевания

- А) давность заболевания (сроки указывают на острое или хроническое течение заболевания)
- Б) вероятная причина (больной может указать на ранее перенесенные инфекционные заболевания, переутомление, стресс и др.)
- В) частота рецидивов (острый процесс не более 2-х недель. Большая часть обострений может указать на несвоевременное обращение к врачу, отсутствие комплексного полноценного лечения, наличие профессиональных вредностей, вредных привычек, снижение резистентности организма, несоблюдение гигиены полости рта.)

Анамнез жизни

- А) перенесенные заболевания (хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит и другие очаги инфекции, частые простудные заболевания)
- Б) профессиональные вредности: работа с солями тяжелых металлов, химическими веществами и др. (Возможны все виды гингивита (преимущественно катаральный, язвенный)).

2. ОСМОТР БОЛЬНОГО

Внешний осмотр:

- А) цвет кожных покровов лица, конфигурация лица (бледность, землистый оттенок кожи, конфигурация лица не изменена)
- Б) увеличение, уплотнение, болезненность регионарных лимфатических узлов (возможно при остром или обострении хронического гингивита)

Осмотр полости рта:

- А) осмотр преддверия полости рта – мелкое преддверие и аномалии прикрепления уздечек губ (предрасполагают к возникновению локализованного воспалительного процесса в десне)

Б) осмотр зубов

Наличие зубных отложений, разрушенных зубов, отсутствие контактных пунктов между зубами, ортопедические, ортодонтические конструкции, не отвечающим требованиям (способствуют образованию зубного налета, возникновению и обострению гингивита)

- аномалии положения зубов, прикус (способствуют образованию и скоплению зубного налета)

В) осмотр десны:

- яркая гиперемия, отек десны (острый язвенный гингивит и обострение)
 - цианоз десны (хронический гингивит)
 - целостность десны нарушена, наличие изъязвлений (некроз десневых сосочков, маргинальной десны - зависит от степени тяжести) после удаления некротического налета обнажается кровоточащая резко болезненная язвенная поверхность)
- Г) кровоточивость десны при зондировании (при остром и хроническом течении гингивита, в стадии обострения)
- Д) зондирование десневой борозды (целостность зубодесневого соединения не нарушена)

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ КАТАРАЛЬНЫЙ ГИНГИВИТ, СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ (ОБРАЗЕЦ ОПИСАНИЯ ГИНГИВИТА)

ЖАЛОБЫ: на кровоточивость десны при чистке зубов, наличие зубных отложений.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ: со слов пациента страдает хроническим гастритом. Аллергологический анамнез не отягощён.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: со слов пациента кровоточивость беспокоит в течение нескольких лет. Начало заболевания связывает со сменой места жительства.

К врачу ранее не обращался.

ОБЪЕКТИВНО: папиллярная и маргинальная части десны в области всех групп зубов гиперемированы, отёчны, при лёгком зондировании десневой борозды кровоточат. На вестибулярной и оральной поверхности, в пришеечной области всех групп зубов определяется мягкий зубной налёт. На вестибулярной поверхности зубов 1.7, 1.6, 2.7, 2.6, оральной поверхности зубов 3.3-3.1, 4.1-4.3 имеется наддесневой зубной камень. Глубина десневой борозды – 3 мм.

ИГ по Фёдорову-Володкиной = 2.2 (неудовлетворительный уровень гигиены)

Индекс РМА = 48% (средняя степень воспаления)

ОРТОПАНТОМОГРАММА: (дата проведения исследования) Изменений со стороны костной ткани нет.

Диагноз: Хронический генерализованный катаральный гингивит средней степени тяжести. (K05.1)

Лечение: под антисептической обработкой 0.06% раствора хлоргексидина проведено удаление зубных отложений ультразвуковым способом. Полировка пастой «Полидент».

Проведена аппликация гелем Холисал под твердеющую повязку.

Назначено: Поливитамины по 1 драже 3 раза в день, курс 1 месяц. Местное лечение: аппликации гелем «Холисал» на 20 минут*3 раза в день. Пальцевой массаж десны 2 раза в день по 5 минут. Курс 5 дней.

Даны рекомендации по гигиене полости рта.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ДЛЯ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА И ЭРОЗИИ ЭМАЛИ ПРИМЕНЯЮТ
 1. минеральные цементы
 2. стеклоиономерные цементы
 3. компомеры
 4. амальгамы

2. ВАРИАНТ ФОРМИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ 1 КЛАССА ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ПОРАЖЕНИИ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ И ЩЕЧНОЙ ПОВЕРХНОСТЕЙ. ЖЕВАТЕЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ИСТОНЧЕНА
 1. полости формируются отдельно
 2. единая полость на щечной и на жевательной поверхности с дополнительной площадкой
 3. полости конгруентны
 4. правильного ответа нет

3. ВАРИАНТ ФОРМИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ 3 КЛАССА ПРИ ХОРОШЕМ ДОСТУПЕ К ПОЛОСТИ. ЯЗЫЧНАЯ И ГУБНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ДОСТАТОЧНО ПРОЧНЫЕ
 1. основная полость на контактной поверхности и дополнительная площадка на язычной поверхности
 2. основная полость на контактной поверхности
 3. туннельное
 4. правильных ответов нет

4. ДНО ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ГЛУБОКОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ 5 КЛАССА
 1. выпуклое
 2. вогнутое
 3. плоское
 4. крестообразное

5. ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МАТЕРИАЛА ПРИ СРЕДНЕМ И ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ЗУБОВ ЗАВИСИТ

1. от групповой принадлежности зуба
2. от данных рентгенограммы
3. от показателей ЭОМ
4. от предпочтения пациента

6. ОПРЕДЕЛИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ РАБОТЫ С КОМПОЗИЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ

1. протравливание
2. наложение прокладки
3. промывание
4. внесение композиционного материала
5. высушивание
6. обработка пломбы
7. нанесение адгезива
8. полимеризация

7. РЕСТАВРАЦИЯ ИСКЛЮЧАЕТ ПРИЕМ КАКАО, КОФЕ, ЧАЯ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГУБНОЙ ПОМАДЫ И Т.Д. В ТЕЧЕНИЕ

1. 2 часов
2. 12 часов
3. 24 часов
4. недели
5. двух недель

8. ВЫБОР ЦВЕТА РЕСТАВРАЦИИ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ ПРИ

1. дневном свете
2. искусственном освещении
3. дневном свете в первую половину дня
4. дневном свете во вторую половину дня
5. искусственном освещении в первую половину дня

9. ОПТИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА СЛОЯ КОМПОЗИТА СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

1. 0,1-0,5
2. 1,0–2
3. 2,5–3
4. 3,5–4
5. свыше 4

10. ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ АДГЕЗИИ КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ

1. фосфат-цемент
2. бондинговая система
3. 37% фосфорная кислота
4. паста на основе гидроксида кальция
5. искусственный дентин

11. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ПРОВОДЯТ

1. обработку десны резорцином
2. коррекцию гигиены полости
3. аппликацию протеологических ферментов
4. гингивэктомию
5. гингивотомию

12. ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ В ДЕСНЕ, ПОЯВИВШУЮСЯ ПОСЛЕ ПЛОМБИРОВАНИЯ ЗУБА 16. ПРИ ОСМОТРЕ – ДЕСНЕВОЙ СОСОЧЕК В ОБЛАСТИ ЗУБА 16 ОТЕЧЕН, ГИПЕРЕМИРОВАН, ИМЕЕТСЯ НАВИСАЮЩИЙ КРАЙ ПЛОМБЫ НА ДИСТАЛЬНО-КОНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА. ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

1. острый локальный язвенный гингивит
2. хронический локальный катаральный гингивит
3. острый локальный катаральный гингивит
4. хронический локальный пародонтит

13. ПРИ УПОРНОЙ КРОВОТОЧИВОСТИ ДЕСЕН НАЗНАЧАЮТ

1. 1% р-р викасола
2. 2% р-р глюконата кальция
3. 1% р-р хлорамина

14. АНТИСЕПТИК, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ВОЗДЕЙСТВУЮЩИЙ НА ФУЗОСПИРИЛЛЯРНУЮ ФЛОРУ

1. 0,02% хлоргексидин
2. 0,02% фурациллин
3. 1% йодиол
4. 20% бура в глицерине

15. СРОКИ УДАЛЕНИЯ ПОДДЕСНЕВЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ

1. в острый период заболевания
2. после стихания явлений острого воспаления

16. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕСТНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЮТ

1. холисал-гель
2. тетрациклиновую мазь
3. метрогил-дента
4. мазь солкосерил

17. 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

18. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ДО 1/3 СООТВЕТСТВУЕТ

1. пародонтиту легкой степени
2. пародонтиту средней степени
3. пародонтиту тяжелой степени
4. пародонтозу средней степени
5. пародонтозу тяжелой степени

19. ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СТРЕПТОКОККОВОЙ ПРИРОДЫ

1. септический эндокардит
2. хронический гастрит
3. хронический бронхит
4. системная красная волчанка
5. сахарный диабет

20. В МАЗКЕ ПРИ БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ВЕНСАНА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

1. веретенообразные палочки и спирохеты
2. большое количество почкующихся клеток
3. псевдомицелий
4. микобактерии

21. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ВЕНСАНА

1. снятие некротических пленок
2. обезболивание
3. антисептическая обработка
4. аппликация протеолитическими ферментами

22. СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ВЕНСАНА

1. трипсин, химопсин
2. индометациновая мазь
3. солкосерил
4. 0,06% р-р хлоргексидина
5. 1% р-р перекиси водорода

23. ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗА ПРЕДСТАВЛЕНА

1. иммуностимуляторами
2. транквилизаторами
3. фунгицидными препаратами
4. пенициллинами

24. 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 положителен
5. на слизистой оболочке полости рта 1-3 афты

25. ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОМ СТОМАТИТЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГИПОСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ В ПЕРИОД

1. острый
2. продормальный
3. межрецидивный
4. высыпаний
5. эпителизации

26. ПОРАЖЕННЫЕ УЧАСТКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ ОБРАБАТЫВАЮТ РАСТВОРАМИ

1. анестетика
2. анестетика и ферментов
3. анестетика, ферментов и антисептиков
4. анестетика, ферментов, антисептиков, жидкостью Кастеллани
5. анестетика, ферментов, антисептиков, кератопластиков

27. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОНТАКТНОЙ АЛЛЕРГИИ В ПОЛОСТИ РТА

1. антисептики, десенсибилизирующие, эпителизирующие
2. противогрибковые, прижигающие
3. противовирусные
4. противомикробные
5. антипротозойные, эпителизирующие

28. ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

1. антибиотики
2. антидепрессанты
3. кортикостероиды
4. ганглиоблокаторы

29. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

1. гидрокортизоновая мазь
2. нистатиновая мазь
3. солкосерил-желе
4. хелепиновая мазь

30. СОДЕРЖАНИЕ В ПЕРИОДОНТЕ 60% ТКАНЕВОЙ ЖИДКОСТИ БЕЗ УЧЕТА БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА ЛИМФЫ И КРОВИ В ЕГО СОСУДАХ СПОСОБСТВУЕТ ВЫПОЛНЕНИЮ ФУНКЦИИ

1. опорно-удерживающей
2. распределения давления
3. пластической
4. сенсорной
5. защитной

31. ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ МИКРОФЛОРОЙ ИНФЕКЦИОННОГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

1. стафилококки
2. стрептококки
3. вейлонеллы
4. лактобактерии
5. простейшие

32. ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ПЕРИОДОНТА МОЖЕТ БЫТЬ

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

33. СРЕДНЯЯ ТОЛЩИНА ПЕРИОДОНТА (мм)

1. 0-0,1
2. 0,10-0,15
3. 0,20-0,25
4. 0,25-0,30
5. 0,35-0,40

34. В ПЕРИОДОНТЕ ПРЕОБЛАДАЕТ КОЛЛАГЕН

1. I типа
2. II типа
3. III типа
4. IV типа
5. V типа

35. ДЕЛЬТОВИДНЫЕ РАЗВЕТЛЕНИЯ КАНАЛОВ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В МОЛЯРАХ В

1. 80 %
2. 58 %
3. 53,5 %
4. 35 %
5. 25,5 %

36. НАИБОЛЕЕ ОБСЕМЕНЕННОЙ МИКРОБАМИ ЧАСТЬЮ КОРНЕВОГО КАНАЛА НЕЗАВИСИМО ОТ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

1. устье канала
2. средняя часть канала
3. верхушечная часть канала
4. околовверхушечная часть канала
5. обсеменение равномерно по всей длине канала

37. ШИРИНА ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАВНА

1. 0,3-0,4
2. 0,3-0,5
3. 0,15-0,22

38. ВОЛОКНА ПЕРИОДОНТА

1. коллагеновые, эластические, окситалановые, аргирофильные
2. коллагеновые, эластические, окситалановые, нервные
3. коллагеновые, эластические, окситалановые, мышечные

39. ПУТИ ПРОНИКНОВЕНИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ В ПЕРИОДОНТ

1. интрадентальный, экстрадентальный
2. интрадентальный, супердентальный
3. экстрадентальный, апикальный
4. правильно 1) и 2)
5. правильных ответов нет

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
3	2	2	1	1	21357486	3	3	2	2	2	3
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1	1	2	1	3	1	1	1	2413	145	3	5
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
1	5	1	3	13	2	2	1	3	1	1	5
37	38	39									
3	1	1									

Список литературы:

1. Аксамит Л.А. Заболевания слизистой оболочки рта. Связь с общей патологией. Диагностика. Лечение / Л.А. Аксамит. – Москва : МЕДпресс, 2024. – 288 с.
2. Геронтостоматология: заболевания слизистой оболочки полости рта : учебно-методическое пособие / В.Л. Кукушкин, Е.А. Кукушкина, И.А. Кузнецов [и др.]. – Чита : РИЦ ЧГМА, 2020. – 140 с.
3. Ронкати М. Нехирургическое пародонтологическое лечение / М. Ронкати. – Москва : Квинтэссенция, 2018. – 409 с. – ISBN 978-5-903567-31-7.
4. Стоматология: кариесология и болезни твёрдых тканей зубов: методические рекомендации / В.Л. Кукушкин, Е.А. Кукушкина, Д.Ц. Сандакова [и др.]. – Чита : РИЦ ЧГМА, 2022. – 109 с.
5. Консультант студента : электронная библиотечная система : сайт. – Москва, 2024. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/>.
6. Эндодонтия : учебник / под ред. К. М. Харгривз, Л.Г. Берман, И. Ротштейн. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1040 с. – ISBN 978-5-9704-6630-8.

Компьютерная верстка – Э.О. Никифорова
Корректор – Д.Г. Бальчинова

Подписано в печать 29.05.2024.
Авт. л. 1,6. Заказ № 63/2024.

Отпечатано в редакционно-издательском центре ЧГМА
672000, Чита, ул. Горького, 39-а.