

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Пациентка Н., 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на наличие быстропроходящих болей при приеме сладкой пищи, потемнение контактных поверхностей центральных резцов верхней челюсти. При осмотре выявлены неглубокие полости в пределах эмали и средних слоев дентина на контактных поверхностях этих зубов, выполненные пигментированным дентином. Был поставлен диагноз «K02.1 Кариес дентина» и проведено лечение.

Вопросы:

1. Напишите формулу по ВОЗ центральных резцов верхней челюсти.
2. Перечислите основные и дополнительные методы обследования, которые применяют для постановки диагноза.
3. Определите, к какому классу по классификации Блека относятся эти полости.
4. Выберите метод обезболивания.
5. Перечислите этапы препарирования кариозных полостей. Расскажите об особенностях проведения раскрытия кариозных полостей и некрэктомии в резцах.

Ответ:

1. Формула по ВОЗ – 1.1 и 2.1.
2. Основные методы: зондирование (выявление наличия кариозной полости, размягченного дентина, болезненности стенок), перкуссия. Дополнительные методы: ЭОД - при неглубоких кариозных полостях пульпа зуба реагирует на ток силой 2–6 мкА; Визиограмма: ткани периодонта не изменены (деструктивных изменений в периодонте и костной ткани не обнаруживается).
3. Класс III: полости, расположенные на контактных поверхностях резцов и клыков при сохранении режущего края.
4. Инфильтрационная анестезия по переходной складке в области 1.1 и 2.1
5. Этапы препарирования кариозной полости: раскрытие, некрэктомия, формирование, финирирование краев кариозной полости. Раскрытие кариозных полостей проводят с оральной поверхности. Эмаль на губной поверхности коронок зубов стараются максимально сохранить даже при отсутствии подлежащего дентина. При некрэктомии удаляют даже плотный пигментированный дентин, чтобы исключить возможность просвечивания его через эмаль.

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Больному 35 лет в стоматологическом кабинете удалили зуб. После местной анестезии новокаином больному стало плохо. У него закружилась голова, побледнели кожные покровы. Через несколько минут больной потерял сознание. При измерении артериального давления оно оказалось 85/50.

Вопросы:

1. Какой аллергический процесс развился у больного?
2. Какого типа данный процесс?
3. Чем объясняется резкое падение давления?

Ответ:

1. Аллергический процесс немедленного действия.
2. Анафилактический тип.
3. Расширение периферических сосудов.

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Пациент К., 30 лет. Обратился с жалобами на острые, самопроизвольные, приступообразные, длительные, ночные боли в области зубов верхней челюсти слева, усиливающиеся от всех видов раздражителей, иррадиирующие в висок и надбровную область слева. Из анамнеза выявлено, что ранее больной отмечал кратковременную боль в зубе 2.4 от холодного, 4 дня назад появились ночные боли продолжительностью

более часа. Сегодня ночью боль почти не прекращалась. Объективно: 2.4 на медиально-окклюзионной поверхности глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. Полость зуба не вскрыта. Зондирование резко болезненное по всему дну кариозной полости. Сравнительная перкуссия слабоболезненная.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Какие дополнительные методы диагностики следует провести?

Ответ:

1. K04.02; 2.4 острый гнойный пульпит (пульпарный абсцесс)
2. Температурная проба, электроодонтодиагностика, визиография

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ.

Пациентка Ф. 18 лет обратилась в клинику с жалобами на эстетические дефекты зубов. Со слов пациентки, постоянные зубы прорезались уже с пятнами. Проживает пациентка А. в г. Одинцово. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии. При осмотре полости рта: множественные меловидные пятна на всех поверхностях зубов, эмаль гладкая.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите причину возникновения данного заболевания.
4. Составьте план лечения
5. Обоснуйте подбор индивидуальных средств гигиены полости рта при данной патологии.

Ответ:

1. Диагноз: эндемический флюороз (пятнистая форма).
2. Дифференциальная диагностика проводится с кариесом в стадии пятна, с системной гипоплазией (пятнистая форма), с «тетрациклиновыми зубами», дифференциальный признак флюороза – эндемичность заболевания, т. к. содержание фтора в питьевой воде в городе Одинцово составляет 1,8 мг/л, что выше оптимального.
3. Причина: проживание пациентки в период формирования (закладки и минерализации) зубов в регионе с повышенным содержанием фтора в питьевой воде
4. План лечения: отбеливание (с использованием растворов неорганических кислот, пероксида водорода, пероксида карбамида и др.) с последующей реминерализующей терапией 10% раствором глюконата кальция (количество процедур подбирается индивидуально), динамическое наблюдение. При неудовлетворительном результате - виниры прямого и непрямого изготовления
5. При подборе индивидуальных средств гигиены необходимо избегать фторидсодержащих паст и эликсиров, обязательным компонентом средств гигиены должен быть кальций, т. к. рекомендуются пасты реминерализующего действия.

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Пациент Л., 18 лет, обратилась с жалобами на кровоточивость и разрастание десны в области передних зубов нижней челюсти, неудовлетворительный внешний вид при улыбке и разговоре. Впервые заметила кровоточивость десны 5 лет назад, последние 3 года изменилась форма десны, появилось ощущение дискомфорта. В поликлинике по месту жительства врач порекомендовал пользоваться мягкой зубной щеткой, полоскать полость рта настоями трав. Состояние ухудшилось: кровоточивость десны усилилась. В детстве перенесла ветряную оспу и другие детские инфекции, в настоящее время считает себя практически здоровой. При внешнем осмотре отделы лица симметричные, поднижнечелюстные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны. Осмотр полости рта: зубные ряды интактны, скученность зубов в переднем отделе нижней челюсти. На

зубах обильный мягкий налет. На язычной поверхности резцов и клыков нижней челюсти зубной камень. Цианоз десневых сосочков и края десны у передних зубов нижней челюсти. Десневые сосочки перекрывают коронки зубов на 1/3, при зондировании отмечается кровоточивость десны; клинический карман 4—5 мм; зубодесневое соединение не нарушено. В остальных отделах челюстей десна без изменений.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.

Ответ:

1. Хронический локализованный пародонтит средней степени тяжести
 2. Гипертрофический гингивит
 3. - обучение гигиене и контроль
- профессиональная гигиена, санация полости рта,
- кюретаж пародонтального кармана

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Больному показано удаление 26 по поводу хронического периодонтита.

Вопросы:

1. Выберите метод обезболивания.
2. Назовите нервы, иннервирующие 26 зуб и окружающие мягкие ткани.
3. Назовите зону обезболивания.
4. Перечислите анестетики, которые можно использовать у данного больного.
5. Назовите инструмент, необходимый для удаления.

Эталонные ответы:

1. Туберальная анестезия
2. *задние верхние луночковые ветви (rami alveolares superiores posteriores)* подглазничного нерва, (задние верхние альвеолярные ветви)
3. Зона обезболивания: первый, второй, третий большие коренные зубы; надкостница альвеолярного отростка и покрывающая ее слизистая оболочка в области этих зубов с вестибулярной стороны; слизистая оболочка и костная ткань задненаружной стенки верхнечелюстной пазухи. Задняя граница зоны обезболивания постоянна. Передняя граница может проходить по середине коронки первого большого коренного зуба или доходить до середины первого малого коренного зуба. Это объясняется различной выраженностью анастомозов со средней альвеолярной ветвью, а также непостоянством отхождения ее от подглазничного нерва.
4. Анестетики: артикаин (альфакаин, ультракаин), лидокаин, септанест, убестезин
5. Щипцы: S-образные щипцы с шипом справа, прямой элеватор.

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Больной М., 33 года, жалобы: на припухлость и пульсирующую боль в области твердого неба слева, болезненность при приеме пищи. Плохой сон, слабость, повышение температуры тела.

Анамнез: 2 недели назад почувствовал постоянную боль в 24 зубе. Накусывание на зуб было болезненным. Полоскал рот настоем ромашки, принимал «анальгин» и «бисептол» внутрь. Боль в 24 зубе стала стихать, но через неделю она вновь усилилась. Три дня назад на твердом небе слева образовалась болезненная припухлость, которая постепенно увеличивалась, повысилась температура тела. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5 °С. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 88 уд./мин. АД 130/70 мм.рт.ст.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева подвижны, болезненны при пальпации. Открывание рта свободное. На твердом небе имеется выбухание, в проекции корней 23,24,25,26 зубов. Слизистая оболочка в этой области гиперемирована, отечна. При пальпации выбухания определяется болезненный инфильтрат и флюктуация. В коронковой части 2.4 зуба большая кариозная полость, зондирование ее безболезненно. 2.4 зуб и соседние зубы неподвижны, на перкуссию не реагируют.

На рентгенограмме определяется деструкция кости у верхушки небного корня 2.4 с неровными краями. Имеется обширный дефект коронки 2.4 зуба, сообщающийся с полостью зуба. Каналы корней не запломбированы.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?
3. Определите место, где будет проводиться лечение пациента.
4. Составьте план лечения.
5. Какие осложнения данного заболевания могут развиваться?

Ответ:

1. Острый гнойный периостит верхней челюсти, с небной стороны слева (небный абсцесс). Хронический гранулирующий периодонтит 24 зуба.
2. Острый гнойный периодонтит 24 зуба. Острый остеомиелит верхней челюсти.
3. В поликлинике.
4. в зависимости от объема деструкции костной ткани принять решение о сохранении (эндодонтическое лечение) или удалении 24 зуба
вскрытие гнойного очага с иссечением участка слизистой оболочки в центре инфильтрата, дренирование раны.
удаление 24
антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия, ротовые ванночки теплым раствором антисептика.
5. Вторичный кортикальный остеомиелит небного отростка.

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Мужчина получил удар кулаком в лицо. Асимметрия лица за счёт отёка мягких тканей, гематома в области нижней челюсти, нарушение прикуса, симптом «ступеньки» по нижнечелюстному краю, крепитация отломков.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние пациента.
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
3. Выберите метод временной иммобилизации.

Ответ:

1. На основании объективных данных (асимметрия лица) диагноз – перелом нижней челюсти со смещением отломков.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи: положить холод на область гематомы, провести мероприятия по профилактике асфиксии, шока; провести транспортную иммобилизацию в виде жесткой подбородочной пращи с опорной головной повязкой или в виде матерчатой пращи с круговой повязкой вокруг головы.
3. Подбородочно-теменная повязка.

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Ш. 62 года. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, эстетический дефект.

Анамнез заболевания: год назад коронка 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4 зубов разрушилась, коронка 1.4, 1.5, 1.6 зубов разрушилась 3 года назад.

Объективно при осмотре:

Зубная формула															
О	О	R	R	R	П/С	П/С	П/С	П/С	П/С	П/С	О	О	R	О	О
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	R	О	О	R	R	П/С	П/С	С	С	П/С	К	Ф	Ф	К	

Коронка 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 зубов разрушена (ИРОПЗ = 1,0), корень на уровне десневого края, твердые ткани размягчены, при пробной препаровке по удалению размягченных твердых тканей уровень расположения корней снизился на 1 -1,5 мм по отношению к десневому краю. Подвижности корней зубов 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 отмечается 2-3 степени. Корневой канал корней зубов 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 запломбированы до верхушки. Мостовидный протез с опорой на зубы 3.4 и 3.7 подвижен. Корневой канал корня зуба 3.4 запломбирован на 2/3 длины корня зуба. Зубы 13 - 2.3, 4.2, 4.1, 3.3 имеют множественные композитные реставрации с поддесневыми кариозными полостями при зондировании. Зубы 1.3 – 2.3 имеют подвижность 1 степени.

Вопросы:

- 1.Поставьте и сформулируйте диагноз.
- 2.Составьте план ортопедического лечения.
- 3.Составьте план хирургического лечения для подготовки полости рта к ортопедическому лечению.

Ответ:

- 1.Частичная вторичная адентия;
- 2.ЧСП; -34, 37; 13-23 - восстановить вкладкой и коронкой.
- 3 удаление 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6;

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Пациент В., 73 года. Жалобы: на затруднённое пережёвывание пищи, неудовлетворительную фиксацию съемного протеза на нижней челюсти, а также болевые ощущения под протезом во время еды.

Анамнез заболевания: зубы были удалены в результате их разрушения. Последнее удаление зубов на верхней и нижней челюстях проведено 3 месяца назад из-за их подвижности. В районной стоматологической поликлинике были изготовлены съемные пластиночные протезы на обе челюсти. Адаптация к нижнему протезу так и не наступила, несмотря на многочисленные коррекции.

Данные объективного исследования, внешний осмотр: Углубление носогубных и подбородочной складок, опущение углов рта. Снижение высоты нижнего отдела лица.

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	14	15	16	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Прикус не определяется. Снижение высоты нижнего отдела лица.

Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба: слизистая умеренно увлажнена, бледно-розового цвета. На верхней челюсти - средняя степень атрофии альвеолярного отростка, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины небо, выраженный торус. На нижней челюсти – выраженная атрофия альвеолярных частей в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе.

Пациент от применения имплантатов отказался.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите функциональные пробы для оценки устойчивости пластиночного протеза при полном отсутствии зубов.
3. В чем будет заключаться реабилитационно-профилактический этап у данного пациента?

Ответ:

1. Полная вторичная адентия в/ч и н/ч
2. Функциональные пробы Гербста;
На в/ч – 1. Широкое открывание рта, 2. Втягивание щёк, 3. Смещение верхней губы вниз, 4. Произнесение буквы «у», 5. Проба для определения степени клапана по линии «А».
На н/ч – 1. Глотание слюны, 2. Проба для челюстно-подъязычной мышцы (пац.языком упирается то в левую, то в правую щёки), 3. Проба для треугольной мышцы нижней губы (пац.кончиком языка касается углов рта), 4. Проба для подбородочной мышцы (выдвижение языка вперед облизывание губ), 5. Широкое открывание рта, 6. Втягивание щек
3. Психологическая подготовка к ношению ПСПП.

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Пациентка Л. 9 лет поступила в клинику с жалобами на косметический дефект, который проявлялся на коронках всех постоянных зубов в виде ямок и бороздок. При сборе анамнеза выяснено, что зубы прорезывались с описанной выше клинической картиной, похожие зубы были у бабушки по материнской линии.

Вопросы:

1. Объясните причину данного заболевания зубов.
2. Укажите группу некариозных поражений твердых тканей зубов, к которой относится данное заболевание.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Назовите специалистов, которые могут подтвердить диагноз.
5. Укажите метод лечения для достижения косметического эффекта и сроки его проведения.

Ответ:

1. Заболевание наследственное.
2. К наследственным нарушениям развития зубов.
3. K00.50 Несовершенный амелогенез («рифленные» зубы).
4. Медицинские генетики.
5. Для достижения косметического эффекта показано изготовление виниров после завершения формирования корней.

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Пациент К. 10 лет обратился к стоматологу с жалобами на наличие пятен на зубах. При осмотре: множественные меловидные пятна на всех поверхностях зубов, в области пятен эмаль гладкая. Из анамнеза выяснено, что подобные изменения зубов имеются у одноклассников и друзей. Родился и проживает в Московской области, содержание фторида в питьевой воде 1,5 мг/л.

Вопросы:

1. Назовите заболевание, которому соответствует данная клиническая картина.
2. Назовите причину развития данного заболевания.
3. Назовите основные дифференциально-диагностические признаки данного заболевания. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией.
4. Назовите известные вам классификации данного заболевания.
5. Подберите зубные пасты, которые может использовать данный пациент.

Ответ.

1. K00.30 Флюороз зубов (пятнистая форма).
2. Повышенное содержание фторида в питьевой воде.
3. Время возникновения: до прорезывания постоянных зубов.
 - Анамнез: пациент с рождения проживает в районе с повышенным содержанием фторида в питьевой воде.
 - Локализация: множественные пятна на всех поверхностях зубов; поражаются все постоянные зубы.
 - Характеристика очагов поражения: множественные пятна меловидного, светло-желтого или коричневого цвета с гладкой поверхностью, без четких границ.

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Мальчик 14 лет поступил в клинику с жалобами на измененный цвет зубов.

При сборе анамнеза выяснено, что мальчик в возрасте 5-7 лет неоднократно болел ОРВИ.

Местно: на разных поверхностях всех зубов имеются множественные дефекты эмали темной окраски (см. фото). Зубы прорезались уже измененными.

Вопросы:

1. Укажите причину, способную вызвать такие изменения эмали зубов.
2. Назовите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
3. Назовите возрастной период воздействия неблагоприятного причинного фактора.
4. Поставьте диагноз.
5. Составьте план лечения. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией.

Ответ.

1. Употребление питьевой воды с повышенным содержанием фторидов.
2. С системной гипоплазией эмали, с множественным кариесом в стадии пятна и поверхностным кариесом; с наследственным несовершенным амелогенезом.
3. Первые годы жизни ребенка.
4. K00.30 Флюороз зубов, меловидно-крапчатая форма.
5. Для достижения косметического эффекта проводятся методы отбеливания и изготовление виниров.

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

В терапевтическое отделение обратился пациент Б., 45 лет.

Жалобы на

- кратковременные боли при приеме сладкой пищи, исчезающие сразу после устранения раздражителя;
- наличие дефекта твердых тканей в 3.4 зубе.

Анамнез заболевания

- Впервые зуб начал беспокоить 3 недели назад;
- Врача-стоматолога посещает редко, последний раз был 2 года назад.

Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: ветряная оспа.
- Вредные привычки: курение с 18 лет.
- Аллергоанамнез: неотягощён.

- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ, сифилис отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное.

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не увеличены. Височно-нижнечелюстной сустав без особенностей. Открывание рта свободное, 4-5 см.

Осмотр полости рта. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Зубная формула:

О	П	П		С										П		О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
О		П								С	С		П	П	О	

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус: 3.4 зуб – на вестибулярной поверхности в пришеечной области определяется неглубокая кариозная полость, захватывающая всю толщу эмали и частично дентин.



Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда

Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе. Сообщения с полостью зуба нет.

Результаты дополнительных методов обследования

Электроодонтометрия: 6 мкА.

Термодиагностика зуба: кратковременные боли от температурных раздражителей, исчезающие сразу после их устранения.

1.К основным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся

- пальпация слизистой альвеолярного отростка и переходной складки
- определение пародонтальных индексов
- исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда +
- проба Шиллера-Писарева

2.К дополнительным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся (выберите 2)

- Эхостеометрия
- Электроодонтометрия +
- Полярография
- Миография
- Термодиагностика зуба +

3.Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- повышенное стирание зубов
 - гипоплазия эмали
 - кариес эмали
 - кариес дентина +
4. Уточнённым диагнозом с учётом локализации полости является класс
- IV
 - III
 - V +
 - II
5. К особенностям препарирования полостей V класса относится
- Формирование дополнительных площадок
 - Формирование язычного и небного фрагментов режущего края
 - Щадящее препарирование без создания ретенционных зон +
 - Максимальном сохранении бугров на окклюзионной поверхности
6. К основным целям лечения кариеса дентина относят
- стабилизацию процесса, восстановление формы и функции зуба, предупреждение развития осложнений, восстановление эстетики зубного ряда +
 - восстановление твёрдых тканей зуба, стимуляцию энамелобластов, нормализацию окклюзии, устранение гиперестезии зубов
 - замедление кариозного процесса, активацию остеобластов, купирование воспалительного процесса
 - восстановление целостности зубного ряда, купирование боли, снижение тонуса жевательных мышц, устранение травматической окклюзии
7. После препарирования кариозного дентина сформированная полость по V классу (по Блэку) должна иметь форму
- цилиндрическую
 - округлую +
 - округлую с ретенционными зонами
 - ящикообразную
8. Немедикаментозная помощь, направленная на предупреждение развития кариозного процесса включает
- сошлифовывание твердых тканей зуба; пломбирование кариозных полостей; при необходимости протезирование
 - обеспечение гигиены полости рта; сошлифовывание твердых тканей зуба
 - обеспечение гигиены полости рта; проведение реминерализующей терапии
 - обеспечение гигиены полости рта; пломбирование кариозных полостей; при необходимости протезирование +
9. Проведение профессиональной гигиены рта у пациента включает
- обучение индивидуальной гигиене полости рта; удаление над- и поддесневых зубных отложений; устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета; проведение кюретажа
 - окрашивание зубов пациента, определение гигиенического индекса; аппликации реминерализующих и фторидсодержащих средств
 - обучение индивидуальной гигиене полости рта; удаление над- и поддесневых зубных отложений; микроабразию эмали
 - обучение индивидуальной гигиене полости рта; удаление над- и поддесневых зубных отложений; полировка поверхностей зубов; аппликации реминерализующих и фторидсодержащих средств +
10. Проведение контролируемой чистки зубов у пациента заключается в определении гигиенического индекса и

- обработка зубов пациента окрашивающим средством; определение гигиенического индекса; аппликации реминерализующих и фторидсодержащих средств
- чистке зубов пациентом в его обычной манере; повторном определении гигиенического индекса; демонстрации правильной техники чистки зубов на моделях +
- чистке зубов пациентом в его обычной манере; определении индекса гигиены
- чистке зубов пациентом в его обычной манере; повторном определении гигиенического индекса; полирование поверхностей зубов

11.Рекомендуемая периодичность осмотров и проведения профессиональной гигиены составляет один раз в

- 6 месяцев +
- 3 месяца
- 12 месяцев
- 24 месяца

12.Рекомендуемые средства гигиены у пациентов с очагами деминерализации и в районах с содержанием фторида в питьевой воде менее 1 мг/л

- Зубная щетка средней жесткости, противокариозные зубные пасты — фторид- и кальцийсодержащие, зубные нити (флоссы), фторидсодержащие ополаскиватели +
- Зубная щетка с мягкой щетиной, противовоспалительные зубные пасты, зубные нити (флоссы), ополаскиватели с противовоспалительными компонентами.
- Зубная щетка средней жесткости, зубные пасты и ополаскиватели, не содержащие соединения фторида.
- Зубная щетка с мягкой щетиной, зубные пасты для снижения чувствительности зубов; фторидсодержащие ополаскиватели.

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Пациентка Д., 22 года, обратилась в стоматологическую клинику с целью профилактического осмотра.

Жалобы на периодически возникающие кратковременные боли при приёме сладкой и холодной пищи,

- попадание пищи между зубами в области верхней челюсти слева.

Анамнез заболевания

Зуб начал беспокоить 3 недели назад.

Анамнез жизни

- Считает себя практически здоровой.
- Без вредных привычек.
- Наследственность не отягощена.
- Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное.

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не увеличены. Височно-нижнечелюстной сустав без особенностей. Открывание рта свободное, 4-5 см.

Осмотр полости рта. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Прикус: ортогнатический.

Зубная формула

О			П	П									С		О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

О		П								П	П	П		О
---	--	---	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	--	---

Локальный статус: 2.6 зуб – на окклюзионной поверхности определяется глубокая кариозная полость, заполненная размягчённым дентином.



Результаты дополнительных методов обследования

Прицельная внутриротовая контактная рентгенография

На рентгенограмме 2.6 зуба отмечается наличие кариозной полости на мезиальной контактной поверхности, нарушение контактного пункта в области 2.5, 2.6 зубов. Сообщения с полостью зуба нет.

Термодиагностика зуба: холодовой тест 2.6 зуба - боль исчезает сразу после устранения раздражителя.

Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда

Отмечается болезненное зондирование в области эмали-дентинного соединения.

1. Выберите дополнительные методы обследования, необходимые для подтверждения диагноза и выбора тактики лечения (выберите 2)

- Реография
- Прицельная внутриротовая контактная рентгенография +
- Бактериологическое исследование
- Гнатодинамометрия
- Сиалогграфия
- Термодиагностика зуба +

2. Выберите необходимые для постановки диагноза основные методы обследования

- Термодиагностика зуба
- Гнатодинамометрия
- Реография
- Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда +

3. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- хронический пульпит
- кариес дентина +
- кариес эмали
- начальный пульпит (гиперемия пульпы)

4. Показатели электроодонтометрии при данном заболевании составляют

- 2-6 мкА +
- 25-30 мкА
- 10-12 мкА
- более 100 мкА

5. По локализации кариозная полость на 2.6 зубе относится к классу кариозных полостей (по Блэку)

- IV
- II
- I +
- III

6. Лечение данного пациента заключается в

- применении реминерализующей терапии по методу Боровского-Волкова
- проведении неинвазивной герметизации с применением композитного герметика (силанта)
- препарировании кариозной полости с последующим пломбированием +
- ампутации коронковой пульпы, наложении лечебного материала на устья корневых каналов

7. Выполнение немедикаментозной помощи пациенту, направленной на предупреждение развития кариозного процесса, включает комплекс мероприятий

- Сошлифовывание твердых тканей зуба и пломбирование кариозных полостей
- Обеспечение гигиены полости рта и сошлифовывание твердых тканей зуба
- Обеспечение гигиены полости рта и проведение реминерализующей терапии +
- Проведение процедуры микроабразии эмали с последующей реминерализующей терапией

8. Проведение профессиональной гигиены рта у пациента включает обучение индивидуальной гигиене полости рта, удалении над- и поддесневых зубных отложений и

- полирование поверхности зубов +
- микроабразию эмали
- сошлифовывание твердых тканей зуба
- применение системы Ison

9. Алгоритм обучения гигиене полости рта у пациента заключается в определении гигиенического индекса, демонстрации пациенту техники чистки зубов, индивидуальном подборе средств гигиены полости рта и

- удалении мягкого зубного налета
- контролируемой чистке зубов +
- реминерализующей терапии
- полировании поверхности зубов

10. Профилактический осмотр данного пациента у врача-стоматолога рекомендуется 1 раз в

- 6 месяцев +
- 24 месяца
- 12 месяцев
- 18 месяцев

11. Изготовление вкладок при данной патологии показано при лечении полости ___ класса по Блэку

- I, II +
- III, V
- III, VI
- VI, V

12. Для среднего кариеса характерна болезненность при зондировании

- в области устьев корневых каналов
- по всему дну кариозной полости
- по эмалево-дентинной границе +
- в проекции рога пульпы

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

В стоматологическую клинику обратился пациент Г. 18 лет.

Жалобы на

- эстетический дефект зубов.

Анамнез заболевания

- Данные жалобы отмечает с начала прорезывания постоянных зубов.
- К врачу не обращался.

Анамнез жизни

- ВИЧ, гепатит, сифилис отрицает
- В раннем детском возрасте часто болел инфекционными заболеваниями
- Учится в институте
- Считает себя здоровым
- Аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, открывание рта свободное, в полном объеме.

Осмотр полости рта.

Зубная формула:

	П	С												П	П	
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
	С														П	

Слизистая оболочка бледно – розового цвета, умеренно увлажнена.

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус: на буграх 1.6 2.6 3.6 4.6 зубов и в области режущего края 1.1 2.1, 2.3 определяются меловидные пятна. Эмаль гладкая, шероховатости не отмечается.

Окрашивание раствором метиленового синего 2%

Краситель проникает только в участки деминерализованной эмали.

Рентгенологическое исследование

На ОПТГ корни зубов 1.6 2.6 3.6 4.6 1.1 2.1, 2.3 сформированы, изменения в периапикальных тканях отсутствуют. Дефекты твердых тканей не визуализируются.

1. Выберите необходимые для постановки диагноза методы обследования (выберите 2)

- Окрашивание раствором Шиллера – Писарева
- Реография
- Перкуссия
- Исследование с помощью стоматологического зонда +
- Окрашивание раствором метиленового синего 2% +
- Электроодонтометрия

2. Для определения состояния периапикальных тканей причинных зубов целесообразно применять метод

- магнитно-резонансной томографии
- апекслокации
- рентгенологического исследования +
- электроодонтометрии

3. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- нарушение формирования зубов (гипоплазия эмали) +
- эрозия эмали

- кариес эмали (в стадии белого пятна)
 - незавершенный амелогенез
4. Дифференциальную диагностику данной патологии следует проводить со следующими заболеваниями (выберите 2)
- Несовершенный амелогенез
 - Сошлифование зубов
 - Неэндемическая крапчатость эмали [нефлюорозное помутнение эмали]
 - Эндемическая крапчатость эмали +
 - Эрозия зубов. Профессиональная
 - Кариес эмали (в стадии белого пятна) +
5. Метод выбора при лечении пятнистой формы гипоплазии эмали
- Изготовление прямых или не прямых реставраций +
 - Реминерализирующая терапия
 - Клиническое отбеливание
 - Изготовление коронок
6. Для обезболивания зубов верхней челюсти проводят анестезию
- туберальную
 - мандибулярную
 - инфильтрационную +
 - по Гоу-Гейтсу
7. Для наиболее эффективной изоляции рабочего поля от ротовой жидкости применяют
- ватные валики
 - слюноотсос
 - драйтипсы
 - Коффердам +
8. Препарирование твердых тканей при изготовлении виниров проводится в пределах
- цемента
 - дна десневой борозды
 - эмали +
 - дентина
9. Форма системной гипоплазии, свидетельствующая о наличии врожденной сифилитической инфекции
- Зуб Тернера
 - Аномальные бугорки и эмалевые жемчужины [адамантома]
 - «Бычий зуб» [тауродонтизм]
 - Зубы Пфлюгера +
10. В диагностике системной гипоплазии важными являются данные из анамнеза
- аллергологический статус
 - о болезнях ребенка в период формирования зубов +
 - о молочных зубах, удаленных по причине хронического периодонтита
 - в каком возрасте прорезались молочные зубы
11. Полное отсутствие эмали зуба называется
- метаплазия
 - дисплазия
 - гипоплазия
 - аплазия +
12. Причиной возникновения системной гипоплазии эмали постоянных зубов является
- заболевания ребенка во время прорезывания временных зубов
 - заболевания ребенка в период минерализации зачатков постоянных зубов +
 - проживание в регионе с повышенным содержанием фтора в питьевой воде

- заболевания матери в период минерализации зачатков временных зубов

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

На приём к врачу-стоматологу-терапевту обратился пациент 17 лет.

Жалобы на

- эстетический недостаток в области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей в виде точечных и чашеобразных углублений на вестибулярной поверхности от экватора до режущего края.

Анамнез заболевания

- Зубы прорезывались с этими дефектами.
- На первом году жизни перенёс рахит.

Анамнез жизни

- Считает себя практически здоровым.
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: Состояние удовлетворительное. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Височно-нижнечелюстной сустав без особенностей. Открывание рта свободное.

Зубная формула:

О																О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
О																О

Слизистая оболочка полости рта, дёсен, альвеолярных отростков и нёба бледно розового цвета, умеренно увлажнена

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус: в области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей на вестибулярной поверхности определяются дефекты эмали в виде точечных и чашеобразных углублений от экватора до режущего края. Эмаль плотная, гладкая. Зондирование безболезненно, зонд скользит.

1. Осмотр зубов заключается в

- пальпации по переходной складке
- оценке внешнего вида зубов, наличия пломб, степени их прилегания, целостности твёрдых тканей +
- перкуссии
- определении подвижности зуба

2. К необходимым методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- зондирование твёрдых тканей +
- ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
- определение отклонения зуба от оси
- постукивание по зубу для определения состояния пародонта

3. Предполагаемым диагнозом является

- кариес эмали
- эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали [флюороз зубов]
- гипоплазия эмали (системная гипоплазия постоянных зубов) +

- эрозия эмали
4. Для проведения дифференциальной диагностики кариеса и некариозных поражений твёрдых тканей необходимо провести
 - люминесцентную стоматоскопию
 - электроодонтометрию
 - перкуссию зубов
 - окрашивание раствором метиленового синего 2% +
 5. Согласно общему плану лечения, лечебные мероприятия (кроме неотложных случаев) нужно начинать с
 - профессиональной гигиены полости рта
 - эндодонтического лечения +
 - выявления кариеса
 - лечения заболеваний пародонта
 6. Для лечения пятнистой формы гипоплазии (белое пятно) проводят
 - отбеливание
 - пломбирование
 - микроабразию +
 - реминерализацию
 7. Устранить дисколорит тетрациклиновых зубов можно методом
 - внешнего отбеливания
 - офисного отбеливания
 - внутрикоронкового отбеливания +
 - микроабразии
 8. Для лечения аплазии эмали применяют
 - пломбирование +
 - реминерализующее лечение
 - отбеливание
 - микроабразию
 9. Местным противопоказанием к отбеливанию зубов является
 - беременность и кормление грудью
 - аллергия на перекись водорода
 - наличие зубов с дефектами эмали, трещинами и т.д. +
 - налёт на поверхности зубов
 10. В основе механизма отбеливания пероксидом карбамида лежит воздействие молекул...
 - кислоты
 - хлора
 - кислорода +
 - мочевины
 11. Электронно-микроскопическое исследование гипопластической эмали обнаруживает
 - поверхностную деминерализацию
 - увеличение межпризмных пространств
 - изменение ширины призм и ориентации кристаллов гидроксиапатитов +
 - подповерхностную деминерализацию
 12. Зубы, окрашенные тетрациклином в жёлтый цвет, обладают способностью флюоресцировать под влиянием
 - УФ-лампы +
 - лазерного диода
 - лампы с волоконной оптикой
 - галогеновой лампы

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

В отделение терапевтической стоматологии обратилась пациентка З., 25 лет.

Жалобы-на выпадение старой реставрации зуба 2.4, боли при воздействии различных раздражителей (температурных, химических) в области данного зуба, которые сохраняются после их устранения в течение непродолжительного времени.

Анамнез заболевания

- Пациентка отмечает, что указанные жалобы появились через 1 месяц после выпадения пломбы.
- Наличие ночных и самопроизвольных болей отрицает.
- К врачу-стоматологу не обращалась.

Анамнез жизни

- Работает продавцом в сетевом магазине.
- Беременность не планирует.
- Аллергический анамнез не отягощен.
- Наличие инфекционных заболеваний (гепатит, ВИЧ, сифилис) отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное.

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не увеличены. Височно-нижнечелюстной сустав без особенностей. Открывание рта свободное, 4-5 см.

Осмотр полости рта. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Прикус: ортогнатический.

О		С	С	С							П	С	П		О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О			П								П	П			О

Локальный статус: 2.5 зуб – на жевательной и мезиальной контактных поверхностях определяется глубокая кариозная полость, заполненная кариозным дентином. Отмечается незначительная болезненность при зондировании дна 2.5 зуба. Дно полости плотное, сообщения с полостью зуба нет.

Электроодонтометрия-Снижение порога электровозбудимости пульпы до 15 мкА.

Термодиагностика зуба- Положительная реакция холодового тестирования, боль проходит через 30 секунд после устранения раздражителя.

1.К дополнительным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся (выберите 2)

- трансиллюминационный метод
- полярография
- ортопантограмма
- периодонтальный метод
- электроодонтометрия +
- термодиагностика зуба +

2.К основным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся

- проба Шиллера-Писарева
- реография
- анализ слюны на содержание секреторного иммуноглобулина А
- зондирование кариозных полостей +

3.Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- начальный пульпит [гиперемия] +
- острый пульпит

- хронический пульпит
 - кариес дентина
4. Уточненным диагнозом с учетом локализации полости является класс (по Блэку)
- III
 - II +
 - IV
 - I
5. Для лечения начального пульпита применяют метод
- полного или частичного сохранения пульпы +
 - витальной экстирпации
 - апексификации
 - девитальной экстирпации
6. При лечении данной патологии лечебный подкладочный материал вносится в сформированную полость
- на 1 месяц +
 - на 6 месяцев
 - на 1 сутки
 - на 2 недели
7. Метод частичного сохранения пульпы может быть применен только при лечении
- премоляров нижней челюсти
 - многокорневых зубов +
 - однокорневых зубов
 - резцов верхней челюсти
8. Для лечения данной патологии применяют лечебные подкладочные материалы на основе
- параформальдегида
 - линкомицина
 - димексида
 - гидроокиси кальция +
9. Основной этап лечения начального пульпита методом непрямого покрытия пульпы включает
- иссечение размягченного дентина, раскрытие полости зуба, создание прямолинейного доступа к устьям корневого канала, медикаментозную обработку хлоргексидином 2%
 - удаление коронковой пульпы, медикаментозную обработку раствором хлоргексидина 0,5%, высушивание, наложение лечебного подкладочного материала на устья корневой пульпы
 - иссечение кариозного дентина, витальную ампутацию пульпы, медикаментозную обработку хлоргексидином 5,5%, высушивание полости зуба
 - иссечение размягченного пигментированного дентина, медикаментозную обработку полости подогретым раствором хлоргексидина 2%, наложение лечебной подкладки и временной пломбы из стеклоиономерного цемента +
10. Применение биологического метода лечения пульпы возможно при
- гиперемии пульпы у пациента 22 лет +
 - случайном вскрытии полости зуба у пациента 18 лет с бронхиальной астмой
 - острым очаговым пульпите у пациента 42 лет с сахарным диабетом
 - хроническом пульпите у пациента 23 лет
11. Для выбора метода восстановления коронковой части зуба используют индекс

- РНР
- СРІТN
- РМА
- ІРОПЗ +

12. По своему гистологическому строению пульпа зуба является

- рыхлой волокнистой соединительной тканью +
- ретикулярной тканью
- плотной волокнистой оформленной соединительной тканью
- плотной волокнистой неоформленной соединительной тканью

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

В отделение терапевтической стоматологии обратился пациент 19 лет.

Жалобы на самопроизвольные ноющие боли, боли от горячего на нижней челюсти слева.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы появились 2 месяца назад. Зуб ранее болел. К врачу-стоматологу не обращался.

Анамнез жизни

- Студент.
- Вредные привычки: отрицает.
- Аллергия на домашних животных.
- Миопия слабой степени.
- Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при пальпации.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

О	С	П												П	С	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
О	С	С	П										П	?	П	О

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: бледно-розовой окраски, достаточно увлажнена.

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус: 3.6 зуб – коронка зуба сильно разрушена. Визуализируется глубокая кариозная полость, заполненная большим количеством размягчённого дентина. Полость зуба вскрыта. При глубоком зондировании отмечается боль

Перкуссия зубов -вертикальная и горизонтальная перкуссия безболезненные.

Электроодонтометрия: 36-65 мкА.

Прицельная внутриротовая контактная рентгенография: 3.6 – изменения в периапикальных тканях.

1.К методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся (выберите 2)

- определение количества лейкоцитов в клиническом анализе крови
- периодонтальный тест
- исследование зубов с использованием стоматологического зонда +
- оценка рецессии десны по Миллеру

- перкуссия зубов +
- 2.К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят (выберите 2)
- цитологическое исследование
 - витальное окрашивание твёрдых тканей зуба
 - прицельную внутриротовую контактную рентгенографию +
 - томографию височно-нижнечелюстного сустава
 - электроодонтометрию +
- 3.Основным диагнозом для 3.6 зуба является пульпит
- хронический язвенный +
 - острый
 - гнойный
 - хронический
- 4.К фактору, препятствующему лечению пульпита, относят
- сложное удаление 3.8 зуба, проведённое 3 недели назад
 - артроз височно-нижнечелюстного сустава
 - отбеливание зубов, проведённое 3 дня назад
 - острое нарушение мозгового кровообращения +
- 5.Лечение хронического язвенного пульпита проводится методом _____
пульпы
- витальной ампутации
 - витальной экстирпации +
 - сохранения пульпы
 - девитальной ампутации
- 6.Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы пульпита направлена на
- первичную очистку канала от изменённых тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала +
 - вскрытие полости зуба, создание оттока экссудата, удаление дентиклей из кариозной полости
 - очистку кариозной полости, удаление пигментированного дентина, временную obturation каналов
 - расширение устьев корневых каналов, удаления распада пульпы из каналов, расширение апикального отверстия
- 7.Для определения рабочей длины канала используют метод
- ультрафиолетовой диагностики
 - лазерной диагностики
 - электроодонтометрический
 - электрометрический +
- 8.При лечении хронического язвенного пульпита проводят
- апекс-форез с использованием серебряно-медного электрода
 - диатермокоагуляцию содержимого корневого канала +
 - депофорез гидроокиси меди кальция
 - флюктуоризацию током низкого напряжения
- 9.Материал для пломбирования корневых каналов должен
- легко поддаваться манипулированию в течение долгого рабочего времени +
 - обладать пористой структурой и давать усадку
 - легко проникать в ткани периодонта через апикальное отверстие
 - увеличиваться в объёме после внесения в корневой канал
- 10.К критерию качества obturation корневого канала относят

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус: 1.2 зуб – наличие старой реставрации, коронковая часть зуба изменена в цвете. Пальпация переходной складки в области 1.2 зуба болезненна.

Перкуссия: отмечается резкая болезненность при вертикальной перкуссии зуба.

Термодиагностика зуба: отсутствует реакция на температурные раздражители

Электроодонтометрия: снижение порога возбудимости более 100 мкА.

Прицельная внутриротовая контактная рентгенография: на прицельной внутриротовой контактной рентгенограмме в области периапикальных тканей 1.2 зуба отмечается очаг разряжения костной ткани округлой формы с нечёткими контурами размером 2x3 мм.

1.К методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся (выберите 3)

- реография
- электроодонтометрия +
- окрашивание раствором метиленового синего 2%
- окрашивание раствором Шиллера - Писарева
- термодиагностика зуба +
- перкуссия +

2.К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- полярографию
- цитологическое исследование
- прицельную внутриротовую контактную рентгенографию +
- гнатодинамометрию

3.Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- K04.6 периапикальный абсцесс со свищом
- K04.8 корневая киста периапикальная
- K04.7 периапикальный абсцесс без свища +
- K04.4 острый апикальный периодонтит

4.Этиологическими факторами, вызывающими периодонтит, могут выступать (выберите 3)

- лечение без коффердама
- микроабразия эмали
- перемещение зубов при ортодонтическом лечении +
- отбеливание зубов
- ингредиенты пломбирочных материалов +
- микроорганизмы кариозной полости +

5.Немедикаментозная помощь при лечении данной патологии направлена на

- достижение obturation корневых каналов до уровня анатомической верхушки +
- достижение obturation корневых каналов не достигая 1.5 мм до физиологической верхушки
- гомогенное заполнение просвета корневых каналов пастой на основе гидроокиси кальция
- проведение качественной ирригации корневых каналов

6.Метод апекслокации позволяет определить:

- возможность трансканального введения лекарственных веществ
- рабочую длину корневого канала +
- размер апикального отверстия
- витальность пульпы

7.К целям пломбирования корневых каналов относят предотвращение повторного инфицирования и достижение obturation канала

- до физиологического сужения +
 - до уровня 2/3 корневого канала
 - до анатомической верхушки
 - до рентгенологической верхушки
8. Корневой канал после инструментальной обработки должен соответствовать следующим требованиям
- менять свое направление, иметь прямую форму, завершаться апикальной ступенькой
 - сохранять свое направление, иметь форму цилиндра, завершаться апикальным расширением
 - менять свое направление, иметь форму конуса (3 градуса), завершаться созданием «ковровой дорожки»
 - сохранять свое направление, иметь форму конуса (6-9 градуса), завершаться апикальным сужением +
9. В качестве ирригантов при эндодонтическом лечении корневых каналов применяют
- перекись водорода 3% и гипохлорит натрия 2,5-3% +
 - гипохлорит натрия 2,5-3% и хлоргексидин 5%
 - гипохлорит натрия 10% и перекись водорода 0,5%
 - метронидазол и йодиол 3%
10. Ирригацию корневых каналов в данной клинической ситуации проводят
- до прекращения экссудации +
 - до наступления экссудации
 - в течение 5 минут
 - в течение 10 минут
11. Показанием к применению метода девитальной экстирпации пульпы является
- наличие зубочелюстных аномалий
 - недостаток времени для проведения витальной экстирпации пульпы
 - наличие противопоказаний к применению местной анестезии +
 - возраст пациента
12. Курс лечения УВЧ-терапии составляет
- 3-5 процедур продолжительностью до 10 мин, ежедневно +
 - 7-10 процедур продолжительностью до 5 мин, ежедневно
 - 2 процедуры продолжительностью до 10 мин, через день
 - 3-5 процедур продолжительностью 20 мин, через день

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

На прием к врачу-стоматологу обратился пациент 50 лет.

Жалобы на кровоточивость десны,

- подвижность зубов,
- запах изо рта

Анамнез заболевания

- Кровоточивость десны беспокоит несколько лет. Ранее по этому поводу у врача-стоматолога не лечился.
- Считает себя соматически здоровым.
- Зубы чистит регулярно.

Анамнез жизни

- Вредные привычки: отрицает.
- Аллергические реакции: отрицает.
- Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит): отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: общее состояние удовлетворительное, лицо симметрично, регионарные лимфоузлы не пальпируются, не увеличены, безболезненны, не спаяны с подлежащими тканями, кожные покровы физиологической окраски, открывание рта свободное.

Зубная формула:

О	К	П	К	С									К	К	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
	О	П	П			П						П		О	

Слизистая оболочка рта, альвеолярных отростков и нёба бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Прикус: патологический.

Локальный статус: на всех зубах отложения над- и поддесневого зубного камня. Десневой край гиперемирован с синюшным оттенком, серозно-гнойное отделяемое из пародонтальных карманов, вязкая тягучая слюна, патология прикуса. Десневые сосочки неплотно прилегают к шейкам зубов.

Кровоточивость при зондировании, пародонтальные карманы до 6 мм в области жевательных зубов верхней и нижней челюстей, до 5 мм во фронтальном отделе, распространяющиеся на все резцы. Имеется серозно-гнойное отделяемое.

Подвижность 1.6, 1.7, 2.6, 2.7, 4.6 зубов – 1 степени, во фронтальном отделе – 2 степени.

Несъёмные ортопедические конструкции на зубах верхней челюсти неудовлетворительного качества.

Рентгенография: выявлена деструкция кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок.

1.К основному методу обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- гемограмму
- реопародонтографию
- сиалографию
- осмотр +

2.К дополнительному методу обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- аксиометрию
- магнитно-резонансную томографию головы
- рентгенографию +
- электромиографию

3.Основным диагнозом в данной клинической ситуации является

- хронический пародонтит генерализованный +
- простой маргинальный гингивит
- другой уточненный хронический гингивит
- хронический гингивит

4.Клиническая картина характерна для _____ степени тяжести данного заболевания

- очень тяжелой
- тяжёлой
- средней +
- легкой

5.Немедикаментозная помощь в данной клинической ситуации направлена на устранение

- бактериальной биопленки +
- отека
- зубочелюстных аномалий

- болевого синдрома
6. Хирургическое лечение в данной клинической ситуации направлено на
- устранение эстетических нарушений
 - ликвидацию очагов воспаления +
 - восстановление функции зубочелюстной системы
 - устранение зубочелюстных аномалий
7. В данной клинической ситуации перед началом манипуляций по показаниям необходимо провести
- антисептическую обработку полости рта
 - анестезию +
 - ликвидацию очагов воспаления
 - обучение гигиене полости рта
8. После хирургических вмешательств пациенту назначают
- диуретики
 - гормональные препараты
 - вяжущие средства
 - антигистаминные препараты +
9. В данной клинической ситуации для контроля качества снятия зубных отложений у пациента проводят
- пробу Кулаженко
 - галиметрию
 - зондирование +
 - пробу Олдрича
10. При интоксикации и осложнениях после хирургического вмешательства пациенту назначают _____ препараты
- противовирусные
 - противомикробные +
 - ферментные
 - антикоагулянты
11. Динамическое наблюдение в данной клинической ситуации необходимо проводить _____ раз/раза в год
- 1
 - 2 +
 - 3
 - 4
12. В 60% случаев к возможному исходу данного заболевания после лечения относят
- развитие ятрогенных осложнений
 - компенсацию функции +
 - стабилизацию
 - развитие нового заболевания, связанного с основным

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

В стоматологическую клинику обратился пациент К. 63 лет

Жалобы на чувство стянутости и шероховатости слизистой оболочки в углу рта слева, боли и жжение во время приёма пищи.

Анамнез заболевания

Сухость и шероховатость в углах рта пациент заметил 2 года назад. Белесоватость очага за последнее время усилилась, появилось чувство стянутости.

Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: детские инфекции.
- Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет.
- Со слов пациента, аллергия на пенициллин.
- Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.
- Работает слесарем на заводе. Профессиональные вредности – производственная пыль.
- Вредные привычки: курение.

Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при пальпации.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

О	С	П				П	П	С				О	П	О	О	
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
О	С	О	О	С								С	С	С	С	О

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: бледно-розовой окраски, достаточно увлажнена.

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус:

При осмотре органов и тканей рта определяются кариозные полости с острыми краями в области 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 зубов, налёт курильщика в области всех групп зубов. При осмотре слизистой оболочки в углу рта справа – на видимо неизменённой слизистой – очаг поражения серовато-белого цвета, треугольной формы, вершиной обращённый к молярам, с чёткими краями, перламутровым блеском, шероховатый, не снимающийся при поскабливании.

Результаты дополнительных методов обследования

Диагностика с помощью методов и средств лучевой визуализации

Голубое свечение участка поражения.

Гистологическое исследование

Явления гиперкератоза, слабо выраженного акантоза.

1.К необходимым для постановки диагноза дополнительным методам обследования относят (выберите 2)

- витальное окрашивание твёрдых тканей зуба
- рентгенологическое исследование
- биохимический анализ слюны
- диагностику с помощью методов и средств лучевой визуализации +
- гистологическое исследование +

2. Основным диагнозом пациента является

- лейкоплакия идиопатическая, стадия плоская +
- прикусывание щеки и губ

- гиперплазия слизистой оболочки полости рта вследствие раздражения
 - рецидивирующие афты полости рта
3. Причиной возникновения данной патологии у пациента является
- хроническая травма при курении +
 - ежедневное использование ирригатора
 - ежедневное использование жёсткой зубной щётки
 - длительный контакт с бытовой пылью
4. Немедикаментозная помощь пациенту заключается в
- проведении резекции верхушки корня
 - исправлении короткой уздечки языка
 - устранении этиологических факторов +
 - проведении синус лифтинга
5. Методом выбора при лечении данного заболевания является лечение
- санаторно-курортное
 - бальнеологическое
 - физиотерапевтическое +
 - иммунотерапевтическое
6. Физиотерапевтическим методом лечения при данной патологии является
- дарсонвализация
 - анод-гальванизация
 - диатермокоагуляция +
 - апексфорез
7. Методом выбора хирургического лечения данной болезни является ультразвуковая деструкция
- электрокоагуляция
 - лазерная абляция +
 - анод-гальванизация
8. Диетические назначения данному пациенту заключаются в необходимости ограничения употребления пищи
- горькой, жидкой, пюреобразной
 - острой, горячей, кислой +
 - сырой, холодной, жёсткой
 - сладкой, протёртой, желеобразной
9. К возможному исходу болезни относится
- оссификация
 - стабилизация +
 - декомпенсация
 - малигнизация
10. Принципы лечения больных с лейкоплакией рта и красной каймы губ включают предупреждение травмирования
- тканей пародонта и периодонта
 - пульпы зубов
 - красной каймы губ и слизистой оболочки рта +
 - выводных протоков слюнных желёз
11. Алгоритм применения медикаментов при данной патологии включает
- полоскания рта перексидом водорода
 - использование прижигающих средств
 - полоскания рта растворами антисептиков +
 - аппликации раствором Люголя

12. Требования к реабилитации в данной клинической ситуации заключаются в полном отказе от курения и проведении мероприятий по профилактике воспалительных заболеваний слизистой оболочки рта (СОР) не реже одного раза в

- 6 месяцев +
- 3 месяца
- 1 год
- 2 года

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Родители с ребенком 13 лет обратились в клинику детской стоматологии.

Жалобы: на неэстетичный вид зубов.

Анамнез заболевания: ребенок проживает в Подмосковье, постоянные зубы прорезались с пятнами белого цвета. Раньше родителей и ребенка это не беспокоило, сейчас ребенок начал стесняться своих зубов, перестал улыбаться. Решили обратиться к стоматологу.

Анамнез жизни: рос и развивался по возрасту.

Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не пальпируются.

Зубная формула:

	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7			
	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7			

Состояние слизистой оболочки полости рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: постоянный.

Локальный статус: при осмотре выявлены меловидные пятна гладкие, блестящие, на всех постоянных зубах.



Для постановки диагноза необходимо провести метод обследования:

- 1) рентгенографию
- 2) витальное окрашивание +
- 3) реопародонтографию

4)вакуумную пробу

Основным диагнозом у данного пациента является:

- 1)кариес дентина
- 2)крапчатые зубы+
- 3)нарушения формирования зубов
- 4)кариес эмали

К причине развития флюороза относят:

- 1)избыточное содержание фторидов в воде+
- 2)недостаточное содержание фтора в воде
- 3)передача патологии по наследству
- 4)заболевания ребенка на первом году жизни

Согласно классификации Патрикеева у данного пациента отмечается _____ форма флюороза:

- 1)пятнистая+
- 2)штриховая
- 3)деструктивная
- 4)эрозивная

Согласно классификации Dean у данного пациента отмечается _____ форма флюороза:

- 1)слабая+
- 2)очень слабая
- 3)умеренная
- 4)сомнительная

Дифференциальную диагностику флюороза у данного пациента проводят с:

- 1) системной гипоплазией эмали+
- 2) несовершенным дентиногенезом
- 3) кариесом дентина
- 4) другим кариесом

Метод лечения флюороза у данного пациента заключается в проведении:

- 1)реставраций искусственными коронками
- 2)глубокого фторирования
- 3)реминерализирующей терапии+
- 4)аппликаций диамин-фторида серебра

Для улучшения внешнего вида зубов у данного пациента можно рекомендовать:

- 1)глубокое фторирование
- 2)аппликации антисептических препаратов
- 3)отбеливание+
- 4)аппликации диамин-фторида серебра

Отбеливание зубов при флюорозе проводится препаратами на основе:

- 1)диамин-фторида серебра
- 2)глюкозаминогликана
- 3)соляной кислоты
- 4)пероксида карбамида+

Осложнением при проведении отбеливания является:

- 1)снижение чувствительности зубов после процедуры
- 2)повышенная чувствительность зубов после процедуры+
- 3)появление водянисто-серых пятен на эмали
- 4)появление дефектов эмали в области белых пятен

Для снятия повышенной чувствительности после отбеливания зубов используют:

- 1)процедуру микроабразии эмали
- 2)аппликации диамин-фторида серебра
- 3)фторидсодержащие препараты в капле+

4) аппликации антисептических препаратов

Общее лечение флюороза включает применение внутрь:

- 1) антибактериальных препаратов
- 2) В-адреноблокаторов
- 3) витаминно-минеральных комплексов+
- 4) В-адреномиметиков

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Родители девочки 1 года 10 месяцев впервые привели ребенка на прием.

Жалобы на

- покраснение слизистой рта,
- апатию и сонливость ребенка,
- отказ от приема пищи,
- повышение температуры тела до 38,6°C.

Анамнез заболевания

- Вялость и сонливость родители отмечают в течение последних 5 дней.
- Два дня назад слизистая рта покраснела, ребенок стал отказываться от приема пищи, одновременно с этим повысилась температура тела.

Анамнез жизни

- Девочка от 2-й беременности, роды в срок кесаревым сечением по акушерским показаниям.
- На грудном вскармливании до 9 месяцев.

Объективный статус



Общее состояние средней тяжести. Девочка вялая, при осмотре плачет, но физически не сопротивляется. Температура 37,6°C (перед выездом к врачу родители дали ребенку жаропонижающее). На границе красной каймы и кожи верхней губы слева имеются несколько везикул с прозрачным содержимым, одна из них лопнула с образованием эрозии. Слизистая рта, особенно десен, резко гиперемирована и отечна, на слизистой щек, неба и в подъязычной области имеется множество (до 20) мелких афт, пальпация которых, по-видимому, болезненна (ребенок усиливает плач в момент пальпации).

К необходимым для постановки диагноза методам дообследования относят:

- 1) пальпацию поднижнечелюстных и шейных лимфатических узлов+
- 2) определение подвижности зубов
- 3) рентгенографию зубов
- 4) определение упрощенного индекса гигиены рта

К возможным методам лабораторной диагностики относят:

- 1) цитологическое исследование мазков со слизистой рта
- 2) ПЦР отделяемого со слизистой рта+
- 3) ПЦР отделяемого зубо-десневых карманов
- 4) бактериологический анализ смыва со слизистой рта на дисбиоз

Предполагаемым основным диагнозом является

- 1) кандидозный стоматит
- 2) острый катаральный гингивит
- 3) затрудненное прорезывание зубов 7.4, 8.4
- 4) острый герпетический стоматит+

Тяжесть заболевания в данном случае соответствует форме

- 1) среднетяжелой+
- 2) тяжелой
- 3) легкой
- 4) крайне тяжелой

Для борьбы с возбудителем данного заболевания на слизистую рта и губ наносят

- 1) мазь герпферон+
- 2) масляный раствор витамина А
- 3) гель с лидокаином
- 4) мирамистин

Обработку слизистой мазями на основе интерферона в данном случае проводят

- 1) 4-6 раз в день+
- 2) 1 раз в день
- 3) через день
- 4) 2 раза в день

Для налаживания кормления перед едой рекомендуют обработку слизистой

- 1) мирамистином
- 2) облепиховым маслом
- 3) гелем с бензокаином или лидокаином+
- 4) бонафтоном

Для улучшения регенерации слизистой назначают

- 1) масляный раствор витамина А+
- 2) перекись водорода
- 3) ацикловир
- 4) хлоргексидин

Кератопластики при данном заболевании целесообразнее назначать в период

- 1) продромальный период
- 2) угасания заболевания+
- 3) клинического выздоровления
- 4) развития заболевания

Для антисептической обработки слизистой назначают

- 1) раствор человеческого интерферона
- 2) йодинол
- 3) гель с бензокаином
- 4) мирамистин+

Назначение антисептиков в данном случае имеет целью

- 1) улучшения условий для регенерации слизистой рта
- 2) предотвращение грибковой инфекции
- 3) борьбу с возбудителем заболевания
- 4) предотвращение пиодермии+

Симптом имеющим наибольшее значение для дифференциального диагноза данного заболевания с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом является

- 1) обширная гиперемия слизистой+
- 2) количество высыпаний
- 3) размер высыпаний
- 4) форма афт

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

В клинику обратились родители с ребенком 8 лет по поводу нарушения окклюзии и позднее прорезывание бокового резца.

Жалобы на эстетический дефект, затруднение при откусывании пищи.

Анамнез заболевания

Зуб 2.2 прорезался частично в возрасте 7 лет и далее не прорезался.

Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное.



К основному методу обследования при данном заболевании относится

- 1) определение положения уздечки верхней губы
- 2) внешний осмотр
- 3) осмотр и пальпация образования в области альвеолярного отростка верхней челюсти+
- 4) осмотр зева

К дополнительному методу обследования при данном заболевании относится

- 1) тепловизиометрия верхней челюсти
- 2) ультразвуковое исследование верхней челюсти
- 3) конусно-лучевая компьютерная томография верхней челюсти+
- 4) электроодонтодиагностика зубов верхней челюсти

В данной клинической ситуации предварительным диагнозом является _____ ретенция и дистопия 2.2. зуба

- 1) сверхкомплектные зубы во фронтальном отделе верхней челюсти
- 2) амелобластома фронтального отдела верхней челюсти
- 3) одонтома фронтального отдела верхней челюсти+
- 4) цементома фронтального отдела верхней челюсти

В данной клинической ситуации ребенку рекомендовано

- 1) противовоспалительная терапия
- 2) динамическое наблюдение
- 3) ортодонтическое лечение
- 4) хирургическое лечение+

Лечение ребенка в данной клинической ситуации должно проводиться в условиях

- 1) стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- 2) хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы
- 3) специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии+
- 4) оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы

С учетом общего статуса ребенка и возраста оптимальным методом обезболивания является

- 1) инфильтрационная анестезия
- 2) общее обезболивание+
- 3) проводниковая анестезия
- 4) аппликационная анестезия с премедикацией

Оптимальным хирургическим методом лечения данного заболевания является

- 1) блок-резекция альвеолярного отростка во фронтальном отделе верхней челюсти
- 2) удаление зуба 2.2
- 3) частичное удаление образования с последующим ушиванием раны
- 4) полное удаление образования с последующим гистологическим исследованием+

В раннем послеоперационном периоде ребёнку назначается

- 1) курс физиотерапевтических процедур
- 2) курс противовоспалительной и десенсибилизирующей терапии на 5 дней+
- 3) курс антибактериальной и иммуностимулирующей терапии на 5 дней
- 4) контрольная компьютерная томография верхней челюсти

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Родители мальчика 8 лет привели ребенка на прием.

Жалобы на

- покраснение слизистой рта,
- болезненность при дотрагивании до слизистой и глотании,
- апатию и сонливость ребенка,
- снижение аппетита,
- отказ от приема пищи и жидкости,
- повышение температуры тела до 38,6°C.

Анамнез заболевания

- Вялость и сонливость родители отмечают в течение последней недели.
- Четыре дня назад слизистая рта покраснела, на ней появились высыпания, появились боли при глотании, ребенок стал отказываться от приема пищи, одновременно с этим повысилась температура тела.

Анамнез жизни

- В грудном возрасте ребенок перенес пересадку печени от отца в связи с билиарным некрозом на фоне атрезии печеночных протоков.
- Получает иммуносупрессивную терапию.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Мальчик вялый, сонливый. Температура 37,8°C (перед выездом к врачу родители дали ребенку жаропонижающее). Отмечается отек и сухость губ, на верхней губе – трещины, кровоточащие при дотрагивании. На границе кожи и красной каймы – множество пузырьков с прозрачным отделяемым, некоторые из них лопнули с образованием эрозий. Слизистая рта резко гиперемирована и отечна, на слизистой щек, неба, языка и в подъязычной области имеется множество (более 40) мелких афт, пальпация которых резко болезненна.

К методам дообследования необходимым для постановки диагноза относят

- 1) пальпацию поднижнечелюстных и шейных лимфатических узлов+
- 2) определение упрощенного индекса гигиены рта

- 3) рентгенографию зубов
- 4) определение подвижности зубов

К возможным методам лабораторной диагностики относят

- 1) бактериологический анализ смыва со слизистой рта на дисбиоз
- 2) ПЦР отделяемого со слизистой рта+
- 3) цитологическое исследование мазков со слизистой рта
- 4) ПЦР отделяемого зубо-десневых карманов

Предполагаемым основным диагнозом является

- 1) острый катаральный гингивит
- 2) острый герпетический стоматит+
- 3) кандидозный стоматит
- 4) хронический рецидивирующий афтозный стоматит

Тяжесть заболевания в данном случае соответствует форме

- 1) среднетяжелой
- 2) легкой
- 3) тяжелой+
- 4) средней

Для борьбы с возбудителем данного заболевания на слизистую рта и губ наносят

- 1) мирамистин
- 2) масляный раствор витамина А
- 3) гель с лидокаином
- 4) мазь герпферон+

Обработку слизистой мазями на основе интерферона в данном случае проводят

- 1) 2 раза в день
- 2) 4-6 раз в день+
- 3) через день
- 4) 1 раз в день

Для налаживания кормления перед едой рекомендуют обработку слизистой

- 1) облепиховым маслом
- 2) бонафтоном
- 3) мирамистином
- 4) гелем с бензокаином или лидокаином+

Для улучшения регенерации слизистой назначают

- 1) ацикловир
- 2) хлоргексидин
- 3) масляный раствор витамина А+
- 4) перекись водорода

Кератопластики при данном заболевании целесообразнее назначать в период

- 1) угасания заболевания+
- 2) развития заболевания
- 3) продромальный период
- 4) клинического выздоровления

Для антисептической обработки слизистой назначают

- 1) раствор человеческого интерферона
- 2) гель с бензокаином
- 3) мирамистин+
- 4) йодиол

Назначение антисептиков в данном случае имеет целью

- 1) предотвращение пиодермии+
- 2) предотвращение грибковой инфекции
- 3) борьбу с возбудителем заболевания
- 4) улучшения условий для регенерации слизистой рта

Симптом имеющим наибольшее значение для дифференциального диагноза данного заболевания с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом является

- 1) обширная гиперемия слизистой+
- 2) форма афт
- 3) размер высыпаний
- 4) количество высыпаний

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 14 лет по поводу новообразования в области передних зубов верхней челюсти.

Жалобы на новообразование, которое увеличивается в размерах, кровоточит при еде и чистке зубов.

Анамнез заболевания

Образование на десне между центральными резцами на верхней челюсти появилось около 6 месяцев назад. Было точечным. Активно растет. Кровоточит при травме во время еды и чистки зубов.

Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена.

Открывание рта свободное.

Осмотр полости рта и пальпация образования

На десневом крае с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка между зубами 1.1 и 2.1 определяется багрово-красное образование размерами 0.7 x 0.7 см с бугристой поверхностью. Расположено в области междесневого сосочка и места прикрепления уздечки верхней губы. Имеет широкое основание. При пальпации образование неподвижно, безболезненно, кровоточит при прикосновении, спаяно с надкостницей. Определяется незначительная скученность зубов верхнего и нижнего зубных рядов.



К основному методу обследования при данном заболевании относится

- 1) осмотр полости рта и пальпация образования+
- 2) перкуссия и пальпация фронтальной группы зубов верхней челюсти
- 3) внешний осмотр
- 4) определение индекса гигиены полости рта

К дополнительному методу обследования при данном заболевании относится

- 1) мазок – отпечаток с поверхности образования
- 2) конусно-лучевая компьютерная томография+

3) электроодонтодиагностика зубов 1.1 и 2.1

4) диагностическая пункция образования

Предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является _____ в проекции зубов 1.1 и 2.1.

1) ангиоматозный эпюлис+

2) фиброзный эпюлис

3) папиллома

4) капиллярная гемангиома

Оптимальным методом лечения данного заболевания является

1) криодеструкция

2) хирургический+

3) радиоволновое иссечение

4) электрокоагуляция

Объем хирургического вмешательства в данной клинической ситуации заключается в

1) удалении образования в пределах здоровых тканей с одномоментным удалением зубов 1.1 и 2.1

2) частичном иссечении образования

3) удалении образования в пределах здоровых тканей вместе с надкостницей+

4) удалении образования с частичной резекцией альвеолярного отростка

Хирургическое лечение ребенка с данным заболеванием проводится в условиях

1) специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии

2) оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы

3) хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы

4) стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом+

Хирургическое вмешательство в данной клинической ситуации проводится под

1) аппликационной анестезией с премедикацией

2) проводниковой анестезией

3) общим обезболиванием

4) инфильтрационной анестезией+

После удаления ангиоматозного эпюлиса возможным осложнением является

1) рецидив образования+

2) парез лицевого нерва

3) остеолитическая костная ткань

4) хронический периодонтит зубов 1.1 и 2.1

Препаратами, способствующими эпителизации раневой поверхности в послеоперационном периоде, являются

1) кератопластические средства+

2) протеолитические ферменты

3) антисептические средства

4) противовирусные препараты

Профилактика данного заболевания заключается в

1) устранении хронических очагов инфекции

2) устранении вредных привычек у ребенка+

3) своевременной пластике уздечки верхней губы

4) санации полости рта

Наиболее частой причиной образования ангиоматозного эпюлиса является

1) наличие хронических очагов инфекции в полости рта

2) хроническая травма+

3) генетическая предрасположенность

4) порок развития зубных тканей

Различают формы эпюлиса

- 1) фиброзный, гигантоклеточный, ангиоматозный+
- 2) доброкачественный, злокачественный
- 3) серозный, гнойный, серозно-гнойный
- 4) простой, сложный, составной

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Родители девочки 6 лет привели ребенка на прием с острой болью.

Жалобы ночные спонтанные боли в области зуба на нижней челюсти слева, болезненность при попадании пищи в кариозную полость.

Анамнез заболевания

- Зуб 7.5 ранее не лечен.
- Болезненность при попадании пищи в кариозную полость впервые отмечена неделю назад, первый приступ острых ночных болей случился 3 дня назад, затем повторился накануне ночью.
- Зуб 7.4 ранее лечен по поводу осложненного кариеса.

Анамнез жизни

- Девочка от 5-й беременности. Роды в срок через естественные родовые пути.
- На грудном вскармливании до 12 мес, регулярная гигиена рта с момента появления первого зуба.
- Хронических заболеваний не имеет, но часто болеет ОРВИ.

Объективный статус

Кожа чистая. Слизистая рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

В зубе 7.5 имеется полость, выполненная пигментированным размягченным дентином, зондирование полости резко болезненно по дну в одной точке, перкуссия зуба безболезненна. 7.4 под пломбой без нарушения краевого прилегания, но на контактной поверхности угадывается полость с пигментированным содержимым, перкуссия зуба безболезненна. Слизистая оболочка в проекции 7.4, 7.5 в цвете не изменена, пальпация ее безболезненна

Значимым для постановки диагноза методом обследования, является

- 1) рентгенография зубов+
- 2) ТЭР-тест
- 3) определение упрощенного индекса гигиены рта
- 4) электроодонтодиагностика

К значимым особенностям для определения тактики лечения рентгенологической картины относят (выберите 2)

- 1) состояние периапикальных тканей+
- 2) наличие скрытой кариозной полости на контактной поверхности 7.5
- 3) расположение зуба 3.6
- 4) степень минерализации зачатка 3.5
- 5) степень сформированности корней 3.6
- 6) степень резорбции корней зубов+

Предполагаемым основным диагнозом для зуба 7.5 является

- 1) острый пульпит+
- 2) острый периодонтит
- 3) кариес дентина
- 4) хронический апикальный периодонтит

Предполагаемым диагнозом для зуба 7.4 является

- 1) хронический пульпит
- 2) кариес дентина (вторичный)+
- 3) острый пульпит

4) кариес эмали

Адекватной тактикой для зуба 7.4 является

- 1) замена пломбы с некрэктомией+
- 2) эндодонтическое лечение
- 3) витальная пульпотомия
- 4) наблюдение

Адекватной тактикой лечения зуба 7.5 является

- 1) прямое покрытие пульпы
- 2) витальная пульпэктомия+
- 3) удаление зуба
- 4) витальная пульпотомия

Для пломбирования корневых каналов зуба 7.5 следует использовать

- 1) гидроксид кальция
- 2) цинк-оксид-эвгенольный цемент+
- 3) гуттаперчу методом вертикальной конденсации
- 4) гуттаперчу методом латеральной конденсации

Для ирригации корневых каналов в зубе 7.5 следует использовать

- 1) физраствор
- 2) натрия гипохлорит 3%+
- 3) йодиол
- 4) дистиллированную воду

Сроки физиологической смены зуба 7.5 (в годах)

- 1) 7-8
- 2) 11-12+
- 3) 9-10
- 4) 14-15

В качестве изолирующей повязки после пломбирования корневых каналов следует использовать

- 1) цинк-оксид-эвгенольный цемент
- 2) макронаполненный композитный пломбировочный материал
- 3) микронаполненный композитный пломбировочный материал
- 4) стеклоиономерный цемент+

На следующий день после лечения родители обратились с жалобами на отек нижней губы и дефект слизистой нижней губы. При этом конфигурация щечной области не изменена.

Наиболее вероятной причиной данного состояния является

- 1) ожог мягких тканей в ходе лечения зуба 7.5
- 2) механическая травма тканей в ходе лечения зуба 7.5
- 3) развитие острого периодонтита зуба 7.5
- 4) травма онемевших мягких тканей самим ребенком+

Вкол иглы при мандибулярной анестезии у ребенка 6 лет проводят

- 1) на том же уровне, что у подростков
- 2) выше, чем у подростков и взрослых
- 3) на том же уровне, что у взрослых
- 4) ниже, чем у подростков и взрослых+

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Родители с ребенком 7 лет обратились в клинику детской стоматологии.

Жалобы на появление кариозной полости в зубе 7.5, боль при попадании холодной пищи в кариозную полость, проходящую через некоторое время после устранения раздражителя.

Анамнез заболевания

- Год назад этот зуб лечили по поводу кариеса, была наложена пломба.

- Кариозную полость заметили 2 дня назад, боли появились накануне, к стоматологу не обращались.

Анамнез жизни

- Рос и развивался по возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.
- Аллергологический анамнез: неотягощен.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не пальпируются.

Зубная формула:

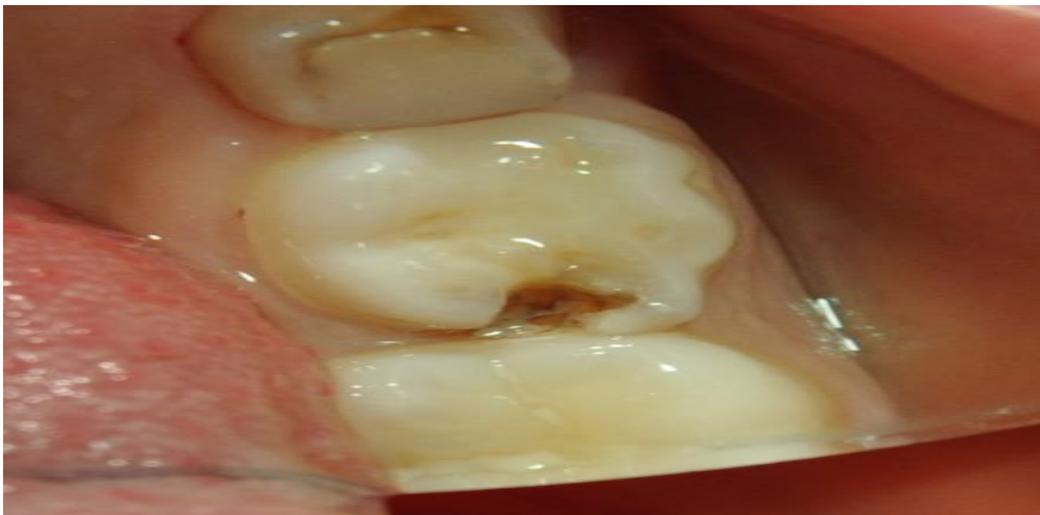
		П	П							П/С				
	1.6	5.5	5.4	5.3	5.2	1.1	2.1	6.2	6.3	6.4	6.5	2.6		
	4.6	8.5	8.4	8.3	4.2	4.1	3.1	3.2	7.3	7.4	7.5	3.6		
			П							П	?			

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус: зондирование проводилось после обезболивания, при зондировании выявлена глубокая кариозная полость на дистальной поверхности зуба 7.5, сообщающаяся с полостью зуба, вскрыта красная кровотокающая пульпа. **Рентгенография**

Кариозная полость на дистальной апроксимальной поверхности, сообщение кариозной полости с полостью зуба, ослабление рисунка костных балочек в области бифуркации корней, корни сформированы, патологических изменений в периапикальных тканях нет.



Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются (выберите 2)

- 1) реопародонтография
- 2) рентгенография+
- 3) вакуумная проба
- 4) витальное окрашивание
- 5) инструментальное исследование с помощью зонда+

Основным диагнозом зуба 7.5 является

- 1) пульпит+
- 2) кариес дентина
- 3) периапикальный абсцесс без свища
- 4) хронический апикальный периодонтит

По локализации кариозная полость на 7.5 зубе относится к классу кариозных полостей (по Блэку)

- 1) II+
- 2) V
- 3) III
- 4) I

По полученным данным клинического обследования данная форма пульпита соответствует

- 1) хроническому фиброному+
- 2) хроническому гангренозному
- 3) острому очаговому
- 4) хроническому гипертрофическому

Метод лечения зуба 7.5 заключается в

- 1) многоэтапном эндодонтическом лечении
- 2) операции удаления зуба
- 3) резекции верхушки корня
- 4) витальной ампутации пульпы+

Метод витальной ампутации подразумевает удаление коронковой и

- 1) корневой пульпы после её некротизации
- 2) устьевой пульпы после её некротизации
- 3) корневой пульпы под анестезией
- 4) устьевой пульпы под анестезией+

Экспозиция формокрезола, глютаральдегида или сульфата железа при проведении витальной ампутации пульпы составляет

- 1) 10-15 минут
- 2) 1-2 дня
- 3) 1-5 минут+
- 4) 3-5 дней

При проведении витальной ампутации пульпы с использованием формокрезола, глютаральдегида или сульфата железа, после удаления антисептического препарата на культю пульпы накладывают

- 1) цинк-оксид-эвгеноловый цемент+
- 2) кальция гидроокись
- 3) стеклоиономерный цемент
- 4) минеральный триоксид-агрегат

Чтобы избежать разгерметизации пломбы и повторного инфицирования пульпы после лечения временных моляров методом витальной ампутации рекомендуется

- 1) изготовить металло-керамическую коронку
- 2) покрыть зуб стандартной стальной коронкой+
- 3) изготовить циркониевую вкладку
- 4) восстановить зуб цинк-оксид-эвгеноловым цементом

К противопоказанию реставрации временных зубов стандартными коронками относят

- 1) высоту клинической коронки меньше 2 мм+
- 2) кариозные полости II класса при распространении дефекта до уровня десны
- 3) обширный кариозный процесс, затрагивающий несколько поверхностей зуба
- 4) дефекты временных зубов после пульпотомии

Стандартные стальные защитные коронки фиксируются на

- 1) стеклоиономерный цемент+
- 2) фосфатный цемент
- 3) силикатный цемент
- 4) минеральный триоксид-агрегат

Допустимое завьшение по прикусу при наложении стандартной стальной коронки при лечении детей в условиях анестезиологического пособия, когда окклюзионная коррекция затруднена, до (в мм)

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

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ (№34)

На приём к врачу-стоматологу обратилась пациентка 50 лет.

Жалобы: на боль и припухлость в поднижнечелюстной области справа, затем постепенно стихающие.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, боль и припухлость беспокоят периодически, в течение 1.5 недель.

Анамнез жизни

- Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, гипертиреоз
- Не курит.
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.
- Работает врачом.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица изменена за счет отека поднижнечелюстной области справа. Кожные покровы обычной окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное в полном объеме.

Зубная формула:

О	П	К	С									К	П	К	О	
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
С	П	К											П	К	К	О

Состояние слизистой оболочки полости рта: бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений.

Прикус: патологический.

1. К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся (выберите 2)

- окрашивание кариозной полости кариес индикатором
- термодиагностика зуба
- перкуссия зубов
- осмотр полости рта
- пальпация

Результаты клинических методов обследования

Осмотр полости рта

Конфигурация лица изменена за счет отека поднижнечелюстной области справа.

Слизистая оболочка в проекции протока правой поднижнечелюстной слюнной железы гиперемирована.

Пальпация

Поднижнечелюстная слюнная железа увеличена, плотно-эластической консистенции, болезненна при пальпации

2. К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят (выберите 2)

- бактериоскопическое исследование
- ✓ зондирование протока
- ЭОД
- реопародонтографию
- рентгенография поднижнечелюстной железы в боковой проекции

Результаты дополнительных методов обследования

Рентгенография поднижнечелюстной железы в боковой проекции

В области протока правой поднижнечелюстной железы определяется конкремент размером 4-6 мм на уровне зуба 45.

Зондирование протока

Зондирование протока болезненно, камень не выявлен.

3. Основным диагнозом является

- абсцесс правой поднижнечелюстной слюнной железы
- болезнь Шегрена
- ✓ сиалолитиаз правой поднижнечелюстной слюнной железы
- мукоцелле слюнной железы

4. При слюнно-каменной болезни чаще поражаются

- ✓ поднижнечелюстные слюнные железы
- подъязычные слюнные железы
- околоушные слюнные железы
- малые слюнные железы

5. Слюнная железа удаляется в случае

- отсутствия острого воспаления
- расположения камня в области устья протока поднижнечелюстной слюнной железы
- ✓ расположения камня во внутрижелезистых протоках
- расположения камня на расстоянии 1 см от устья протока поднижнечелюстной слюнной железы

6. Осложнение при удалении камня околоушной слюнной железы

- травма подъязычного нерва
- абсцесс челюстно-язычного желобка
- ✓ травма ветвей лицевого нерва
- травма язычного нерва

7. Удаление камней из протока поднижнечелюстной слюнной железы проводят в

- стационаре
- ✓ амбулаторных условиях
- домашних условиях
- амбулаторных условиях с обязательным анестезиологическим пособием и последующей госпитализацией

8. Осложнение после удаления камня слюнной железы

- гиперсаливация слюнной железы
- ✓ рубцовое сужение протока
- функционирование слюнной железы через искусственно сформированное устье
- изменение уровня гормонов щитовидной железы

9. Дистанционной литотрипсией (ДЛТ) называют

- угнетение функции слюнной железы при помощи инфракрасного лазера
- дробление камня с помощью инфракрасного лазера
- угнетение функции слюнной железы при помощи ударных волн
- ✓ дробление камня с помощью ударных волн

10. После удаления камня из протока поднижнечелюстной слюнной железы целесообразно

- удалить нижние зубы мудрости для улучшения оттока слюны
- ✓ сформировать новое устье протока для лучшего отхождения секрета
- ушить проток для угнетения функции слюнной железы
- затампонировать проток для временного угнетения функции слюнной железы

11. Удаление слюнной железы при слюннно-каменной болезни рекомендовано

- ✓ при частом рецидивировании заболевания
- по просьбе пациента
- при локализации камня в дистальной части протока
- при отсутствии острого воспалительного процесса

12. Для уточнения диагноза «слюннно-каменная болезнь» используют

- биопсию малых слюнных желез
- ✓ сиалографию
- сиалометрию
- инстилляцию протоков слюнных желез раствором NaCl 0.9%

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Мужчина 34 лет обратился за помощью к врачу-стоматологу.

Жалобы: на припухлость правой щеки, боль в правой половине нижней челюсти, общую слабость, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания

Впервые отметил появление боли в нижней челюсти справа два дня назад, с постепенным повышением ее интенсивности. Впоследствии появилась припухлость тканей правой щеки. Около недели назад появились резкие боли в области первого нижнего коренного зуба справа, которые стихли самопроизвольно. До настоящего момента за медицинской помощью не обращался, лечения не проводилось.

Анамнез жизни

- Хронические заболевания - отрицает.
- Перенесенные травмы, операции - отрицает.
- Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем) - отрицает.
- Профессиональные вредности – отрицает.
- Аллергологический анамнез – не отягощен.
- Прием лекарственных препаратов в настоящее время – отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5°C. Рост 185 см, масса тела 90 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет.

Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в мин.

Гемодинамические показатели стабильные. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 71 уд. в мин., АД 125/70 мм рт. ст.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет.

Мочепускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

1. К основным методам обследования для постановки диагноза относят (выберите 2)

- электроодонтометрию (ЭОД)
- термометрию
- ✓ клинический внутриротовой осмотр
- ✓ клинический внеротовой осмотр
- рентгенологическое исследование

Результаты методов обследования

Клинический внеротовой осмотр

Определяется отек мягких тканей правых щечной и околоушно-жевательной областей. Кожный покров данных областей физиологической окраски. Отмечается увеличение и болезненность при пальпации подвижных поднижнечелюстных лимфатических узлов справа.

Клинический внутриротовой осмотр

Коронковая часть зуба 4.6 почти полностью разрушена. Зуб не пролечен. Отмечается распад остатков корневой пульпы. Перкуссия зуба в вертикальном направлении умеренно болезненна. Прилегающая к зубу десна отечна, гиперемирована.

Переходная складка в проекции зубов 4.5-4.7 выбухает в сторону преддверия. Слизистая оболочка в данной области отечна, гиперемирована. При пальпации вестибулярной поверхности альвеолярной части нижней челюсти на уровне зуба 4.6 определяется флюктуация.

2. Наиболее информативным инструментальным методом исследования для уточнения диагноза является

- цитологическое исследование мазка со слизистой оболочки преддверия
- общий анализ крови
- соскоб со слизистой оболочки преддверия
- общий анализ мочи

Результаты инструментального метода обследования

Общий анализ крови : Лейкоциты $11 \times 10^9/\text{л}$, сегментоядерные нейтрофильные гранулоциты 73%, палочкоядерные нейтрофильные гранулоциты 14%, эозинофилы 1%, лимфоциты 13%, СОЭ 27 мм/ч.

3. Наиболее вероятным диагнозом в данном клиническом случае является острый

- периодонтит зуба 4.6
- серозный периостит нижней челюсти
- гнойный периостит нижней челюсти
- остеомиелит нижней челюсти

4. Отсутствие такого признака как парестезия в области нижней губы и подбородка справа в данном клиническом случае обосновано

- распространением отека на околоушно-жевательную область
- длительностью развития заболевания
- распадом пульпы зуба 4.6
- нахождением локализованного периапикального очага воспаления в области зуба 4.6

5. Основным методом хирургического лечения острого гнойного периостита является

- пролечивание причинного зуба
- удаление причинного зуба
- декортикация альвеолярной части нижней челюсти
- вскрытие поднадкостничного абсцесса (периостотомия)

6. Периостотомию необходимо выполнить по переходной складке на протяжении

- 5
- 4
- 2
- 3

7. В качестве щелочного раствора для местного применения в виде ротовых ванночек чаще применяют раствор (в процентах)

- натрия гидрокарбоната 1-2
- перекиси водорода 3
- перманганата калия 1

- хлоргексидина 0,2
- 8. В качестве антисептика хлорсодержащего детергента для местного применения в полости рта используют**
- настой календулы
- мирамистин
- нитрофурал
- ✓ хлоргексидина раствор 0,05-0,2%
- 9. При наличии явлений регионарного лимфаденита рекомендуется применение наружные повязки с**
- ✓ диметилсульфоксида раствором 20-30%
- пероксида водорода раствором 3%
- хлоргексидина раствором 0,2%
- листерином
- 10. В качестве антимикробной терапии при остром гнойном периостите челюсти целесообразно применять**
- макролиды
- ✓ пенициллины
- полимиксины
- тетрациклины
- 11. Удалению при лечении гнойного периостита челюсти подлежат зубы**
- ✓ не поддающиеся консервативному лечению
- с проходимыми корневыми каналами
- функционально ценные
- неподвижные
- 12. Одним из самых важных диагностических критериев в дифференциальной диагностике острого гнойного периостита челюсти является**
- ✓ локализация воспалительного инфильтрата под надкостницей
- боль при глотании
- наличие причинного зуба с разрушенной коронкой
- отек прилежающих к челюсти мягких тканей

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

В клинику обратились родители с ребенком 12 лет.

Жалобы: на наличие образования в проекции зубов 1.5-1.6

Анамнез заболевания

Впервые обратили внимание на наличие образования около 1 месяца назад. Обратились к врачу-стоматологу в поликлинику по месту жительства, направлены на консультацию с целью дообследования и лечения.

Анамнез жизни

- Ребенок рожден от 1 беременности, 1 родов. Течение беременности физиологическое, роды срочные.
- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ.
- Аллергологический анамнез неотягощён.

Объективный статус

Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы бледно-розового цвета, умеренной влажности. Регионарные лимфатические узлы мягко-эластической консистенции, подвижные, безболезненные. Жалоб со стороны ВНЧС нет. Открывание рта свободное, в полном объеме. Боковые движения свободные, безболезненные.

В полости рта: прикус перекрестный. Находится на ортодонтическом лечении.



1. К основному методу обследования при данном заболевании относится

- перкуссия зубов 1.5 и 1.6
- электроодонтодиагностика зубов 1.5 и 1.6
- определение индекса гигиены полости рта
- осмотр полости рта и пальпация

Результаты метода обследования

Осмотр полости рта и пальпация

Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. В проекции зубов 1.5-1.6 визуализируется образование розово-синюшного цвета на широком основании.

Образование мягкой консистенции, безболезненное, кровоточит при прикосновении. Зубы 1.5-1.6 интактны, неподвижны

2. К дополнительному методу обследования при данном заболевании относится

- поверхностная электромиография
- рентгенологическое исследование
- мазок-отпечаток с поверхности образования
- электроодонтодиагностика зубов 1.5 и 1.6

Результаты дополнительного метода обследования

Рентгенологическое исследование

На ортопантограмме определяется снижение высоты межзубной перегородки в области зубов 1.5 и 1.6 менее чем на 1/3 высоты, участок остеопороза с нечеткими границами, распространяющийся с поверхности в глубину

3. Предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является

_____ в проекции зубов 1.5 и 1.6

- папиллома
- фиброзный эпюлис
- ангиоматозный эпюлис
- гигантоклеточный эпюлис

4. Дифференциальная диагностика проводится с

- фиброзным эпюлисом
- амелобластомой
- гемангиомой
- ретенционной кистой

5. Оптимальным методом лечения данного заболевания является

- хирургический
- физиотерапевтическое
- криодеструкция
- электрокоагуляция

6. Объем хирургического вмешательства в данной клинической ситуации заключается в

- ✓ удалении образования в пределах здоровых тканей вместе с надкостницей
- удалении образования с частичной резекцией альвеолярного отростка
- удалении образования в пределах здоровых тканей с одномоментным удалением зубов 1.5 и 1.6
- частичном иссечении образования

7. Хирургическое вмешательство в данной клинической ситуации проводится под

- общим обезболиванием
- ✓ инфильтрационной анестезией
- аппликационной анестезией с премедикацией
- проводниковой анестезией

8. Лечение ребенка в данной клинической ситуации проводится в условиях

- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы
- ✓ районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии

9. Для профилактики кровотечения во время операции рекомендуется наличие

- аппарата искусственной вентиляции легких
- аппарата криодеструкции
- ✓ коагулятора
- аппарата УЗИ для определения топографии сосудов

10. После удаления ангиоматозного эпюлиса возможным осложнением является

- остеолитическая костная ткань
- ✓ рецидив образования
- парез лицевого нерва
- хронический периодонтит зубов 1.5 и 1.6

11. Различают _____ формы эпюлиса

- простую, сложную, составную
- серозную, гнойную, серозно-гнойную
- доброкачественную, злокачественную
- ✓ фиброзную, гигантоклеточную, ангиоматозную

12. Предполагаемой этиологией эпюлиса является

- генетическая предрасположенность
- порок развития зубных тканей
- ✓ хроническая травма
- наличие хронических очагов инфекции в полости рта

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Мужчина 30 лет обратился к врачу стоматологу.

Жалобы на

- затрудненное открывание рта, боли при глотании,
- боли в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в ухо.

Анамнез заболевания

- Болен в течение 2 дней, около 7 дней назад появилась ноющая боль в области нижней челюсти справа, пациент принимал самопроизвольно противовоспалительные препараты.
- К стоматологу не обращался.

Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно полу и возрасту.

- К стоматологу обращается редко, аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние: удовлетворительное. Вес 135 кг, рост 170 см. Температура тела 37,0 С.

Наличие увеличенных лимфоузлов в правой подчелюстной области. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 18 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Перкуссия легких.

Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 77 уд в мин, АД 120/80 мм.рт.ст.

Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

1. Выберите основной метод обследования

- клинический
- ЭОД
- ультразвуковой
- эндодонтический

Результаты метода обследования

Клинический метод

Внешний вид: конфигурация лица изменена за счет отека правой щечной области.

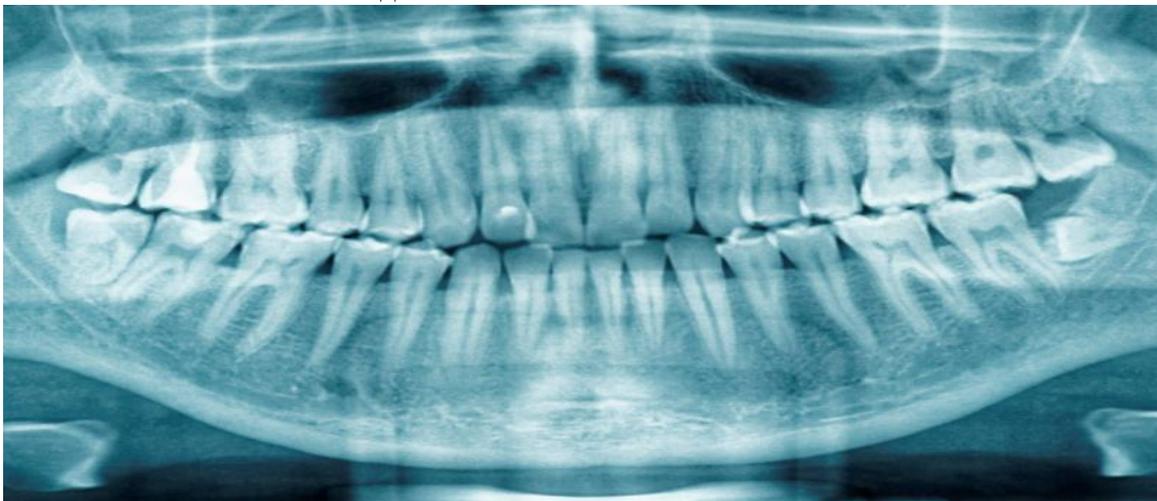
В полости рта: открывание рта на 2,0 см.

Жевательная поверхность 2/3 коронковой части зуба 4.8 покрыта гиперемированной, отечной слизистой оболочкой, пальпация которой болезненна, кариозных полостей не отмечаться из под капюшона отмечается гнойное отделяемое.

2. Выберите метод исследования, необходимый в данной клинической ситуации

- УЗИ
- рентгенологический
- флюорография
- МРТ

Рентгенологический метод



Ортопантомограмма или прицельный рентгенологический снимок позволит визуализировать степень разряженности костной ткани вокруг причинного зуба, увидеть очаг воспаления и вид его контуров.

3. Поставьте предполагаемый диагноз

- перикоронит
- абсцесс
- периостит
- остеомиелит

4. В данной клинической ситуации необходимо выполнить

- анализ на инфекции
- общий анализ крови
- анализ на группу крови
- общий анализ мочи

5. Дальнейшее лечение должно проводиться

- на дому
- в условиях стационара челюстно-лицевой хирургии
- в условиях отделения амбулаторной поликлиники
- в условиях отделения интенсивной терапии

6. В данном клиническом случае показано лечение

- хирургическое
- терапевтическое
- физиотерапевтическое
- ортодонтическое

7. При перикороните проводят

- перикоронарэктомию
- гайморотомию
- периостотомию
- остеотомию

8. При серозном перикороните проводят лечение

- комбинированное
- фотодинамическое
- комплексное
- химиотерапевтическое

9. Для десенсибилизации в послеоперационный период используют

- противомикробные препараты
- бактериофаги
- противовирусные препараты
- антигистаминные средства

10. Для снижения воспалительных явлений при данной патологии используются препараты

- нестероидные противовоспалительные
- противомикробные
- противовирусные
- антигистаминные

11. Основным фактором развития данного заболевания у пациента является

- травма слизистой оболочки
- кариес
- пародонтит
- хроническое воспаление

12. Средние сроки временной утраты трудоспособности при данном клиническом случае могут быть до _____ суток

- 7

- 21
- 2
- 1

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 22 лет.

Жалобы: на боль при жевании в области нижней челюсти справа

Анамнез заболевания

Со слов пациента, боли беспокоят 2 дня.

Анамнез жизни

- Сопутствующие заболевания: хронический гастрит.
- Не курит.
- Наследственность: не отягощена.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.
- Является студентом ВУЗа.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические не увеличены, открывание рта свободное, в полном объёме.

Зубная формула:

	С/П	П	П								П		П		
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
											П		П		

Состояние слизистой оболочки полости рта: бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений.

Прикус: физиологический.

Локальный статус: зуб 48 покрыт легко смещающимся «капюшоном», из-под которого выделяется серозный экссудат. Слизистая оболочка, покрывающая зуб 48 гиперемирована, отечна, пальпация болезненная.

1. К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся (выберите 3)

- ✓ осмотр полости рта
- термодиагностика зуба
- ✓ пальпация
- определение подвижности зубов
- ✓ определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти

Результаты клинических методов обследования

Осмотр полости рта

Зуб 48 покрыт легко смещающимся «капюшоном», из-под которого выделяется серозный экссудат.

Пальпация

Определяется болезненность при пальпации «капюшона» в области зуба 48.

Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти

Открывание рта свободное, в полном объёме.

2. К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- ультразвуковое исследование
- реопародонтографию
- ✓ прицельную внутриротовую контактную рентгенографию
- бактериоскопическое исследование
- реакцию иммунофлюоресценции (РИФ)

Результаты дополнительного метода обследования

Прицельная внутриротовая контактная рентгенография

На прицельной рентгенограмме патологические изменения отсутствуют.

3. Основным диагнозом является

- острый пульпит зуба 47
- хронический перикоронит в области зуба 48
- ✓ острый перикоронит в области зуба 48
- хронический апикальный периодонтит зуба 48

4. Клиническая картина в данной задаче соответствует следующей форме острого перикоронита

- гнойной
- фиброзной
- ✓ катаральной
- гангренозной

5. Обработка пространства под «капюшоном» осуществляется:

- физиологическим раствором
- раствором иммуномодуляторов
- ✓ антисептическими растворами
- раствором анестетика

6. Удаление зуба 48 проводят

- в случаях, когда на удалении зуба настаивает пациент
- в день обращения, поскольку удаление зуба будет способствовать купированию воспалительного процесса
- в случаях, когда места в позадимоллярной ямке достаточно для прорезывания зуба
- ✓ в случаях, когда места в позадимоллярной ямке недостаточно для прорезывания зуба или зуб смещен в какую-либо сторону

7. В отношении «капюшона» в области зуба 48 проводят следующие манипуляции

- ✓ приподнимание и ретропозиция «капюшона» кзади полоской марли, смоченной йодоформной жидкостью
- приподнимание и ретропозиция «капюшона» резорбируемой мембраной
- приподнимание и ретропозиция «капюшона» кзади коллагеновой губкой
- приподнимание и ретропозиция «капюшона» кзади ватным тампоном, смоченным йодоформной жидкостью

8. Лечение пациентов с перикоронитом проводится

- в амбулаторно-поликлинических условиях с обязательным присутствием врача-анестезиолога
- ✓ в амбулаторно-поликлинических условиях
- в домашних условиях
- в условиях многопрофильного стационара

9. При лечении перикоронита допустимо использование повязок

- охлаждающих
- изолирующих
- ✓ антисептических
- согревающих

10. Для промывания пространства под «капюшоном» возможно использование

- раствора этилового спирта 95%

- раствора перекиси водорода 50%
- ✓ раствора хлоргексидина биглюконата 0.05%
- раствора хлорида кальция 0.9%

11. Обработка пространства под капюшона проводится при помощи

- шприца без иглы
- пипетки
- шприца с острой иглой
- ✓ шприца с затупленной иглой

12. Препятствовать немедленному началу амбулаторного лечения может

- сахарный диабет
- ✓ гипертонический криз
- гипертиреоз
- дискинезия желчевыводящих путей

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Пациент Н. 27 лет обратился в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники.

Жалобы

На задержку пищи между зубами 4.6 и 4.7.

Анамнез заболевания

Более года назад зуб 4.7 лечен по поводу пульпита.

Анамнез жизни

- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.
- Хронические заболевания отрицает.
- Аллергические реакции отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: состояние удовлетворительное.

Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы чистые. Открывание рта свободное, в полном объёме. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненные, мягко-эластичной консистенции, не спаяны с окружающими тканями.

Локальный статус: на жевательной поверхности зуба 4.7 пломба средних размеров с переходом на медиальную контактную поверхность, на которой имеется нависающий край пломбы, реакция на температурные раздражители безболезненная. Слизистая оболочка переходной складки в области корней розовая, умеренно увлажнена. Рот санирован.

1. Инструментальным методом диагностики, необходимым в предлагаемой клинической ситуации, является

- перкуссия зуба 4.7 +
- люминесцентный метод зуба 4.7
- витальное окрашивание зуба 4.7
- определение индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта

2. В данном клиническом случае пациенту рекомендован вид рентгеновской визуализации

- телерентгенография (ТРГ) в боковой проекции
- прицельная внутриротовая контактная рентгенография +
- обзорная рентгенография черепа в носоподбородочной проекции
- рентгенография придаточных пазух носа

3. Дополнительным методом диагностики в данной клинической ситуации является

- электромиография
- гнатодинамометрия
- аксиография
- электроодонтодиагностика зуба 4.7 +

4. Предполагаемым диагнозом является

- хронический апикальный периодонтит зуба 4.7 +
- повышенное стирание зубов
- эксфолиация зубов вследствие системных нарушений
- изменение зубов и их опорного аппарата неуточненное

5. Предполагаемым ИРОПЗ зуба 4.7 является

- менее 50%
- >0,4
- ровно 55,5%
- >0,8 +

6. При ортопедическом лечении в данном клиническом случае протезирование должно выполнять _____ функцию

- замещающую +
- эстетическую
- профилактическую
- логопедическую

7. Восстановление зуба 4.7 в данной клинической ситуации целесообразнее провести с помощью

- изготовления металлокерамической коронки
- изготовления вкладки
- метода пломбирования
- литой культевой штифтовой вкладки и металлокерамической коронки +

8. К требованию к длине внутрикорневой части литой культевой штифтовой вкладки зуба 3.6 относят _____ длины корня зуба

- $\frac{2}{3}$ +
- $\frac{3}{4}$
- $\frac{4}{5}$
- $\frac{1}{3}$

9. Наиболее подходящим в данном клиническом случае облицовочным материалом для искусственной коронки на зуб 4.7 является

- композиционный материал
- керамический материал +
- пластмасса
- никелид титана

10. К методам изготовления литой культевой штифтовой вкладки зуба 4.7 в данном клиническом случае относят

- электронно-лучевого напыления
- штамповки
- спекания частиц в вакууме
- литья, CAD/CAM технологии +

11. Каковы требования к диетическим назначениям и ограничениям в данном клиническом случае?

- отказ от использования очень жесткой пищи, требующей пережевывания твердых кусков
- отказ от вязкой пищи
- отказ от кариесогенных продуктов
- специальных требований нет +

12. Наибольшей вероятностью возможного исхода в данной клинической ситуации является

- стабилизация
- развитие ятрогенных осложнений
- развитие нового заболевания, связанного с основным
- компенсация функции +

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Пациент Т. 22 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии.

Жалобы на затруднённый приём пищи, разрушенную коронку зуба 4.6.

Анамнез заболевания

- Пациент отмечает, что зуб 4.6 был лечен по поводу осложненного кариеса год назад.
- 2 недели назад произошёл отлом коронки зуба в пределах коронковой части зуба.

Анамнез жизни

- Вредные привычки - курение.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена.

Осмотр полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических изменений.

Прикус: ортогнатический.

Зубная формула:

О		П					П	П					П		
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	П	П											К	П	О

1. Для выбора тактики лечения необходимо применить дополнительный метод обследования

- ортопантомографию +
- электроэнцефалографию
- мастикациографию
- реопародонтографию

2. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- острый периапикальный абсцесс со свищом
- полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях
- хронический пародонтит локализованный
- другой кариес зубов +

3. Тактикой ортопедического лечения является изготовление

- мостовидного протеза
- вкладки
- штифтово-культевой вкладки и коронки +
- бюгельного протеза

4. Для изготовления штифтово-культевой вкладки ИРОПЗ должен составлять

- 0,6-0,7
- 0,4-0,6
- 0,8-0,9 +
- 0,2-0,4

5. Первым клиническим этапом лечения является

- полировка протеза
- фиксация протеза

- определение центральной окклюзии
 - получение оттиска +
6. Для снятия анатомических оттисков в подобных клинических ситуациях используется _____ оттискная масса
- термопластическая
 - альгинатная
 - силиконовая +
 - твёрдокристаллическая
7. К противопоказанию получения оттисков относят
- аллергию на слепочные материалы +
 - кариес зубов
 - вредные привычки
 - сахарный диабет
8. Одним из свойств оттискных материалов является
- адгезия микроорганизмов
 - разрыхляемость
 - тиксотропность +
 - проницаемость
9. Перевод физической формы реального объекта в цифровую форму (трёхмерную компьютерную модель объекта) производится с использованием
- аксиографии
 - 3D-сканирования +
 - 3D-моделирования
 - энцефалографии
10. При работе с CAD/CAM-технологией для получения цифровых 3D-моделей используют
- фотоаппарат
 - сканер +
 - лазер
 - радиовизиограф
11. Сплавом, используемым для изготовления штифтово-культевых вкладок, является никель-титановый
- золото 750 пробы +
 - золото 900 пробы
 - мелот
12. Вкладка, расположенная центрально и не затрагивающая бугорков зуба, называется
- Pinlay
 - Inlay +
 - Overlay
 - Onlay

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Жалобы на отсутствие 4.6 зуба, нарушение функции жевания, нарушение функции речеобразования.

Анамнез заболевания

Пациент отмечает, что зуб был удалён 3 месяца назад в результате осложнённого кариеса.

Анамнез жизни

Вредные привычки – курение, отмечает аллергические реакции на новокаин.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Осмотр полости рта: слизистая оболочка бледно розового цвета, умеренно увлажнена без патологических изменений. Язык не обложен. Гигиена полости рта удовлетворительная.

Прикус: патологический. Отсутствует зуб 4.6, 4.7 и 4.5 лечены по поводу осложнённого кариеса, 1.6 и 3.6 зубах металлокерамические коронки. Зубы 1.8 и 4.8 не прорезались (ретинированные).

Зубная формула:

О		К														
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
О	П	О	П										К			

1. К дополнительному методу диагностики для постановки диагноза у данного пациента и составлению плана лечения относят

- реопародонтографию
- ортопантографию +
- биопсию
- мастикоциографию

2. У данного пациента диагнозом является

- потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни +
- нарушения формирования зубов
- эксфолиация зубов вследствие системных нарушений
- аномалии положения зубов

3. Классом дефекта по Кеннеди у данного пациента является

- 4
- 2
- 3 +
- 1

4. Для лечения данного дефекта у данного пациента используются варианты зубного протеза:

- несъёмная и жесткая
- полулабильная
- лабильная
- съёмная +

5. При изготовлении мостовидного протеза для снятия рабочего оттиска у данного пациента используется оттискная масса

- гипсовая
- термопластическая
- альгинатная
- силиконовая +

6. При изготовлении мостовидного протеза у данного пациента для снятия анатомического оттиска используются _____ оттисковые массы

- гидроколлоидные
- термопластические
- гипсовые
- а-силиконовые +

7. К методам определения центральной окклюзии у данного пациента относят функциональный и анатомический

- инструментальный +
 - физиологический
 - антропометрический
8. Завершающим клиническим этапом изготовления металлокерамических мостовидных протезов у данного пациента является
- фиксация на временный цемент
 - припасовка каркаса мостовидного протеза
 - изготовление, припасовка и фиксация провизорных коронок
 - припасовка и фиксация на постоянный цемент +
9. Завершающим лабораторным этапом изготовления металлокерамических мостовидных протезов для данного пациента является
- литьё, очистка протеза
 - замена воска на металл
 - глазурирование керамики +
 - нанесение керамической массы
10. Для изготовления каркаса металлокерамических мостовидных протезов используются драгоценные сплавы металлов:
- золотые и кобальт-хромовые
 - молибденовые
 - серебряного палладиевые +
 - оловянные
11. Дефекты зубных рядов принято условно подразделять на
- узкие, широкие, косые
 - протяженные, среднепротяженные, цилиндрические
 - осложнённые, неосложненные, дугообразные
 - малые, средние, большие +
12. Кратность посещения врача стоматолога в рамках диспансерного наблюдения составляет ___ раз/раза в год
- 2 +
 - 3
 - 1
 - 4

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

В стоматологическую поликлинику обратилась пациентка О. 32 лет, археолог.

Жалобы на косметический дефект, подвижность коронки зуба 2.1.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, 2.1 зуб три года назад был лечен по поводу осложнения кариеса. Зуб был восстановлен с помощью культевой штифтовой вкладки и металлокерамической коронки.

Анамнез жизни

- ОРВИ, ОРЗ, ветряная оспа, туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатит В и С отрицает.
- Аллергологический анамнез не отягощен.
- Инфекционные заболевания отрицает

Внешний осмотр: лимфатические узлы: околоушные, подбородочные, поднижнечелюстные, заушные, затылочные при пальпации безболезненны, не увеличены, плотно-эластичной консистенции, не спаяны с подлежащими тканями.

Обследование ВНЧС: открывание рта безболезненное, движение суставов равномерное, без патологических шумов (хруст, крепитация, щелканье). При пальпации жевательные мышцы равномерно напряжены и безболезненны.

При осмотре полости рта:



Зубная формула:

О			П						К					П		
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
		П														О

Прикус: ортогнатический.

Красная кайма губ без изменений. Слизистая оболочка: увлажнена, без патологических изменений, язык не увеличен в размере, на корне языка имеется небольшое количество налета. Маргинальный пародонт 2.1 гиперемирован, отечен, кровоточит при пальпации. 2.1 на анатомической коронке фиксирована несъемная ортопедическая конструкция с признаками нарушения краевого прилегания, выявленного при зондировании. Искусственная коронка зафиксирована на культе культовой штифтовой вкладки, после удаления которого в устьевой части корневого канала определяется твердая паста гомогенной структуры.

1. К дополнительным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят

- ортопантограмму
- электроодонтометрию
- внутриротовую прицельную рентгенограмму +
- перитестометрию

2. Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при центральной окклюзии составляет в среднем (в мм)

- 2-4 +
- 8-10
- 0
- 6-8

3. Предварительным диагнозом в данном случае является

- гингивит и болезни пародонта
- кариес зубов
- хронический апикальный периодонтит +
- пульпит

4. Число степеней подвижности зубов по Д. А. Энтину равно

- 4
- 3 +
- 1
- 2

5. План ортопедического лечения (без учёта имплантации) заключается в
- изготовлении культевой штифтовой вкладки и металлокерамической коронки
 - эндодонтическом лечении зуба 2.1, и изготовлении культевой штифтовой вкладки и металлокерамической коронки +
 - удалении зуба
 - изготовлении штампованной коронки
6. Исследование зубодесневых карманов проводят с помощью
- градуированного пародонтального зонда +
 - пинцета
 - оттискной массы
 - зеркала
7. Конструкционными стоматологическими материалами, используемыми для изготовления съёмных протезов при частичном отсутствии зубов, являются акриловые пластмассы +
- используемые для изготовления базисов протезов,
 - гарнитурные зубы,
 - кламмера
- металлокерамические коронки с гирляндой,
- временные пластмассовые коронки
- удерживающие кламмера,
- цельнолитые коронки,
 - провизорные коронки
- опорно-удерживающие кламмера,
- комбинированные коронки,
 - окклюзионные накладки
8. Стадией полимеризации пластмассы является
- плотная
 - крупчатая
 - тестообразная +
 - жидкая
9. Первая коррекция съёмного протеза проводится _____ после сдачи протеза
- через 1 месяц
 - не ранее чем через неделю
 - через 2-3 дня
 - на следующий день после сдачи протеза +
10. Профилактический осмотр пациентов после ортопедического лечения необходимо проводить один раз в (в месяцах)
- 6 +
 - 15
 - 9
 - 12
11. Недостатки тангенциального (без уступа) препарирования
1. большая потеря твердых тканей,
 - опасность повреждения пульпы,
 - большая по размеру цементируемая щель при неточности формы препарирования или ошибках при цементировании
 2. сложность выполнения,
 - потеря твердых тканей
 - относительная сложность выполнения проблемы с ретенцией протеза при короткой клинической коронке,

3. риск развития осложнений (рецессия десны) при избыточно выпуклой облицовке в зоне десневого края
4. отсутствие четкой границы препарирования, +
- риск избыточного сошлифовывания твердых тканей,
 - больший риск травмы десневого края
12. Правила пользования съемными зубными протезами в себя включают
1. отсутствие гигиенического ухода;
 - инструкцию по самопочинке протеза;
 - прием твердой и жесткой пищи для быстрой адаптации к конструкции
 2. инструкцию по самопочинке протеза;
 - необходимость периодического (раз неделю) гигиенического ухода;
 - прием твердой и жесткой пищи для быстрой адаптации к конструкции
 3. отсутствие гигиенического ухода;
 - в ночное время (при отсутствии их использования) хранение в сухом контейнере;
 - прием твердой и жесткой пищи для быстрой адаптации к конструкции
 4. необходимость гигиенического ухода; +
 - в ночное время (при отсутствии их использования) хранение во влажной среде;
 - во избежание поломки протеза не рекомендуется употреблять жесткую пищу и не допускается их падение на жесткую поверхность

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент В. 32 лет.

Жалобы на скол в области переднего зуба на верхней челюсти слева, эстетический дефект в области передних зубов, периодически возникающие боли в области переднего зуба на верхней челюсти слева.

Анамнез заболевания

- Скол был получен в результате травмы 5 дней назад.
- Ранее не протезировался.
- Последний раз стоматолога посещал 2 года назад.

Анамнез жизни

- Со слов пациента, считает себя практически здоровым, ВИЧ, гепатит отрицает.
- Аллергоанамнез не отягощён.

Внешний осмотр: при осмотре отмечается травма верхней и нижней губы, в полости рта отсутствует 50% коронковой части 2.1 зуба.

Зубная формула:

								С								
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	

Соотношение челюстей по ортогнатическому типу.

Локальный статус: 2.1 зуб имеется скол на 1/2 длины коронковой части зуба.

1. К методу диагностики для постановки диагноза и составления плана лечения относят
 - реопародонтографию
 - гнатодинамометрию
 - мастикациографию
 - прицельную внутриротовую рентгенографию +
2. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является
 - дефект твердых тканей
 - обострение хронического пульпита 2.1 зуба
 - хронический пародонтит средней степени тяжести 2.1 зуба

- сломанный зуб, перелом 2.1 зуба +
3. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) в данном случае составляет
- 0,8
 - более 0,5 +
 - 0,4
 - более 0,6
4. Тактикой ортопедического лечения на верхней челюсти у данного пациента является установка
- коронки +
 - мостовидного протеза
 - винира
 - композитной реставрации
5. Первым клиническим этапом ортопедического лечения в данном случае является
- определение центрального соотношения челюстей
 - препарирование и получение оттиска +
 - примерка коронки
 - определение цвета будущей конструкции
6. Целью изготовления искусственной коронки является
- восстановление целостности зубного ряда и предотвращение возникновения непереносимости, вызванной конструкционными материалами
 - предупреждение развития повышенного стирания зубов-антагонистов во фронтальных и боковых отделах верхней и нижней челюстей
 - восстановление анатомической формы и функции зуба, предупреждение развития вторичной деформации в области зубов-антагонистов +
 - предупреждение развития функциональной перегрузки пародонта опорного зуба и прогрессирования заболеваний слизистой оболочки полости рта
7. Первым этапом препарирования под коронку будет являться
- шлифование выступающих частей коронки с вестибулярной и оральной поверхностей
 - шлифование пришеечного валика, заглаживание краев, углов перехода одной поверхности зуба в другую
 - препарирование жевательной поверхности (или режущего края) зуба
 - сепарация и препарирование контактных поверхностей +
8. Какому классу по классификации Блэка соответствует локализация очага поражения зуба?
- IV +
 - V
 - VI
 - III
9. Определение цвета искусственной металлокерамической коронки производится на этапе
- 2 клиническом
 - 1 лабораторном
 - 3 клиническом
 - 1 клиническом +
10. Для контроля препарирования используется
- параллелометр
 - силиконовый шаблон +
 - штангенциркуль
 - восковой валик
11. Перед снятием оттисков следует осуществить

- ретракцию десны +
 - нанесение компенсационного лака
 - профессиональную гигиену полости рта
 - нанесение грунтовой массы
12. К первому клиническому этапу относят
- обезболивание, препарирование опорного зуба +
 - подготовку моделей опорных зубов
 - припасовку литого каркаса коронки
 - ретракцию десны

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

Пациент Р. 40 лет, обратился в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники.

Жалобы на задержку пищи между зубами 4.6 и 4.5, болезненность зуба 4.6 при накусывании.

Анамнез заболевания

Более двух лет назад зуб 4.6 лечен по поводу пульпита, около месяца назад во время приема пищи и при накусывании на зуб появились боли.

Анамнез жизни

- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.
- Хронические заболевания отрицает.
- Аллергические реакции отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: состояние удовлетворительное.

Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы чистые. Открывание рта свободное, в полном объёме. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненные, мягко-эластичной консистенции, не спаяны с окружающими тканями.

Локальный статус: на жевательной поверхности зуба 4.6 пломба средних размеров, реакция на температурные раздражители безболезненная. Слизистая оболочка переходной складки в области корней розовая, умеренно увлажнена. Рот санирован.

1. Инструментальным методом диагностики, необходимым в предлагаемой клинической ситуации, является

- перкуссия зуба 4.6 +
- витальное окрашивание зуба 4.6
- люминесцентный метод зуба 4.6
- определение Индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта

2. В данном клиническом случае пациенту рекомендован вид рентгеновской визуализации

- обзорная рентгенография черепа в носоподбородочной проекции
- рентгенография придаточных пазух носа
- телерентгенография (ТРГ) в боковой проекции
- прицельная внутриротовая контактная рентгенография +

3. Дополнительным методом диагностики в данной клинической ситуации является

- аксиография
- гнатодинамометрия
- электроодонтодиагностика зуба 4.6 +
- электромиография

4. Предполагаемым диагнозом является

- изменение зубов и их опорного аппарата неуточненное
- повышенное стирание зубов
- хронический апикальный периодонтит зуба 4.6 +

- эксфолиация зубов вследствие системных нарушений
5. Предполагаемым ИРОПЗ зуба 4.6 является
- >0,8 +
 - ровно 55,5%
 - >0,4
 - менее 50%
6. При ортопедическом лечении в данном клиническом случае протезирование должно выполнять _____ функцию
- профилактическую
 - логопедическую
 - эстетическую
 - замещающую +
7. Восстановление зуба 4.6 в данной клинической ситуации целесообразнее провести с помощью
- изготовления вкладки
 - изготовления металлокерамической коронки
 - литой культевой штифтовой вкладки и металлокерамической коронки +
 - метода пломбирования
8. К требованию к длине внутрикорневой части литой культевой штифтовой вкладке зуба 4.6 относят _____ длины корня зуба
- 2/3 +
 - 3/4
 - 1/3
 - 4/5
9. Наиболее подходящим в данном клиническом случае облицовочным материалом для искусственной коронки на зуб 4.6 является
- керамический материал +
 - композиционный материал
 - никелид титана
 - пластмасса
10. Перед протезированием зуба 4.6 необходимо провести
- пломбирование каналов зуба 4.6 (эндодонтическое перелечивание зуба) +
 - гемисекцию зуба 4.6
 - резекцию верхушек корней зуба 4.6
 - проводниковую анестезию
11. Каковы требования к диетическим назначениям и ограничениям в данном клиническом случае?
- отказ от кариесогенных продуктов
 - специальных требований нет +
 - отказ от использования очень жесткой пищи, требующей пережевывания твердых кусков
 - отказ от вязкой пищи
12. Наибольшей вероятностью возможного исхода в данной клинической ситуации является
- стабилизация
 - развитие нового заболевания, связанного с основным
 - развитие ятрогенных осложнений
 - компенсация функции +