

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии №3

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального
координационного учебно-методического
совета от « 05 » февраля 2021 г. № 3

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «Стоматология терапевтическая»

основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы ординатуры по специальности 31.08.73

Стоматология терапевтическая, утвержденной 26.02.2021 г.

для ординаторов 1, 2 года обучения

по специальности 31.08.73 Стоматология терапевтическая

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «02» февраля 2021 г. (протокол №4)

Заведующая кафедрой стоматологии №3

Д.М.Н.

Ремизова А.А.

г. Владикавказ, 2021 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист

2. Структура ФОС

3. Паспорт оценочных средств

4. Комплект оценочных средств:

- перечень вопросов по практическим навыкам

- ситуационные задачи

- эталоны тестовых заданий

- вопросы к зачет

- билеты к зачету

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

Стоматология терапевтическая

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Зачет		
1.	Организация стоматологической помощи населению. Структура стоматологической службы. Ресурсное обеспечение стоматологической службы. Организация работы структурных подразделений. Санитарно-гигиенические нормы в стоматологии. Общение с пациентами. Психодиагностика и психокоррекция эмоционального состояния пациента на стоматологическом приеме. Мотивация пациента на стоматологическое лечение. Деонтология.	УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12 ПК-13	С, ТЗ, СЗ, УЗ
2.	Основные методы обследования зубов, зубных рядов, пародонта и слизистой оболочки рта. Дополнительные методы исследования. Функциональные и лабораторные методы исследования. Составления плана лечения.	УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12 ПК-13	С, ТЗ, СЗ, УЗ
3.	Профилактика стоматологических заболеваний у взрослого населения. Методы коммунальной и индивидуальной профилактики кариеса. Современные технологии диагностики и лечения кариеса и других болезней твердых тканей зубов. Лечение кариеса зубов и	УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12 ПК-13	С, ТЗ, СЗ, УЗ

	его осложнений на разных стадиях развития		
4.	Наследственные и врожденные пороки развития твердых тканей зубов: несовершенный амело- и дентиногенез, гипоплазия, флюороз. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика	УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12 ПК-13	С, ТЗ, СЗ, УЗ
5.	Пульпит, периодонтит – этиопатогенез, классификация, Дифференциальная диагностика. Современные методы эндодонтического лечения. Критерии качества эндодонтического лечения. Повторное эндодонтическое лечение. Ошибки и осложнения в эндодонтии. Восстановление зубов после эндодонтического лечения. Принципы одонтопрепарирования, реставрации твердых тканей зуба современными материалами.	УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12 ПК-13	С, ТЗ, СЗ, УЗ
6.	Заболевания пародонта. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Современные методы лечения воспалительных и дистрофических поражений тканей пародонта	УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12 ПК-13	С, ТЗ, СЗ, УЗ
7.	Диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта . Стоматиты и родственные поражения, другие болезни губ и слизистой оболочки рта, болезни языка. дифференциальная диагностика лечение. Предраковые заболевания слизистой оболочки рта и онконастороженность.	УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12 ПК-13	С, ТЗ, СЗ, УЗ
8.	Диагностика и неотложная помощь при сердечно-сосудистой	УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-3;	С, ТЗ, СЗ, УЗ

	и острой дыхательной недостаточности, шоках различной этиологии, септических состояниях, при аллергических реакциях, расстройствах сознания и эпилептоидных состояниях. Реанимационные мероприятия в амбулаторной стоматологической практике. Лекарственные средства и оборудование, необходимые для оказания помощи при неотложных состояниях. Медицинские, юридические и социальные аспекты оказания неотложной помощи.	ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12 ПК-13	
--	--	--	--

Комплект оценочных средств

Перечень вопросов по практическим навыкам

1. Установка коффердама.
2. Чтение рентгенограмм.
3. Протокол ирригации корневого канала.
4. Осмотр полости рта. Оценка состояния слизистой оболочки полости рта. Оценка вида прикуса, состояния уздечек и слизистых тяжей.
5. Лечение фуркационных перфораций моляров.
6. План лечения флюороаз.
7. Проведение витального метода лечения пульпита.
8. Способы и техника удаления зубных отложений.
9. Техника профессионального отбеливания девитальных зубов.
10. Пломбирование корневых каналов методикой латеральной конденсации.
11. Этапы пломбирования композитами светового отверждения.
12. Инструментальная обработка корневых каналов методом Step Back.
13. Повторное лечение корневых каналов. Использование ультразвука.
14. Методика пломбирования корневых каналов системой ThermoFil.
15. Методика пломбирования корневых каналов системой BeeFill.
16. Способы и методы отбеливания витальных зубов.
17. Осмотр слизистой оболочки в различных отделах полости рта.
18. Лечение периодонтита осложненного внутриканальной перфорацией зуба.
19. Определение индекса РМА.
20. Виды и способ проведения различных методов обезболивания при лечении кариеса и его осложнений.
21. Заполнение истории болезни пациента.
22. Проведение витального и девитального методов лечения пульпитов.
23. Меры по профилактике заражения ВИЧ – инфекцией медицинского персонала.
24. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
25. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
26. Общие правила при работы со стеклоиономерными цементами.
27. Лечение катарального гингивита.
28. Диагностика и лечение хронического периодонтита в стадии обострения.
29. Восстановление контактного пункта.
30. Лечение хронического гранулематозного периодонтита.
31. Алгоритм использования адгезивных систем различных поколений.
32. Местное и общее лечение генерализованного пародонтита.
33. Оказание неотложной помощи в стоматологической практике (обморок, коллапс, анафилактический шок, гипертонический криз, отек Квинке, гипогликемическая кома).
34. Обработка корневых каналов системой Reciproc.
35. Коффердам. Методы и инструменты для наложения.
36. Лечение язвенно – некротического гингивита.
37. Повторное лечение корневых каналов. Использование ультразвука.
38. Лечение хронических форм верхушечного периодонтита.
39. Кандидоз. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
40. Премедикация в стоматологии.
41. Отбеливание зубов в условиях стоматологической клиники. Показания и противопоказания.
42. Анатомические особенности и тактика механической обработки S – образных корневых каналов.

43. Ошибки и осложнения при лечении кариеса.
44. Принципы и техника препарирования твердых тканей зуба под композитные реставрации.
45. Современные методы инструментальной обработки корневых каналов.
46. Способы obturation корневого канала.
47. Гипоплазия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
48. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
49. Хронический пульпит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
50. Проведение профессиональной гигиены полости рта. Гигиенические индексы.
51. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
52. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
53. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
54. Лейкоплакия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
55. Современные ручные инструменты для удаления под - и наддесневых зубных отложений.
56. Стоматологические материалы для временной obturation корневых каналов.
57. Глубокий кариес. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
58. Красный плоский лишай. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
59. Стандартизация эндодонтического инструментария по ISO.
60. Техника реставрации с использованием методики силиконового ключа.
61. Методы формирования корневых каналов.
62. Электроодонтодиагностика. Методика проведения
63. Реставрация зубов с использованием сэндвич-техники (закрытый, открытый).
64. Методика закрытия перфораций с использованием Proroot MTA.

Вопросы к экзамену для ординаторов 1-го года обучения:

1. Методы изоляции рабочего поля в терапевтической стоматологии.
2. Рентгенологическое обследование. Функции рентгенограмм в эндодонтии, требования к

ним и ограничения. Чтение рентгенограмм.

3. Протокол ирригации корневого канала.
4. Осмотр полости рта. Оценка состояния слизистой оболочки полости рта. Оценка вида прикуса, состояния уздечек и слизистых тяжей.
5. Способ лечения фуркационных перфораций моляров.
6. Классификация заболеваний пародонта
7. Флюороз. Клиническая картина, дифференциальная диагностика, профилактика, лечение.
8. Проведение витального метода лечения пульпита.
9. Зубные отложения. Классификация. Способы снятия отложений.
10. Отбеливание девитальных зубов.
11. Пломбирование корневых каналов методикой латеральной конденсации.
12. Гистологическое строение, химический состав и функции эмали.
13. Композитные пломбировочные материалы. Этапы пломбирования композитами светового отверждения.
14. Инструментальная обработка корневых каналов методом Step Back.
16. Повторное лечение корневых каналов. Использование ультразвука.
17. Методика пломбирования корневых каналов системой ThermoFil.
18. Гистологическое строение, химический состав и функции дентина.
19. Флюороз. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
20. Методика пломбирования корневых каналов системой BeeFill
21. Способы отбеливания витальных зубов.
23. Лечение периодонтита осложненного внутриканальной перфорацией зуба.
25. Хронический гангренозный пульпит: клиника, диагностика, лечение.
26. Дополнительные методы исследования, используемые в стоматологии.
27. Виды и способ проведения различных методов обезболивания при лечении кариеса и его осложнений.
28. Классификация пломбировочных материалов для корневых каналов. Основные требования.
29. Заполнение истории болезни пациента.
30. Проведение витального и девитального методов лечения пульпитов.
32. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
33. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
34. Гистологическое строение, химический состав и функции пульпы.
35. Стеклоиономерные цементы. Классификация. Общие правила при работе с ними.
37. Состав и функции слюны. Ротовая жидкость.
38. Анатомическое строение первых моляров верхней челюсти.
39. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика.
40. Определение и роль контактного пункта.
41. Анатомическое строение первых премоляров верхней челюсти.
42. Хронический гранулематозный периодонтит: клиника, диагностика, особенности лечения.
43. Адгезивные системы.
44. Анатомо – гистологическое строение пародонта.
45. Анатомическое строение первых моляров нижней челюсти.
47. Анатомическое строение центральных резцов верхней челюсти.
49. Обработка корневых каналов системой ResiproC.
50. Коффердам. Методы и инструменты для наложения.
52. Причины дисколорита девитальных зубов.
53. Повторное лечение корневых каналов. Использование ультразвука.

54. Лечение хронических форм верхушечного периодонтита.
55. Композитные пломбировочные материалы.
57. Премедикация в стоматологии.
58. Отбеливание зубов в условиях стоматологической клиники. Показания и противопоказания
59. Анатомические особенности и тактика механической обработки S – образных корневых каналов .
60. Ошибки и осложнения при лечении кариеса.
61. Принципы и техника препарирования твердых тканей зуба под композитные реставрации.
62. Современные методы инструментальной обработки корневых каналов.
63. Некариозные поражения твердых тканей зубов, возникающие после прорезывания.
64. Препараты для медикаментозной обработки корневых каналов.
66. Способы obturation корневого канала.
67. Гипоплазия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
68. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
69. Хронический пульпит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
70. Проведение профессиональной гигиены полости рта. Гигиенические индексы.
71. Клиническая картина кариеса зубов.
72. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
73. Анатомическое строение первого моляра нижней челюсти.
74. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
75. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
76. Гистологическое строение, химический состав и функции пульпы.
77. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
78. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
79. Гистологическое строение, химический состав и функции пульпы.
82. Гистологическое строение, химический состав и функции дентина.
83. Стоматологические материалы для временной obturation корневых каналов.
84. Глубокий кариес. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
86. Стандартизация эндодонтического инструментария по ISO.
87. Техника реставрации с использованием методики силиконового ключа.
88. Создание контактного пункта, его физиологическая роль.
89. Методы формирования корневых каналов.
90. Электроодонтодиагностика. Методика проведения
91. Гистологическое строение, химический состав и функции пульпы.
92. Реставрация зубов с использованием сэндвич-техники (закрытый, открытый).
93. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методикой латеральной конденсации.
94. Методика закрытия перфораций с использованием Proroot МТА.

Перечень вопросов к промежуточной аттестации по дисциплине «Стоматология терапевтическая» для ординаторов 2-го года обучения по специальности 31.08.73 «Стоматология терапевтическая»

1. Осмотр полости рта. Оценка состояния слизистой оболочки полости рта. Оценка вида

прикуса, состояния уздечек и слизистых тяжей.

2. Рентгенологическое обследование. Функции рентгенограмм в эндодонтии, требования к ним и ограничения. Чтение рентгенограмм.
3. Классификация заболеваний пародонта
4. Методы изоляции рабочего поля в терапевтической стоматологии.
5. Способ лечения фуркационных перфораций моляров.
6. Протокол ирригации корневого канала.
7. Флюороз. Клиническая картина, дифференциальная диагностика, профилактика, лечение.
8. Проведение витального метода лечения пульпита.
9. Зубные отложения. Классификация. Способы снятия отложений.
10. Отбеливание девитальных зубов.
11. Пломбирование корневых каналов методикой латеральной конденсации.
12. Гистологическое строение, химический состав и функции эмали.
13. Композитные пломбировочные материалы. Этапы пломбирования композитами светового отверждения.
14. Инструментальная обработка корневых каналов методом Step Back.
16. Повторное лечение корневых каналов. Использование ультразвука.
17. Методика пломбирования корневых каналов системой ThermoFil.
18. Гистологическое строение, химический состав и функции дентина.
19. Флюороз. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
20. Методика пломбирования корневых каналов системой BeeFill
21. Способы отбеливания витальных зубов.
22. Строение слизистой оболочки в различных отделах полости рта.
23. Лечение периодонтита осложненного внутриканальной перфорацией зуба.
24. Определение индекса РМА.
25. Хронический гангренозный пульпит: клиника, диагностика, лечение.
26. Дополнительные методы исследования, используемые в стоматологии.
27. Виды и способ проведения различных методов обезболивания при лечении кариеса и его осложнений.
28. Классификация пломбировочных материалов для корневых каналов. Основные требования.
29. Заполнение истории болезни пациента.
30. Проведение витального и девитального методов лечения пульпитов.
31. СПИД. Этиология, патогенез, клиническая классификация. Профилактика заражения ВИЧ – инфекцией медицинского персонала.
32. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
33. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
34. Гистологическое строение, химический состав и функции пульпы.
35. Стеклоиономерные цементы. Классификация. Общие правила при работе с ними.
36. Катаральный гингивит. Клиника, диагностика, лечение.
37. Состав и функции слюны. Ротовая жидкость.
38. Анатомическое строение первых моляров верхней челюсти.
39. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика.
40. Определение и роль контактного пункта.
41. Анатомическое строение первых премоляров верхней челюсти.
42. Хронический гранулематозный периодонтит: клиника, диагностика, особенности лечения.
43. Адгезивные системы.
44. Анатомо – гистологическое строение пародонта.

45. Анатомическое строение первых моляров нижней челюсти.
46. Местное и общее лечение генерализованного пародонтита.
47. Анатомическое строение центральных резцов верхней челюсти.
48. Неотложные состояния в стоматологической практике (обморок, коллапс, анафилактический шок, гипертонический криз, отек Квинке, гипо и – гипергликемическая кома).
49. Обработка корневых каналов системой Reciproc.
50. Коффердам. Методы и инструменты для наложения.
51. Лечение язвенно – некротического гингивита.
52. Причины дисколорита девитальных зубов.
53. Повторное лечение корневых каналов. Использование ультразвука.
54. Лечение хронических форм верхушечного периодонтита.
55. Композитные пломбировочные материалы.
56. Кандидоз. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
57. Премедикация в стоматологии.
58. Отбеливание зубов в условиях стоматологической клиники. Показания и противопоказания
59. Анатомические особенности и тактика механической обработки S – образных корневых каналов.
60. Ошибки и осложнения при лечении кариеса.
61. Принципы и техника препарирования твердых тканей зуба под композитные реставрации.
62. Современные методы инструментальной обработки корневых каналов.
63. Некариозные поражения твердых тканей зубов, возникающие после прорезывания.
64. Препараты для медикаментозной обработки корневых каналов.
65. Анатомо – гистологическое строение пародонта.
66. Способы obturation корневого канала.
67. Гипоплазия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
68. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
69. Хронический пульпит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
70. Проведение профессиональной гигиены полости рта. Гигиенические индексы.
71. Клиническая картина кариеса зубов.
72. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
73. Анатомическое строение первого моляра нижней челюсти.
74. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
75. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
76. Гистологическое строение, химический состав и функции пульпы.
77. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
78. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
79. Гистологическое строение, химический состав и функции пульпы.
80. Лейкоплакия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
81. Современные ручные инструменты для удаления под - и наддесневых зубных отложений.
82. Гистологическое строение, химический состав и функции дентина.
83. Стоматологические материалы для временной obturation корневых каналов.
84. Глубокий кариес. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
85. Красный плоский лишай. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика,

лечение.

86. Стандартизация эндодонтического инструментария по ISO.
87. Техника реставрации с использованием методики силиконового ключа.
88. Создание контактного пункта, его физиологическая роль.
89. Методы формирования корневых каналов.
90. Электроодонтодиагностика. Методика проведения
91. Гистологическое строение, химический состав и функции пульпы.
92. Реставрация зубов с использованием сэндвич-техники (закрытый, открытый).
93. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методикой латеральной конденсации.
94. Методика закрытия перфораций с использованием Proroot МТА.
95. Отличительные особенности заболеваний пародонта и слизистой полости рта у пожилого населения.
96. Лечение стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.
97. Цель и задачи комплексной программы лечебно-профилактической помощи населению старших возрастных групп.
98. Острая механической травма. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
99. Хроническая механической травма.
100. Химическая травма.
101. Физические травмы.
102. Лучевая болезнь, проявления в полости рта. Дифференциальная диагностика, лечение.
103. Лейкоплакия. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
104. Острый герпетический стоматит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
105. Хронический рецидивирующий герпес. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
106. Опоясывающий лишай. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
107. ВИЧ-инфекция, проявления в полости рта. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
108. Язвенно-некротический стоматит Венсана. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
109. Кандидоз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
110. Этиология и патогенез ангионевротического отека Квинке
111. Клиника, диагностика, дифф.диагностика, лечение ангионевротического отека Квинке.
112. Клиника, диагностика, дифф.диагностика катарального и эрозивного лекарственного стоматита.
113. Клиника, диагностика, дифф.диагностика контактного аллергического стоматита.
114. Лечение, прогноз и профилактика аллергических состояний и их местных проявлений в полости рта.
115. Многоформная экссудативная эритема. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика многоформной экссудативной эритемы
116. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
117. Красный плоский лишай. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная

диагностика, лечение, профилактика.

118. Пузырчатка. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

119. Эксфолиативный хейлит . Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика.

120. Гландулярный хейлит . Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика.

121. Хроническая рецидивирующая трещина губы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика

122. Атопический хейлит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика

123. Экзематозный хейлит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика

124. Макрохейлит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика

125. Десквамативный глоссит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика

126. Ромбовидный глоссит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика

127. Складчатый язык. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика

128. Черный волосатый язык. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика

129. Глоссалгия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика

130. Классификация предраков слизистой оболочки рта и красной каймы губ.

131. Симптомы малигнизации предраковых заболеваний

132. Болезнь Боуэна. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика

133. Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика

134. Клиника, проявления в полости рта, дифференциальная диагностика острых лейкозов. Тактика врача-стоматолога при приеме больного острым лейкозом.

Ситуационные задачи

Травматические поражения.

Пациентка 68 лет обратилась в клинику с жалобами на постоянную боль в заднем отделе альвеолярного гребня слева. Боль усиливается во время еды и при разговоре, беспокоит в течение месяца. Появление боли пациентка связывает с недавним изготовлением полного съемного протеза на нижнюю челюсть. В анамнезе гипертоническая болезнь второй степени. Полная вторичная адентия. В ретромоларной области слева дефект в пределах слизистой оболочки, резко болезненный при пальпации, с неровными краями и дном, покрытым некротическим налетом. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Пациент 46 лет предъявляет жалобы на приступообразную боль ночью в зубе 27. Диагноз: острый очаговый пульпит. Наложена мышьяковистая паста. На следующий день появилась боль в области зубов 27, 26 и боль при накусывании на эти зубы. При осмотре зуб 26 интактный. На зубе 27 имеется временная пломба в полости второго класса по Блеку. Десна в области зубов 26, 27 гиперемированна, отечна, резко болезненна при пальпации. Десневой сосочек между этими зубами некротизирован. Перкуссия зубов 27 и 26 болезненна.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Пациент 50 лет предъявляет жалобы на неприятные ощущения и болезненность слизистой оболочки твердого неба, которые усиливаются при приеме пищи и чистке зубов. Боль беспокоит вторые сутки. Появление боли пациент связывает с неосторожным приемом горячей пищи накануне. В анамнезе хронически гастрит. Слизистая оболочка твердого неба гиперемирована, отечна, с участками мацерации эпителия. На твердом небе эрозия неправильной формы, покрытая фибринозным налетом, болезненная при пальпации. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны. На зубах много мягкого налета и зубного камня.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Пациент 36 лет обратился к стоматологу для профилактического осмотра. Состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни. Курит с 16 лет. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Вторичная частичная адентия, подвижность передних зубов нижней челюсти второй степени. На слизистой оболочке правой щеки в области угла рта участок помутнения эмали размером 2 на 1,5 см с четкими контурами. Очаг не возвышается над окружающей слизистой оболочкой.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Больной 45 лет предъявляет жалобы на необычный вид слизистой оболочки полости рта. В анамнезе хронический гастрит, хронический колит. В подъязычной области ограниченное образование белого цвета, возвышающееся над уровнем слизистой оболочки. Очаг поражения при пальпации плотный, безболезненный. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Установите диагноз, составьте план обследования и лечения.

Вирусные заболевания.

Пациент 19 лет предъявляет жалобы на резкую боль при приеме пищи, разговоре, обильное

слюноотделение, боль в поднижнечелюстной области, множественные высыпания в полости рта, повышение температуры тела до 38 градусов, недомогание, головную боль. Считает себя больным 4 дня. Высыпания появились в день обращения к врачу. Ранее заболеваний слизистой оболочки полости рта не отмечал.

При осмотре: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Красная кайма губ сухая, покрыта единичными чешуйками.

Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована и отечна. На спинке языка, альвеолярной десне, твердом небе определяются точечные эрозии, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные при пальпации. Десна гиперемирована, отечна. Кариозные полости в зубах 17,16,37,36. Гигиена полости рта неудовлетворительная.

Лабораторное исследование цитологических препаратов выявило полиморфноядерные нейтрофилы в стадии некробиоза и гигантские многоядерные клетки. В иммунофлюоресцентном анализе крови Ig M.

Проведите дифференциальную диагностику, установите диагноз, составьте план лечения.

Пациентка 32 лет предъявляет жалобы на пузырьки на красной кайме верхней и нижней губ, болезненную язвочку на небе. Считает себя больной 3 дня. Начало заболевания связывает с переохлаждением и незначительным повышением температуры неделю назад. Подобные высыпания появляются на тех же участках 1-3 раза в год.

При осмотре: губы сухие, отечные. На границе с кожей на фоне гиперемии определяются группы плотно расположенных пузырьков. Элементы поражения болезненные при пальпации. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличенные, болезненные. На слизистой оболочке на границе твердого и мягкого неба слева от центра эрозия неправильных очертаний с полициклическим контуром, окруженная ободком гиперемии, резк, незначительные зубные отложения.

Лабораторные исследования содержимого пузырьков и отпечатка с эрозии на небе выявили гигантские многоядерные клетки. В иммунофлюоресцентном анализе крови IgM. Проведите дифференциальную диагностику, установите диагноз, составьте план лечения.

В клинику обратился пациент 32 лет с жалобами на чувство жжения слизистой оболочки языка, щек, глотки, пищевода, дискомфорт при глотании.

За последнее время значительно похудел, беспокоят диарея, кратковременные лихорадочные состояния, выраженная потливость по ночам. Выявлено, что пациент употребляет наркотики и имеет нетрадиционную половую ориентацию.

Передние и задние лимфатические узлы увеличены. В полости рта на слизистой оболочке языка. Щек. Неба и глотки налеты беловато-серого цвета. Налет мягкий, легко снимается при помощи шпателя. Слизистая оболочка под налетом гиперемирована, отечна.

При микроскопическом исследовании налета обнаружен гриб *Candida*. Противогрибковое лечение не привело к полной ликвидации процесса.

Установите предварительный диагноз. Какие из дополнительных методов обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Больной 23 лет обратился к стоматологу с жалобами на боль и кровоточивость десны верхней и нижней челюстей. Боль постоянная, усиливающаяся при еде и чистке зубов. Заболевание началось остро с лихорадочного состояния 2 недели назад

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации. Отмечаются явления генерализованного язвенно-некротического гингивита. Маргинальная десна отечна, гиперемирована, покрыта грязно-серым налетом. Налет легко снимается, при этом обнажается резко болезненная изъязвленная и сильно кровоточащая

поверхность. В области передней группы зубов верхней челюсти и в области моляров обеих челюстей полностью некротизированы десневые сосочки и часть прикрепленной десны с обнажением пришеечной трети корней зубов.

Пациент принимает наркотики, предпочитает вводить их внутривенно.

Установите предварительный диагноз. Какие из дополнительных методов обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Бактериальные инфекции.

Пациентка 41 года поступила в стационар с высокой температурой, симптомами интоксикации. Почувствовала себя больной 6 дней назад, когда ощутила боль в полости рта при приеме пищи. На 2-й день болезни отметила отек левой щеки. На 4-й день состояние резко ухудшилось, появился озноб, температура тела повысилась до 40 градусов, возникла боль в горле, на 5-й день появились отек шеи, сукровичное отделяемое из глаза.

Отек левой щеки, век левого глаза и верхней губы. Кожа над отеком гиперемирована. На красной кайме губ и коже над ней определяются небольшие разбросанные участки фибринозного налета диаметром 3-5 мм. На внутренней поверхности верхней губы фибринозная пленка с четкими краями. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна. Периферические лимфатические узлы увеличенные, болезненные при пальпации.

Установите предварительный диагноз. Какие дополнительные исследования необходимо провести? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

Пациент 21 года обратился к стоматологу с жалобами на недомогание, повышение температуры до 37-38 градусов, боль при приеме пищи в полости рта, которая появилась 4 дня назад. К врачу не обращался, самостоятельно принимал аспирин и ампициллин. Сыпь на теле, которая появилась через 3 дня, считал аллергической реакцией на медикаменты, начал принимать супрастин.

На коже лица редко разбросанные элементы поражения в виде пузырьков и корочек. Аналогичные элементы пациент заметил на всем теле. В полости рта на слизистой оболочке губ, десне, мягком и твердом небе определяются болезненные эрозии и пузырьки, окруженные очагом гиперемии и отека. Периферические лимфатические узлы увеличены.

Установите предварительный диагноз. Какова этиология заболевания? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

Пациент 48 лет обратился к стоматологу с жалобами на сухость и жжение во рту, белый налет на языке. Болеет в течение 2 недель. В анамнезе длительное лечение бронхиальной астмы препаратами, содержащими глюкокортикостероиды.

При осмотре на спинке языка, мягком небе, щеках обильный налет белого цвета, напоминающий творожистую массу; после его удаления обнажается гладкая гиперемированная поверхность слизистой оболочки; сосочки языка сглажены. Лечение не проводилось.

Установите предварительный диагноз, составьте план обследования и лечения.

Пациентка 72 лет предъявляет жалобы на периодическое появление корочек в углах рта в

течение 2 месяцев.

В анамнезе гипертоническая болезнь; носит съемные пластиночные протезы на верхней и нижней челюстях в течение 5 лет.

Высота нижней трети лица снижена. В выраженных кожных складках в углах рта справа и слева слабомокнущие эрозии, окруженные тонкими серыми чешуйками. Красная кайма губ сухая.

Слизистая оболочка протезного ложа на верхней челюсти гиперемирована, сухая, слабо болезненная. Налет отсутствует. Гигиеническое состояние съемных протезов неудовлетворительное. Для лечения применялись отвары ромашки и шалфея, без эффекта.

Проведите дифференциальную диагностику, наметьте план обследования и лечения.

Больной 18 лет предъявляет жалобы на боль и припухлость левой щеки, затрудненное открывание рта.

Левосторонняя асимметрия лица в результате отека мягких тканей щеки, рот открывается на 2 см. У зуба 38 прорезались два медиальных бугра, имеется нависающий капюшон с эрозированным краем, покрытым некротическим налетом. На слизистой оболочке щеки в области зубов 38, 37 имеется резко болезненная эрозия, покрытая некротическим налетом. Диагноз: перикоронорит зуба 38.

Уточните диагноз. Согласны ли вы с назначенным лечением? Составьте план обследования и лечения. Какой будет ваша тактика?

Больной 23 лет обратился с жалобами на резкую боль в полости рта, неприятный запах изо рта, повышенное слюноотделение. Отмечает плохое самочувствие, слабость, головную боль, высокую температуру тела (38,5 град), отсутствие аппетита, сна. Считает себя больным 3 дня.

При осмотре: кожные покровы бледные, регионарные лимфатические узлы справа увеличены, подвижны, болезненны. В полости рта обильный мягкий налет на зубах. Десна отечна, гиперемирована. После снятия мягкого налета отмечается некротическая кайма по краю межзубных сосочков в области передней группы зубов нижней челюсти.

Поставьте диагноз, назовите причины заболевания, составьте план обследования и лечения.

Больной 66 лет обратился к стоматологу с жалобами на «язву» на языке, затрудненной пережевывание пищи. На протяжении 10 лет отмечает периодически возникающие язвы в полости рта. За медицинской помощью не обращался.

Высота нижнего отдела лица уменьшена, западение спинки носа – седловидный нос. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены, безболезненны, подвижны. Красная кайма губ без видимых изменений. Полная адентия. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена. На спинке языка язва округлой кратерообразной формы с плотными выступающими краями, болезненная при пальпации. В области мягкого неба рубцовые изменения, язычок отсутствует.

Установите предварительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику, составьте план обследования и лечения.

Пациент 58 лет обратился в клинику для депульпирования интактных зубов 11, 21, 23 в целях ортопедического лечения.

В анамнезе аллергия на антибиотики, гипертоническая болезнь второй стадии, язвенная болезнь желудка, дисбактериоз кишечника.

Через 3-4 мин. После инфильтрационной анестезии раствором лидокаина (1% раствор 2 мл) развился коллапс, нарушился ритм дыхания, больной потерял сознание.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Пациентка 29 лет обратилась с жалобами на отек верхней губы, дискомфорт и эстетический недостаток.

Начало заболевания острое. Отек развился в течение нескольких часов. В связи с простудным заболеванием принимала антибиотики.

Верхняя губа увеличена, безболезненна при пальпации. Регионарные лимфатические узлы в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без видимых патоморфологических элементов.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Пациент 45 лет обратился с жалобами на жжение, появление кровоизлияний, язв в полости рта, болезненность при приеме пищи.

До появления этих жалоб принимал эритромицин в связи с простудным заболеванием.

Подобные явления наблюдались при приеме линкомицина. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, при пальпации болезненны. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна, с множественными эрозиями. Десна гиперемирована, отечна, кровоточит, покрыта сероватым налетом, с трудом снимающимся при поскабливании.

В зубе 46 кариес, твердые зубные отложения в значительном количестве; острые края зубов.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Больной 25 лет обратился с жалобами на резкую боль в полости рта при приеме пищи, повышенное слюноотделение, высокую температуру (39,5 град.). Отмечает общую слабость, головную боль.

В анамнезе хронический гайморит. Кожные покровы бледные; на тыльной поверхности кистей синюшно-розовые высыпания с гемморагической коркой в центре. Красная кайма губ отечна, гиперемирована, покрыта плотно фиксированными кровянистыми корками. Подбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены. Болезненны, подвижны. На слизистой оболочке губ, щек эритематозные пятна, крупные сливающиеся эрозии, покрытые фибринозным налетом.

Установите предварительный диагноз, составьте план обследования и лечения.

Больная 22 лет обратилась в клинику с жалобами на общую слабость, высокую температуру, жжение слизистой оболочки полости рта, усиливающееся при приеме пищи, разговоре. Начало заболевания острое, после переохлаждения.

В анамнезе хронический тонзиллит. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, голеней эритематозные пятна с кровянистой коркой в центре. Красная кайма губ отечна, покрыта кровянистыми корками. Подбородочные, поднижнечелюстные лимфатические

узлы увеличены. Болезненны, подвижны. На резко гиперемизированной, отечной слизистой оболочке губ, щек. Дна полости рта множественные резко болезненные эрозии с ровным краями, покрытые фибринозным налетом.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Пациент 37 лет обратился с жалобами на боль и жжение в слизистой оболочке полости рта, усиливающиеся при приеме пищи. Появление болезненных язв, которые через 7-10 дней самостоятельно исчезают. Обострения бывают 2-3 раза в год (осенью, весной в течение 4 лет). Обращался к стоматологу, назначались полоскания антисептическими растворами, аппликации масляного раствора витамина А.

В анамнезе хронический энтероколит.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены. Болезненны при пальпации. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное. Острые края коронок зубов

На кончике языка и слизистой оболочки нижней губы эрозии овальной формы с венчиком гиперемии. Болезненны при пальпации.

Установите диагноз, назначьте лечение.

Пациентка 34 лет обратилась с жалобами на появление болезненных язв на слизистой оболочке полости рта осенью и зимой, самостоятельно заживающих в течение 10-12 дней. В анамнезе аллергия на домашнюю пыль, заболевание желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз). Региональные лимфатические узлы слегка увеличены, болезненны при пальпации. Десна отечна, цианотична, кровоточит при прикосновении, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм. Острые края моляров нижней челюсти. На боковой поверхности языка справа и по переходной складке слева эрозии округлой формы с венчиком гиперемии, покрытые беловато-серым налетом.

Проведите дифференциальную диагностику, установите диагноз. Назначьте лечение.

Изменения СОПР при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Больная 62 лет обратилась с жалобами на резкую боль во рту, затрудненные прием пищи, чистку зубов, язвы в полости рта. Больна около 2 мес., когда появились язвы на языке. Через некоторое время подобные изменения появились на дне полости рта (под языком), слизистой оболочке щеки. Лечилась в стоматологической поликлинике – полоскания раствором перманганата калия, аппликации облепихового масла. Масляного раствора витамина А. Улучшения не отметила, боль сохранялась. Заживления язв не наступало.

В анамнезе ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, наблюдается у терапевта. В течение последнего года состояние резко ухудшилось, появились одышка, слабость, отеки ног, артериальное давление в пределах 180/90 – 200/100 мм. рт. ст.

При осмотре цианоз губ. В полости рта обильные отложения мягкого зубного налета и камня, кариозные полости, дефекты зубных рядов, гиперемия с цианотическим оттенком свободной и прикрепленной десны, глубина карманов 3-6 мм.

На дорсальной поверхности языка в центре неглубокая язва размером 1 на 1,5 см, покрытая серовато-белым налетом. Язва резко болезненна, цвет окружающей слизистой оболочки не изменен.

Установите предварительный диагноз. Определите порядок обследования и лечения.

Изменения СОПР при заболеваниях ЖКТ.

Больной 52 лет обратился к стоматологу с жалобами на появление болезненных «язвочек» во рту.

В анамнезе детские инфекции. В течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. Периодически наблюдается у терапевта, лечение проводит нерегулярно. Курит много лет, употребляет алкогольные напитки умеренно. Около 2-х лет назад, в период обострения язвенной болезни желудка, почувствовал боль в языке при курении, приеме горячей и острой пищи, обнаружил «язвы» на языке, лечился полосканиями раствором перманганата калия.

При осмотре внешне без видимых изменений. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка увлажнена слабо. На дорсальной поверхности языка в средней трети на фоне плотного налета отмечается очаг десквамации в виде красного пятна размером 5,5 на 0,7 см с неровными контурами. Полость рта не санирована, зубные отложения, кариозные полости в зубах 16, 37, 25, 26.

Протезов нет, свободная и прикрепленная десна гиперемирована, отечна, карманы 4-5 мм. Установите предварительный диагноз. Наметьте план дальнейшего обследования и лечения больного.

Заболевания крови.

Пациент 35 лет обратился с жалобами на боль в полости рта при приеме раздражающей пищи. Считает себя больным около 2 лет. Когда впервые появились эти симптомы.

В анамнезе ахилический гастрит в течение 5 лет. Год назад присоединился хронический панкреатит. По профессии компьютерщик-программист. По этой специальности работает 12 лет, за компьютером проводит ежедневно 8-10 часов.

Бледность кожных покровов, красная кайма губ сухая, заеды. Язык ярко гиперемирован. Гиперемия неоднородная (пятнами). Сосочки языка значительно атрофированы. Красные пятна и полосы на слизистой оболочке щек.

Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное, обильные отложения мягкого зубного налета и зубного камня (больной щадит слизистую оболочку и плохо чистит зубы). Явления катарального гингивита, в зубах 36, 46 кариозные полости.

Установите диагноз. Проведите дифференциальную диагностику, наметьте план лечения.

Заболевания нервной системы.

Пациентка 58 лет предъявляет жалобы на жжение, неловкость, тяжесть в языке, усиливающиеся после длительного разговора и к концу дня. Впервые жжения в языке появились после стресса около 3-х лет назад. Со временем неприятные ощущения в языке нарастали, появилось жжение на небе. Во время еды все упомянутые явления исчезают.

В анамнезе желудочно-кишечная патология, астенический синдром.

В общении с врачом пациентка тревожна, мнительна, фиксирована на своих ощущениях; высказывания свидетельствуют о канцерофобии.

Напряженное выражение лица. Высота нижнего отдела лица снижена. Выражены носогубные складки. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Красная кайма губ суховата. Слизистая оболочка полости рта бледная, увлажнена недостаточно. Сосочки языка умеренно атрофированы, на кончике и на боковой поверхности справа гиперемированы, кариозные полости в зубах 12, 24, 27, 47. Зубы 16, 26, 36, 46 отсутствуют. Патологическая стертость твердых тканей зубов, острые края. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное, зубной камень на зубах 31, 32, 33, 41, 42, 43. Явления хронического генерализованного катарального гингивита.

В поликлинике по месту жительства проводилось лечение: настойка валерьяны внутрь по 30 капель 3 раза в день, ротовые ванночки с новокаином, смазывания языка облепиховым маслом. Эффекта не отмечено.

Установите диагноз, наметьте план лечения.

Красный плоский лишай.

Больная 52 лет предъявляет жалобы на жжение слизистой оболочки рат. Начало заболевания связывает со стрессом. В поликлинике была назначена обработка полости рта раствором буры в глицерине; эффекта нет. Заболевание периодически обостряется.

В анамнезе гиперацидный гастрит, артериальная гипертензия.

Регионарные лимфатические узлы подвижны, несколько увеличены, безболезненны. Красная Кайма губ имеет перламутровый оттенок. Имеются назубные отложения, пародонтальные карманы в области всех зубов глубиной 3-4 мм, острые края жевательных зубов. На спинке языка множественные ороговевшие точки. На слизистой оболочке щек в средних и задних отделах участки измененного эпителия белого цвета в виде сетки, кружев, не снимающихся при поскабливании. По переходной складке в области зуба 45 имеется болезненная эрозия, покрытая фибринозным налетом. Больная курит в течение 15 лет.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Больная 38 лет предъявляет жалобы на болезненность слизистой оболочки щеки справа и языка при приеме раздражающей и жесткой пищи. Боль чаще возникает при нервном напряжении, переутомлении. Неприятные ощущения в области щеки справа возникли 2 года назад на фоне стресса, проходили при полоскании антисептиками и лечении кератопластическими средствами. На слизистой оболочке щеки слева в ретромоллярной области участок повышенного ороговения в виде папул, образующих ажурный рисунок. На слизистой оболочке правой щеки в заднем отделе определяется участок ярко-красного цвета, болезненный при пальпации, по периферии которого имеются одиночные и сгруппированные в рисунок папулы. Папулы при поскабливании не снимаются, на боковых поверхностях языка на гиперемированном фоне имеются эрозии, покрытые фибринозным налетом, диаметром до 2 см. Справа и слева на боковой поверхности языка имеются папулы, соединенные между собой в линию.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Пузырчатка.

Пациентка 45 лет обратилась к стоматологу с жалобами на боль под языком и в углах рта. Неприятные ощущения появились 2 недели назад. Боль усиливается при разговоре и приеме пищи. Увеличилось слюноотделение. В последние 3 дня появились болезненные трещины в углах рта. Лечилась самостоятельно – обрабатывала пораженные участки облепиховым маслом. Улучшения не наступало. Общее состояние не изменено.

В анамнезе вегетососудистая дистония, хронический гастрит.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. На слизистой оболочке дна полости

рта на неизменном фоне болезненная эрозия неправильной формы, размером 1,5 на 2 см застойно-красного цвета. Симптом Никольского положительный.
Установите диагноз, составьте план лечения.

КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА.

Больная 37 лет обратилась в клинику с жалобами на жжение и боль слизистой оболочки щеки справа, особенно во время еды, а также на покраснение кожи лица. Появление жалоб связывает с длительным пребыванием на солнце.

На коже лба, носа и щек эритема в виде бабочки, гиперкератоз. На слизистой оболочке щеки справа по линии смыкания зубов слегка выступающие очаги застойной гиперемии с гиперкератозом в виде помутнения эпителия, в области зуба 16 небольшая болезненная эрозия. Полость рта не санирована.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Заболевания языка.

Пациентка 34 лет обратилась в клинику с жалобами на жжение в языке при приеме острой пищи. В анамнезе хронический колит.

Внешний вид без особенностей. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. На спинке языка в переднем и среднем отделах красные пятна, окруженные беловатым ободком. На повторном приеме через 5 дней красные пятна переместились на боковые поверхности языка, а спинка языка приобрела нормальный вид.

Установите лечение, проведите дифференциальную диагностику.

Пациент 45 лет обратился в клинику с жалобами на необычный вид языка. Курит в течение 25 лет. Злоупотребляет алкоголем. В анамнезе хронический гипохлоридный гастрит. Внешний вид без особенностей. Слизистая оболочка рта гиперемизована, с цианотичным оттенком. Десна в области всех групп зубов отечна, цианотична, кровоточит при зондировании. Гигиена полости рта неудовлетворительная. На спинке языка по средней линии в средней и задней его частях имеется ворсинчатый очаг овальной формы темно-коричневого цвета.

Установите диагноз, дайте рекомендации по лечению.

Заболевания губ.

Пациент 38 лет обратился в клинику с жалобами боль в верхней губе, затрудняющую прием пищи, широкое открывание рта. Заболевание возникло 10 лет назад. Лечился самостоятельно, применяя различные мази. Летом губа заживала, но с наступлением холодного периода ежегодно возникали рецидивы.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются, красная кайма губ сухая, шероховатая. На красной кайме верхней губы справа от средней линии поперечный линейный дефект ткани длиной 15 мм, покрытый кровянистой коркой. Вокруг дефекта помутнение красной каймы и ороговение. В основании дефекта определяется воспалительный инфильтрат. При пальпации образование мягкоэластической

консистенции, умеренно болезненное.

Гигиена полости рта неудовлетворительная, имеются зубные отложения и налет курильщика. Кариозные полости в зубах 12 и 24.

Вредные привычки: курит, облизывает и кусает губы.

Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, наметьте план лечения.

Пациентка 25 лет обратилась с жалобами на сухость губ, боль в нижней губе, затрудняющую широкое открывание рта. Изменения на губе появились давно, по ее словам, «сколько себя помнит». Подобные изменения на губах были у ее матери и бабушки. Заболевание рецидивирует в холодное время года, летом все явления исчезают. Отмечает повышенную нервную возбудимость. Вредные привычки: курит, облизывает и кусает губы.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются, красная кайма губ сухая, множественные чешуйки, не переходящие на кожу.

По средней линии нижней губы линейный дефект ткани, покрытый кровянистой корочкой. При пальпации незначительная отечность и болезненность.

Полость рта не санирована, гигиеническое состояние неудовлетворительное.

Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, наметьте план лечения.

Атопический хейлит.

Пациент 16 лет обратился с жалобами на эстетический недостаток, зуд в губах и окружающей коже, сухость. Широкое открывание рта затруднено из-за болезненности. Со слов матери, заеды появились в 7-летнем возрасте. Пользовались различными мазями. Добиваясь временного улучшения. В 14 лет состояние углов рта и губ значительно ухудшилось. Лечился у дерматолога, выраженного эффекта не было.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются, обширная эритема кожи вокруг красной каймы губ, красная кайма губ сухая, мелкие чешуйки. Кожа в радиусе 3 см вокруг комиссур подвержена лихенизации и пигментирована. Трещины в углах рта. Гигиена полости рта неудовлетворительная, имеются наддесневые зубные отложения.

В анамнезе аллергия на цитрусовые и отдельные виды боковой пищи.

Установите диагноз, наметьте план лечения.

Пациентка 15 лет обратилась с жалобами на ограниченное открывание рта из-за болезненности в губах при разговоре и приеме пищи. Беспокоят зуд, чувство стянутости в углах рта, эстетический недостаток.

Заболевание возникло в 10-летнем возрасте. Лечилась у дерматолога, выраженного эффекта не было. С возрастом заболевание прогрессировало.

В анамнезе аллергия на шоколад и цитрусовые. У матери в течение многих лет имеются заеды.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. На красной кайме верхней, нижней губ и в углах рта мелкие трещины, переходящие на кожу. Эритема, сухость и чешуйки отмечаются на коже всей периоральной области. Гигиена полости рта неудовлетворительная, имеются наддесневые зубные отложения, налет, кариозные поражения в зубах 36, 46.

Вредные привычки: облизывает губы, расчесывает углы рта.

Установите диагноз, наметьте план лечения.

Пациент 27 лет направлен на консультацию из поликлиники по месту работы. Врач при осмотре обратил внимание на необычный вид слизистой оболочки нижней губы.

Жалоб нет. Некоторую неровность слизистой оболочки нижней губы ощущал всегда. Практически здоров.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Красная кайма губ без патологии.

На слизистой оболочке нижней губы имеются множественные мелкие фолликулы. Цвет слизистой оболочки не изменен, пальпация безболезненная, определяются мелкие образования округлой формы в толще губы. Слизистая оболочка верхней губы без патологии. Гигиена полости рта неудовлетворительная, имеются наддесневые зубные отложения.

Установите диагноз, наметьте план лечения.

Пациент 14 лет обратился с жалобами на сухость губ, стянутость, иногда жжение, эстетический недостаток. Изменения на губах, по словам матери, появились в 6-летнем возрасте. Такая же патология губ у старшей сестры. Летом все явления исчезают, а в холодное время года наступает рецидив. Мать отмечает повышенную нервную возбудимость у обоих детей и у себя.

Пациент часто облизывает губы, обрывает и скусывает чешуйки.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Красная кайма губ, особенно нижней, сухая, множественные трудноотделяемые чешуйки. Эти изменения не переходят на кожу периоральной области и углы рта.

Полость рта не санирована, гигиена ее неудовлетворительная.

Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, наметьте план лечения.

Пациентка 47 лет, иногородняя, обратилась с жалобами на увеличение нижней губы, затрудняющее мимику. Речь прием пищи. На эстетический недостаток.

Заболевание возникло 9 лет назад. Лечилась по месту жительства. Выписки из истории болезни на руках нет. Нижняя губа после лечения несколько уменьшилась, но небольшое увеличение сохранялось. Месяц назад пациентка перенесла вирусную инфекцию. В процессе заболевания нижняя губа вновь резко увеличилась.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются, нижняя губа резко увеличена, вывернута. Красная кайма нижней губы сухая, шелушится. При пальпации нижняя губа безболезненная, плотноэластической консистенции. Полость рта санирована, гигиена неудовлетворительная. Язык складчатый, с очагами десквамации эпителия.

Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, наметьте план лечения.

Пациента 65 лет слабо болезненная «язвочка» на нижней губе, которая периодически заживает, затем возникает вновь, без видимой причины. Заболевание продолжается 8 лет. Рекомендованное лечение различными мазями оказалось

неэффективно.

Сопутствующие заболевания: атеросклероз, курит 35 лет.

При осмотре: регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Пациент пользуется полными съемными пластиночными протезами. На красной кайме нижней губы справа обнаружена эрозия овальной формы размером 0,5 на 1 см, которая имеет полированную поверхность красного цвета, без налета. Уплотнения в основании эрозии нет.

Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

Пациент 58 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект нижней губы. Со слов больного, 3 месяца назад на нижней губе появилась небольшая безболезненная «бородавка», которая постепенно увеличивается.

В анамнезе хронический гастрит, хронический рецидивирующий герпес, курит с 18 лет.

При осмотре: на слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа от центра имеется ограниченный узелок полушаровидной формы размером 0,8 на 0,9 см, выступающий над окружающими тканями на 0,5 см. Его поверхность покрыта плотно сидящими роговыми чешуйками, не снимающимися при поскабливании. Цвет очага слегка синюшный, при пальпации основание не уплотнено, безболезненное.

Установите диагноз, наметьте план лечения.

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине стоматологии терапевтической для ординаторов

по специальности 31.08.73. Стоматология терапевтическая

001.Полость рта состоит

- 1) из глотки
- 2) из преддверия полости рта
- 3) из зева
- 4) из полости носа
- 5) собственно из полости рта

002.Формирование полости рта происходит к концу

- 1) шестого месяца внутриутробного развития
- 2) четвертого месяца внутриутробного развития
- 3) второго месяца внутриутробного развития

003.Слизистая оболочка рта состоит

- 1) из 5 слоев
- 2) из 2 слоев
- 3) из 3 слоев

004.Многослойный плоский эпителий слизистой рта в нормальных условиях ороговеет

- 1) на губах
- 2) на щеках
- 3) на мягком нёбе
- 4) на твердом нёбе
- 5) на дне полости рта
- 6) на десне
- 7) на нитевидных сосочках языка.

005.Иннервация слизистой оболочки рта осуществляется

- 1) I, II, III парами черепных нервов
- 2) III, IV, V парами черепных нервов
- 3) V, VII, IX парами черепных нервов

006.Сосочки языка, не содержащие вкусовые луковицы

- 1) нитевидные
- 2) грибовидные
- 3) листовидные
- 4) желобоватые

007.Окрашивание зубного налета проводится при проведении индексов

- 1) гигиены полости рта
- 2) CPITN
- 3) PMA
- 4) PI

008.Метод витального окрашивания выявляет

очаги деминерализации эмали

- 1) при эрозии эмали
- 2) при кариесе в стадии белого пятна
- 3) при гипоплазии эмали

009.Для витального окрашивания эмали зубов используют

- 1) эритрозин
- 2) фуксин
- 3) метиленовый синий
- 4) йодистый калий
- 5) раствор Шиллера–Писарева

010.Температурная проба применяется для диагностики

- 1) периодонтита
- 2) пульпита
- 3) пародонтита

011.Электровозбудимость пульпы при воспалении

- 1) возрастает
- 2) снижается
- 3) не изменяется

012.Раствор эритрозина применяют

- 1) для определения индекса ПМА
- 2) для контроля чистки зубов
- 3) для определения индекса CPITN

013.Раствор фуксина применяют для определения индекса

- 1) гигиены
- 2) ПМА
- 3) CPITN

014.Раствор Шиллера–Писарева применяют для определения индекса

- 1) гигиены
- 2) ПМА
- 3) CPITN

015.Индекс ПМА определяет тяжесть

- 1) гингивита
- 2) пародонтита
- 3) пародонтоза

016.Индекс ПИ определяет тяжесть

- 1) гингивита
- 2) пародонтита
- 3) пародонтоза

017.CPI – это индекс

- 1) нуждаемости в лечении заболеваний пародонта
- 2) коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ
- 3) эффективности гигиены полости рта
- 4) интенсивности кариеса зубов

- 018. Ключевой возрастной группой для оценки состояния постоянных зубов в популяции является возраст**
- 1) 6 лет
 - 2) 12 лет
 - 3) 15 лет
 - 4) 35-44 лет
 - 5) 65 лет и старше
- 019. Ключевой возрастной группой для оценки состояния тканей пародонта в популяции является возраст**
- 1) 6 лет
 - 2) 12 лет
 - 3) 15 лет
 - 4) 35-44 лет
 - 5) 65 лет и старше
- 020. Родители должны начинать чистить детям зубы**
- 1) с 1 года
 - 2) с 2 лет
 - 3) с 3 лет
 - 4) после прорезывания первого временного зуба
 - 5) после прорезывания временных резцов
- 021. Размер рабочей части зубной щетки для взрослых не должен превышать**
- 1) 10 мм
 - 2) 20 мм
 - 3) 30 мм
 - 4) 40 мм
- 022. При чистке зубов зубная щетка должна охватывать зубы**
- 1) 1-1,5 рядом стоящих
 - 2) 2-2,5 рядом стоящих
 - 3) одного сегмента
- 023. Зубная щетка подлежит замене в среднем 1 раз**
- 1) в 1 месяц
 - 2) в 3 месяца
 - 3) в 6 месяцев
 - 4) в 12 месяцев
- 024. Время чистки зубов должно составлять не менее**
- 1) 1 мин
 - 2) 2 мин
 - 3) 3 мин
 - 4) 5 мин
- 025. Для оценки эффективности чистки зубов пациентом наиболее важно**
- 1) время, требуемое для чистки всех зубов
 - 2) метод, по которому происходит движение от зуба к зубу
 - 3) способность пациента удалять налет со всех поверхностей зубов
- 026. Хранить зубную щетку в домашних условиях следует**
- 1) в стакане рабочей частью вверх
 - 2) в стакане рабочей частью вниз
 - 3) в футляре
 - 4) в дезинфицирующем растворе

027. Детям 2 лет рекомендуется очищать зубы с применением

- 1) зубного порошка
- 2) зубных паст на меловой основе
- 3) гелевых зубных паст

028. Очищающее действие зубных паст обеспечивается входящими в их состав компонентами

- 1) связующими
- 2) абразивными
- 3) пенообразующими
- 4) ароматизирующими

029. Наилучшее очищающее действие достигается при введении в состав зубных паст в качестве абразивного компонента

- 1) карбоната кальция
- 2) химически осажденного мела
- 3) диоксида кремния
- 4) дикальцийфосфата

030. Очищающая способность гелевых зубных паст по сравнению с зубными пастами на меловой основе

- 1) выше
- 2) ниже
- 3) одинакова

031. Пластичность и однородность консистенции зубных паст обеспечивается входящими в их состав компонентами

- 1) абразивными
- 2) пенообразующими
- 3) связующими
- 4) ароматизирующими

032. В качестве пенообразующего компонента в состав зубных паст вводится

- 1) дикальцийфосфат
- 2) лаурилсульфат натрия
- 3) полиэтиленгликоль
- 4) гидроколлоиды

033. В качестве активного компонента в состав противокариозных зубных паст вводят

- 1) диоксид кремния
- 2) монофторфосфат натрия
- 3) лаурилсульфат натрия
- 4) карбонат кальция

034. Фторидсодержащие зубные пасты рекомендуется использовать детям с возраста

- 1) 1,5-2 года
- 2) 3-4 года
- 3) 5-6 лет
- 4) 10-12 лет

035.В качестве фторидсодержащих компонентов

в состав лечебно-профилактических зубных паст включают

- 1) фторид натрия, монофторфосфат, фторид олова, фторид кальция
- 2) фторид натрия, аминофторид, фторид кальция, фторид железа
- 3) фторид натрия, монофторфосфат, фторид олова, аминофторид
- 4) фторид натрия, фторид олова, фторид кальция

036.Высушенная поверхность кариозного белого пятна

- 1) теряет блеск
- 2) меняет цвет
- 3) остается без изменений

037.Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны

- 1) на стабильности эмали
- 2) на уменьшении проницаемости эмали
- 3) на увеличении проницаемости эмали
- 4) на изменении оптических свойств эмали

038.Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят

- 1) с гипоплазией
- 2) с поверхностным кариесом
- 3) с эрозией
- 4) с флюорозом

039.Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводят

- 1) с гипоплазией
- 2) с эрозией твердых тканей
- 3) со средним кариесом
- 4) с клиновидным дефектом
- 5) с флюорозом

040.Дифференциальный диагноз среднего кариеса проводится

- 1) с кариесом в стадии пятна
- 2) с клиновидным дефектом
- 3) с хроническим фиброзным периодонтитом
- 4) с хроническим фиброзным пульпитом
- 5) с глубоким кариесом

041.При среднем кариесе в световом микроскопе различают зоны

- 1) распада и деминерализации
- 2) деструкции эмали
- 3) подповерхностной деминерализации
- 4) прозрачного и интактного дентина
- 5) заместительного дентина и изменений в пульпе.

042.Бессимптомное течение среднего кариеса объясняется

- 1) некрозом пульпы
- 2) разрушением эмалево-дентинного соединения
- 3) образованием заместительного дентина

043. Дифференциальный диагноз глубокого кариеса проводится

- 1) с истиранием
- 2) с хроническим фиброзным пульпитом
- 3) со средним кариесом
- 4) с острым очаговым пульпитом
- 5) с хроническим фиброзным периодонтитом

044. При кариесе пациенты жалуются на боль

- 1) самопроизвольную
- 2) сохраняющуюся после устранения раздражителя
- 3) только при наличии раздражителя

045. Лечебные прокладки, обладающие длительным одонотропным и антисептическим действием, содержат

- 1) кортикостероиды
- 2) антибиотики
- 3) нестероидные противовоспалительные препараты
- 4) гидроокись кальция

046. Пломбировочный материал, защищающий дентин, должен

- 1) предотвращать движение жидкости в дентинных канальцах и герметично их закрывать
- 2) свободно пропускать дентинную жидкость
- 3) быть температурным и химическим изолятором
- 4) повышать проницаемость дентина

047. Протравливание эмали и дентина проводится

- 1) для усиления бактерицидных свойств композитов
- 2) для усиления краевого прилегания

048. Пульпа представляет собой рыхлую соединительную ткань, состоящую 1) из основного вещества, сосудов и нервов

- 2) из клеточных, волокнистых элементов, основного вещества сосудов и нервов
- 3) из сосудов, нервов, клеточных и волокнистых элементов

049. Анатомическая верхушка корня отстоит от физиологической

- 1) на 0-1 мм
- 2) на 1-2 мм
- 3) на 2-3 мм

050. В пульпе различают клеточные слои

- 1) периферический (одонтобластический)
- 2) подповерхностный (субодонтобластический)
- 3) наружный
- 4) внутренний
- 5) центральный

051. Периферический слой пульпы содержит клетки

- 1) одонтобласты
- 2) пульпоциты звездчатой формы
- 3) фибробласты
- 4) гистиоциты
- 5) плазматические клетки
- 6) лимфоциты и моноциты

052. Субодонтобластический слой пульпы содержит клетки

- 1) одонтобласты
- 2) пульпоциты звездчатой формы
- 3) фибробласты
- 4) гистиоциты
- 5) плазматические клетки
- 6) лимфоциты и моноциты

053. Центральный слой пульпы содержит клетки

- 1) одонтобласты
- 2) пульпоциты звездчатой формы
- 3) фибробласты
- 4) гистиоциты
- 5) плазматические клетки
- 6) лимфоциты и моноциты

054. В пульпе зуба располагаются капиллярные сплетения

- 1) одонтобластическое
- 2) периферическое
- 3) центральное
- 4) субодонтобластическое

055. Старение пульпы характеризуется

- 1) уменьшением размера полости зуба
- 2) увеличением размера полости зуба
- 3) снижением активности клеток
- 4) фиброзом
- 5) увеличением активности клеток
- 6) сетчатой дистрофией

056. При остром пульпите обнаруживается микрофлора

- 1) стрептококковая
- 2) стафилококковая
- 3) смешанная

057. При хронических формах пульпита обнаруживается микрофлора

- 1) стрептококковая
- 2) стафилококковая
- 3) смешанная

058. Наиболее частый путь инфицирования пульпы

- 1) по артериолам (гематогенное инфицирование)
- 2) по дентинным канальцам
- 3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана

059. Острый пульпит

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

060.Хронический пульпит

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

061.Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен

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

062.Пульсирующий характер боли при остром пульпите обусловлен

- 1) повышением гидростатического давления в полости зуба
- 2) раздражением рецепторных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
- 3) периодическим шунтированием кровотока
по артериоловеноулярным анастомозам

**063.Самопроизвольные приступообразные боли в ночное время
с длительным безболевым периодом возникают при пульпите**

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

**064.Самопроизвольная сильная приступообразная,
иррадиирующая по ходу ветвей тройничного нерва,
боль в ночное время с коротким безболевым периодом
возникает при пульпите**

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

**065.Приступообразные боли от различных видов раздражителей,
сохраняющиеся после устранения последних, беспокоят пациентов
при пульпите**

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

**066.Ноющие боли от различного рода раздражителей, главным образом
от горячего, не прекращающиеся после устранения действия,
от перемены температуры воздуха возникают при пульпите**

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

**067.Боль ноющего характера от различных раздражителей,
кровоточивость при приеме пищи возникают при пульпите**

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

068.Обострение хронического пульпита характеризуется

- 1) самопроизвольной приступообразной болью в ночное время с длительным безболевым периодом
- 2) самопроизвольной сильной приступообразной, иррадиирующей по ходу ветвей тройничного нерва, болью в ночное время с коротким безболевым периодом
- 3) приступообразные боли от всех видов раздражителей, сохраняющиеся после устранения последних
- 4) ноющие боли от различных раздражителей, преимущественно от горячего, сохраняющиеся после устранения действия, боль от перемены температуры
- 5) боль ноющего характера от различных раздражителей, кровоточивость при приеме пищи
- 6) приступообразная боль в зубе самопроизвольного характера, продолжительная боль от внешних раздражителей, боль при накусывании на зуб при аналогичных жалобах в прошлом

Установите соответствие

069.Зондирование дна кариозной полости Диагноз

- | | |
|--|---|
| 1) болезненно, полость зуба
вскрыта в одной точке | а) хронический
фиброзный пульпит |
| 2) практически безболезненно,
полость зуба вскрыта
достаточно широко | б) хронический
гипертрофический пульпит |
| 3) практически безболезненно,
полость зуба вскрыта широко,
появляется кровоточивость | в) хронический
гангренозный пульпит
г) острый диффузный пульпит
д) острый очаговый пульпит |

070.Дифференциальный диагноз острого диффузного пульпита проводят

- 1) с обострением хронического пульпита
- 2) со средним кариесом
- 3) с острым и обострившимся хроническим периодонтитом
- 4) с глубоким кариесом
- 5) с гайморитом
- 6) с невралгией тройничного нерва

071.Дифференциальный диагноз хронического гангренозного пульпита проводят

- 1) с глубоким кариесом
- 2) с хроническим фиброзным пульпитом
- 3) с хроническим фиброзным периодонтитом
- 4) с невралгией тройничного нерва

**072.Изменения в периодонте (расширение периодонтальной щели)
чаще всего наблюдается**

- 1) при хроническом фиброзном пульпите
- 2) при хроническом гангренозном пульпите
- 3) при хроническом гипертрофическом пульпите

Установите соответствие

073. Методы лечения пульпита Диагноз

- | | |
|-------------------------|---|
| А) несохраняющие пульпу | 1) острый очаговый пульпит |
| Б) сохраняющие | 2) острый диффузный пульпит |
| жизнеспособность пульпы | 3) хронический фиброзный пульпит |
| | 4) хронический гангренозный пульпит |
| | 5) хронический гипертрофический пульпит |
| | 6) обострение хронического пульпита |
| | 7) случайное вскрытие полости зуба |

074. Метод сохранения жизнеспособной пульпы в корневых каналах называется

- 1) девитальная ампутация
- 2) девитальная экстирпация
- 3) витальная экстирпация
- 4) витальная ампутация

075. Проведение биологического метода возможно

- 1) при случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 27 лет
- 2) при остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
- 3) при остром очаговом пульпите у пациента 16 лет
- 4) при хроническом фиброзном пульпите многокорневого зуба с кариозной полостью в пришеечной области
- 5) при случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 23 лет с инсулинзависимым диабетом

076. Формирование периодонта заканчивается

- 1) примерно через месяц после окончания развития корня зуба
- 2) примерно через полгода после окончания развития корня зуба
- 3) примерно через год после окончания развития корня зуба

077. Причиной острой травмы периодонта может быть

- 1) грубая эндодонтическая обработка каналов
- 2) завышенная пломба
- 3) избыточная разовая нагрузка

078. Причиной хронической травмы периодонта может быть

- 1) грубая эндодонтическая обработка каналов
- 2) неправильно (высоко) наложенная пломба и др. окклюзионные нарушения
- 3) избыточная разовая нагрузка
- 4) вредные привычки (перекусывание ниток и т.д.)

079. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается метод

- 1) ЭОД
- 2) реопародонтография
- 3) рентенография
- 4) реоплетизмография

Установите соответствие

080.Жалобы больного	Заболевание
----------------------------	--------------------

- 1) ноющая боль, усиливающаяся а) хронический фиброзный пульпит
при накусывании на зуб б) острый периодонтит
- 2) постоянная сильная боль, в стадии интоксикации
«чувство выросшего зуба» в) острый периодонтит
- 3) отсутствие боли в области в стадии экссудации
причинного зуба, изменение г) хронический гангренозный пульпит
конфигурации лица д) смещение места воспаления,
периостит, подслизистый абсцесс

081.Рентгенологическая картина.

Расширение периодонтальной щели в области вершины корня

- 1) острый периодонтит
- 2) кистогранулема
- 3) хронический фиброзный периодонтит
- 4) хронический гранулематозный периодонтит
- 5) хронический гранулирующий периодонтит
- 6) радикулярная киста

082.Рентгенологическая картина.

Нечеткость, смазанность, «завуалированность» картины периапикальной области

- 1) острый периодонтит
- 2) кистогранулема
- 3) хронический фиброзный периодонтит
- 4) хронический гранулематозный периодонтит
- 5) хронический гранулирующий периодонтит
- 6) радикулярная киста

083.Рентгенологическая картина.

**Очаг деструкции костной ткани в области верхушки
с четкими границами до 5 мм**

- 1) кистогранулема
- 2) хронический фиброзный периодонтит
- 3) хронический гранулематозный периодонтит
- 4) хронический гранулирующий периодонтит
- 5) радикулярная киста

084.Рентгенологическая картина.

Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими границами от 5 до 8 мм

- 1) кистогранулема
- 2) хронический фиброзный периодонтит
- 3) хронический гранулематозный периодонтит
- 4) хронический гранулирующий периодонтит
- 5) радикулярная киста

085.Рентгенологическая картина.

Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с нечеткими границами

- 1) кистогранулема
- 2) хронический фиброзный периодонтит
- 3) хронический гранулирующий периодонтит
- 4) хронический гранулематозный периодонтит
- 5) радикулярная киста

086.Рентгенологическая картина.

Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими границами более 8 мм

- 1) кистогранулема
- 2) хронический фиброзный периодонтит
- 3) хронический гранулематозный периодонтит
- 4) хронический гранулирующий периодонтит
- 5) радикулярная киста

087.Выход экссудата при остром или обострении хронического периодонтита наиболее благоприятен через

- 1) периодонт с формированием пародонтального кармана
- 2) корневой канал
- 3) систему гаверсовых каналов с формированием подслизистого абсцесса или периостита

Укажите правильную последовательность

088.Инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов эндодонтическими инструментами проводится в последовательности

- 1) удаление некротических тканей и предентина буравом, рашпилем, К-файлом
- 2) формирование апикального уступа и придания каналу конусообразной формы
- 3) поэтапная, под прикрытием антисептиков, эвакуация гнилостных масс из корневого канала

089.Относительными противопоказаниями для проведения консервативного лечения периодонтита являются

- 1) отлом стержневого инструмента в канале
- 2) подвижность зубов III степени
- 3) перфорация корня или полости зуба
- 4) радикулярные кисты более 2 см
- 5) зубы, ранее леченые, но являющиеся источником прогрессирующего процесса

090.Консервативно-хирургические методы лечения периодонтита

- 1) девитальная ампутация
- 2) резекция верхушки корня
- 3) витальная экстирпация
- 4) короно-радикулярная сепарация
- 5) ампутация корня и гемисекция

091. Лечение периодонтита может быть безуспешным в случаях, кроме

- 1) канал запломбирован полностью
- 2) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку
- 3) канал запломбирован не полностью
- 4) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
- 5) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку

092. Мышьяковистая интоксикация периодонта купируется

- 1) экстирпацией пульпы и пломбированием канала в то же посещение
- 2) ампутацией пульпы с наложением тампона с обезболивающим препаратом под временную повязку
- 3) удалением пульпы, медикаментозной обработкой канала, вложением в корневой канал турунды с препаратами йода или унитиолом

Укажите правильную последовательность

093. Реактивные зоны корневой гранулемы

- 1) зона контаминации
- 2) зона раздражения
- 3) зона некроза
- 4) зона стимуляции

094. Абсолютным показанием к лечению хронического периодонтита в одно посещение является

- 1) хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба
- 2) острый периодонтит многокорневого зуба
- 3) хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при наличии свища
- 4) хронический фиброзный периодонтит

095. Наиболее эффективный метод лечения периодонтита в зубах с труднопроходимыми корневыми каналами

- 1) резорцин-формалиновым методом
- 2) методом депо-фореза гидроокиси меди-кальция
- 3) физиотерапевтическими методами
(трассканальный электрофорез с препаратами йода и т.д.)

096. Минимальные сроки восстановления костной ткани периапикальной области при успешном лечении деструктивного периодонтита

- 1) 6-9 мес.
- 2) 12-18 мес.
- 3) 12-24 мес.

097. Некариозные поражения, возникающие до прорезывания зубов

- 1) гипоплазия
- 2) гиперплазия
- 3) пигментации зубов и налеты
- 4) эндемический флюороз зубов
- 5) стирание твердых тканей
- 6) изменения цвета зубов
- 7) клиновидный дефект
- 8) эрозия зубов
- 9) некроз твердых тканей зубов
- 10) травма зуба
- 11) наследственные нарушения развития зубов
- 12) гиперестезия

098. Некариозные поражения зубов, возникающие после их прорезывания

- 1) гипоплазия
- 2) гиперплазия
- 3) пигментации зубов и налеты
- 4) эндемический флюороз зубов
- 5) стирание твердых тканей
- 6) изменения цвета зубов
- 7) клиновидный дефект
- 8) эрозия зубов
- 9) некроз твердых тканей зубов
- 10) травма зуба
- 11) наследственные нарушения развития зубов
- 12) гиперестезия

099. Системность поражения зубов всегда характерна

- 1) для флюороза
- 2) для гипоплазии
- 3) для кариеса

100. Предрасполагающие факторы развития системной гипоплазии молочных зубов

- 1) уменьшение содержания фтора в воде
- 2) употребление большого количества углеводов в первый год жизни
- 3) токсокозы, хронические и системные заболевания в период беременности