

**Частное образовательное учреждение высшего образования  
Новосибирский медико-стоматологический институт  
ДЕНТМАСТЕР  
(ЧОУ ВО «НМСИ ДЕНТМАСТЕР»)**

**КЛЮЧИ  
К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ  
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ  
дисциплины**

**Б1.В.ДВ.01.02  
ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ**  
по основной профессиональной  
образовательной программе  
высшего образования - программе подготовки кадров  
высшей квалификации  
в ординатуре по специальности  
**31.08.74 Стоматология хирургическая**

Квалификация  
**«Врач – стоматолог-хирург»**

**Виды профессиональной деятельности,  
к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:**  
профилактическая;  
диагностическая;  
лечебная;  
реабилитационная;  
психолого-педагогическая;  
организационно-управленческая  
**форма обучения - очная**  
**срок получения образования по программе ординатуры – 2 года**

**на 2024-2025 учебный год**

Новосибирск, 2024

**СОГЛАСОВАНО:**

Ученым советом  
ЧОУ ВО «НМСИ ДЕНТМАСТЕР»

**УТВЕРЖДАЮ:**

РЕКТОР  
ЧОУ ВО «НМСИ ДЕНТМАСТЕР»

Протокол № 3 от «25» марта 2024 г

  
Б.В. Шеплев  
доктор медицинских наук  
«25» марта 2024 г

**КЛЮЧИ  
К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ  
Б1.В.ДВ.01.02 «ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ»**

**1. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ  
ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ  
ОБУЧАЮЩИХСЯ (ОРДИНАТОРОВ) ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

1.1 Ключи к тестовым заданиям для оценивания текущего контроля успеваемости  
в виде **ЗНАНИЙ:**

Тестовые задания представлены в документе «**Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.В.ДВ.01.02 «ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ»**» (см. пункт 6.1.1, стр. 10-19).

1-с	8-d	15-a	22-b	29-d	36-d	43-с	50-a	57-a	64-d	71-b	78-a	85-d	92-a	99-a
2-b	9-b	16-с	23-a	30-d	37-b	44-с	51-b	58-с	65-a	72-b	79-с	86-с	93-с	100-d
3-d	10-d	17-a	24-d	31-с	38-с	45-с	52-a	59-a	66-с	73-d	80-с	87-b	94-с	101-d
4-с	11-a	18-b	25-b	32-b	39-d	46-a	53-d	60-d	67-b	74-a	81-с	88-a	95-a	102-a
5-с	12-d	19-b	26-b	33-a	40-a	47-a	54-b	61-a	68-b	75-a	82-d	89-d	96-b	
6-b	13-a	20-b	27-с	34-с	41-d	48-d	55-с	62-a	69-b	76-с	83-d	90-b	97-a	
7-с	14-d	21-d	28-d	35-d	42-a	49-a	56-с	63-a	70-a	77-с	84-b	91-b	98-b	

**Критерии оценки тестового контроля:**

Оценка «**отлично**» выставляется обучающемуся (ординатору) при выполнении без ошибок более 85 % заданий.

Оценка «**хорошо**» выставляется обучающемуся (ординатору) при выполнении без ошибок более 65 % заданий.

Оценка «**удовлетворительно**» выставляется обучающемуся (ординатору) при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется обучающемуся (ординатору) при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

## 1.2 Ключи к вопросам для оценивания текущего контроля успеваемости в виде УМЕНИЙ:

Вопросы представлены в документе «**Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.В.ДВ.01.02 «ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ»**» (см. пункт 6.1.2, стр.19-21).

### **Ответ к вопросу № 1**

Основными задачами профилактики является устранение причин и условий возникновения и развития заболеваний, а также повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. Основной целью индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний является оздоровление населения, через осознание роли и значимости гигиенических процедур, повышения уровня стоматологических знаний, выработки мотивации сохранения здоровья зубов

### **Ответ к вопросу № 2**

*Основные средства индивидуальной гигиены полости рта:*

- зубные пасты, гели, зубные порошки;
- зубные щетки.

*Дополнительные средства гигиены полости рта:*

- флоссы;
- межзубные ершики;
- ирригаторы;
- средства для чистки языка: скребки, щетки-скребки;
- ополаскиватели для полости рта;
- порошки для обработки зубных протезов

### **Ответ к вопросу № 3**

Профессиональная гигиена полости рта - регулярный комплекс мероприятий, проводимых специалистом-стоматологом (гигиенистом), направленный на предотвращение развития кариеса и заболеваний пародонта и включающий профессиональную чистку зубов, контролируруемую индивидуальную гигиену полости рта (оценка гигиенического состояния полости рта, стоматологическое просвещение с созданием мотивации соблюдения профилактических процедур, подбор индивидуальных методов и средств гигиены полости рта, контроль эффективности гигиенических мероприятий), применение минерализующих составов и средств, снижающих чувствительность зубов, герметизацию фиссур.

### **Ответ к вопросу № 4**

Профилактика кариеса требует комплексного подхода, который осуществляется по двум основным направлениям: устранение уже существующего кариеса в полости рта и повышение резистентности тканей зуба. Многочисленными клиническими исследованиями доказано, что фториды стабилизируют деминерализацию и ускоряют процесс реминерализации твердых тканей зубов.

### **Ответ к вопросу № 5**

В качестве фторидсодержащих средств для местного применения используют зубные пасты, лаки, растворы для полосканий, растворы и гели для аппликаций.

*Зубные пасты.* Снижение заболеваемости кариесом в большинстве развитых стран за последние 20 лет в основном объясняется широким использованием фторидсодержащих зубных паст.

*Фторидсодержащие лаки* образуют прилегающую к эмали пленку, остающуюся на зубах в

течение нескольких часов, а в фиссурах, щелях и микропространствах — в течение нескольких дней и даже недель.

*Фторидсодержащие растворы и гели* для профессионального применения. В стоматологических клиниках применяют препараты с достаточно высокой концентрацией фторида натрия.

### **Ответ к вопросу № 6**

Данный метод лечения заключается в наполнении зубной эмали необходимыми минеральными веществами. Так как к основным элементам структуры зубов относятся фосфор и кальций, то именно они составляют основу реминерализующих составов. При этом фтор оказывает влияние на образование кислотоустойчивых форм основного вещества зубной эмали – апатита. Чтобы повысить эффективность процедуры ее сочетают с применением фторсодержащих средств, которые назначаются после окончания курса реминерализации. Реминерализующая терапия препаратами кальция обладает следующими преимуществами:

### **Ответ к вопросу № 7**

Герметизация, или запечатывание, фиссур — это специфический метод первичной профилактики кариеса зубов у детей. Механизм метода герметизации заключается в изоляции фиссуры в период созревания эмали путем создания физического барьера, предотвращающего попадание в ретенционные участки эмали микроорганизмов полости рта и конечных продуктов их жизнедеятельности — органических кислот, способных вызывать деминерализацию.

### **Ответ к вопросу № 8**

Показания к проведению метода герметизации:

- возрастные:

6—7 лет — для первых постоянных моляров;

10—11 лет — для премоляров; 12—13 лет — для вторых постоянных моляров;

- анатомические особенности жевательной поверхности зуба: наличие глубоких и с выраженным рельефом фиссур и ямок, которые не могут быть очищены обычными средствами и предметами гигиены;

- положение зуба в состоянии неполной окклюзии;

- низкий уровень гигиены полости рта пациента.

### **Ответ к вопросу № 9**

Стоматологическое просвещение – предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки правил поведения и привычек, максимально исключающих факторы риска возникновения заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень стоматологического здоровья.

### **Ответ к вопросу № 10**

Гипоплазия- заболевание представляет собой порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей.

*Клиника:* больные предъявляют жалобы на наличие дефекта твердых тканей зуба в виде измененного цвета или структуры эмали - в зависимости от формы гипоплазии. Болевых ощущений нет. Только при отсутствии эмали на всей коронке или в отдельных ее частях – в области борозд, углублений, может отмечаться боль от раздражителей, проходящая после их устранения.

### **Ответ к вопросу № 11**

Название этого патологического процесса обусловлено формой дефекта – в виде клина; он чаще встречается у лиц среднего и пожилого возраста – от 40 до 60 лет.

Лечение клиновидного дефекта включает в себя местную и общую терапию. Общее лечение предполагает обязательное лечение общего заболевания. Внутри назначаются препараты, со-

держашие кальций, фосфор, микроэлементы, витамины.

При глубине дефекта 2 мм и более проводится восстановление тканей зуба композиционными материалами.

### **Ответ к вопросу № 12**

Различают физиологическое стирание в результате жевания. Оно проявляется на буграх премоляров и моляров, по режущему краю резцов и буграм клыков.

Причины патологической стираемости:

- патология прикуса;
- потеря части зубов, функциональная перегрузка оставшихся зубов;
- вредные привычки;
- неправильная конструкция съёмных и несъёмных протезов (кламмер на зубе без коронки);
- частицы пыли и сажи на вредных производствах и другие профессиональные вредности;
- эндокринные расстройства при нарушении функций щитовидной, паращитовидной желез, гипофиза;
- некариозные поражения: флюороз, кислотный некроз, синдром Стентона-Капдепона, несовершенный амелогенез.
- имеют значение состояние желудочно-кишечного тракта, нервной системы, метод чистки зубов.

### **Ответ к вопросу № 13**

Клиника флюороза зависит от тяжести проявлений, поэтому выделяют следующие формы: пятнистую, штриховую, меловидно-крапчатую, эрозивную и деструктивную.

Последние две формы протекают с потерей тканей зуба. Пятна и полости могут быть меловидного цвета или пигментированными: жёлтыми, коричневыми. При незначительном превышении фтора поражаются только резцы, при большом - все зубы.

### **Ответ к вопросу № 14**

Жалобы на локальные изменения цвета зуба, возможно появление чувства оскомины. Белое пятно, характерное для острого течения кариеса, это — прогрессирующая деминерализация эмали. Пигментированное пятно интермиттирующая или приостановившаяся деминерализация, наблюдающаяся при хроническом течении.

### **Ответ к вопросу № 15**

*Дифференциальная диагностика* проводится с начальными формами гипоплазии и флюороза. Учитываются следующие данные: время возникновения поражений, их динамика, локализация, число и цвет, результаты зондирования, размер и форма, размягчение, способность поглощать краситель, гигиенический статус, условия жизни.

### **Ответ к вопросу № 16**

Лечение начального кариеса в стадии белого пятна направлено на повышение резистентности твердых тканей зуба, осуществляемой путем применения реминерализующих препаратов. Основным условием для проведения такого лечения является сохранение органического (белкового) матрикса эмали.

Наряду с реминерализующей терапией обязательным условием успешного лечения очаговой деминерализации является хороший и регулярный гигиенический уход за полостью рта.

### **Ответ к вопросу № 17**

При среднем кариесе кариозный процесс, разрушая дентиноэмалевую границу, переходит в дентин. Так как в дентине содержится больше органических веществ, а сам дентин пронизан системой дентинных канальцев, то кариозный процесс протекает более бурно.

При среднем кариесе больные могут не предъявлять жалоб, но иногда от воздействия терми-

ческих и химических раздражителей могут возникать кратковременные боли, которые быстро проходят после устранения раздражителей. При объективном исследовании видна кариозная полость, глубина которой при зондировании достигает 2–2,5 мм. Полость заполнена пищевыми остатками, пигментированным и размягченным дентином. Зондирование полости болезненно в области дентиноэмалевой границы.

### Ответ к вопросу № 18

Средний кариес дифференцируют от глубокого кариеса, хронического периодонтита и клиновидного дефекта.

При глубоком кариесе боли от всех видов раздражителей – быстро проходящие после устранения раздражителей. При хроническом периодонтите боли от всех видов раздражителей отсутствуют.

При клиновидном дефекте боли от всех видов раздражителей отсутствуют. Жалобы больной предъявляет чаще всего на нарушение эстетики.

### Ответ к вопросу № 19

Первым этапом лечения является препарирование кариозной полости, предварительно проводится обезболивание.

*I. Препарирование кариозной полости осуществляется в следующем порядке:*

1. Раскрытие кариозной полости.
2. Расширение полости.
3. Некрэктомия.
4. Формирование полости.
5. Финирование краев эмали

*II. Медикаментозная обработка кариозной полости*

*III. Пломбирование полости*

*IV. Финишная обработка пломбы:*

1. макроконтурирование
2. микроконтурирование
3. шлифование и полирование пломбы

### Ответ к вопросу № 20

Критерии оценки качества полирования пломбы:

- отполированная поверхность реставрации должна блестеть после высушивания воздухом;
- реставрация не должна содержать поверхностных и подповерхностных пор;
- диагностический зонд должен без задержек скользить по всей поверхности, включая линии перехода «композит/эмаль» и «композит/цемент»;
- флосс должен с усилием вводиться в межзубной промежуток, без задержек скользить по контактной поверхности и с большим усилием выводиться; флосс не должен рваться и застревать.

Качественные показатели пломбы – это сопоставления окклюзии. Пломба не должна завывать прикус, пациент не должен ее чувствовать, при необходимости необходимо повторить шлифовку.

### Ответ к вопросу № 21

При глубоком кариесе больные жалуются на острую кратковременную боль от температурных, химических и механических раздражителей. С устранением раздражителя, как правило, боль сразу исчезает. При осмотре и зондировании определяется глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина. Зондирование дна кариозной полости болезненно, но боль быстро проходит. Из-за близости пульпы возникает опасность ее вскрытия, поэтому зондирование следует проводить с большой осторожностью. Возникающие болевые ощущения являются ответной реакцией пульпы на раздражитель. Перкуссия зуба безболез-

ненная. Пальпация переходной складки безболезненная. Термометрия положительная. На рентгенограмме изменения в области верхушки корня не характерны.

### **Ответ к вопросу № 22**

Глубокий кариес в первую очередь необходимо дифференцировать от среднего кариеса, хронических форм пульпита и острого очагового пульпита.

При среднем кариесе больные жалуются на кратковременную боль от температурных и химических раздражителей, которая исчезает после устранения раздражителей.

При хронических пульпитах больной жалуется на самопроизвольную боль и боль от всех раздражителей.

При остром очаговом пульпите больные жалуются на боль самопроизвольного характера, усиливающуюся при действии всех раздражителей.

При хроническом периодонтите боли от всех видов раздражителей отсутствуют. Больные жалуются на незначительную боль при накусывании.

### **Ответ к вопросу № 23**

Независимо от типа применяемого композитного материала необходимо проведение предварительного кислотного протравливания поверхности эмали. Оно производится путем нанесения на скошенную поверхность эмали геля, основу которых составляет 35–37 % раствор фосфорной кислоты.

### **Ответ к вопросу № 24**

Смола, входящая в дентинный адгезив, проникает в дентинные канальцы, пространства, занятые ранее гидроксиапатитом, инкапсулирует коллагеновые волокна. После полимеризации образуется тонкий слой нового материала, состоящий из смолы и коллагеновых волокон дентина. Он и называется гибридным слоем.

### **Ответ к вопросу № 25**

Превалирующими этиологическими факторами обычно являются микроорганизмы, продукты их жизнедеятельности – токсины, распад органического вещества дентина, химические, токсические вещества экзогенного происхождения (кислоты, щелочи), температурные, механические, физические и другие раздражители.

К возникновению пульпита приводят различные травматические ситуации, химические факторы (при лечении кариеса), температурное влияние.

### **Ответ к вопросу № 26**

Характерным симптомом острого воспаления пульпы является острая спонтанная, иррадиирующая боль, усиливающаяся ночью. Она возникает внезапно, независимо от внешних факторов влияния: иногда возникновение боли провоцируют химические, термические и механические агенты.

### **Ответ к вопросу № 27**

При хроническом фиброзном пульпите в зубе ощущается постоянная тяжесть. Боль же появляется в ответ на действие термических, химических и механических раздражителей, интенсивность которых обычно связана с размещением кариозной полости.

### **Ответ к вопросу № 28**

Эта форма пульпита часто встречается у детей и лиц молодого возраста. Больные жалуются на боль и появление крови из кариозной полости во время приема пищи от травмы пищевым комком. Объективно большая кариозная полость заполнена мясистым опухолеподобным образованием. Ткань разросшейся пульпы при ее зондировании малочувствительная извне, но болезненна в области устьев корневых каналов, значительно кровоточит. После холодого

раздражителя возникает нерезкая боль, которая быстро проходит.

### **Ответ к вопросу № 29**

1. Возраст менее 45 лет.
2. Хороший уровень гигиены, снижающий вероятность частого кариеса.
3. При препарировании или в результате травмы произошло случайное вскрытие пульповой камеры.
4. Выявлены первые признаки начала пульпита в виде гиперемии пульпы, кратковременных болезненных ощущений на раздражители не более 2–3 минут.
5. Самопроизвольная боль отсутствует, нет положительной реакции при перкуссии.
6. На прицельном снимке или КТ наблюдается полное отсутствие патологических изменений в тканях периодонта.
7. В области зуба не выявлено патологий слизистой, воспаления пародонта, пародонтальных карманов.

### **Ответ к вопросу № 30**

*Показания.*

гиперемия пульпы;

острый ограниченный пульпит;

острый диффузный пульпит;

хронический фиброзный и хронический гипертрофический пульпит;

острый и хронический пульпит временных зубов в период резорбции корней и постоянных зубов с незаконченным ростом корней.

Для выбора ампутационного метода большое значение имеет возраст пациента и общее состояние больного.

### **Ответ к вопросу № 31**

Серозное воспаление периодонта начинается с гиперемии, воспалительного отека и небольшой инфильтрации лейкоцитами. В фазу выраженного острого воспаления наблюдается обильная инфильтрация периодонта полиморфно-ядерными лейкоцитами, что ведет к расплавлению ткани и образованию гноя. Ближайшие участки периодонта, кость челюсти, а также десна и мягкие ткани щеки находятся в состоянии реактивного воспаления в виде воспалительной гиперемии и воспалительного отека. Надкостница утолщена, гиперемирована, иногда отслоена гноем. Микроскопически определяется резкое полнокровие костного мозга, очаговые нагноения в нем.

### **Ответ к вопросу № 32**

В начальной стадии острого периодонтита больные жалуются на не резко выраженную ноющую боль. Она обычно локализована с ощущением «выросшего» зуба. Больной точно указывает на зуб, так как боль не иррадирует.

Объективно: зуб интактный или же с разрушенной кариозным процессом коронкой, реже наблюдается травматическое повреждение твердых тканей. Кариозная полость не всегда сообщается с полостью зуба, зондирование дна и реакция на холод безболезненны. Реакция на перкуссию слабо выражена. Десна в области переходной складки может быть без изменений или слегка гиперемирована, отечна.

### **Ответ к вопросу № 33**

Острый апикальный периодонтит характеризуется появлением постоянных, постепенно усиливающихся болей. Они имеют четкую локализацию, и пациент точно указывает на пораженный зуб («симптом выросшего зуба»). Зуб мог ранее подвергаться лечению по поводу кариеса и быть запломбирован. Иногда боли возникают после лечения по поводу пульпита и пломбирования канала, но, как правило, при частичном его заполнении. При осмотре слизистая обо-

лочка чаще не изменена, пальпация и перкуссия зуба умеренно болезненны. Рентгенологически изменения в периодонте в большинстве случаев не выявляются, что указывает на краткосрочность развития воспаления.

#### **Ответ к вопросу № 34**

*Клиническая картина.* Ведущий признак гиперпластического гингивита — необычный вид десны вследствие ее разрастания, деформации межзубных десневых сосочков и маргинальной десны. При фиброзной форме такое состояние не сопровождается кровоточивостью десны и неприятными ощущениями, при отеочной — пациенты указывают на кровоточивость при чистке зубов, приеме пищи, реже спонтанную кровоточивость, иногда — незначительные болевые ощущения. Десневые сосочки и десневой край не только гипертрофированы, но и гиперемированы. При этом целостность зубодесневого соединения не нарушена, определяются лишь «ложные» карманы.

#### **Ответ к вопросу № 35**

Пародонтит — это воспаление тканей пародонта, характеризующееся деструкцией связочного аппарата периодонта и альвеолярной кости.

Главную роль в развитии заболевания играют неудовлетворительная гигиена полости рта, состояние иммунной системы и неспецифические факторы защиты.

#### **Ответ к вопросу № 36**

Лечение заболеваний пародонта целесообразно проводить комплексно с применением общей и местной терапии. Хирургический метод в комплексном лечении подавляющего большинства заболеваний пародонта является приоритетным. Оно проводится после консервативной терапии и направлено на ликвидацию местных причин, поддерживающих воспаление: удаление зубных отложений, в том числе поддесневых. Выскабливание грануляций и дезэпитализацию десневого кармана.

#### **Ответ к вопросу № 37**

В происхождении пародонтоза, по-видимому, ведущее значение имеют общие (системные) факторы. Именно поэтому изменения в тканях пародонта — местное проявление системной дистрофии. В число системных факторов могут входить заболевания внутренних органов и систем (атеросклероз, гипертоническая болезнь и др.), нейрогенные дистрофии, а также проявления системной, в том числе при экстремальных воздействиях (гипоксия, гиподинамия и др.). Патогенетические механизмы пародонтоза заключаются в нарушении трофики костной ткани, периодонта (задержка обновления тканевых структур, нарушение метаболизма белка, минерального и других видов обмена). В отличие от воспалительных заболеваний, при пародонтозе гипоксия первична.

#### **Ответ к вопросу № 38**

Пародонтоз не вызывает болевых и других ощущений, поэтому больные, как правило, не обращаются к врачу. При средней и тяжелой степени заболевание может осложниться воспалением десны и фактически трансформируется в пародонтит, который характеризуется преимущественно горизонтальной, достаточно равномерной атрофией кости, равномерным обнажением шеек зубов, клиновидными дефектами и неглубокими, приблизительно равной глубины пародонтальными карманами.

#### **Ответ к вопросу № 39**

Для всех идиопатических заболеваний характерно образование зубодесневых карманов с серозно-гнойным отделяемым, подвижность зубов, клиническая картина может быть схожа с клиникой пародонтита. В ряде случаев наблюдается симметричность поражений пародонта. При рентгеновском исследовании обнаруживается выраженный остеопороз и разрушение

костной ткани альвеолы ограниченного или диффузного характера. Остеопороз может выявляться и в других костях скелета

#### **Ответ к вопросу № 40**

Слизистая оболочка полости рта поражается при всех формах сифилиса. Сифилитические проявления на слизистой оболочке являются наиболее опасными с эпидемиологической точки зрения, особенно на ранних стадиях заболевания. Этому способствуют частые эрозии и язвления сифилитических высыпаний, выделения которых содержат большое количество бледных трепонем. Слизистая оболочка часто травмируется уксусом, порезом острыми краями кариеса или плохо отполированными пломбами, съемными и несъемными зубными протезами. Несчастные случаи возможны при ортопедических, терапевтических и хирургических вмешательствах, а также при ортодонтическом лечении.

#### **Ответ к вопросу № 41**

Механическая травма слизистой оболочки полости рта может быть как острой, так и хронической.

Клиника острой механической травмы сопровождается незначительной болезненностью. На месте острой механической травмы может быть либо эрозия, либо язва, либо участок кровоизлияния. Часто эрозия и язва неправильной формы, с нечеткими краями. Эрозия на слизистой оболочке полости рта быстро заживает, однако при вторичном инфицировании эрозия превращается в язву.

Лечение острой механической травмы слизистой оболочки полости рта не представляет никаких трудностей. Итак, если есть кровотечение – использовать перекись водорода 1,5%; участок повреждения обработать теплым раствором антисептика, при значительной болезненности можно использовать анестетик. Пациенту назначают ротовые ванночки с теплым раствором антисептика, аппликации пенных аэрозолей (пентанол, гипозоль). Если рана была очень глубокой, то следует накладывать швы.

#### **Ответ к вопросу № 42**

Хроническая травма слизистой оболочки полости рта подразумевает воздействие раздражающего фактора в течение длительного времени. Главными причинами в возникновении хронической травмы слизистой оболочки полости рта считают:

- нависающие края пломб;
- невосстановленный контактный пункт;
- некачественные протезы;
- зубочелюстные аномалии (зубы вне зубной дуги, глубокий, открытый, перекрестный прикус);
- металлические лигатуры;
- некачественные шины;
- вредные привычки.

#### **Ответ к вопросу № 43**

В первую очередь лечение хронической механической травмы слизистой оболочки полости рта должно быть направлено на устранение раздражающего фактора. Все пломбы должны быть восстановлены, протезы откорректированы (на время лечения язв протезы в принципе не рекомендуются носить). При болезненности следует обработать эрозию/язву теплым раствором анестетика. Для облегчения снятия некротических или фибриновых пленок нужно перед началом этой процедуры обработать рану протеолитическими ферментами в течение 1-2 минут. Накладываются пенные аэрозоли, заживляющие мази типа солкосерила, кератопластические средства (масло облепихи, шиповника).

**Ответ к вопросу № 44**

Агранулоцитоз - заболевание, характеризующееся резким уменьшением или полным исчезновением из крови нейтрофильных лейкоцитов - гранулоцитов.

*Клинические проявления.* Агранулоцитоз характеризуется резкой бледностью слизистой оболочки, развитием язвенно-некротических процессов в полости рта (на нёбе, миндалинах, губах, деснах, языке) с тенденцией к углублению (вплоть до кости), сопровождающихся резкой болезненностью. Аналогичные изменения могут проявляться по ходу пищеварительного тракта. Процесс сопровождается высокой температурой, слабостью.

**Ответ к вопросу № 45**

В продромальном периоде у детей отмечают чувство жжения, кратковременную болезненность. При осмотре слизистой оболочки полости рта видны участки гиперемии, незначительная отечность. Через несколько часов появляется морфологический элемент – афта. Она располагается на фоне гиперемизированного пятна, округлой или овальной формы, покрыта фибринозным налетом. Афты заживают без рубца через 5–7 дней. У некоторых больных некротизируется верхний слой собственно слизистой оболочки и афты углубляются. Афты локализуются на различных участках слизистой оболочки, но чаще на слизистой губ, щек, переходных складок верхней и нижней челюстей, боковой поверхности и спинке языка.

**Ответ к вопросу № 46**

В общее лечение включают десенсибилизирующую терапию, витаминотерапию, иммуномодулирующую терапию, средства, нормализующие микрофлору кишечника.

К местной терапии следует отнести обезболивание слизистой оболочки полости рта, аппликации протеолитических ферментов, обработку антисептиками и противовоспалительными средствами, нанесение кератопластических средств.

Одним из наиболее эффективных антисептических и противовоспалительных средств является «Метрогил–Дента».

Комбинация метронидазола и хлоргексидина эффективно подавляет аэробные и анаэробные микроорганизмы, вызывающие заболевания ротовой полости.

**Ответ к вопросу № 47**

Кандидоз - это острое или хроническое, иногда принимающее рецидивирующий характер, инфекционное заболевание, которое вызывается грибами рода *Candida*.

Оральный кандидоз характеризуется значительным разнообразием клинических форм - стоматиты, глосситы, гингивиты, заеды, хейлиты, ангины.

При постановке диагноза кандидоза основываются на типичных жалобах больных, клинической картине, данных лабораторных исследований (микроскопическое исследование соскоба с поверхности слизистой оболочки рта), результатах клинического анализа крови. Во всех вариантах хронического кандидоза, особенно рецидивирующего, необходимо проводить исследование крови на содержание глюкозы для исключения сахарного диабета. Производят осмотр кожи и ногтей, по показаниям направляют больного на консультацию к микологу, эндокринологу, гинекологу.

В случае особого затруднения постановки диагноза прибегают к биопсии.

**Критерии оценки ответа на вопросы (письменные/устные ответы на вопросы):**

Оценка «отлично» выставляется ординатору, если содержание работы соответствует вопросу, ординатор владеет материалом, ответ полный и развернутый;

Оценка «хорошо» выставляется, если в работе содержание соответствует вопросу, ординатор владеет материалом, ответ неполный;

Оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, если содержание работы соответствует вопросу, ординатор владеет материалом, но не мог выделить в работе главную

мысль, ответ не полный;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если работа не подготовлена, содержание не соответствует вопросу темы.

## 2. КЛЮЧИ К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ (ОРДИНАТОРОВ) ПО ДИСЦИПЛИНЕ В ФОРМЕ ЗАЧЕТА

### 2.1 Ключи к вопросам для проведения промежуточной аттестации в виде УМЕНИЙ:

Вопросы представлены в документе «Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1. В. ДВ.01.02 «ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ» (см. пункт 6.2.2, стр. 44-46).

#### Ответ к вопросу № 1

Основными задачами профилактики является устранение причин и условий возникновения и развития заболеваний, а также повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. Основной целью индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний является оздоровление населения, через осознание роли и значимости гигиенических процедур, повышения уровня стоматологических знаний, выработки мотивации сохранения здоровья зубов

#### Ответ к вопросу № 2

*Основные средства индивидуальной гигиены полости рта:*

- зубные пасты, гели, зубные порошки;
- зубные щетки.

*Дополнительные средства гигиены полости рта:*

- флоссы;
- межзубные ершики;
- ирригаторы;
- средства для чистки языка: скребки, щетки-скребки;
- ополаскиватели для полости рта;
- порошки для обработки зубных протезов

#### Ответ к вопросу № 3

Профессиональная гигиена полости рта - регулярный комплекс мероприятий, проводимых специалистом-стоматологом (гигиенистом), направленный на предотвращение развития кариеса и заболеваний пародонта и включающий профессиональную чистку зубов, контролируруемую индивидуальную гигиену полости рта (оценка гигиенического состояния полости рта, стоматологическое просвещение с созданием мотивации соблюдения профилактических процедур, подбор индивидуальных методов и средств гигиены полости рта, контроль эффективности гигиенических мероприятий), применение минерализующих составов и средств, снижающих чувствительность зубов, герметизацию фиссур.

#### Ответ к вопросу № 4

Профилактика кариеса требует комплексного подхода, который осуществляется по двум основным направлениям: устранение уже существующего кариеса в полости рта и повышение резистентности тканей зуба. Многочисленными клиническими исследованиями доказано, что фториды стабилизируют деминерализацию и ускоряют процесс реминерализации твердых тканей зубов.

**Ответ к вопросу № 5**

В качестве фторидсодержащих средств для местного применения используют зубные пасты, лаки, растворы для полосканий, растворы и гели для аппликаций.

*Зубные пасты.* Снижение заболеваемости кариесом в большинстве развитых стран за последние 20 лет в основном объясняется широким использованием фторидсодержащих зубных паст.

*Фторидсодержащие лаки* образуют прилегающую к эмали пленку, остающуюся на зубах в течение нескольких часов, а в фиссурах, щелях и микропространствах — в течение нескольких дней и даже недель.

*Фторидсодержащие растворы и гели* для профессионального применения. В стоматологических клиниках применяют препараты с достаточно высокой концентрацией фторида натрия.

**Ответ к вопросу № 6**

Данный метод лечения заключается в наполнении зубной эмали необходимыми минеральными веществами. Так как к основным элементам структуры зубов относятся фосфор и кальций, то именно они составляют основу реминерализирующих составов. При этом фтор оказывает влияние на образование кислотоустойчивых форм основного вещества зубной эмали – апатита. Чтобы повысить эффективность процедуры ее сочетают с применением

фторсодержащих средств, которые назначаются после окончания курса реминерализации.

Реминерализующая терапия препаратами кальция обладает следующими преимуществами:

**Ответ к вопросу № 7**

Герметизация, или запечатывание, фиссур — это специфический метод первичной профилактики кариеса зубов у детей. Механизм метода герметизации заключается в изоляции фиссуры в период созревания эмали путем создания физического барьера, предотвращающего попадание в ретенционные участки эмали микроорганизмов полости рта и конечных продуктов их жизнедеятельности — органических кислот, способных вызывать деминерализацию.

**Ответ к вопросу № 8**

Показания к проведению метода герметизации:

- возрастные:

6—7 лет — для первых постоянных моляров;

10—11 лет — для премоляров; 12—13 лет — для вторых постоянных моляров;

- анатомические особенности жевательной поверхности зуба: наличие глубоких и с выраженным рельефом фиссур и ямок, которые не могут быть очищены обычными средствами и предметами гигиены;

- положение зуба в состоянии неполной окклюзии;

- низкий уровень гигиены полости рта пациента.

**Ответ к вопросу № 9**

Стоматологическое просвещение – предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки правил поведения и привычек, максимально исключающих факторы риска возникновения заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень стоматологического здоровья.

**Ответ к вопросу № 10**

Гипоплазия- заболевание представляет собой порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей.

*Клиника:* больные предъявляют жалобы на наличие дефекта твердых тканей зуба в виде измененного цвета или структуры эмали - в зависимости от формы гипоплазии. Болевых ощущений нет. Только при отсутствии эмали на всей коронке или в отдельных ее частях – в области борозд, углублений, может отмечаться боль от раздражителей, проходящая после их устранения.

ния.

### **Ответ к вопросу № 11**

Название этого патологического процесса обусловлено формой дефекта – в виде клина; он чаще встречается у лиц среднего и пожилого возраста – от 40 до 60 лет.

Лечение клиновидного дефекта включает в себя местную и общую терапию. Общее лечение предполагает обязательное лечение общего заболевания. Внутри назначаются препараты, содержащие кальций, фосфор, микроэлементы, витамины.

При глубине дефекта 2 мм и более проводится восстановление тканей зуба композиционными материалами.

### **Ответ к вопросу № 12**

Различают физиологическое стирание в результате жевания. Оно проявляется на буграх премоляров и моляров, по режущему краю резцов и буграм клыков.

Причины патологической стираемости:

- патология прикуса;
- потеря части зубов, функциональная перегрузка оставшихся зубов;
- вредные привычки;
- неправильная конструкция съёмных и несъёмных протезов (кламмер на зубе без коронки);
- частицы пыли и сажи на вредных производствах и другие профессиональные вредности;
- эндокринные расстройства при нарушении функций щитовидной, паращитовидной желез, гипофиза;
- некариозные поражения: флюороз, кислотный некроз, синдром Стентона-Капдепона, несовершенный амелогенез.
- имеют значение состояние желудочно-кишечного тракта, нервной системы, метод чистки зубов.

### **Ответ к вопросу № 13**

Клиника флюороза зависит от тяжести проявлений, поэтому выделяют следующие формы: пятнистую, штриховую, меловидно-крапчатую, эрозивную и деструктивную.

Последние две формы протекают с потерей тканей зуба. Пятна и полости могут быть меловидного цвета или пигментированными: жёлтыми, коричневыми. При незначительном превышении фтора поражаются только резцы, при большом - все зубы.

### **Ответ к вопросу № 14**

Жалобы на локальные изменения цвета зуба, возможно появление чувства оскомины. Белое пятно, характерное для острого течения кариеса, это — прогрессирующая деминерализация эмали. Пигментированное пятно интермиттирующая или приостановившаяся деминерализация, наблюдающаяся при хроническом течении.

### **Ответ к вопросу № 15**

*Дифференциальная диагностика* проводится с начальными формами гипоплазии и флюороза. Учитываются следующие данные: время возникновения поражений, их динамика, локализация, число и цвет, результаты зондирования, размер и форма, размягчение, способность поглощать краситель, гигиенический статус, условия жизни.

### **Ответ к вопросу № 16**

Лечение начального кариеса в стадии белого пятна направлено на повышение резистентности твердых тканей зуба, осуществляемой путем применения реминерализующих препаратов. Основным условием для проведения такого лечения является сохранение органического (белкового) матрикса эмали.

Наряду с реминерализующей терапией обязательным условием успешного лечения очаговой

деминерализации является хороший и регулярный гигиенический уход за полостью рта.

### **Ответ к вопросу № 17**

При среднем кариесе кариозный процесс, разрушая дентиноэмалевую границу, переходит в дентин. Так как в дентине содержится больше органических веществ, а сам дентин пронизан системой дентинных канальцев, то кариозный процесс протекает более бурно.

При среднем кариесе больные могут не предъявлять жалоб, но иногда от воздействия термических и химических раздражителей могут возникать кратковременные боли, которые быстро проходят после устранения раздражителей. При объективном исследовании видна кариозная полость, глубина которой при зондировании достигает 2–2,5 мм. Полость заполнена пищевыми остатками, пигментированным и размягченным дентином. Зондирование полости болезненно в области дентиноэмалевой границы.

### **Ответ к вопросу № 18**

Средний кариес дифференцируют от глубокого кариеса, хронического периодонтита и клиновидного дефекта.

При глубоком кариесе боли от всех видов раздражителей – быстро проходящие после устранения раздражителей. При хроническом периодонтите боли от всех видов раздражителей отсутствуют.

При клиновидном дефекте боли от всех видов раздражителей отсутствуют. Жалобы больной предъявляет чаще всего на нарушение эстетики.

### **Ответ к вопросу № 19**

Первым этапом лечения является препарирование кариозной полости, предварительно проводится обезболивание.

*1. Препарирование кариозной полости осуществляется в следующем порядке:*

- раскрытие кариозной полости
- расширение полости
- некрэктомия
- формирование полости
- финирирование краев эмали

*2. Медикаментозная обработка кариозной полости*

*3. Пломбирование полости*

*4. Финишная обработка пломбы:*

- макроконтурирование
- микроконтурирование
- шлифование и полирование пломбы

### **Ответ к вопросу № 20**

Критерии оценки качества полирования пломбы:

- отполированная поверхность реставрации должна блестеть после высушивания воздухом;
- реставрация не должна содержать поверхностных и подповерхностных пор;
- диагностический зонд должен без задержек скользить по всей поверхности, включая линии перехода «композит/эмаль» и «композит/цемент»;
- флосс должен с усилием вводиться в межзубной промежуток, без задержек скользить по контактной поверхности и с большим усилием выводиться; флосс не должен рваться и застревать.

Качественные показатели пломбы – это сопоставления окклюзии. Пломба не должна завывать прикус, пациент не должен ее чувствовать, при необходимости необходимо повторить шлифовку.

**Ответ к вопросу № 21**

При глубоком кариесе больные жалуются на острую кратковременную боль от температурных, химических и механических раздражителей. С устранением раздражителя, как правило, боль сразу исчезает. При осмотре и зондировании определяется глубокая кариозная полость с большим количеством размягченной дентина. Зондирование дна кариозной полости болезненно, но боль быстро проходит. Из-за близости пульпы возникает опасность ее вскрытия, поэтому зондирование следует проводить с большой осторожностью. Возникающие болевые ощущения являются ответной реакцией пульпы на раздражитель. Перкуссия зуба безболезненная. Пальпация переходной складки безболезненная. Термометрия положительная. На рентгенограмме изменения в области верхушки корня не характерны.

**Ответ к вопросу № 22**

Глубокий кариес в первую очередь необходимо дифференцировать от среднего кариеса, хронических форм пульпита и острого очагового пульпита.

При среднем кариесе больные жалуются на кратковременную боль от температурных и химических раздражителей, которая исчезает после устранения раздражителей.

При хронических пульпитах больной жалуется на самопроизвольную боль и боль от всех раздражителей.

При остром очаговом пульпите больные жалуются на боль самопроизвольного характера, усиливающуюся при действии всех раздражителей.

При хроническом периодонтите боли от всех видов раздражителей отсутствуют. Больные жалуются на незначительную боль при накусывании.

**Ответ к вопросу № 23**

Независимо от типа применяемого композитного материала необходимо проведение предварительного кислотного протравливания поверхности эмали. Оно производится путем нанесения на скошенную поверхность эмали геля, основу которых составляет 35–37 % раствор фосфорной кислоты.

**Ответ к вопросу № 24**

Смола, входящая в дентинный адгезив, проникает в дентинные каналы, пространства, занятые ранее гидроксиапатитом, инкапсулирует коллагеновые волокна. После полимеризации образуется тонкий слой нового материала, состоящий из смолы и коллагеновых волокон дентина. Он и называется гибридным слоем.

**Ответ к вопросу № 25**

Преобладающими этиологическими факторами обычно являются микроорганизмы, продукты их жизнедеятельности – токсины, распад органического вещества дентина, химические, токсические вещества экзогенного происхождения (кислоты, щелочи), температурные, механические, физические и другие раздражители.

К возникновению пульпита приводят различные травматические ситуации, химические факторы (при лечении кариеса), температурное влияние.

**Ответ к вопросу № 26**

Характерным симптомом острого воспаления пульпы является острая спонтанная, иррадиирующая боль, усиливающаяся ночью. Она возникает внезапно, независимо от внешних факторов влияния: иногда возникновение боли провоцируют химические, термические и механические агенты.

**Ответ к вопросу № 27**

При хроническом фиброзном пульпите в зубе ощущается постоянная тяжесть. Боль же появ-

ляется в ответ на действие термических, химических и механических раздражителей, интенсивность которых обычно связана с размещением кариозной полости.

### **Ответ к вопросу № 28**

Эта форма пульпита часто встречается у детей и лиц молодого возраста. Больные жалуются на боль и появление крови из кариозной полости во время приема пищи от травмы пищевым комком. Объективно большая кариозная полость заполнена мясистым опухолеподобным образованием. Ткань разросшейся пульпы при ее зондировании малочувствительная извне, но болезненна в области устьев корневых каналов, значительно кровоточит. После холодого раздражителя возникает резкая боль, которая быстро проходит.

### **Ответ к вопросу № 29**

1. Возраст менее 45 лет.
2. Хороший уровень гигиены, снижающий вероятность частого кариеса.
3. При препарировании или в результате травмы произошло случайное вскрытие пульповой камеры.
4. Выявлены первые признаки начала пульпита в виде гиперемии пульпы, кратковременных болезненных ощущений на раздражители не более 2–3 минут.
5. Самопроизвольная боль отсутствует, нет положительной реакции при перкуссии.
6. На прицельном снимке или КТ наблюдается полное отсутствие патологических изменений в тканях периодонта.
7. В области зуба не выявлено патологий слизистой, воспаления пародонта, пародонтальных карманов.

### **Ответ к вопросу № 30**

*Показания.*

гиперемия пульпы;

острый ограниченный пульпит;

острый диффузный пульпит;

хронический фиброзный и хронический гипертрофический пульпит;

острый и хронический пульпит временных зубов в период резорбции корней и постоянных зубов с незаконченным ростом корней.

Для выбора ампутационного метода большое значение имеет возраст пациента и общее состояние больного.

### **Ответ к вопросу № 31**

Серозное воспаление периодонта начинается с гиперемии, воспалительного отека и небольшой инфильтрации лейкоцитами. В фазу выраженного острого воспаления наблюдается обильная инфильтрация периодонта полиморфно-ядерными лейкоцитами, что ведет к расплавлению ткани и образованию гноя. Ближайшие участки периодонта, кость челюсти, а также десна и мягкие ткани щеки находятся в состоянии реактивного воспаления в виде воспалительной гиперемии и воспалительного отека. Надкостница утолщена, гиперемирована, иногда отслоена гноем. Микроскопически определяется резкое полнокровие костного мозга, очаговые нагноения в нем.

### **Ответ к вопросу № 32**

В начальной стадии острого периодонтита больные жалуются на не резко выраженную ноющую боль. Она обычно локализована с ощущением «выросшего» зуба. Больной точно указывает на зуб, так как боль не иррадирует.

Объективно: зуб интактный или же с разрушенной кариозным процессом коронкой, реже наблюдается травматическое повреждение твердых тканей. Кариозная полость не всегда сообщается с полостью зуба, зондирование дна и реакция на холод безболезненны. Реакция на

перкуссии слабо выражена Десна в области переходной складки может быть без изменений или слегка гиперемирована, отечна.

### **Ответ к вопросу № 33**

Острый апикальный периодонтит характеризуется появлением постоянных, постепенно усиливающихся болей. Они имеют четкую локализацию, и пациент точно указывает на пораженный зуб («симптом выросшего зуба»). Зуб мог ранее подвергаться лечению по поводу кариеса и быть запломбирован. Иногда боли возникают после лечения по поводу пульпита и пломбирования канала, но, как правило, при частичном его заполнении. При осмотре слизистая оболочка чаще не изменена, пальпация и перкуссия зуба умеренно болезненны. Рентгенологически изменения в периодонте в большинстве случаев не выявляются, что указывает на краткосрочность развития воспаления.

### **Ответ к вопросу № 34**

*Клиническая картина.* Ведущий признак гиперпластического гингивита — необычный вид десны вследствие ее разрастания, деформации межзубных десневых сосочков и маргинальной десны. При фиброзной форме такое состояние не сопровождается кровоточивостью десны и неприятными ощущениями, при отечной — пациенты указывают на кровоточивость при чистке зубов, приеме пищи, реже спонтанную кровоточивость, иногда — незначительные болевые ощущения. Десневые сосочки и десневой край не только гипертрофированы, но и гиперемированы. При этом целостность зубодесневого соединения не нарушена, определяются лишь «ложные» карманы.

### **Ответ к вопросу № 35**

Пародонтит — это воспаление тканей пародонта, характеризующееся деструкцией связочного аппарата периодонта и альвеолярной кости.

Главную роль в развитии заболевания играют неудовлетворительная гигиена полости рта, состояние иммунной системы и неспецифические факторы защиты.

### **Ответ к вопросу № 36**

Лечение заболеваний пародонта целесообразно проводить комплексно с применением общей и местной терапии. Хирургический метод в комплексном лечении подавляющего большинства заболеваний пародонта является приоритетным. Оно проводится после консервативной терапии и направлено на ликвидацию местных причин, поддерживающих воспаление: удаление зубных отложений, в том числе поддесневых. Выскабливание грануляций и деэпитализацию десневого кармана.

### **Ответ к вопросу № 37**

В происхождении пародонтоза, по-видимому, ведущее значение имеют общие (системные) факторы. Именно поэтому изменения в тканях пародонта — местное проявление системной дистрофии. В число системных факторов могут входить заболевания внутренних органов и систем (атеросклероз, гипертоническая болезнь и др.), нейрогенные дистрофии, а также проявления системной, в том числе при экстремальных воздействиях (гипоксия, гиподинамия и др.). Патогенетические механизмы пародонтоза заключаются в нарушении трофики костной ткани, периодонта (задержка обновления тканевых структур, нарушение метаболизма белка, минерального и других видов обмена). В отличие от воспалительных заболеваний, при пародонтозе гипоксия первична.

### **Ответ к вопросу № 38**

Пародонтоз не вызывает болевых и других ощущений, поэтому больные, как правило, не обращаются к врачу. При средней и тяжелой степени заболевание может осложняться воспалением десны и фактически трансформируется в пародонтит, который характеризуется преиму-

щественно горизонтальной, достаточно равномерной атрофией кости, равномерным обнажением шеек зубов, клиновидными дефектами и неглубокими, приблизительно равной глубины пародонтальными карманами.

### **Ответ к вопросу № 39**

Для всех идиопатических заболеваний характерно образование зубодесневых карманов с серозно-гнойным отделяемым, подвижность зубов, клиническая картина может быть схожа с клиникой пародонтита. В ряде случаев наблюдается симметричность поражений пародонта. При рентгеновском исследовании обнаруживается выраженный остеопороз и разрушение костной ткани альвеолы ограниченного или диффузного характера. Остеопороз может выявляться и в других костях скелета

### **Ответ к вопросу № 40**

Слизистая оболочка полости рта поражается при всех формах сифилиса. Сифилитические проявления на слизистой оболочке являются наиболее опасными с эпидемиологической точки зрения, особенно на ранних стадиях заболевания. Этому способствуют частые эрозии и язвения сифилитических высыпаний, выделения которых содержат большое количество бледных трепонем. Слизистая оболочка часто травмируется уксусом, порезом острыми краями кариеса или плохо отполированными пломбами, съемными и несъемными зубными протезами. Несчастные случаи возможны при ортопедических, терапевтических и хирургических вмешательствах, а также при ортодонтическом лечении.

### **Ответ к вопросу № 41**

Механическая травма слизистой оболочки полости рта может быть как острой, так и хронической.

Клиника острой механической травмы сопровождается незначительной болезненностью. На месте острой механической травмы может быть либо эрозия, либо язва, либо участок кровоизлияния. Часто эрозия и язва неправильной формы, с нечеткими краями. Эрозия на слизистой оболочке полости рта быстро заживает, однако при вторичном инфицировании эрозия превращается в язву.

Лечение острой механической травмы слизистой оболочки полости рта не представляет никаких трудностей. Итак, если есть кровотечение – использовать перекись водорода 1,5%; участок повреждения обработать теплым раствором антисептика, при значительной болезненности можно использовать анестетик. Пациенту назначают ротовые ванночки с теплым раствором антисептика, аппликации пенных аэрозолей (пентанол, гипозоль). Если рана была очень глубокой, то следует накладывать швы.

### **Ответ к вопросу № 42**

Хроническая травма слизистой оболочки полости рта подразумевает воздействие раздражающего фактора в течение длительного времени. Главными причинами в возникновении хронической травмы слизистой оболочки полости рта считают:

- нависающие края пломб;
- невосстановленный контактный пункт;
- некачественные протезы;
- зубочелюстные аномалии (зубы вне зубной дуги, глубокий, открытый, перекрестный прикус);
- металлические лигатуры;
- некачественные шины;
- вредные привычки.

**Ответ к вопросу № 43**

В первую очередь лечение хронической механической травмы слизистой оболочки полости рта должно быть направлено на устранение раздражающего фактора. Все пломбы должны быть восстановлены, протезы откорректированы (на время лечения язв протезы в принципе не рекомендуются носить). При болезненности следует обработать эрозию/язву теплым раствором анестетика. Для облегчения снятия некротических или фибриновых пленок нужно перед началом этой процедуры обработать рану протеолитическими ферментами в течение 1-2 минут. Накладываются пенные аэрозоли, заживляющие мази типа солкосерила, кератопластические средства (масло облепихи, шиповника).

**Ответ к вопросу № 44**

Агранулоцитоз - заболевание, характеризующееся резким уменьшением или полным исчезновением из крови нейтрофильных лейкоцитов - гранулоцитов.

*Клинические проявления.* Агранулоцитоз характеризуется резкой бледностью слизистой оболочки, развитием язвенно-некротических процессов в полости рта (на нёбе, миндалинах, губах, деснах, языке) с тенденцией к углублению (вплоть до кости), сопровождающихся резкой болезненностью. Аналогичные изменения могут проявляться по ходу пищеварительного тракта. Процесс сопровождается высокой температурой, слабостью.

**Ответ к вопросу № 45**

В продромальном периоде у детей отмечают чувство жжения, кратковременную болезненность. При осмотре слизистой оболочки полости рта видны участки гиперемии, незначительная отечность. Через несколько часов появляется морфологический элемент – афта. Она располагается на фоне гиперемизированного пятна, округлой или овальной формы, покрыта фибриновым налетом. Афты заживают без рубца через 5–7 дней. У некоторых больных некротизируется верхний слой собственно слизистой оболочки и афты углубляются. Афты локализуются на различных участках слизистой оболочки, но чаще на слизистой губ, щек, переходных складок верхней и нижней челюстей, боковой поверхности и спинке языка.

**Ответ к вопросу № 46**

В общем лечении включают десенсибилизирующую терапию, витаминотерапию, иммуномодулирующую терапию, средства, нормализующие микрофлору кишечника.

К местной терапии следует отнести обезболивание слизистой оболочки полости рта, аппликации протеолитических ферментов, обработку антисептиками и противовоспалительными средствами, нанесение кератопластических средств.

Одним из наиболее эффективных антисептических и противовоспалительных средств является «Метрогил-Дента».

Комбинация метронидазола и хлоргексидина эффективно подавляет аэробные и анаэробные микроорганизмы, вызывающие заболевания ротовой полости.

**Ответ к вопросу № 47**

Кандидоз - это острое или хроническое, иногда принимающее рецидивирующий характер, инфекционное заболевание, которое вызывается грибами рода *Candida*.

Оральный кандидоз характеризуется значительным разнообразием клинических форм - стоматиты, глосситы, гингивиты, заеды, хейлиты, ангины.

При постановке диагноза кандидоза основываются на типичных жалобах больных, клинической картине, данных лабораторных исследований (микроскопическое исследование соскоба с поверхности слизистой оболочки рта), результатах клинического анализа крови. Во всех вариантах хронического кандидоза, особенно рецидивирующего, необходимо проводить исследование крови на содержание глюкозы для исключения сахарного диабета. Производят осмотр кожи и ногтей, по показаниям направляют больного на консультацию к микологу, эндокринологу, гинекологу.

В случае особого затруднения постановки диагноза прибегают к биопсии.

## 2.2 Ключи к ситуационным задачам для проведения промежуточной аттестации в виде **ВЛАДЕНИЙ**:

Ситуационные задачи представлены в документе «**Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.В.ДВ.01.02 «ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ»**» (см. пункт 6.3.2, стр. 48-55).

### **Ответ к ситуационной задаче № 1**

1. Острый очаговый пульпит.
2. Острый очаговый пульпит, острый диффузный пульпит, обострение хронического пульпита.
3. Анестезия, препарирование кариозной полости, препарирование полости зуба, ампутация, экстирпация, механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов и кариозной полости. Наблюдение в течение 2 лет.
4. Санация полости рта, проведение профессиональной гигиены полости рта, рекомендации по индивидуальной гигиене, подбор средств, мотивация на соблюдение гигиены полости рта и прохождение профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев.

### **Ответ к ситуационной задаче № 2**

1. К группе воспалительных заболеваний пародонта.
2. Причиной патологических изменений десны у этого пациента является микробная биопленка, которая не полностью удаляется с поверхности зубов при их ежедневной чистке.
3. Индекс РМА в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 равен 66,6(6) %.
4. Предварительный диагноз: хронический локальный пародонтит лёгкой степени в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3. Для уточнения диагноза необходимо применить рентгенологический метод исследования - панорамную рентгенографию верхней и нижней челюстей.
5. План лечения и реабилитации:
  - удаление зубных отложений;
  - коррекция и контроль гигиены полости рта;
  - местная противовоспалительная терапия;
  - санация полости рта

### **Ответ к ситуационной задаче № 3**

1. Клиновидный дефект, средний кариес.
2. Клиновидный дефект
3. Имеются дефекты тканей с гладкими отполированными стенками, сходящимися под углом 60° в сторону полости зуба
4. Пломбирование адгезивными материалами, реминерализующая терапия, коррекция окклюзии.

### **Ответ к ситуационной задаче № 4**

1. Эндемический флюороз, начальный кариес, гипоплазия
2. Эндемический флюороз
3. Содержание фтора в питьевой воде 1,0 мг/л, меловидные пятна с блестящей поверхностью. Пятна существуют с момента прорезывания зубов.
4. Микроабразия, реминерализующая терапия, отбеливание, эстетическое протезирование.

**Ответ к ситуационной задаче № 5**

1. Основным диагнозом в данной клинической ситуации является острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения 4.5 зуба
2. Раскрытие полости зуба, прохождение канала, определение рабочей длины корневого канала, механическую обработку корневых каналов
3. Критерием качества obturации корневых каналов является равномерная плотность пломбировочного материала на всем протяжении
4. К противопоказаниям проведения постоянной obturации корневых каналов относят: болевые симптомы в области зуба, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии.

**Ответ к ситуационной задаче № 6**

1. Простой маргинальный гингивит
2. Для оценки степени воспаления десны используют индекс папиллярно-маргинально-альвеолярный (РМА)
3. Оптимальным вариантом лечения указанного заболевания является профессиональная гигиена полости рта

**Ответ к ситуационной задаче № 7**

1. Хронический пародонтит генерализованный
2. Терапевтическое лечение хронического пародонтита в данной клинической ситуации начинают с кюретажа пародонтальных карманов
3. К инструментам для сглаживания поверхности корня зуба ниже уровня десны относят кюреты Грейси
4. Для коррекции окклюзии при лечении заболеваний пародонта используют метод избирательного пришлифовывания

**Ответ к ситуационной задаче № 8**

1. Лейкоплакия идиопатическая, стадия плоская
2. Немедикаментозная помощь пациенту заключается в устранении этиологических факторов
3. Физиотерапевтическим методом лечения при данной патологии является диатермокоагуляция

**Ответ к ситуационной задаче № 9**

1. Кариес дентина 2.2 зуба IV класс по Блэку
2. Показанием к изготовлению не прямых реставраций при лечении кариеса дентина является индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба более 0,4
3. К основным целям лечения кариеса дентина относят стабилизацию процесса и восстановление формы, функции и эстетики зубного ряда
4. Особенность препарирования кариозной полости IV класса перед реставрацией композиционными материалами заключается в формировании дополнительной площадки на язычной или небной поверхности
5. Качество удаления поражённых тканей определяют с помощью зонда и детектора кариеса

**Ответ к ситуационной задаче № 10**

1. Клиновидный дефект
2. Лечение данного заболевания проводится с целью устранения гиперестезии и восстановления эстетических параметров зуба
3. Кондиционирование твердых тканей зуба ортофосфорной кислотой перед внесением адгезивной системы проводится с целью удаления смазанного слоя

4. Восстановление коронки зуба методом пломбирования возможно при индексе разрушения окклюзионной поверхности зуба 0,2-0,4

**Критерии сдачи зачёта:**

«**Зачтено**» - выставляется обучающемуся (ординатору) при условии, если обучающийся (ординатор) показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает, и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«**Не зачтено**» - выставляется обучающемуся (ординатору) при наличии серьёзных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если обучающийся (ординатор) показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется обучающемуся (ординатору), допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера, имеющему разрозненные, бессистемные знания, обучающиеся не умеют выделять главное и второстепенное, допускают неточности в определении понятий, искажают их смысл, беспорядочно и неуверенно излагают материал.