УТВЕРЖДАЮ

проректор по образовательной деятельности
ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России

_____ Д.В. Михальченко

«___» _____20__

Программа школы мастерства
«Школа молодого стоматолога»
от стоматологического факультета
на 2026-2027 учебный год

1. Общие положения

1.1. Миссия школы мастерства: совершенствование теоретических знаний и практических умений за счет углубления общепрофессиональных и профессиональных компетенций, предусмотренных при изучении дисциплин «Кариесология и заболевания твердых тканей зубов», «Терапевтическая стоматология», «Пропедевтика стоматологических заболеваний», «Пародонтология», «Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта», «Современные технологии в хирургической стоматологии и ЧЛХ», «Ортодонтия», «Ортопедическая стоматология» по специальности 31.05.03. «Стоматология», имеющих прикладное значение, позволяющих оказывать пациентам квалифицированную помощь; формирование готовности и способности к профессиональному, личностному и культурному самосовершенствованию, стремления к постоянному повышению своей квалификации.

Перечень разделов и тем, составляющих основу типовой программы, имеют как теоретическую, так и практическую направленность.

Дополнительная профессиональная образовательная программа «Школа молодого стоматолога», регламентирует цели, планируемые результаты обучения, учебный план, календарный учебный график, содержание рабочих программ, условия и технологии реализации образовательного процесса, оценку качества подготовки.

1.2. Цель школы мастерства. Развитие у обучающихся компетенций, направленных на деятельность в перспективных областях стоматологии.

Задачи:

-получение углубленных знаний по дисциплинам «Кариесология и заболевания твердых тканей зубов», «Терапевтическая стоматология», «Пародонтология», «Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта», «Пропедевтика стоматологических заболеваний»,

«Современные технологии в хирургической стоматологии и ЧЛХ», «Ортодонтия», «Ортопедическая стоматология».

- освоение современных методик лечения и диагностики стоматологических заболеваний.

-совершенствование практических навыков;

-достижение определенного высокого уровня знаний и умений.

1.3. Целевая аудитория: студенты 3, 4 и 5 курсов стоматологического факультета.

1.4. Перечень умений, навыков, владений с указанием на общепрофессиональные и профессиональные компетенции и трудовые функции, на выполнение которых направлено участие обучающегося в школе мастерства и критерии их достижения:

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

ОПК-5. Способность проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач;

ОПК-6. Способность назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач.

ОПК-8. Способность использовать основные физико-химические, математические и естественно-научные понятия и методы при решении профессиональных задач.

ОПК-9. Способность оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.

ОПК-11 готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями.

ОПК-12. Способность реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации стоматологического пациента.

ОПК-13. Способность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий с учетом основных требований информационной безопасности.

ПК-1. Способность интерпретировать результаты сбора жалоб и анамнеза, определять объем основных и дополнительных методов исследования, формулировать предварительный диагноз, проводить дифференциальную диагностику стоматологических заболеваний, формулировать окончательный диагноз в соответствии с МКБ;

ПК-2 способность и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией
ПК-6 способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
Трудовые функции:
A/01.7 – Проведение обследования пациента с целью установления диагноза;
A/02.7 - Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения.
1.5. Основные направления работы школы мастерства. Совершенствование навыков современных технологий диагностики и лечения в терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии.

1.6. Правила поступления в школу мастерства. Подача заявления на зачисление в школу мастерства, тестовый контроль уровня знаний по дисциплинам «Кариесология и заболевания твердых тканей зубов», «Терапевтическая стоматология», «Пародонтология», «Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта», «Пропедевтика стоматологических заболеваний», «Современные технологии в хирургической стоматологии и ЧЛХ», «Ортодонтия», «Ортопедическая стоматология».
1.7. Количество вакантных мест для обучающихся – 20 мест.
1.8. Дата начала занятий в школе: 05.10.2026 г.

2. Регламент участия в школе мастерства

2.1. Регулярность и вид занятий, формы проведения заседаний. 17 заседаний в формате «семинар – мастер-класс», каждый второй понедельник месяца, начиная с 05.10.2026 г., итоговое заседание, контроль освоения теоретических знаний и практических навыков.
2.2. Формы и вид промежуточного и итогового контроля:
Промежуточный контроль посещаемости и итоговый контроль-собеседование, решение ситуационных задач – средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся по контрольным вопросам задачи, рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, проблеме.

2.3. Календарно-тематический план заседаний.

№	Тема аудиторного занятия	Дата/время	Кафедра
1.	Вступительное собрание. Организационное собрание.	05.10.2026 17:00-19:00	Терапевтической стоматологии, ортопедической

			стоматологии, хирургической стоматологии и ЧЛХ, пропедевтики стоматологических заболеваний, стоматологии ИНМФО, ортопедической стоматологии и ортодонтии ИНМФО
	Проведение внутриротового 3D сканирования.		Стоматологии ИНМФО ул. Коммунистическая, 31, каб. 2.14 ассистент А.А. Александров
2.	Рентгендиагностика в терапевтической стоматологии. Работа с КЛКТ.	19.10.2026 17:00-19:00	Терапевтической стоматологии ул. Герцена, 10, каб. 321 доцент, к.м.н. Н.Н. Триголос
3.	Атравматичное удаление зуба. Ведение лунок после удаления зубов.	26.10.2026 17:00-19:00	Хирургической стоматологии и ЧЛХ ул. Герцена, 10, каб. 302 ассистент Р.О. Фалчари
4.	Анатомическое строение зубов. Функциональные ориентиры и закономерности. Планирование стоматологического лечения. Диагностические приемы.	09.11.2026 17:00-19:00	Пропедевтики стоматологических заболеваний ул. Герцена, 10, каб. 321 доцент, к.м.н. С.П. Деревянченко
5.	Особенности диагностики видов прикуса при дефектах зубных дуг.	23.11.2026 17:00-19:00	Ортопедической стоматологии и ортодонтии ИНМФО, ул. Коммунистическая, 31, каб. 4.12 доцент, к.м.н. И.Н. Юхнов, ассистент В.И. Керобян
6.	Экскурсионный поход в	30.11.2026	Стоматологии ИНМФО

	магазин стоматологических материалов «Ультрастом».	17:00-19:00	ул. 7-й Гвардейской, 16 доцент, к.м.н. Л.А. Девятченко
7.	Дискуссионная сессия «Мастерство в стоматологии».	07.12.2026 17:00-19:00	Терапевтической стоматологии, хирургической стоматологии и ЧЛХ, ортопедической стоматологии ул. Герцена, 10, каб. 310 доцент, к.м.н. М.С. Патрушева, ассистент Р.О. Фалчари, доцент, к.м.н. А.С. Патрушев
8.	Френулотомия и френулоэктомия языка и верхней губы. Показания и противопоказания. Методика.	14.12.2026 17:00-19:00	Хирургической стоматологии и ЧЛХ ул. Герцена, 10, каб. 302 ассистент Р.О. Фалчари
9.	Основы дентальной фотографии в стоматологической практике.	08.02.2027 17:00-19:00	Стоматологии ИНМФО ул. Коммунистическая, 31, каб. 2.14 доцент, к.м.н. Д.Ю. Дьяченко
10.	Адгезивные мостовидные протезы. Отработка практических навыков на модели.	15.02.2027 17:00-19:00	Терапевтической стоматологии ул. Герцена, 10, каб. 321 доцент, к.м.н. М.С. Патрушева
11.	Лицевая дуга. Устройство. Алгоритм наложения. Виды артикуляторов. Устройство. Порядок работы с ними.	01.03.2027 17:00-19:00	Ортопедической стоматологии ул. Козловская, 25 доцент, к.м.н. И.Ю. Пчелин
12.	Апикальная микрохирургия в стоматологии. Показания, технические аспекты.	15.03.2027 17:00-19:00	Хирургической стоматологии и ЧЛХ ул. Герцена, 10, каб. 302 ассистент Р.О. Фалчари

13.	Современные несъёмные конструкции в эстетической стоматологии. Лечение патологии твердых тканей зубов винирами, вкладками, коронками. Основы препарирования. Основные способы изготовления (аналоговые и цифровые). Фиксация безметалловых эстетических конструкций вкладок/виниров/коронок.	22.03.2027 17:00-19:00	Ортопедической стоматологии ул. Герцена, 10, каб. 321 доцент, к.м.н. А.В. Машков
14.	Экскурсионный поход в магазин стоматологических материалов «Ультрастом».	05.04.2027 17:00-19:00	Стоматологии ИНМФО, ул. 7-й Гвардейской, 16 доцент, к.м.н. Л.А. Девятченко
15.	Пародонтограмма. Современные подходы к графическому описанию состояния пародонта.	12.04.2027 17:00-19:00	Терапевтической стоматологии ул. Герцена, 10, каб. 321 доцент, к.м.н. С.В. Крайнов
16.	Электромиографическое исследование жевательной мускулатуры.	26.04.2027 17:00-19:00	Стоматологии ИНМФО, ул. Коммунистическая, 31, каб. 2.14 ассистент А.А. Александров
17.	Первичная реабилитация пациента провизорными конструкциями.	17.05.2027 17:00-19:00	Пропедевтики стоматологических заболеваний, ул. Герцена, 10, каб. 321 ассистент Н.А. Шпилькин
18.	Итоговое заседание. Контроль освоения теоретических знаний и практических навыков.	31.05.2027 17:00-19:00	Терапевтической стоматологии, ортопедической стоматологии, хирургической стоматологии и ЧЛХ, пропедевтики стоматологических

			заболеваний, стоматологии ИНМФО, ортопедической стоматологии и ортодонтии ИНМФО

3. Фонд оценочных средств (ФОС)

3.1. ФОС для проведения конкурсного отбора обучающихся ВолгГМУ в школу мастерства (Приложение 1).

3.2. ФОС итоговой аттестации участников школы мастерства (Приложение 2).

Приложение 1

ФОС для проведения конкурсного отбора обучающихся ВолгГМУ в школу мастерства «Школа молодого стоматолога».

1. С ПОМОЩЬЮ ГНАТОДИНАМОМЕТРИИ ИЗУЧАЮТ:
а) скорость кровотока в тканях пародонта;
б) проницаемость сосудов в тканях пародонта;
в) выносливость (мощность) тканей пародонта;
г) снижение нижнего отдела лица в центральной окклюзии;
д) ортодонтический эффект перемещения зубов.

2. МЕСТО КОРРЕКЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПРОБЫ «ВЫТЯГИВАНИЕ ВПЕРЕД ГУБ, СЛОЖЕННЫХ ТРУБОЧКОЙ»:
а) язычный край в области премоляров;
б) вестибулярный край в области моляров и передней группы зубов;
в) язычный край в области моляров;
г) вестибулярный край между клыками;
д) от позадимолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии.

3. ВТОРОЙ КЛАСС СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ПО КЛАССИФИКАЦИИ СУППЛИ:
а) подвижные тяжи слизистой оболочки, болтающийся гребень;
б) гипертрофированная слизистая оболочка, гиперемированная, рыхлая;
в) нормальная слизистая оболочка бледно-розового цвета;
г) атрофированная слизистая оболочка, сухая, белесоватого цвета;
д) подвижные тяжи слизистой оболочки, гипертрофированная слизистая оболочка.

4. ЖЕВАТЕЛЬНАЯ ПРОБА С.Е.ГЕЛЬМАНА ПОКАЗЫВАЕТ:
а) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений;
б) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений;
в) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек;
г) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса;
д) время разжевывания пищи.

5. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ШТИФТОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ИРОПЗ:
а) до 0,4;
б) 0,4- 0,6;
в) 0,6-0,8;
г) более 0,8;

д) значение ИРОПЗ не имеет значения.

6. К III КЛАССУ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОТНОСЯТ:
а) двусторонний дистально неограниченный дефект зубного ряда;
б) односторонний дистально неограниченный дефект зубного ряд;
в) дистально ограниченный (“включенный”) дефект зубного ряда в боковом отделе;
г) дефект зубного ряда в области передней группы зубов;
д) челюсти с одиночно стоящими зубами.

7. КО 2 ТИПУ ПО А.И.БЕТЕЛЬМАНУ ОТНОСЯТСЯ СООТНОШЕНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ:
а) имеющие не менее 3 пар антагонирующих зубов расположенные во фронтальном и боковых отделах;
б) имеющих хотя бы 1 пару антагонирующих зубов (без изменения их формы и положения);
в) имеются зубы, но нет ни одной антагонирующей пары;
г) беззубые челюсти;
д) челюсти с мезиальной окклюзией.

8. ПРИ МАКСИМАЛЬНО ОТКРЫТОМ РТЕ СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НАХОДИТСЯ:
а) на вершине суставного бугорка;
б) на скате суставного бугорка;
в) у основания заднего ската суставного бугорка;
г) кзади суставного бугорка;
д) в суставной части.

9. УГОЛ ТРАНСВЕРЗАЛЬНОГО РЕЗЦОВОГО ПУТИ – ЭТО:
а) угол, образованный пересечением линий сагиттального резцового пути с окклюзионной плоскостью;
б) угол, образованный пересечением кривых при боковых смещениях нижних резцов;
в) угол отклонения головки сустава при боковом смещении нижней челюсти;
г) угол, образованный пересечением линий сагиттального резцового пути с боковых плоскостью;
д) угол, образованный пересечением прямых при боковых смещениях верхних резцов

10. УГОЛ ТРАНСВЕРЗАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ:
а) 33□;
б) 110□;
в) 40-50□;

г) 17□;
д) 43□.

11. ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ:
а) КПУ;
б) ГИ;
в) ПМА;
г) ТЭР-тест;
д) по Грину-Вермильону.

12. ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ:
а) возрастает;
б) снижается;
в) не изменяется;
г) все ответы верны;
д) правильного ответа нет.

13. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ПОСЛЕ ИХ ПРОРЕЗЫВАНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДЯТ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ И ПРОТЕОЛИЗ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ДЕФЕКТА ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ ФАКТОРОВ – ЭТО:
а) гипоплазия;
б) эрозия;
в) истирание;
г) кариес;
д) флюороз.

14. В КАЧЕСТВЕ АБРАЗИВНОГО ВЕЩЕСТВА В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВХОДЯТ:
а) монофторфосфат натрия;
б) хлорид натрия;
в) диоксил кремния;
г) пирофосфаты;
д) лаурилсульфат натрия.

15. БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ, ТОЧЕЧНОЕ ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПУЛЬПИТА:
а) острого очагового;
б) острого диффузного;
в) хронического фиброзного;
г) хронического гипертрофического;

д) хронического гангренозного.

16. ЧУВСТВО «ВЫРОСШЕГО» ЗУБА (УДЛИНЕНИЕ ЗУБА) СВЯЗАНО СО СЛЕДУЮЩИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ:
а) разволокнением и частичным разрушением фиброзных, коллагеновых волокон;
б) скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта;
в) гиперемией и отеком десны;
г) избыточной нагрузкой на зуб;
д) развитию ацидоза.

17. ГЕМИСЕКЦИЯ - ЭТО:
а) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
б) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
в) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
г) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
д) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку.

18. УТРАТА, СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ ЗУБА НА РАССТОЯНИИ ОТ ЦЕМЕНТО-ЭМАЛЕВОЙ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА - ЭТО:
а) ложный карман;
б) клиническая десневая борозда;
в) глубина пародонтального кармана;
г) обнажение поверхности корня зуба;
д) потеря пародонтального прикрепления.

19. ПАРОДОНТАЛЬНЫЙ ИНДЕКС ПО РАССЕЛУ ОПРЕДЕЛЯЮТ В ОБЛАСТИ ЗУБОВ:
а) I и III квадрантов;
б) 16,11,26,36,31,46;
в) 33,32,31,41,42,43;
г) всех имеющихся;
д) каждого секстанта - по 1 зубу.

20. ВТОРИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ НОСИТ НАЗВАНИЕ:
а) афта;
б) папула;
в) эрозия;
г) пузырек;
д) чешуйка.

21. ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ НЕРВ ВЫХОДИТ ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА ЧЕРЕЗ:
а) круглое отверстие;
б) овальное отверстие;
в) шило-сосцевидное отверстие;
г) подглазничное отверстие;
д) ментальное отверстие.

22. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРЕМЕДИКАЦИИ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ (ТОРМОЖЕНИЯ) АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ:
а) седуксен;
б) атропин;
в) папаверин;
г) анальгин;
д) супрастин.

23. КАКОЙ ОРИЕНТИР ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АПОДАКТИЛЬНОЙ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО А.Е. ВЕРЛОЦКОМУ:
а) нижнечелюстное возвышение;
б) над вершиной большого позадимолярного треугольника;
в) крыловидно-нижнечелюстная складка;
г) область суставного (мыщелкового) отростка нижней челюсти;
д) место, где слизистая оболочка щеки переходит в позадимолярную верхнечелюстную область.

24. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ:
а) в виде "тающего сахара";
б) с нечеткими границами в области образования;
в) в виде нескольких полостей с четкими контурами;
г) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов;
д) склероз костной ткани.

25. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
а) ограниченным участком ороговения десны;
б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны;
в) плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов;
г) синюшно-бурым бугристым образованием на десне мягкой консистенции;
д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации.

26. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗУБНОГО РЯДА ПО ВТОРЫЕ МОЛЯРЫ ПРИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ ПРИ НЕСЪЁМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:
а) 4 имплантата;
б) 6 имплантатов;
в) 8 имплантатов;
г) количество имплантатов соответствует количеству корней отсутствующих зубов.

27. РАНУЛОЙ НАЗЫВАЕТСЯ:
а) киста околоушной слюнной железы;
б) киста подъязычной слюнной железы;
в) опухоль подъязычной слюнной железы;
г) киста поднижнечелюстной слюнной железы;
д) опухоль поднижнечелюстной слюнной железы.

28. ТРЕТИЙ МОЛЯР УДАЛЯЮТ:
а) прямыми щипцами;
б) S-образными щипцами;
в) элеватором Карапетяна;
г) щипцами, изогнутыми по плоскости;
д) клювовидными щипцами со сходящимися щечками.

29. СИМПТОМ ВЕНСАНА ВОЗНИКАЕТ ПРИ:
а) периостите нижней челюсти;
б) остеомиелите нижней челюсти;
в) обострении хронического периодонтита нижних моляров;
г) остеомиелите верхней челюсти;
д) периостите верхней челюсти.

30. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:
а) диплопия;
б) отек и гиперемия щечных областей;
в) боль и ограничение открывания рта;
г) инфильтрат челюстно-язычного желобка;
д) инфильтрат мягких тканей подподбородочной области.

31.КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ, ПРИ КОТОРЫХ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНА КОРРЕКЦИЯ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ:
а) ретенция клыков верхней челюсти;
б) ретенция центральных резцов;
в) наличие диастемы шириной более 4 мм;
г) наличие локального пародонтита.

32. СИТУАЦИИ, ПРИ КОТОРЫХ МОЖЕТ БЫТЬ УДАЛЕН АНОМАЛИЙНО ПРОРЕЗАВШИЙСЯ ПОСТОЯННЫЙ КЛЫК:
а) небное положение клыка с недостатком места менее 1/2 ширины коронки
б) вестибулярное расположение клыка над первым премоляром с полным отсутствием места;
в) вестибулярное прорезывание клыка с локализацией между боковым резцом и первым премоляром с полным отсутствием места;
г) вестибулярное прорезывание клыка над боковым резцом с полным отсутствием места.

33. НЕОБХОДИМАЯ КОНСТРУКЦИЯ АППАРАТА ДЛЯ РЕБЕНКА 9 ЛЕТ С ГЛУБОКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ, СУЖЕНИЕМ НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ, ТЕСНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ НИЖНИХ РЕЗЦОВ, ОЧАГОВЫМ ПАРОДОНТИТОМ ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ОБЕИХ ЧЕЛЮСТЕЙ:
а) пластинка на нижнюю челюсть с винтом и накусочными площадками в боковых отделах;
б) пластинка на верхнюю челюсть с наклонной плоскостью в переднем отделе;
в) пластинка на нижнюю челюсть с винтом и круглыми кламмерами на первые моляры;
г) пластинка на верхнюю челюсть с винтом и ретракционной дугой.

34. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:
а) 6123457;
б) 1264537;
в) 6124537.
г) 516347.

35. БАЗАЛЬНАЯ ДУГА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:
а) меньше альвеолярной дуги;
б) равна альвеолярной дуге;
в) больше альвеолярной дуги.

36. ФОРМИРОВАНИЕ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ТЕРАТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ МОГУТ ВЫЗВАТЬ В ПЕРИОД ФОРМИРОВАНИЯ ПЛОДА:
а) первые шесть недель;
б) 6-12 недели;
в) 24—28 недели;
г) 29-30 недели;
д) 30-31 недели.

37. АКТИВАТОР АНДРЕЗЕНА - ГОЙПЛЯ ОТНОСИТСЯ:
а) к механически-действующим аппаратам;
б) к функционально-действующим аппаратам;
в) к функционально-направляющим аппаратам;
г) к внеротовым аппаратам;
д) к блоковым аппаратам сочетанного действия.

38. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА С БОКОВЫМ СМЕЩЕНИЕМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОККЛЮЗИОННЫЕ НАКЛАДКИ ДВУХЧЕЛЮСТНЫХ АППАРАТОВ:
а) готовят на стороне смещения;
б) готовят на противоположной стороне;
в) готовят с двух сторон;
г) не делают.

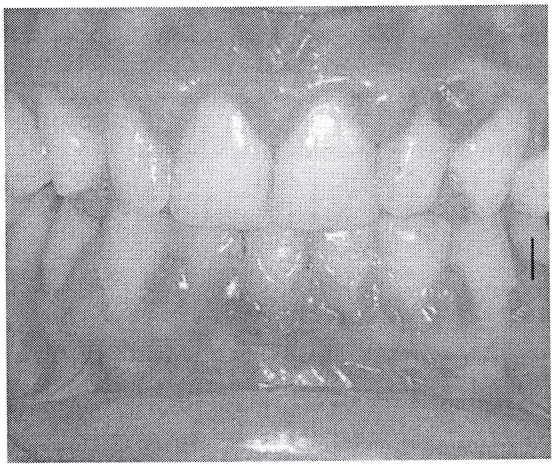
39. КЛАММЕРЫ АДАМСА НЕ ПРЕПЯТСТВУЮТ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОМУ УДЛИНЕНИЮ ОПОРНЫХ ЗУБОВ ВСЛЕДСТВИЕ:
а) конструктивных особенностей их изготовления;
б) точечного прилегания плеча к коронке опорного зуба;
в) невозможности достаточно плотного прилегания кламмера к коронке опорного зуба;
г) наличия расстояния между плечом и вестибулярной поверхностью зуба;
д) перемещения аппарата в вертикальном направлении вместе с зубами и альвеолярным отростком.

40. УГОЛ НАКЛОННОЙ ПЛОСКОСТИ У АППАРАТА БРЮКЛЯ СОСТАВЛЯЕТ:
а) 15°;
б) 30°;
в) 45°;
г) 60°.

Приложение 2

ФОС итоговой аттестации участников школы мастерства
«Школа молодого стоматолога»

Ситуационная задача №1. Пациентка Н. 16 лет обратилась с жалобами на боль и кровоточивость десен при приеме твердой пищи, чистке зубов, неприятный запах изо рта. Объективно: слизистая оболочка десны отечна, гиперемирована, легко кровоточит при зондировании. Десна перекрывает 1/3 коронки зубов, кровоточивость III степени, РМА 70%. ГИ-1,8.



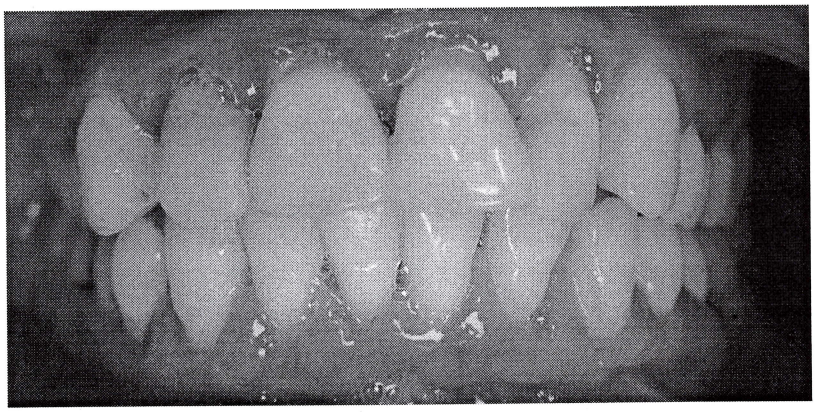
Задание:
1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причину заболевания.
3. Опишите методику оценки гигиенического состояния полости рта при помощи индекса Грина-Вермиллиона.
4. Опишите методику определения индекса РМА.
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 2. Пациентка Л., 45 лет, предъявляет жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов, болевые ощущения в деснах при употреблении жесткой пищи, незначительную подвижность зубов. Отмечает периодически возникающие «гнойнички» на деснах. Зубы чистит 1 раз в день мягкой зубной щеткой.

В анамнезе – пиелонефрит.

Объективно: обильный мягкий зубной налет, и умеренное отложение наддесневого зубного камня. В области пародонтальных карманов – поддесневые зубные отложения. Десна на всем протяжении гиперемирована, имеет цианотичный оттенок, при пальпации болезненна, легко кровоточит. В области всех зубов определяются пародонтальные карманы глубиной до 5 мм.

Наиболее выраженная величина потери прикрепления отмечается в области 17, 16, 25, 26, 35, 36, 44, 45 зубов, у которых диагностирована подвижность I степени. В области зубов 35, 36 при зондировании пародонтальных карманов выявлено гноетечение.

По  данным ортопантомографии определена неравномерная резорбция костной ткани межзубных перегородок до ½ длины корней зубов.

Задание:
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Оценку каких пародонтальных индексов необходимо провести в данной ситуации?
4. Опишите разницу между терминами «пародонтальный карман» и «потеря зубодесневого прикрепления».

Ситуационная задача №3. Пациент К., 33 года предъявляет жалобы на неприятные ощущения, ноющие боли при накусывании на зуб 24 во время приема пищи. 24 зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса. В последнее время часто появляются ноющие боли, отек десны.

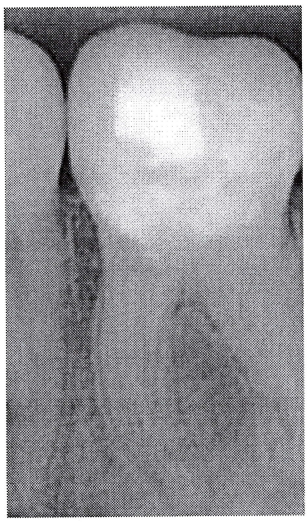
Объективно: 24 зуб под пломбой, в устьях корневых каналов определяется пломбировочный материал. Зондирование и реакция на термические раздражители безболезненные, вертикальная перкуссия болезненна. Переходная складка в области 24 зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненна. На рентгенограмме 24 зуба: корневые

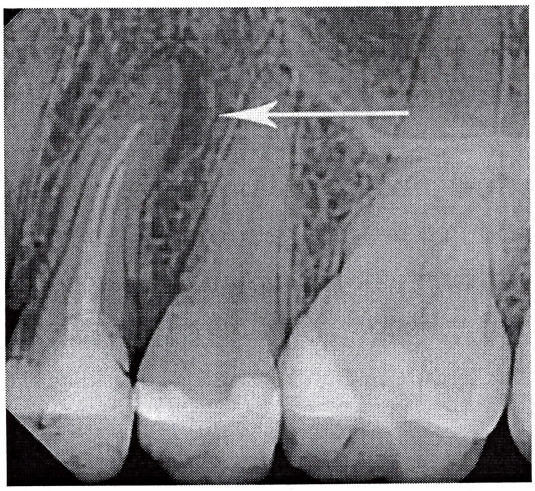
каналы запломбированы на 2/3 длины, в области верхушки корня определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими границами.

Задание:
1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Опишите диагностические возможности КЛКТ при повторном эндодонтическом лечении.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите препараты для распломбирования корневых каналов.

Ситуационная задача №4. В стоматологическую поликлинику обратилась пациентка Т. 63 года с жалобами на длительную боль от холодного в 47 зубе.

Объективно: на окклюзионной поверхности 47 зуба пломба, после снятия пломбы определяется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование пульпы в точке сообщения резко болезненно. Реакция на холод длительная, перкуссия безболезненна, ЭОД 55мкА. На рентгенограмме: корневые каналы не прослеживаются, изменений в периапикальных тканях нет.



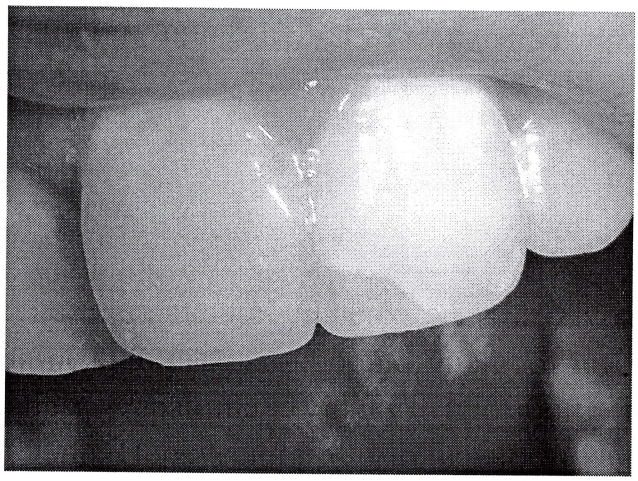


Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите врачебную тактику при данной клинической ситуации.
3. Назовите возможные причины плохой проходимости корневых каналов.
4. Назовите препараты, облегчающие прохождение облитерированых корневых каналов.
5. Опишите показания к применению и диагностические возможности КЛКТ на различных этапах эндодонтического лечения.

Ситуационная задача №5. В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная А. 25 лет с жалобами на изменение цвета реставрации 21 зуба, эстетический недостаток.

Объективно: на медиальной поверхности 21 зуба имеется пломба, восстанавливающая режущий край коронки, не соответствующая по цвету окружающим тканям, граница между пломбой и тканями зуба определяется визуально. Перкуссия и термодиагностика безболезненны.
На рентгенограмме: 21 ранее эндодонтически не лечен, изменений в периапикальных тканях нет.



Задания:
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите класс кариозной полости по Блэку?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назовите возможные методы и тактики восстановления эстетики в данной ситуации.
5. Обоснуйте выбор пломбировочного материала.

Ситуационная задача №6.

Пациент Н. обратился в клинику на консультацию к врачу-стоматологу ортопеду и хирургу с жалобами на разрушенность передниих 2 резцов, нарушение эстетики.

Анамнез: 21,11 под ортопедической коронкой более 10 лет. Перидическая расфиксация, коронок. Коронки не соответствуют клиническим требованиям.

Объективно: 21, 11 разрушены апикальнее десневого края, 11 перелом вестибулярной стенки. На рентгенограмме: 11, 21 восстановлен штифтово-культевой конструкцией, в корневых каналах тень пломбировочного материала, в периапикальной области расширение пространства периодонтальной связки.

Общее здоровье в пределах нормы.

1) Диагноз.
2) Варианты реабилитации пациента. План лечения.
3) Метод имплантации. Показания и противопоказания.
4) Необходимое обследование.
5) Сроки протезирования.
6) Этапность лечения.

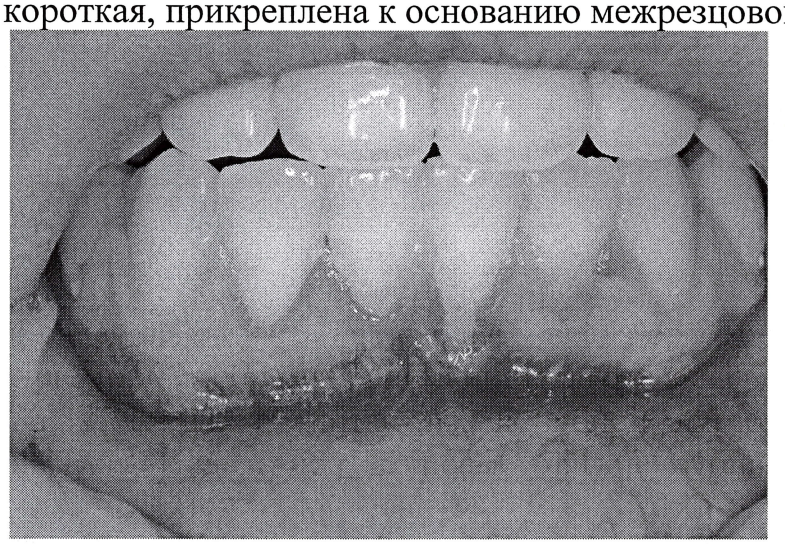
Ситуационная задача №7.

Пациент Г. Обратилась в клинику на консультацию к врачу-стоматологу хирургу по поводу оголения корней резцов нижней челюсти. Чувствительность зубов, кровоточивость при чистке.

Анамнез: ранее находилась на лечение у врача ортодонта около года назад, на оголение корней обратила внимание полгода назад.

Объективно: 33,32,31,41,42,43 интактны, в зубной дуге, фиксированы язычно ретейнерами. Над и под десневые мягкие зубные отложения, локализованный гингивит.

Глубина преддверия 4 мм, Оголения корня 31 зуба на 3мм. Уздечка нижней губы короткая, прикреплена к основанию межрезцового сосочка.



1) Диагноз.
2) План лечения.
3) Показания и противопоказания.
4) Необходимое обследование.
5) Этапность лечения.

Ситуационная задача №8.

Пациент Я. 8 лет. В клинику стоматологии обратились родители с жалобами на наличие у ребенка промежутка между центральными резцами.

Анамнез: Диастема между зубами с момента прорезывания временных зубов.

Объективно: Зубы интактны, прикус сменный, гигиена хорошая, диастема 2 мм. Уздечка верхней губы прикреплена к вершине межрезцового сосочка.

1) Диагноз.
2) Диагностика. План лечения.
3) Показания и противопоказания, оптимальны возраст оперативного лечения
4) Необходимое обследование.
5) Этапность лечения.

Ситуационная задача №9.

Пациент К. В клинику стоматологии обратился пациент 52 лет с жалобами на невозможность пользоваться съемным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции. Объективно: на нижней челюсти отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень не выражен, поверхность гладкая. Слизистая без видимой патологии. На верхней челюсти зубы интактны, 16,17 под постоянной пломбой без нарушения краевого прилегания. 17,18,27,28 отсутствуют.

1) Диагноз.
2) Варианты реабилитации пациента. План лечения
3) Дополнительные метод обследования при проведении методики имплантации.
4) Метод имплантации. Показания и противопоказания.

Ситуационная задача №10.

Пациент А. 3 года. В клинику стоматологии обратились родители с жалобами на нарушение у ребёнка произношение нескольких звуков: «р», «ж», «ч». Ранее к специалистам с этим вопросом не обращались. Со слов родителей у старшего ребенка была коррекция уздечки языка с аналогичной ситуацией.

Объективно: уздечка короткая и утолщённая, «мощная», ограничивает движения языка. При высовывании языка вперёд, его спинка приобретает холмообразный вид, а кончик опущен вниз.

1) Диагноз.
2) План лечения
3) Показания и противопоказания.

4) Консультация специалистов.

Ситуационная задача №11.

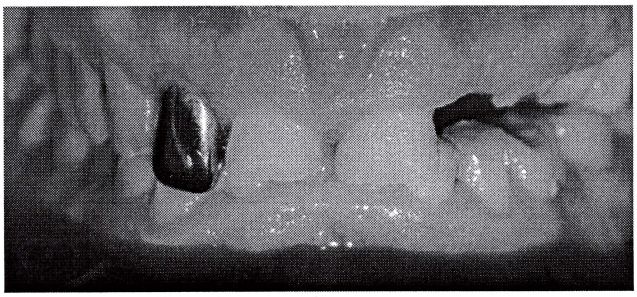
Пациент М.,55 лет, военнослужащий, обратился в клинику с жалобами на невозможность полноценного пережевывания пищи и эстетический недостаток. Жалобы на затрудненное пережевывание пищи появились 3 года назад.

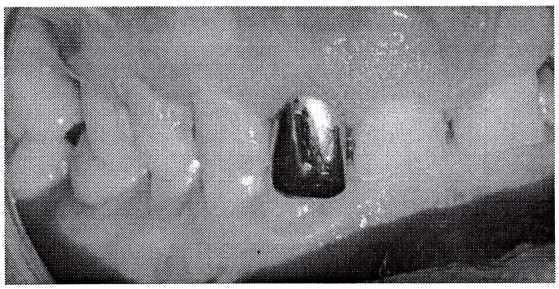
Внешний осмотр: конфигурация лица изменена, высота нижнего отдела лица снижена, носогубные и подбородочная складки выражены, симметричны. Кожные покровы в цвете не изменены, легко собираются в складку. Красная кайма губ в цвете не изменена, без патологических изменений. Регионарные лимфоузлы головы и шеи не пальпируются, движения в височно-нижнечелюстном суставе свободные, безболезненные, характер движения нижней челюсти плавный, симметричный. Открывание рта в полном объеме. Болей и дискомфорта в области ВНЧС не отмечает. Пальпация жевательных мышц и ВНЧС безболезненна.

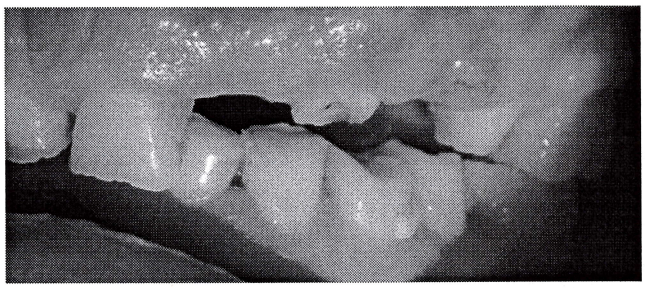
Данные объективного осмотра.

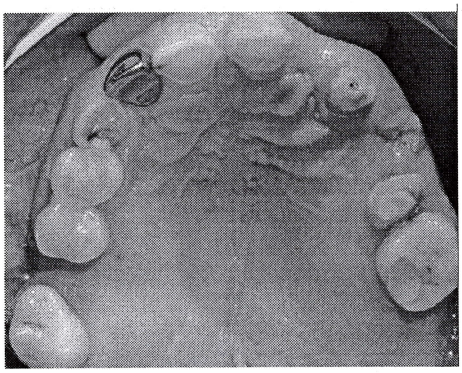
	11,5					7,5						11,5					
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30,5
¾	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5	
½	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0	
¼	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5	
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0	
Подвижность																	
							К				R	R	П				
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
															П		
Подвижность																	30,0
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0	
¼	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,75	0,75	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5	
½	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,5	0,5	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0	
¾	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,25	0,25	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5	
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	11,5					7,0						11,5					

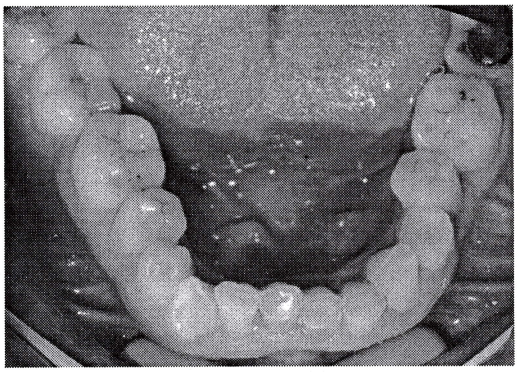
Объективно - В полости рта отсутствуют зубы 1.8; 1.6; 2.2; 2.7; 2.8.. Естественная коронка зуба 2.3 разрушена на уровне десны, перкуссия безболезненна, слизистая оболочка вокруг зуба без особенностей. Естественная коронка зуба 2.4 разрушена ниже уровня десны на 2 мм., перкуссия безболезненна. Зубы 1.3; 1.1; 2.1; 3.3; 3.2; 3.1; 4.1; 4.2; 4.3 имеют фасетки стирания твердых тканей на 1/2-1/3 высоты коронок; зубы 4.7; 4.6; 4.5; 4.4; 3.7; 3.6; 3.5; 3.4; 1.7; 1.5; 1.4; 2.6 имеют фасетки стирания твердых тканей в пределах эмали. Зубы 3.6, 4.6 выдвинуты за пределы окклюзионной плоскости на высоту бугров. Зуб 1.2 под штампованной коронкой, не отвечающей предъявляемым требованиям.





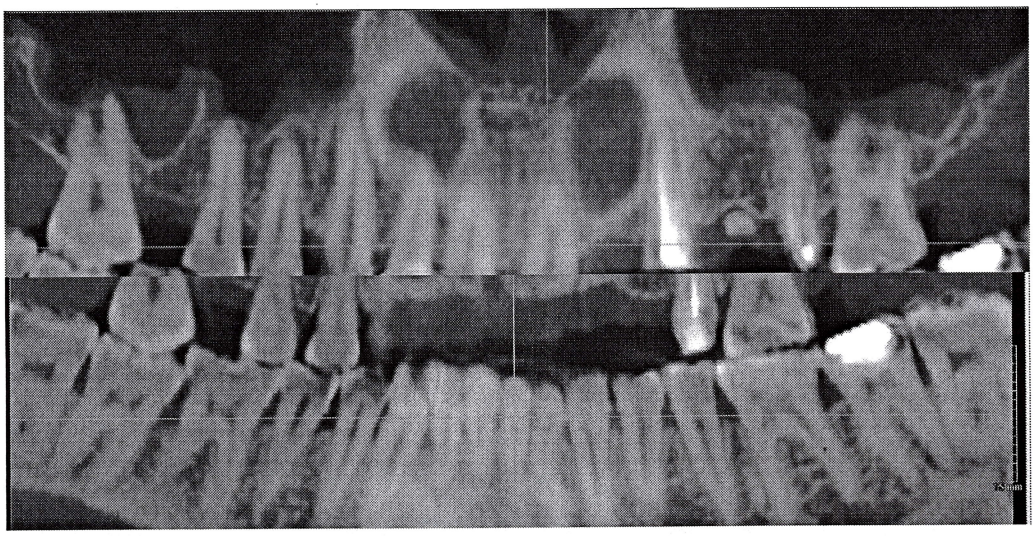




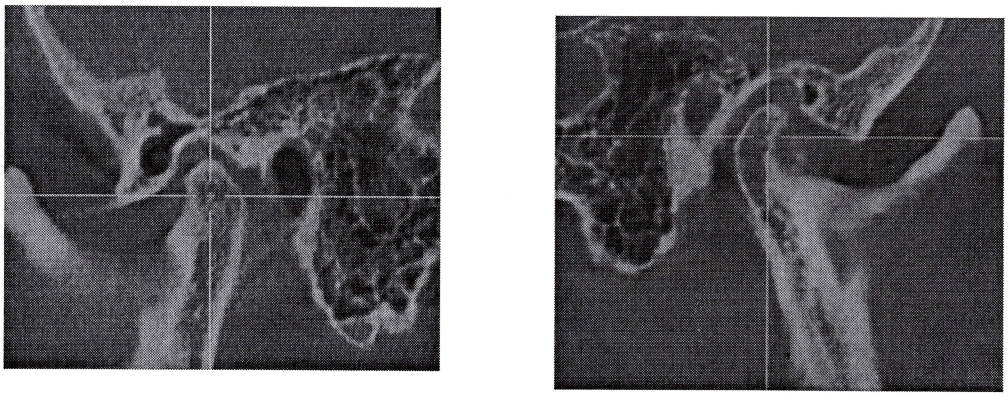


Микрофотографии полости рта пациента М.

Данные рентгенологического обследования: на компьютерной томограмме зуб 2.5 – каналы запломбированы на 2/3, в проекции верхушки корня определяется расширение периодонтальной щели. Зуб 2.3 - канал запломбированы до верхушки, патологических изменений в



периапикальных тканях нет.



а б

Конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области с захватом правого (а) и левого (б) височно-нижнечелюстного сустава пациента М.

Задание:

1. Поставьте диагноз на момент обращения пациента в клинику.
2. Предложите возможные варианты лечения.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза и составления плана лечения.

Ситуационная задача №12.

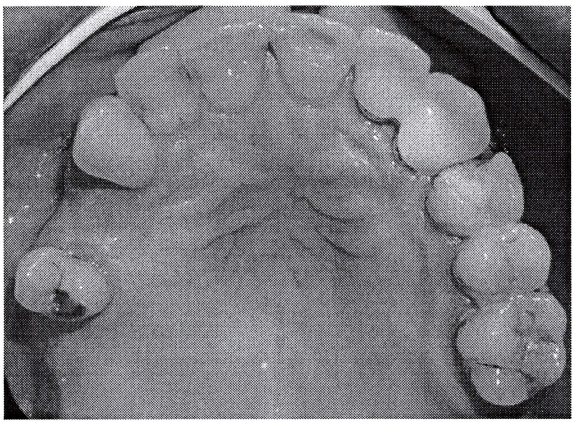
Пациент М., 48 лет, инженер, обратился в клинику с жалобами на невозможность полноценного пережевывания пищи и эстетический недостаток. Жалобы на затрудненное пережевывание пищи появились 3 года назад.

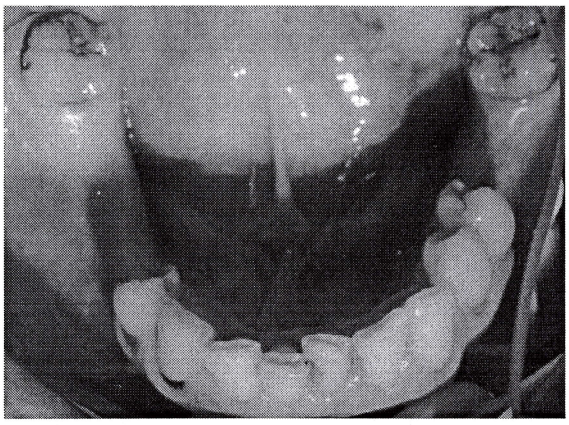
Внешний осмотр: конфигурация лица изменена, высота нижнего отдела лица снижена, носогубные и подбородочная складки выражены, симметричны. Кожные покровы в цвете не изменены, легко собираются в складку. Красная кайма губ в цвете не изменена, без патологических изменений. Регионарные лимфоузлы головы и шеи не пальпируются, движения в височно-нижнечелюстном суставе свободные, безболезненные, характер движения нижней челюсти плавный, симметричный. Открывание рта в полном объеме. Болей и дискомфорта в области ВНЧС не отмечает. Пальпация основных жевательных мышц и ВНЧС безболезненна.

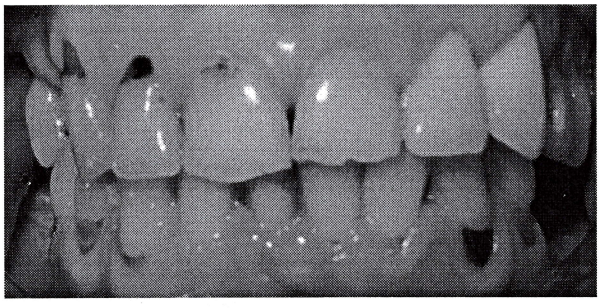
Задание:

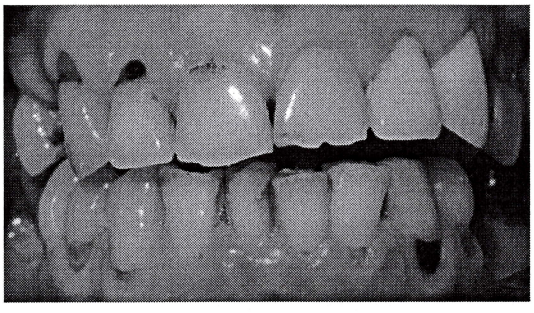
Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

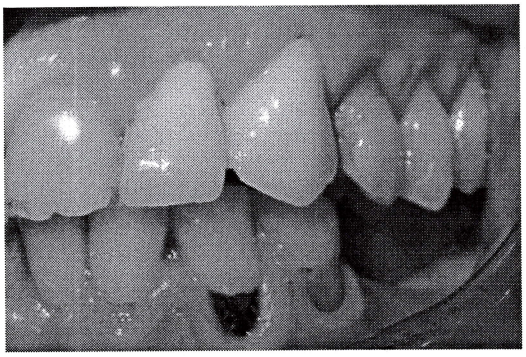
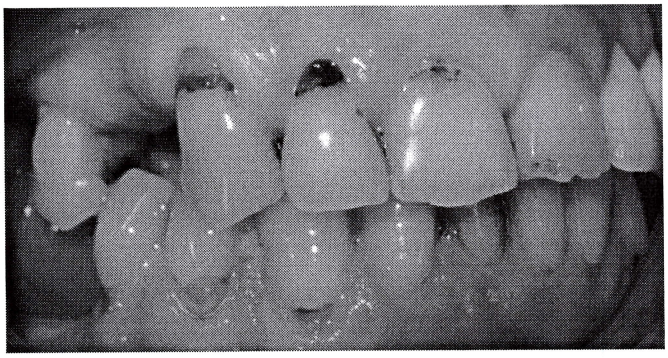
	11,5					7,5						11,5					
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30,5
¾	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5	
½	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0	
¼	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5	
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0	
Подвижность																	
							К				R	R	П				
	8	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	
															П		
Подвижность																	30,0
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0	
¼	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,75	0,75	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5	
½	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,5	0,5	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0	
¾	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,25	0,25	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5	
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	11,5					7,0						11,5					









Ситуационная задача №13.

Пациент 45 лет обратился к стоматологу с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, эстетический недостаток.

Внешний осмотр: конфигурация лица неизменена, носогубные и подбородочные складки не выражены, высота нижнего отдела лица не снижена, в положении относительного физиологического покоя расстояние между зубными рядами 2мм, регионарные лимфатические узлы головы и шеи не пальпируются, кожные покровы без особенностей, пальпация ВНЧС и жевательных мышц безболезненна, рот открывается в полном объеме.

Объективно: зубы 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 2.7, 2.6, 2.5, 2.4, 3.7, 3.6, 3.5, 3.4, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 на жевательной поверхности имеют фасетки стирания в пределах эмали, в то время как у зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3 коронковая часть стерта на 1/2.

Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3/4	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5
1/2	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0
1/4	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1.3	1.3	2,25	2,25	1,5
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0
1/4	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,75	0,75	0,75	1,1	1.3	1.3	2,25	2,25	1,5
1/2	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,5	0,5	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0
3/4	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,25	0,25	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Задание:

Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Ситуационная задача №14.

Пациент 52 лет обратился к стоматологу с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, эстетический недостаток.

Внешний осмотр: конфигурация лица изменена, выражены носогубные и подбородочные складки, высота нижнего отдела лица снижена, в положении относительного физиологического покоя

расстояние между зубными рядами более 8мм, регионарные лимфатические узлы головы и шеи не пальпируются, кожные покровы без особенностей, пальпация ВНЧС и жевательных мышц безболезненна, рот открывается в полном объеме.

Объективно: отсутствуют - 1.8, 1.6, 1.5, 2.4, 2.5, 2.7, 2.8, 3.8, 3.7, 3.6, 3.4, 4.6, 4.7, 4.8., у оставшихся зубов коронковая часть стерта до уровня десны.

Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3/4	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5
1/2	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0
1/4	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1.3	1.3	2,25	2,25	1,5
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0
1/4	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,75	0,75	0,75	1,1	1.3	1.3	2,25	2,25	1,5
1/2	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,5	0,5	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0
3/4	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,25	0,25	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Задание:
Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Ситуационная задача №15.

Пациент 52 лет обратился к стоматологу с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, подвижность зубов, эстетический недостаток.

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы головы и шеи не пальпируются, кожные покровы без особенностей, пальпация ВНЧС и жевательных мышц безболезненна, рот открывается в полном объеме.

Объективно: 1.6, 1.5, 4.5, 4.6 - покрыты металлокерамическими коронками, которые были изготовлены 7 лет назад. Край коронок не соответствует десневому контуру, определяются твердые зубные отложения, подвижность 2-й степени. Зубы 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 - подвижны - 1-я степань, также визуализируется твердый зубной налет.

	N=11.5 7,15					N=7.5 7,5						N=11.5 9,5					
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	N= 30,5 24,15
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0	
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1,25	1,25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	
Подвижность			II	II													

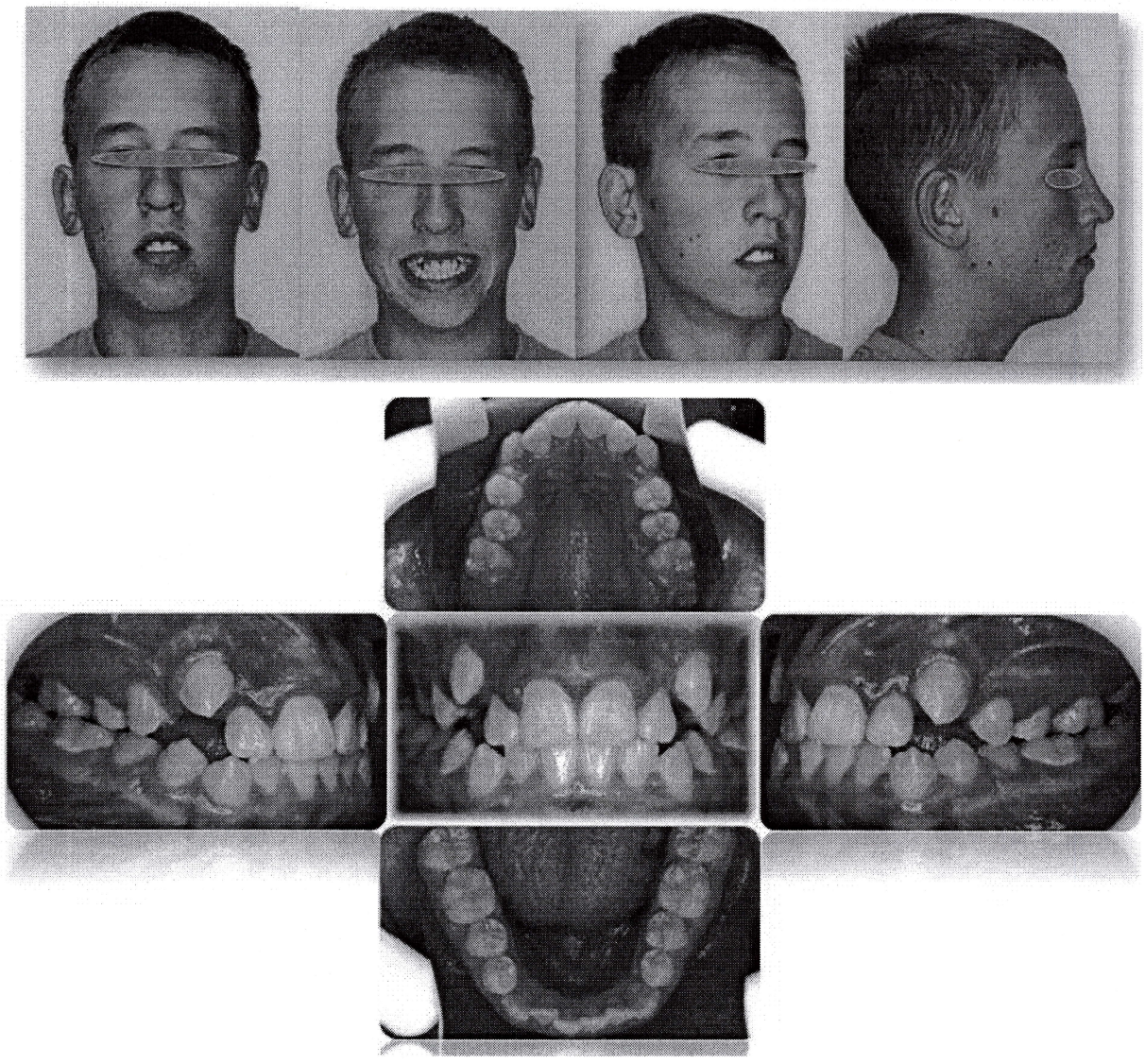
Одонто-грамма			К	К													
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
Одонто-грамма			К	К													N=30,0
Подвиж ность			II	II			I	I	I	I							
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.75	0.75	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	075	0.5	0.5	0.5	0.5	075	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0	21,65
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.25	0.25	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	N=11.5 7,15					N=7.0 5						N=11.5 9,5					

Задание: Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Ситуационная задача №16.

Пациент М. 15 лет обратился в клинику с жалобами на неправильное положение зубов.

Клиническая картина:

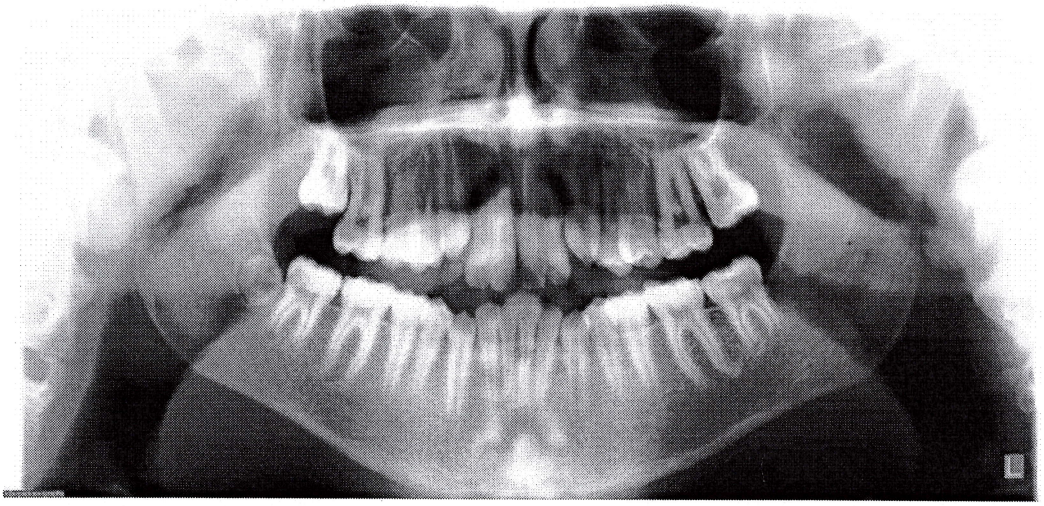


Результаты дополнительных методов исследования:

Сумма мезиодистальных размеров верхних резцов – 32,0 мм

Сумма мезиодистальных размеров нижних резцов – 27,0мм
Параметры зубных рядов:
Ширина зубного ряда в области верхних премоляров – 34,0 (норма 37,5 мм)
Ширина зубного ряда в области нижних премоляров – 38,0
Ширина зубного ряда в области верхних моляров – 46,0 (норма 49 мм)
Ширина зубного ряда в области нижних моляров – 49,0
Длина переднего отрезка верхнего зубного ряда – 18,0 (норма 18,5 мм)
Длина переднего отрезка нижнего зубного ряда – 15,0 (норма 16,5)

Данные расчета телерентгенограммы головы в боковой проекции:
SNA –81°(норма 82°±2°)
SNB - 82°(норма 80°±2°)
ANB- -1°(норма 2°±2°)
NSL/MP - 37°(норма 32° ±2°)
NSL/Spp - 10°(норма 7°±2°)
норма 25°±2°)
Spp/верхний резец – 120°(норма 115°±2°)
MP/нижний резец – 89°(норма 90°-95°)



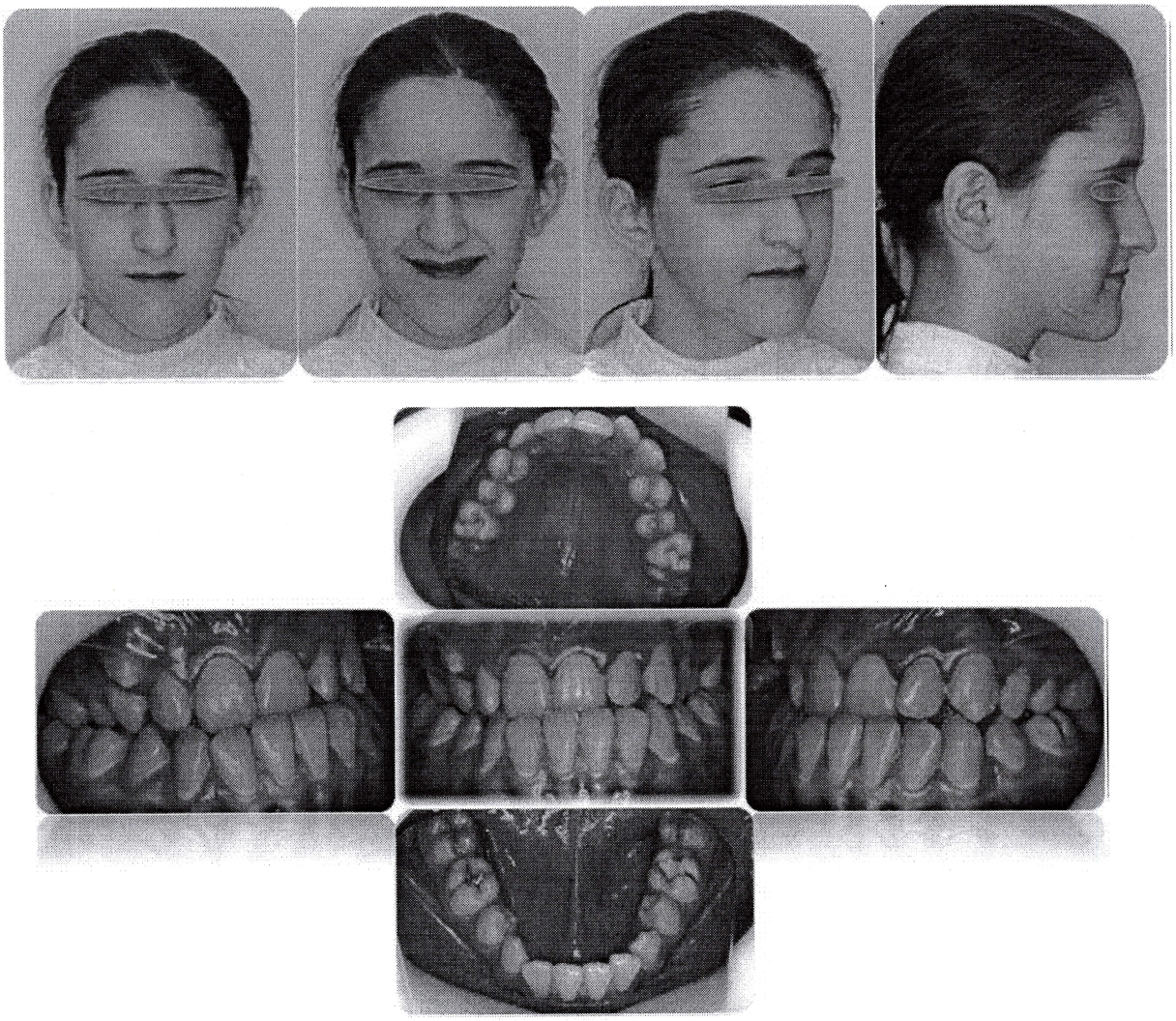


межрезцовый угол - 120°(норма 125°±2°)

Задание:
1. Проанализируйте результаты антропометрических и рентгенологических методов исследования, поставьте развернутый диагноз.
2. Предложите план лечения.

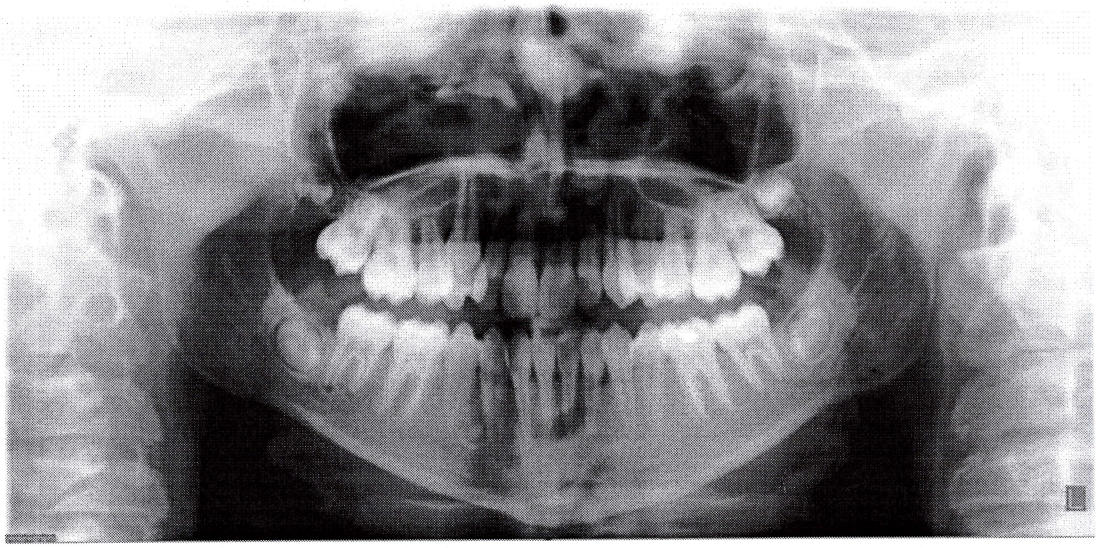
Ситуационная задача №17.

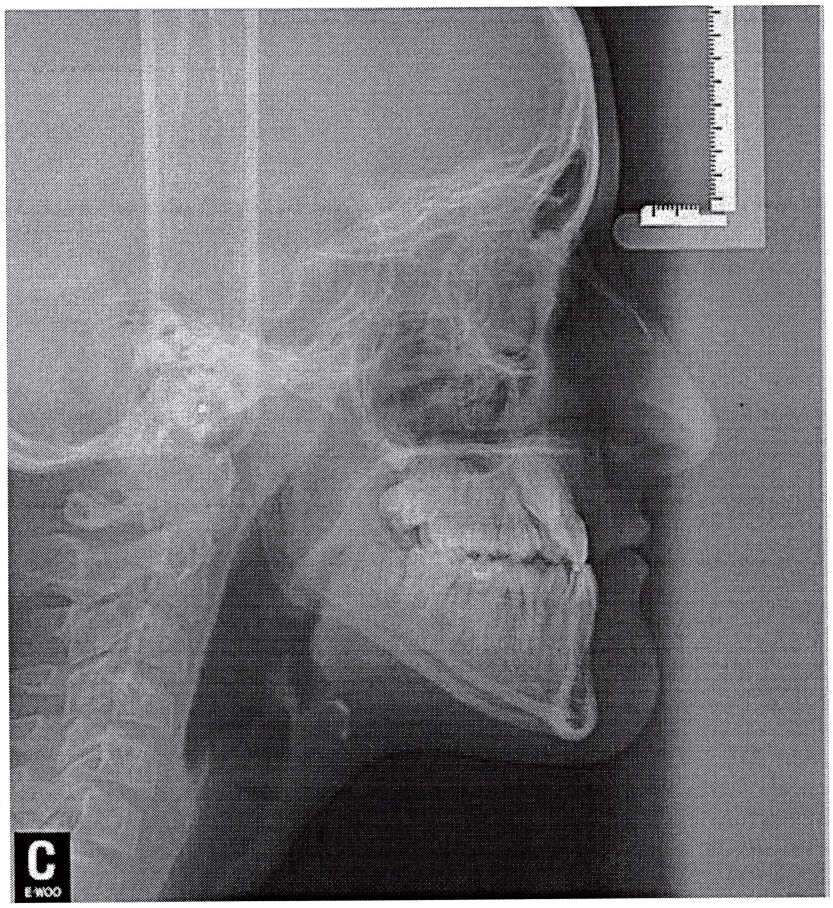
Пациентка А. 13 лет обратился в клинику с жалобами на неправильное положение зубов, нарушение их смыкания. Ранее проходила ортодонтическое лечение с применением съемных ортодонтических аппаратов.



Результаты дополнительных методов исследования:
Сумма мезиодистальных размеров верхних резцов – 32 мм
Сумма мезиодистальных размеров нижних резцов – 24
Параметры зубных рядов:
Ширина зубного ряда в области верхних премоляров – 33 (норма 37,5 мм)
Ширина зубного ряда в области нижних премоляров – 34
Ширина зубного ряда в области верхних моляров – 44 (норма 49,0 мм)
Ширина зубного ряда в области нижних моляров – 45
Длина переднего отрезка верхнего зубного ряда – 16 (норма 18,5 мм)
Длина переднего отрезка нижнего зубного ряда – 14 (норма 16,5 мм)

SNA – 78° (норма 82°± 2°)
SNB – 84° (норма 80°±2°)
ANB- -6 ° (норма 2°±2°)
NSL/MP – 40° (норма 32°±2°)
NSL/Spp – 5° (норма 7°±2°)
Spp/MP – 35° (норма 25°±2°)
Spp/верхний резец – 112° (норма 115°±5°)
MP/нижний резец – 78° (норма 95±5°)





межрезцовый угол – 152° (норма 125°±5°)

Задание:
1. Проанализируйте результаты антропометрических и рентгенологических методов исследования, поставьте развернутый диагноз.
2. Предложите план лечения.

Ситуационная задача №18.

Пациенка С. 13 лет обратилась с жалобами на неправильное положение зубов в переднем отделе верхней челюсти и эстетические

нарушения. При осмотре полости рта выявлено смыкание первых постоянных моляров, соответствующее I классу по Энглю. Резцы смыкаются режущими краями. Клыки верхней челюсти находятся в вестибулярном и супраположении. На нижнем зубном ряду видимых нарушений не обнаруживается.

Задание:

1. Опишите признаки смыкания первых постоянных моляров по I классу Энгля.
2. Как называется аномалия окклюзии в переднем отделе?
3. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести такому пациенту и зачем?
4. Предложите план лечения и конструкцию съемного ортодонтического аппарата для лечения данной аномалии?

Ситуационная задача №19.

У участкового стоматолога на диспансерном учете состоит ребенок с врожденной полной односторонней расщелиной верхней губы, твердого и мягкого неба. Из анамнеза матери: на восьмой недели беременности болела гриппом, последние 5 лет работала на заводе биомедпрепаратов, жилищные условия удовлетворительные, вредные привычки отсутствуют, хронические заболевания не выявлены.

Задание:

1. Какие негативные факторы могли стать причиной уродства ребенка.
2. По какому типу может передаваться наследование данного заболевания.
3. Укажите объем и сроки хирургического вмешательства при данной патологии.
4. Послеоперационные осложнения, характерные для данной патологии.
5. Составьте план ортодонтического лечения.

Ситуационная задача №20.

Пациент О., 13 лет. Обратился к ортодонту с жалобами на «кривые» передние зубы. Из анамнеза: искусственное вскармливание с 2 мес., сосание пустышки до 3 лет. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, высота нижней трети лица снижена, носогубные и подносовая складки сглажены, подбородочная складка выражена, тип профиля выпуклый, подбородок скошенный. Верхние фронтальные зубы наклонены вестибулярно, отмечается скученность нижних фронтальных зубов, оральный наклон. Форма верхнего зубного ряда полуэллипс, фронтальный отдел удлинен, форма нижнего зубного ряда трапеция, фронтальный отдел укорочен. При смыкании жевательных зубов по трансверзали: справа и слева вестибулярные бугорки нижних зубов располагаются в продольной фиссуре верхних. По сагиттали: бугорковое смыкание первых постоянных моляров справа и слева. Срединная линия

между центральными зубами совпадает. Глубина резцового перекрытия 2/3. Сагиттальная щель 6 мм. Величина открывания рта 39 мм, при открывании рта отмечается девиация. Функции дыхания, речи не нарушены, при глотании язык прокладывает между зубами.

Задание:

1. Назовите вероятную причину формирования зубочелюстной аномалии.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план ортодонтического лечения.
5. Перечислите рекомендации по уходу за полостью рта для пациентов находящихся на ортодонтическом лечении.

Руководитель школы мастерства Ю. А. Македонова