

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 «28» августа 2020 г. №1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «Стоматология терапевтическая»
основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы ординатуры по специальности 31.08.74
Стоматология хирургическая, утвержденной 28.08.2020 г.

для ординаторов 1 года обучения
по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «27» августа 2020 г. (протокол №1)

Заведующая кафедрой стоматологии №3

Д.М.Н.



Ремизова А.А.

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.	<p>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.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-9; ПК-10</p>	С, ТЗ, СЗ, УЗ
2.	<p>Основные методы обследования зубов, зубных рядов, пародонта и слизистой оболочки рта. Дополнительные методы исследования. Функциональные и лабораторные методы исследования. Составления плана лечения.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-9; ПК-10</p>	С, ТЗ, СЗ, УЗ
3.	<p>Профилактика стоматологических заболеваний у взрослого населения. Методы коммунальной и индивидуальной профилактики кариеса.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-9; ПК-10</p>	С, ТЗ, СЗ, УЗ

	Современные технологии диагностики и лечения кариеса и других болезней твердых тканей зубов. Лечение кариеса зубов и 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; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-9; ПК-10	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; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-9; ПК-10	С, ТЗ, СЗ, УЗ
6.	Заболевания пародонта. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Современные методы лечения воспалительных и дистрофических поражений тканей пародонта	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-9; ПК-10	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	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-9; ПК-10	С, ТЗ, СЗ, УЗ

	онконастороженность.		
8.	<p>Диагностика и неотложная помощь при сердечно-сосудистой 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.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-9; ПК-10</p>	<p>С, ТЗ, СЗ, УЗ</p>

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. Проведение витального метода лечения пульпита.
7. Способы и техника удаления зубных отложений.
8. Техника профессионального отбеливания девитальных зубов.
9. Пломбирование корневых каналов методикой латеральной конденсации.
10. Этапы пломбирования композитами светового отверждения.
11. Инструментальная обработка корневых каналов методом Step Back.
12. Осмотр слизистой оболочки в различных отделах полости рта.
13. Виды и способ проведения различных методов обезболивания при лечении кариеса и его осложнений.
14. Заполнение истории болезни пациента.
15. Проведение витального и девитального методов лечения пульпитов.
16. Меры по профилактике заражения ВИЧ – инфекцией медицинского персонала.
17. Общие правила при работы со стеклоиономерными цементами.
18. Диагностика и лечение хронического периодонтита в стадии обострения.
19. Лечение хронического гранулематозного периодонтита
20. Местное и общее лечение генерализованного пародонтита.
21. Оказание неотложной помощи в стоматологической практике (обморок, коллапс, анафилактический шок, гипертонический криз, отек Квинке, гипо и – гипергликемическая кома).
22. Лечение язвенно – некротического гингивита.
23. Лечение хронических форм верхушечного периодонтита.
24. Кандидоз. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
25. Премедикация в стоматологии.
26. Ошибки и осложнения при лечении кариеса.
27. Принципы и техника препарирования твердых тканей зуба под композитные реставрации.
28. Хронический пульпит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
29. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
30. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
31. Алгоритм лечения острого верхушечного периодонтита.
32. План лечения лейкоплакии.
33. Использование стоматологических материалов для временной obturации корневых каналов.
34. Глубокий кариес. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Вопросы к зачету 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. Классификация заболеваний пародонта
4. Зубные отложения. Классификация. Способы снятия отложений.
5. Отбеливание девитальных зубов.
6. Пломбирование корневых каналов методикой латеральной конденсации.
7. Композитные пломбировочные материалы. Этапы пломбирования композитами светового отверждения.
8. Инструментальная обработка корневых каналов методом Step Back.
9. Лечение периодонтита осложненного внутриканальной перфорацией зуба.
10. Хронический гангренозный пульпит: клиника, диагностика, лечение.
11. Дополнительные методы исследования, используемые в стоматологии.
12. Виды и способ проведения различных методов обезболивания при лечении кариеса и его осложнений.
13. Классификация пломбировочных материалов для корневых каналов. Основные требования.
14. Стеклоиономерные цементы. Классификация. Общие правила при работе с ними.
15. Состав и функции слюны. Ротовая жидкость.
16. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика.
17. Определение и роль контактного пункта.
18. Хронический гранулематозный периодонтит: клиника, диагностика, особенности лечения.
19. Адгезивные системы.
20. Причины дисколорита девитальных зубов.
21. Повторное лечение корневых каналов. Использование ультразвука.
22. Лечение хронических форм верхушечного периодонтита.
23. Премедикация в стоматологии.
24. Отбеливание зубов в условиях стоматологической клиники. Показания и противопоказания
25. Ошибки и осложнения при лечении кариеса.
26. Принципы и техника препарирования твердых тканей зуба под композитные реставрации.
27. Современные методы инструментальной обработки корневых каналов.
28. Некариозные поражения твердых тканей зубов.
29. Способы obturation корневого канала.
30. Хронический пульпит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
31. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
32. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
33. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
34. Стоматологические материалы для временной obturation корневых каналов.
35. Глубокий кариес. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
36. Стандартизация эндодонтического инструментария по ISO.
37. СПИД. Этиология, патогенез, клиническая классификация. Профилактика заражения ВИЧ – инфекцией медицинского персонала.

38. Травматические поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
39. Лейкоплакия. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
40. Герпетические поражения полости рта. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
41. ВИЧ-инфекция, проявления в полости рта. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
42. Язвенно-некротический стоматит Венсана. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
43. Кандидоз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
44. Этиология и патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение ангионевротического отека Квинке
45. Клиника, диагностика, дифференциальная. диагностика катарального и эрозивного лекарственного стоматита.
46. Лечение, прогноз и профилактика аллергических состояний и их местных проявлений в полости рта.
47. Многоформная экссудативная эритема. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика многоформной экссудативной эритемы
48. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
49. Проявления дерматозов в полости рта. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
50. Заболевания губ. Классификация . Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
51. Хроническая рецидивирующая трещина губы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика
52. Глосситы. Этиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика
53. Глоссалгия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика
54. Классификация предраков слизистой оболочки рта и красной каймы губ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика
55. Симптомы малигнизации предраковых заболеваний

Ситуационные задачи

Задача №1. 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.

Задача №2. 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.

Задача №3. 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.

Задача №4. Пациентка 42 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.

Задача №5. 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?

Задача №6. Больной 27 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?

Задача №7. 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?

Задача №8. 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?

Задача №9. 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.

Задача №10. Пациентка 79 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 слабомокнувшие 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.

Задача №11. Больной 19 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.

Задача №12. 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.

Задача №13. 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 геморрагической 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.

Задача №14. 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 лечения.

Задача №15. 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.

Задача №16. 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.

Задача №17. Пациентка 58 лет предъявляет жалобы на жжение, неловкость, тяжесть в языке, усиливающееся 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.

Задача №18. 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 ретромолярной 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 на 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.

Задача №19. 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 Фомы, размером 1,5 на 2 см застойно-красного цвета. Симптом Никольского положительный.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Задача №20. 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.

Задача №21. 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.

Задача №22. 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.

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине стоматологии терапевтической для ординаторов

по специальности 31.08.74. Стоматология хирургическая

001. 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

002. Сосочки языка, не содержащие вкусовые луковицы

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

003. Полость рта состоит

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

004. Многослойный плоский эпителий слизистой рта в нормальных условиях ороговевает

- 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. Слизистая оболочка рта состоит

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

006. Формирование полости рта происходит к концу

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

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. 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

019. 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

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
жизнеспособность пульпы | 2) острый диффузный пульпит |
| | 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.)

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 путридных 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

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