

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 12.03.2026 16:53:06
Уникальный программный ключ:
45c319b8a032ab3637134215abd1c475334767f4

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

УТВЕРЖДЕНО

на заседании кафедры хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии
протокол № ____ от « ____ » _____ 2025 г.
заведующий кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии доцент  А.Л. Громов

УТВЕРЖДЕНО

на заседании ученого совета
Института непрерывного образования
протокол № 3 от «16» декабря 2025 г.
председатель ученого совета
Института непрерывного образования
доцент  Л.Л. Квачахия



**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ
31.08.75 Стоматология ортопедическая**

Разработчики рабочей программы:

Доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Е.В.Фелькер

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая

1.1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА) является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта и разработанной на основе стандарта образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями**:

профилактическая деятельность:

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);
- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- ✓ готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- ✓ готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6);

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в терапевтической стоматологической помощи (ПК-7);

- ✓ готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8);

реабилитационная деятельность:

- ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9);

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10);

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11);
- ✓ готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12);
- ✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).

2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

3. Программа государственного экзамена

3.1. Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов. Критерии оценки этапов определяется программой ГИА

Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап – тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап – итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на

вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера.

Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет, примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образования, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3. При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последипломного образования. На подготовку к ответу первому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очередности. В процессе ответа и после его завершения члены ГЭК с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответствии с утвержденными критериями.

3.4. По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании обсуждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утверждёнными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК по итоговой оценке на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, проставляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

Критерии оценки результатов государственного экзамена

Оценка в баллах	Содержание ответа
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и

	разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности
3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять виды профессиональной деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и обобщить результаты, не готов к выполнению профессиональных видов деятельности

4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

4.1. Вопросы для подготовки к государственному экзамену

1. Основные виды стираемости зубов. Этиология и патогенез повышенной стираемости твердых тканей зубов
2. Классификации клинических форм повышенной стираемости: Грозовского, Курляндского, Бушана.
3. Дополнительные и специальные методы исследования в диагностике повышенной стираемости твердых тканей зубов.
4. Локализованная повышенная стираемость твердых тканей зубов, ее формы. Принципы ортопедического лечения.
5. Компенсированная форма генерализованной повышенной стираемости твердых тканей зубов. Методы ортопедического лечения.
6. Декомпенсированная генерализованная форма повышенной стираемости твердых тканей зубов. Лицевые симптомы. Методы ортопедического лечения.
7. Геронтостоматология. Особенности ортопедического лечения пациентов старческого возраста.
8. Возрастные изменения состояния твердых тканей зубов, костных структур челюстей и височно-нижнечелюстных суставов, мышц и слизистой оболочки рта у людей пожилого возраста.
9. Покрывные съемные протезы. Назначение. Составные элементы. Типы внутрикорневых ретенционных элементов.
10. Понятие об имплантации. Строение имплантата. Классификация дентальных имплантатов.
11. Общие принципы имплантации. Показания и противопоказания к ортопедическому лечению с применением дентальной имплантации.
12. Анатомо-топографические и клинические требования дентальной имплантации. Факторы, положительно влияющие на проведение дентальной имплантации.
13. Требования Ахенской концепции к протезированию на дентальных имплантатах (Spieckermann H., 1994). Критерии оценки состояния имплантатов.
14. Способ одноэтапного протезирования на имплантатах. Показания. Методика получения оттиска.
15. Клинико-лабораторные этапы протезирования металлокерамическими зубными протезами с опорой на одноэтапные имплантаты.
16. Метод двухэтапной дентальной имплантации. Показания. Строение имплантатов для двухэтапной дентальной имплантации.

17. Последовательность клинико-лабораторных этапов ортопедического лечения при двухэтапной имплантации.
18. Методики снятия оттисков при двухэтапной дентальной имплантации. Оттисковые трансферы.
19. Съёмное протезирование с опорой на дентальные имплантаты (условно-съёмное).
20. Эстетика в ортопедической стоматологии. Закономерности гармоничного строения лица и зубочелюстной системы. Лицевой индекс (IFM). Компоненты «красивой улыбки».
21. Процедура определения цвета зубов. Оптимальные условия. Виды расцветок. Компьютерные технологии.
22. Возможные ошибки и осложнения на клинических и лабораторных этапах при ортопедическом лечении больных винирами. Пути профилактики и методы их устранения.
23. Возможные ошибки и осложнения на клинических и лабораторных этапах при ортопедическом лечении больных вкладками. Пути профилактики и методы их устранения.
24. Возможные ошибки и осложнения на клинических и лабораторных этапах при ортопедическом лечении больных коронками. Пути профилактики и методы их устранения.
25. Возможные ошибки и осложнения на клинических и лабораторных этапах при ортопедическом лечении больных штифтовыми конструкциями. Пути профилактики и методы их устранения.
26. Возможные ошибки и осложнения на клинических и лабораторных этапах при ортопедическом лечении больных мостовидными протезами. Пути профилактики и методы их устранения.
27. Возможные ошибки и осложнения на клинических и лабораторных этапах при ортопедическом лечении больных бюгельными протезами. Пути профилактики и методы их устранения.
28. Возможные ошибки и осложнения на клинических и лабораторных этапах при ортопедическом лечении больных частичными съёмными пластиночными протезами. Пути профилактики и методы их устранения.
29. Возможные ошибки и осложнения на клинических и лабораторных этапах при ортопедическом лечении больных с полным отсутствием зубов. Пути профилактики и методы их устранения.
30. Анализ врачебных и технических ошибок при определении центрального соотношения челюстей (причины, признаки, последствия, способы устранения).
31. Особенности ортопедического лечения больных с инфекционными заболеваниями (ВИЧ, герпес).
32. Особенности ортопедического лечения больных, страдающих сахарным диабетом
33. Особенности ортопедического лечения больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта
34. Особенности ортопедического лечения больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы
35. Алгоритм оказания комплексной стоматологической помощи больным с нарушением психики
36. Особенности ортопедического лечения больных с хроническими заболеваниями слизистой оболочки рта
37. Патологические изменения в состоянии организма, тканей и органов рта, связанные с наличием зубных протезов
38. Анатомо-функциональное строение тканей пародонта. Этиология и патогенез, классификация заболеваний пародонта.

39. Понятие о функциональной перегрузке пародонта, травматической окклюзии. Дифференциальная диагностика первичной и вторичной травматической окклюзии.
40. Функциональная недостаточность тканей пародонта. Определение понятий «функциональный центр», «травматический узел» и нефункционирующее звено – «атрофический блок».
41. Методы обследования тканей пародонта и их диагностическая значимость.
42. Этиология, патогенез, ведущие клинические симптомы очагового и генерализованного пародонтита.
43. Окклюзография – как метод выявления суперконтактов.
44. Одонтопародонтограмма, ее анализ и диагностическая значимость.
45. Составление плана комплексного лечения пародонтита. Задачи ортопедического лечения заболеваний пародонта.
46. Избирательное шлифование по методу Дженкельсона.
47. Определение понятия «шинирование». Биомеханические принципы шинирования по Е.И.Гаврилову. Классификация шинирующих конструкций.
48. Временное шинирование на этапах лечения заболеваний пародонта. Виды временных шин. Требования, предъявляемые к временным шинирующим конструкциям.
49. Ортопедические методы лечения очагового пародонтита. Задачи при планировании конструкции шинирующего протеза.
50. Обоснование выбора конструкции шинирующего аппарата или протеза и их протяженности на основе данных анализа одонтопародонтограммы. Виды стабилизации зубного ряда и их обоснование.
51. Ортопедические методы лечения генерализованного пародонтита. Задачи при планировании конструкции шинирующего протеза.
52. Непосредственное протезирование при заболеваниях пародонта. Преимущества. Методики подготовки гипсовых моделей при непосредственном протезировании.
53. Бюгельное протезирование при лечении заболеваний пародонта. Преимущества и недостатки. Основные конструктивные элементы бюгельного протеза.
54. Опорно-удерживающий кламмер, его составные элементы и их назначение. Кламмеры системы Нея.
55. Клинические и функциональные требования к естественной коронке зуба, выбранной для расположения опорно-удерживающего кламмера.
56. Клинико-лабораторные этапы изготовления литых бюгельных протезов с кламмерной фиксацией.
57. Планирование шинирующей конструкции бюгельного протеза. Методы параллелометрии.
58. Планирование конструкции бюгельного протеза и нанесение рисунка ее каркаса на гипсовую модель.
59. Реабилитация больных с заболеваниями пародонта на этапах ортопедического лечения. Прогноз.
60. Диагностические, тактические и технические ошибки при ортопедическом лечении больных с заболеваниями пародонта.

4.2. Ситуационные задачи

Задача 1.

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

Жалобы на задержку пищи между зубами 4.6 и 4.7.

Анамнез заболевания

Более года назад зуб 4.7 лечен по поводу пульпита.

Анамнез жизни

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

Объективный статус

Внешний осмотр: состояние удовлетворительное.

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

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

Результаты инструментального метода обследования

Перкуссия зуба 4.7 болезненна.

Результаты метода обследования

Прицельная внутриротовая контактная рентгенография



Не определяется расширение периодонтальной щели. Корневые каналы obturated до верхушки.

Результаты дополнительного метода обследования

Электроодонтодиагностика зуба 4.7

Снижение электровозбудимости зуба 4.7 свыше 100 мкА.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 2.

На приём к врачу-стоматологу ортопеду обратилась пациентка 65 лет.

Жалобы на

- невозможность пользования имеющимся съёмным протезом;
- плохую фиксацию полного съёмного пластиночного протеза на верхней челюсти;
- затрудненное пережевывание пищи;
- неудовлетворительный внешний вид;
- жжение под полным съёмным пластиночным протезом на верхней челюсти.

Анамнез заболевания

- Отсутствующие зубы разрушались и удалялись в течение всей жизни в результате кариеса и его осложнений.
- Последнее ортопедическое лечение проводилось 3 года назад полным съёмным пластиночным протезом на в/ч, которым не смогла пользоваться.

Анамнез жизни

- Со слов пациентки, аллергическая реакция на пластмассу протеза.
- Туберкулез, гепатит, ВИЧ отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр:

Конфигурация лица изменена за счёт снижения высоты нижнего отдела лица. Выражены носогубные складки, углы рта значительно опущены.



Зубная формула:

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

Полный съемный пластиночный протез на верхней челюсти не соответствует границам протезного ложа, фиксация протеза неудовлетворительная. На нижней челюсти металлокерамические коронки с опорой на зубах 3.3, 4.3 и частичный съемный пластиночный протез, находящиеся в удовлетворительном состоянии.

Соотношение челюстей по ортогнатическому типу. Атрофия альвеолярного отростка на в/ч – II тип по Шредеру. Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет 8 мм. «Старческое» выражение лица, опущены углы рта и крылья носа, выражены носогубные и подбородочная складки, ощущение недостатка места для языка.

Панорамная рентгенография челюсти

По данным рентгенографии:

- атрофия костной ткани до 1/3 длины корня зуба;
 - зубы 3.3, 4.3 – депульпированы, пломбирочный материал в корневых каналах прослеживается на всем протяжении, периапикальные изменения отсутствуют.
1. Поставьте предварительный диагноз.
 2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
 3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 3.

Пациентка У. 57 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии.

Жалобы на

- металлический вкус во рту,
- чувство кислоты, это неприятное ощущение постоянно, усиливается при приёме кислой пищи.

- сухость во рту,
- извращение вкуса,
- жжение языка.

Наличие общесоматических заболеваний и аллергических реакций отрицает. Последнее обследование проходила 1 месяц назад, во время диспансеризации.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, 2 месяца назад в районной поликлинике ей был изготовлен мостовидный протез на верхнюю челюсть и коронка на премоляр нижней челюсти. Спустя 2 недели она полностью адаптировалась к новой конструкции. Было запланировано также изготовить съёмный протез на нижнюю челюсть, но по семейным обстоятельствам визит к стоматологу откладывался. В настоящее время, через 2 месяца после протезирования, появились неприятные ощущения.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Работает.
- Без вредных привычек.
- Наследственность не отягощена.
- Аллергоанамнез не отягощён.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена.

Осмотр полости рта

Зубная формула:

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

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Локальный статус:



На верхней челюсти имеется штампованно-паяный мостовидный протез из нержавеющей стали с пластмассовой облицовкой. В местах спаек видны окисные плёнки. На нижней челюсти штампованная коронка на 4.4 зубе.

Измерение электрохимического потенциала

Полученное значение 150-180 мВ превышает нормальное значение.

1. Поставьте предварительный диагноз.
 2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
 3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.
- Задача 4.

Пациент Т. 29 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии.

Жалобы на

- неудовлетворительную эстетику,
- разрушение коронковой части зуба 3.6,
- нарушение функции жевания.

Анамнез заболевания

Зуб был лечен эндодонтически по поводу пульпита около 3 лет назад. Ранее не протезировался.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Без вредных привычек.
- Наследственность не отягощена.
- Аллергоанамнез не отягощён.

Объективный статус

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

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

Прикус: ортогнатический.

Зубная формула:

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

Результаты дополнительного метода обследования

Ортопантомография:



На ортопантомограмме коронковая часть 3.6 зуба разрушена, каналы запломбированы до верхушки, изменений в периапикальных тканях нет; 1.6, 2.7, 4.1, 4.2 зубы вылечены по поводу осложнённого кариеса; пломба на зубах 1.6, 2.5, 2.6, 2.7, 3.1, 4.1, 4.2, 4.6.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 5.

Пациентка А. 36 лет обратилась клинику ортопедической стоматологии.

Жалобы на

- отсутствие 3.6 зуба;
- нарушение функции жевания;
- нарушение функции речеобразования.

Анамнез заболевания

3.6 зуб был удалён 2 месяца назад в результате осложнения кариеса.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.

- Без вредных привычек.
- Наследственность неотягощена.
- Аллергоанамнез неотягощён.

Объективный статус

Внешний осмотр. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Осмотр полости рта.

Зубная формула:

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

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус патологический.

Локальный статус: отсутствует 3.6 зуб; 3.5 зуб лечен по поводу осложнённого кариеса; на 3.7 зубе пломба.

Результаты дополнительных методов обследования

Ортопантомография



На ортопантомограмме. 3.6 зуб отсутствует, каналы 3.5 зуба запломбированы до верхушек корней. Воспалительные процессы в периапикальных тканях отсутствуют.

Одонтопародонтография

	N=11.5				N=7.5				N=11.5								
Более ¼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	N=30.5		
¼	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	
¾	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																	
Одонтограмма																	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
Одонтограмма																	N=30.0
Подвижность	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	
N	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	
¼	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 ¼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	N=11.5				N=7.0				N=11.5								

Коэффициенты резервных сил пародонта указывают на возможность провести лечение мостовидным протезом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 6.

В стоматологическую клинику обратилась пациентка Н. 26 лет.

Жалобы на

- эстетический дефект в области фронтальных зубов верхней челюсти,
- изменение цвета и наличие пятен на фронтальных зубах верхней челюсти.

Анамнез заболевания

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
		П												П	

Состояние твёрдых тканей: зуб 4.6 скол обширной композитной реставрации, выполненной по I классу по Г. Блэку. Краевое прилегание реставрации нарушено, ИРОПЗ зуба 4.6 визуально составляет 0,4.

Состояние жевательных мышц и ВНЧС: патологии жевательных мышц не отмечается. ВНЧС без патологии.

Результаты метода обследования

Прицельная рентгенография

Фактический ИРОПЗ составляет 0,5 за счёт поражения твёрдых тканей зуба вторичным кариесом под реставрацией. Расстояние до пульповой камеры составляет 1,5 мм. Воспалительных периапикальных процессов не выявлено.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 8.

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент 60 лет.

Жалобы на

- неудовлетворительную эстетику;
- нарушение пережевывания пищи из-за отсутствия жевательных зубов на верхней и нижней челюстях.

Анамнез заболевания

Зубы были удалены в течение последних 10 лет по поводу осложненного кариеса и заболеваний пародонта.

Анамнез жизни

- Туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатит В и С отрицает.
- Аллергологический анамнез не отягощен.
- Вредные привычки – курение.
- Профессиональные вредности отсутствуют.

Объективный статус

Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Незначительно выражены носогубные складки, углы рта опущены. Открывание рта свободное, в полном объеме, симметричное. Кайма губ ярко-красного цвета, умеренно увлажнена.



Зубная формула:

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

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических высыпаний. Уздечки верхней и нижней губ выражены умеренно, прикрепление в пределах нормы. Аномалия положения зубов – отмечается скученность во фронтальной группе зубов на нижней челюсти.

Патологическая стираемость в области фронтальной группы зубов II степени.

Результаты дополнительного метода обследования

По данным рентгенографии:

- атрофия костной ткани от ¼ до ½ длины корня зуба;
- зуб 2.2 – депульпирован.

Результаты метода обследования 3D - сканирование

На 3D – модели отмечается резорбция костной ткани в области зубов 4.3 -3.3 на ½ длины корня зуба. Отсутствуют зубы 1.8, 1.7, 1.6, 1.5, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 3.8, 3.7, 3.6, 4.6, 4.8.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 9.

Пациентка Н. 32 лет обратилась в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники.

Жалобы на

- отсутствие зуба на верхней челюсти,
- дискомфорт при пережевывании пищи.

Анамнез заболевания

Зуб 2.6 удален два года назад в связи с его разрушением.

Анамнез жизни

- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.
- Хронические заболевания отрицает.
- Аллергический анамнез отягощен.

Объективный статус

Внешний осмотр: Состояние удовлетворительное.

Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы чистые. Открывание рта свободное, в полном объеме – 5 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненные, мягко-эластичной консистенции, не спаяны с окружающими тканями.

Зубная формула:

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

Локальный статус: во рту отсутствует зуб 2.6, зубы антагонисты имеются, феномен Попова-Годона отсутствует, канал зуба 2.5 запломбирован равномерно на всем протяжении до верхушки, на жевательной поверхности зуба 2.5 пломба, ИРОПЗ≤0,4, зуб 2.7 интактный. Слизистая оболочка рта бледно-розовая, увлажнена. Рот санирован.

Результаты инструментального метода обследования

Перкуссия зубов 2.5 и 2.7

Перкуссия зубов 2.5 и 2.7 безболезненна.

Результаты метода обследования

Ортопантомография



Результаты дополнительного метода обследования

Электроодонтометрия 2.7

В данной клинической ситуации пороговое значение электроодонтодиагностики (ЭОД) зуба 2.7 составляет 8 мкА.

Задача 10.

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка 66 лет.

Жалобы на

- неудовлетворительную эстетику,
- нарушение пережевывания пищи.

Анамнез заболевания

- Зубы разрушались и удалялись в течение всей жизни в результате кариеса и его осложнений.
- Ранее не протезировалась.

Анамнез жизни

- ОРВИ, ОРЗ, ветряная оспа, туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатит В и С отрицает.
- Аллергологический анамнез не отягощен.
- Вредные привычки – отрицает.
- Профессиональные вредности отсутствуют.
- Хронический гастрит.

Объективный статус

Внешний осмотр: кожные покровы чистые, видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Носогубные и подбородочные складки значительно выражены, углы рта опущены. Открывание рта свободное, в полном объеме, симметричное. Кайма губ ярко-красного цвета, умеренно увлажнена.



Зубная формула:

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

Глубина пародонтальных карманов в области зубов 1.5, 3.1, 4.1 - 5.5 мм., в области зубов 2.2, 2.5. 2.6, 2.7, 3.7, 4.6 – 3.5 мм. Зубы 3.1, 4.1 – подвижность II степени, зубы 1.5, 3.2. 4.2 – подвижность I степени. Отмечается рецессия десны в пришеечной части 1.5, 2.3, 2.6, 3.1,

3.2, 3.4, 4.1, 4.2. Коронковые части зубов 1.2, 2.4, 3.5 полностью разрушены, ткани корня мягкие при зондировании, заполненные размягченным дентином. Зубы 1.1, 3.7, 4.4 – пломбы. Зубы 2.3, 2.6, 4.6 – пломбы, имеются признаки вторичного кариеса под пломбой. Зубы 1.5, 2.5, 3.4 – кариес дентина. Зубы 1.5, 4.4 – вертикальная деформация. Зуб 3.7 – горизонтальная деформация.

У данного пациента разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет 6 мм, что подтверждается клиническими признаками снижения высоты нижнего отдела лица

Результаты дополнительного метода обследования

Рентгенография

По данным рентгенографии:

- атрофия костной ткани на $\frac{1}{2}$ длины корня у зубов 2.2, 2.5, 2.6, 2.7, 3.2, 3.7, 4.2, 4.6;
- атрофия костной ткани на $\frac{3}{4}$ длины корня зуба у зубов 1.5, 4.1, 3.1

1.2 – депульпирован, пломбировочный материал не прослеживается на всем протяжении корневого канала, имеется очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 11.

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка 64 года.

Жалобы на

- затруднённое пережёвывание пищи,
- отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти.

Анамнез заболевания

К врачу-стоматологу обращалась более 5 лет назад. Зубы были удалены, вследствие нелеченного кариеса и его осложнений в течение последних 30 лет.

Анамнез жизни

- Пациентка отмечает сахарный диабет 2 типа, гипертоническую болезнь 2 степени.
- Аллергоанамнез не отягощён.
- ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает.

Объективный статус

Данные внешнего осмотра: конфигурация лица не изменена.

Зубная формула:

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

Прикус: соотношение челюстей по ортогнатическому типу.

Слизистая оболочка рта: бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Локальный статус.

На верхней челюсти: отсутствуют 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8 зубы. 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубы – имеются композитные реставрации, удовлетворяющие клиническим требованиям.

На нижней челюсти: отсутствуют 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8 зубы. 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 зубы – имеются фасетки стирания в пределах эмали.

Расстояние между состоянием относительного физиологического и привычной окклюзией – 3 мм (анатомио-физиологический метод).

Результаты метода обследования

Ортопантомография

Периапикальных изменений у оставшихся зубов нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 12.

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка 24 года.

Жалобы на

- отлом коронковой части зуба 4.6,
- затрудненное пережевывание пищи.

Анамнез заболевания

- Проведено эндодонтическое лечение около двух лет назад.
- Ранее не протезировалась.

Анамнез жизни

- ОРВИ, ОРЗ, ветряная оспа, туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатит В и С отрицает.
- Аллергологический анамнез не отягощен.
- Вредные привычки – отрицает.
- Профессиональные вредности отсутствуют.

Объективный статус

Внешний осмотр: без видимых изменений



Зубная формула:

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

Прикус: ортогнатический.

Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Коронковая часть зубов 4.6; 4.7 восстановлена пломбами большого объема. На зубе 4.6 скол собственных тканей зуба.

Результаты дополнительного метода обследования

Рентгенография

На прицельной рентгенограмме каналы зубов 4.6; 4.7 запломбированы до апикального отверстия, изменения в периапикальных тканях отсутствуют.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 13.

В стоматологическую клинику обратилась пациентка И. 49 лет.

Жалобы на

- затруднённое пережёвывания пищи,
- неудовлетворительную эстетику,
- частичное отсутствие зубов.

Анамнез заболевания

- Пациентка ранее не протезировалась, к врачам-стоматологам обращалась только с острой болью.
- Со слов пациентки, 1.5, 2.5 зубы в течение жизни не прорезались.
- Стирание коронок зубов происходило постепенно в течение 20 лет.

Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ОРЗ.
- Наследственность: неотягощена.
- Вредные привычки: курение, утверждает, что грызет ногти и карандаши в стрессовых ситуациях.
- Аллергоанамнез: аллергические реакции отрицает.
- Туберкулёз, ВИЧ, гепатит, сифилис отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: Состояние удовлетворительное.

Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 6 мм. Выражены носогубные и подбородочные складки, углы рта опущены. Пальпация собственно жевательных, височных мышц безболезненна. Открывание рта свободное. При пальпации поднижнечелюстные, подбородочные и шейные лимфоузлы подвижные, безболезненные

Зубная формула:

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



Прикус: ортогнатический.

Осмотр полости рта: состояние слизистой оболочки полости рта: бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Маргинальная десна верхней и нижней челюстей гиперемирована. На большинстве зубов определяется зубной налёт. Повышенная стёртость 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 зубов. Незначительная гипертрофия альвеолярных отростков и альвеолярной части челюстей в области 1.5, 1.6, 1.7, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3 зубов. В области других зубов гипертрофия отсутствует. Снижение высоты нижнего отдела лица на 6 мм.

Результаты дополнительных методов обследования

Ортопантомография

1.6, 2.8, 3.6, 3.7, 3.8, 4.5, 4.7 зубы депульпированы; корневые каналы запломбированы до верхушек частично; 4.7 зуб – хронический гранулематозный периодонтит, кариес корня. Предположительно, имеется достаточная высота костной ткани в области зубов 1.5, 2.5, 4.5, 4.6 для установки внутрикостных дентальных имплантатов. Невозможно оценить толщину альвеолярного гребня, наличие кортикального слоя костной ткани в области отсутствующих зубов. Пациент направлен на компьютерную томографию верхней и нижней челюстей.

Компьютерная томография

Рекомендуется использовать имплантаты следующих параметров:

- 1) имплантаты в проекции 1.5, 2.5, 4.5 зубов – 4,0 мм диаметр; 11 мм – высота;
- 2) имплантат в проекции 4.6 зубов – 4,5 мм диаметр; 11 мм высота.

Томография ВНЧС

Прослеживается четкость и непрерывность кортикальной пластинки в области суставных поверхностей. Суставные головки располагаются во впадинах центрально. Суставная площадка занимает две трети овальной поверхности головки. Просвет рентгенологической суставной щели одинаков во всех ее отделах. При широком открывании рта головка суставного отростка контактирует с вершиной суставного бугорка.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 14.

В стоматологическую клинику обратился пациент Г. 75 лет.

Жалобы на

- затруднённое пережёвывание пищи;
- плохую фиксацию съёмных протезов.

Анамнез заболевания

Зубы в области верхней и нижней челюстей были удалены около 9 лет назад. Полными съёмными протезами пользовался около 9 лет. Старые протезы плохо фиксируются, нестабильны.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Не работает.
- Без вредных привычек.
- Наследственность не отягощена.
- Аллергоанамнез не отягощён.

Объективный статус

Внешний осмотр. Высота нижней трети лица уменьшена, носогубные и подбородочная складки резко выражены, углы рта и кончик носа опущены, верхняя губа западает, подбородок выдвинут кпереди. Рот открывается в полном объёме, преддверие полости рта средней глубины. Лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта.

Зубная формула:

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

Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается выраженная атрофия альвеолярных отростков на верхней и нижней челюстях.



Визуальное исследование суставов

Рот открывается в полном объёме, хруста (щелчков) и боли в области височно-нижнечелюстных суставов при движениях нижней челюсти нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 15.

В стоматологическую клинику обратилась пациентка Н. 26 лет.

Жалобы на

- эстетический дефект в области фронтальных зубов верхней челюсти,
- изменение цвета и наличие пятен на фронтальных зубах верхней челюсти.

Анамнез заболевания

Пятна на 1.1, 1.2, 2.1, 2.2 зубах появились с момента прорезывания зубов в 7-8 лет.

Анамнез жизни

- Работает.
- Без вредных привычек.
- Наследственность: не отягощена.
- Со слов пациентки, туберкулез, ВИЧ, гепатит, отрицает.
- Аллергические реакции отрицает, практически здорова.

Объективный статус

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

Зубная формула:

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

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

Локальный статус: на 1.1, 1.2, 2.1, 2.2 зубах имеются одиночные меловидные пятна, поверхность гладкая, блестящая.

Результаты дополнительных методов обследования

Внутриротовая контактная рентгенография

Внутриротовая контактная рентгенография: в области верхушек корней зубов воспаления и изменения периапикальных тканей не наблюдается.

Ортопантомография. Воспаления и изменения периапикальных тканей не наблюдается, зубы 1.8, 2.8, 3.8, 4.8 ретенированы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 16.

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент 59 лет.

Жалобы на

- неудовлетворительную эстетику,
- нарушение пережевывания пищи.

Анамнез заболевания

- Зубы разрушались и удалялись в течение всей жизни в результате кариеса и его осложнений.
- Последний раз к стоматологу обратился 2 недели назад, удалил зуб 1.1.

Анамнез жизни

- ОРВИ, ОРЗ, ветряная оспа, туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатит В и С отрицает.
- Аллергологический анамнез не отягощен.
- Вредные привычки – курение.
- Профессиональные вредности отсутствуют.
- Гипертоническая болезнь сердца.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые. Незначительно выражены носогубные складки, углы рта опущены. Открывание рта свободное, в полном объеме, симметричное. Кайма губ ярко-красного цвета, умеренно увлажнена.



Зубная формула:

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

Наблюдается незначительная гиперемия и отечность маргинальной десны. Во рту присутствуют пластмассовые коронки с опорой на зубы 3.2, 3.3, 4.3, находящиеся в неудовлетворительном состоянии. Отмечается нарушение краевого прилегания коронок и рецессия десны. Аномалия положения зуба 1.2 – небное расположение зуба.

Множественные клиновидные дефекты. Зубы 1.2, 2.8, 3.2, 3.6, 4.7 имеют подвижность III степени, 3.6 – кариес корня. Отмечаются над- и поддесневые мягкие и твердые зубные отложения.

Результаты дополнительного метода обследования

Рентгенография



По данным рентгенографии:

- атрофия костной ткани в области 1.4,1.3,4.7,3.2 зубов на 1/2 длины корня, 2.1,2.2,2.3,2.4,2.5 на 1/3 длины корня, 1.2,2.8 на 2/3 длины корня зуба.

У данного пациента разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет 3 мм.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 17.

На приём в поликлинику обратился мужчина 42 лет.

Жалобы на

- затрудненное пережевывание пищи,
- разрушение коронковых частей зубов 2.6 и 4.6.

Анамнез заболевания

Зубы 2.6 и 4.6 - лечены по поводу неосложненного кариеса около 10 лет назад. Были восстановлены пломбами. Отлом коронковой части зуба 2.6 вместе с пломбой произошел 1 день назад. Отлом коронковой части зуба 4.6 произошел 10 дней назад. Последний раз у врача стоматолога был 3 месяца назад на профилактическом осмотре.

Анамнез жизни

- Гипертоническая болезнь 2 ст.
- Аллергические реакции на лидокаин.
- Гепатиты, ВИЧ - отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не нарушена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Осмотр полости рта.

Зубная формула:

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

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Прикус: ортогнатический.

При осмотре полости рта наблюдается дефект коронковых частей зубов 2.6 и 4.6, (0,6-0,8 по Милликевичу), 1 класс по Блэку. При зондировании кариозных полостей определяются кратковременная болезненность. Перкуссия зубов безболезненна.

Результаты дополнительного метода обследования

Электроодонтометрия

Показатели ЭОД зуба 2.6 - 6 мкА.

Показатели ЭОД зуба 4.6 - 8 мкА.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 18.

В стоматологическую клинику обратилась пациентка К. 34 лет.

Жалобы на

- повышенную чувствительность зубов на все виды раздражителей,
- эстетический дефект,
- чувство «ненадежности» зубов.

Анамнез заболевания

- Стоматолога последний раз посещала полгода назад.
- Была проведена профессиональная гигиена полости рта, выдано направление на дополнительное исследование, которое по состоянию здоровья пациентка не прошла.

Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: ОРЗ, ОРВИ, Бластома левой молочной железы (2 года назад) (хирургическое лечение, лучевая и химиотерапия) , хроническая дискинезия желчевыводящих протоков.
- Вредные привычки: отсутствуют.
- Аллергоанамнез: аллергические реакции отрицает.
- Туберкулёз, ВИЧ, гепатит, сифилис отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы без видимой патологии, лимфатические узлы не пальпируются.

Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щек бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. Десна бледно-розовая, плотная, зубы 13, 12, 11, 21, 22, 23 , 33, 32, 31, 41, 42, 43 имеют истонченный кортикальный слой с вестибулярной поверхности (ощущается пальпаторно) , при пальпации определяется подвижность 2 степени. В области зубов 13, 14, 15, 23, 34, 35 клиновидные дефекты.

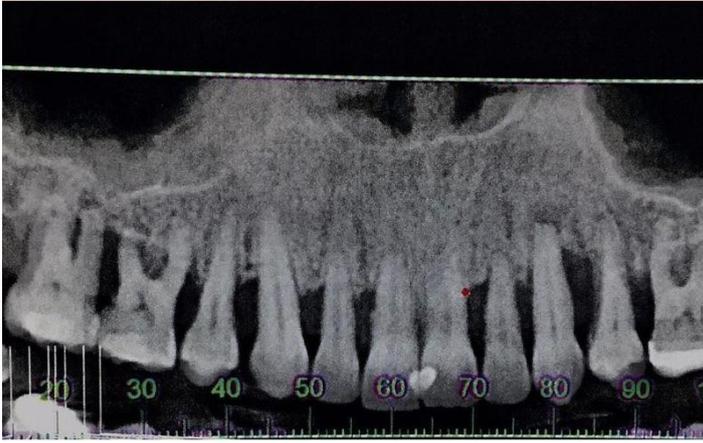
Зубная формула:

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



Результаты дополнительного метода обследования

Ортопантомография



Результаты рентгенологического метода обследования

Компьютерная томография

Рекомендуется использовать имплантаты следующего диаметра и длины:

- 1) имплантаты в проекции 1.6, 2.6, 3.6, 4.6 зубов – 4,0 мм; 10 мм.
- 2) имплантаты в проекции 1.4, 2.4., 3.4, 4.4. зубов – 3,8 мм; 8 мм.
- 3) имплантаты в проекции 1.2, 2.2, 3.2, 4.2 зубов – 35 мм; 10 мм
 1. Поставьте предварительный диагноз.
 2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
 3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 19.

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка 68 лет.

Жалобы на

- неудовлетворительную эстетику,
- невозможность пережевывания пищи.

Анамнез заболевания

- Зубы разрушались и удалялись в течение всей жизни в результате кариеса и его осложнений.
- Ранее протезировалась более 10 лет назад, были изготовлены съемные протезы, которыми пациентка не пользуется в течении года.

Анамнез жизни

- ОРВИ, ОРЗ, ветряная оспа, туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатит В и С отрицает.
- Аллергологический анамнез не отягощен.
- Вредные привычки – отрицает.
- Профессиональные вредности отсутствуют.
- ИБС, гипертоническая болезнь.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Носогубные и подбородочные складки значительно выражены, углы рта опущены. Открывание рта свободное, в полном объеме, симметричное. Кайма губ ярко-красного цвета, умеренно увлажнена.



Зубная формула:

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

Результаты методов обследования

Сбор анамнеза, визуальное обследование, пальпаторное обследование альвеолярных отростков челюстей, визуальное обследование и пальпация височно-нижнечелюстного сустава, антропометрические исследования

Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, I класс по Суппле. Степень атрофии альвеолярных отростков : на верхней челюсти I класс по Шредеру, на нижней челюсти – III класс по Келлеру.

Внешние признаки снижения высоты нижнего отдела лица отсутствуют.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 20.

Пациент Ю. 65 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии.

Жалобы на

- отсутствие 2.1 зуба,
- затруднённое пережёвывание пищи.

Анамнез заболевания

2.1 зуб был удалён 3 недели назад. Остальные зубы были удалены 4 года назад по поводу осложнённого кариеса. В то же время был изготовлен частичный съёмный пластиночный протез, которым пациент пользовался все это время. Другого ортопедического лечения не проводилось.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает.
- Без вредных привычек.
- Наследственность не отягощена.
- Аллергоанамнез не отягощён.

Объективный статус

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена.

Осмотр полости рта.

Зубная формула:

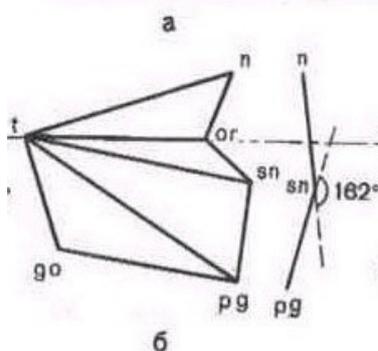
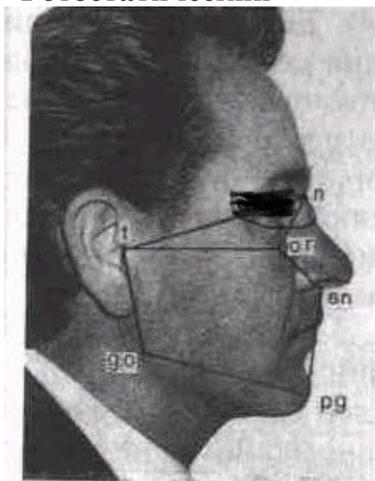
О	О	О	О					О						О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
	П		О	О								О	О	О		

Съёмный протез на верхней челюсти в неудовлетворительном состоянии. Базис протеза покрыт тёмным налётом, Протез не фиксируется в полости рта. Слизистая оболочка под базисом гиперемирована, отёчна. 4.7 зуб изменён в цвете, 2/3 коронки зуба составляет пломба, анатомическая форма не выдержана, краевое прилегание не нарушено.

Результаты инструментального метода обследования**Ортопантомография**

4.7 зуб – каналы запломбированы до верхушки, изменений в периапикальных тканях нет. Выявлено отсутствие компактной пластинки вершин межзубных перегородок, вертикальная резорбция костной ткани межзубных перегородок в области вершин.

Результаты вспомогательного метода обследования Фотостатический



Все параметры фотостатических измерений, их углов находятся в пределах допустимой нормы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 21.

Пациент Б. – мужчина, 26 лет, обратился к стоматологу-ортопеду.

Жалобы на

- отсутствие зуба на нижней челюсти справа,
- затрудненное пережевывание пищи.

Анамнез заболевания

Зуб 4.6 удален более года назад в связи с обострением хронического периодонтита и невозможности консервативного его лечения.

Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ОРЗ.
- Наследственность: не отягощена.
- Вредные привычки: нет.
- Аллергоанамнез: пищевая аллергия.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ, сифилис отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: Состояние удовлетворительное.

Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы чистые. Открывание рта свободное, в полном объёме – 5 см. лимфатические узлы не увеличены.

Зубная формула:

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

Осмотр полости рта: слизистая оболочка бледно-розовая, умеренно увлажнена. В области отсутствующего зуба 4.6 слизистая оболочка без признаков воспаления, при пальпации безболезненна.

Результаты дополнительного метода обследования
Рентгенография



Результаты метода обследования
Компьютерная томография



1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 22.

Пациент В. 32 лет обратился в клинику терапевтической стоматологии.

Жалобы на

- скол пломбы в области зуба на нижней челюсти справа,
- дискомфорт при жевании.

Анамнез заболевания

Пациент отмечает, что зуб был лечен по поводу глубокого кариеса около 3 лет назад, скол произошёл 4 дня назад при пережёвывании пищи.

Анамнез жизни

- Вредные привычки - курение.
- Отмечает аллергию на акрил.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, симметрия не нарушена. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Открывание рта свободное в полном объеме, ВНЧС без патологии.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

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

Прикус: ортогнатический.

	П	П												П		П
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
		П													П	

Состояние твёрдых тканей: зуб 4.6 скол обширной композитной реставрации, выполненной по I классу по Г. Блэку. Краевое прилегание реставрации нарушено, ИРОПЗ зуба 4.6 визуально составляет 0,4.

Состояние жевательных мышц и ВНЧС: патологии жевательных мышц не отмечается. ВНЧС без патологии.

Результаты метода обследования

Прицельная рентгенография

Фактический ИРОПЗ составляет 0,5 за счёт поражения твёрдых тканей зуба вторичным кариесом под реставрацией. Расстояние до пульповой камеры составляет 1,5 мм. Воспалительных периапикальных процессов не выявлено.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 23.

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент 63 лет.

Жалобы на

- затруднённый приём пищи,
- эстетический дефект.

Анамнез заболевания

Зубы терял в течение жизни в результате осложнений кариеса.

Анамнез жизни

- Наследственность: не отягощена.
- Со слов пациента, практически здоров.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

Объективный статус

Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы чистые, без видимых изменений. Регионарные лимфатические узлы при пальпации не увеличены, безболезненны, мягкие, подвижные, с подлежащими тканями не спаяны. Открывание рта в полном объеме, безболезненное.

Локальный статус:

На верхней челюсти – отсутствуют 1.8; 1.6 : 2.8, корень 1.4 зуба, на уровне слизистой оболочки, размягчение тканей корня более ¼ его длины. Определяется наличие высокого

нёбного свода, мостовидный протез с опорами на зубы 17 и 15, выраженные верхнечелюстные бугры и альвеолярный отросток. Переходная складка, места прикрепления мышц, складок слизистой оболочки расположены относительно высоко.

На нижней челюсти – отсутствуют зубы 4.8, 4.7, 4.6, 4.5 : 3.4,3.5,3.6,3.7,3.8, альвеолярные отростки незначительно и равномерно атрофированы. Точки прикрепления мышц и складок слизистой оболочки расположены у основания альвеолярного отростка. Экзостозы отсутствуют.

Здоровая слизистая оболочка рта: умеренно-податливая, умеренно подвижная, бледно-розового цвета, умеренно выделяет слизистый секрет.

Зубная формула:

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

Результаты дополнительного метода обследования

Ортопантомография

По данным ортопантомографии: на верхней челюсти наблюдается не выраженная равномерная атрофия костной ткани в области отсутствующих зубов, корень зуба 1.4 разрушение клинической коронки зуба более 90%; разрушение корня зуба, более ¼ длины корня зуба, на нижней челюсти атрофия подлежащей костной ткани в области оставшихся зубов не выражена, равномерна искусственные коронки установленные на зубы соответствуют клиническим требованиям.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 24.

Пациент Т. 34 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии.

Жалобы на

- затруднённый приём пищи,
- эстетический дефект,
- отсутствие зуба 1.1.

Анамнез заболевания

Пациент отмечает, что зуб 1.1 был удалён 2 недели назад в результате осложнённого кариеса.

Анамнез жизни

- Вредные привычки - курение.
- Аллергоанамнез не отягощён.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена.

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

Прикус: ортогнатический.

Зубная формула:

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

Результаты метода обследования

Трёхмерная компьютерная томография

Отсутствие зуба 1.1 на верхней челюсти, расстояние до дна полости носа 6 мм.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 25.

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

Жалобы на

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

Анамнез заболевания

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

Анамнез жизни

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

Объективный статус

Внешний осмотр: состояние удовлетворительное.

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

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

Результаты инструментального метода обследования

Перкуссия зуба 4.6 болезненна.

Прицельная внутриротовая контактная рентгенография



Канал дистального корня obturated не полностью, медиальный канал корня зуба запломбирован плотно до верхушки, определяется расширение периодонтальной щели, наблюдается разрежение костной ткани у апекса медиального корня зуба.

Результаты дополнительного метода обследования

Электроодонтодиагностика зуба 4.6

Снижение электровозбудимости зуба 4.6 свыше 100 мкА.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 26.

Пациент 26 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии.

Жалобы на

- отсутствие 3.5 зуба,

- нарушение функции жевания.

Анамнез заболевания

3.5 зуб был удалён 3 месяца назад в результате осложнения кариеса.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Без вредных привычек.
- Наследственность не отягощена.
- Аллергоанамнез не отягощён.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не нарушена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Зубная формула:

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

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

Прикус патологический.

Локальный статус: отсутствует 3.5 зуб.

Результаты дополнительного метода обследования

Ортопантомография



1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 27.

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент 63 лет.

Жалобы на

- затруднённый приём пищи,
- эстетический дефект.

Анамнез заболевания

Зубы терял в течение жизни в результате осложнений кариеса.

Анамнез жизни

- Наследственность: не отягощена.
- ИБС, стенокардия, наблюдается у кардиолога.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

Объективный статус

Конфигурация лица не изменена. Снижение высоты нижнего отдела лица не отмечается. Кожные покровы чистые, без видимых изменений. Регионарные лимфатические узлы при пальпации не увеличены, безболезненны, мягкие, подвижные, с подлежащими тканями не спаяны. Открывание рта в полном объеме, безболезненное.

Локальный статус:

На верхней челюсти – отсутствуют 2.8; 2.7; 2.6; 2.5 : 1.5; 1.6,1.7,1.8. Определяется наличие высокого нёбного свода, выраженные верхнечелюстные бугры и альвеолярный отросток.

1.4,1.3,2.3,2.4- частичные дефекты коронковых частей зубов, восстановленные композитным материалом, ИРОПЗ более 60%, нарушение краевого прилегания. Переходная складка, места прикрепления мышц, складок слизистой оболочки расположены относительно высоко.

Пародонтальные карманы в области всех зубов на верхней челюсти до 3 мм.

На нижней челюсти – отсутствуют зубы 4.8;4.7; 4.6; 4.5 : 3.7; 3.8. 4.3, 3.4- частичные дефекты коронковых частей зубов, восстановленные композитным материалом, ИРОПЗ более 60%, нарушение краевого прилегания. Ранее изготовленные коронки с опорами на зубы 3.5,3.6,4.4- удовлетворяют клиническим требованиям.

Пародонтальные карманы в области всех зубов на нижней челюсти до 5 мм. Альвеолярные отростки незначительно и равномерно атрофированы. Точки прикрепления мышц и складок слизистой оболочки расположены у основания альвеолярного отростка. Экзостозы отсутствуют.

Здоровая слизистая оболочка рта: умеренно-податливая, умеренно подвижная, бледно-розового цвета, умеренно выделяет слизистый секрет.

Зубная формула:

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

Результаты дополнительного метода обследования

Ортопантомография

По данным ортопантомографии:

на верхней челюсти наблюдается не равномерная атрофия костной ткани в области зубов 1.4,1.3,1.2,2.3,2.4, на 1/3 длинны корня зуба,

на нижней челюсти атрофия подлежащей костной ткани в области оставшихся зубов не выражена, равномерная до 1/2 длины корней;

изменений в периапикальных тканях в области зубов не выявлено

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 28.

Пациент В. – мужчина, 35 лет, направлен от стоматолога-терапевта с целью восстановления коронковой части зуба 1.6.

Жалобы на

- затрудненное пережевывание пищи.

Анамнез заболевания

Зуб 1.6 –1 неделю назад проведено эндодонтическое лечение зуба в связи с воспалением сосудисто-нервного пучка.

Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ОРЗ

- Наследственность: неотягощена.
- Вредные привычки: нет.
- Аллергоанамнез: пищевая аллергия.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ, сифилис отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр. Состояние удовлетворительное.

Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы чистые. Открывание рта свободное, в полном объёме – 5 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненные, мягко-эластичной консистенции, не спаяны с окружающими тканями.

Зуб 1.6 – разрушение коронковой части зуба. ИРОПЗ=0.6.

Перкуссия зуба безболезненная.



1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 29.

Пациентка К. 40 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с целью протезирования.

Жалобы на

- затруднённое откусывание и пережевывание пищи,
- косметический дефект.

Анамнез заболевания

В результате травмы были удалены зубы 1.1, 2.1.

Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ОРЗ.
- Наследственность: неотягощена.
- Вредные привычки: нет.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ, сифилис отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: состояние удовлетворительное.

Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, физиологической окраски. Открывание рта свободное, в полном объёме – 5 см. Лимфатические узлы не увеличены.

Зубная формула:

об			П				0	0					П		
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
		П	П									П			

Осмотр полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических изменений. Пломбы из композитного материала в области 1.5, 2.6, 3.5, 4.5, 4.6, расположенные на окклюзионных поверхностях, краевое прилегание пломб соответствует клиническим требованиям. Прикус по ортогнатическому типу.

Результаты обследования

Ортопантомография

Очагов хронического периодонтита с деструкцией костной ткани альвеолярного отростка не выявлено, костная ткань с чётким рисунком. Костные балки прослеживаются на всех участках равномерно и чётко. Кортикальный слой во всех участках тела челюсти и ветвей челюсти непрерывен и чётко. Воздушность гайморовой пазухи справа и слева нормальная. Альвеолярная бухта гайморовой пазухи прослеживается чётко на всём своём протяжении. Зубы 1.1, 2.1 отсутствуют. В области зубов 1.5, 2.6, 3.5, 4.5, определяются пломбы в области жевательной поверхности, сообщение с пульпарной полостью не прослеживается, область периодонтальной связки без признаков патологии, патологические изменения костной ткани в области верхушки корней соответствующих зубов визуально не определяются.

Результаты обследования

Пальпация

Пальпация мышц челюстно-лицевой области безболезненна, уплотнений не выявлено, асимметрии активности мышц при смыкании зубных рядов нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

Задача 30.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент В. 22 года.

Жалобы на

- неудовлетворительную эстетику.

Анамнез заболевания

К врачу стоматологу обращается регулярно 2 раза в год.

Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: ОРЗ, ОРВИ.
- Наследственность: не отягощена.
- Вредные привычки: отрицает.
- Аллергоанамнез: аллергические реакции отрицает.
- Туберкулёз, ВИЧ, гепатит, сифилис отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: Состояние удовлетворительное. Конфигурация лица без видимых изменений, асимметрия лица отсутствует. Снижение высоты нижнего отдела лица отсутствует. Ортогнатическое соотношение челюстей.

Состояние слизистой оболочки рта и нёба: бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Зубная формула:

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

Зубы 1.7, 1.6, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.6 3.6, 3.5, 4.4, 4.5, 4.6 восстановлены пломбами. Удовлетворительная гигиена полости рта. Кариозные полости на зубах 2.1, 2.2.



**Результаты дополнительного метода обследования
Ортопантомография**



1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Составьте план комплексного лечения и подготовки пациента к протезированию.

4.3. Тестовые задания (пример 30)

Укажите один правильный ответ:

1. Бюгельный протез состоит из:
 - 1) дуги и искусственных зубов
 - 2) дуги, искусственных зубов и кламмеров
 - 3) дуги, искусственных зубов, кламмеров и седловидных частей
 - 4) искусственных зубов, кламмеров и седловидных частей
2. Под имедиат-протезом процессы регенерации лунки зуба:
 - 1) замедляются
 - 2) ускоряются
 - 3) не изменяются
 - 4) зависят от количества удаленных зубов
3. При непосредственном протезировании зубных рядов протезы изготавливают:
 - 1) до оперативного вмешательства
 - 2) через 5–7 дней после удаления зубов
 - 3) через 2 недели после удаления зубов
 - 4) через 2 месяца после удаления зубов
4. Условно-съемные протезы применяют:

- 1) при использовании пластиночных фиброоссальных имплантатов
 - 2) при использовании винтовых разборных оссеоинтегрированных имплантатов
 - 3) при использовании субпериостальных имплантатов
 - 4) только при неблагоприятном прогнозе имплантации
5. Несъемные мостовидные протезы по способу передачи жевательного давления относятся к:
- 1) физиологическим
 - 2) полуфизиологическим
 - 3) нефизиологическим
 - 4) патологическим
6. У мостовидного протеза по сравнению с бюгельным:
- 1) выше нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу
 - 2) выше нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу
 - 3) ниже нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу
 - 4) ниже нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу
7. У паяных золотых протезов в сравнении со остальными:
- 1) выше гальванизм и выше твердость
 - 2) выше гальванизм, но ниже твердость
 - 3) ниже гальванизм, но выше твердость
 - 4) ниже гальванизм и ниже твердость
8. У металлокерамических протезов в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми:
- 1) выше стираемость и выше цветостойкость
 - 2) выше стираемость, но ниже цветостойкость
 - 3) ниже стираемость и ниже цветостойкость
 - 4) ниже стираемость, но выше цветостойкость
9. При изготовлении консольного мостовидного протеза отрицательным является:
- 1) необходимость депульпации опорных зубов
 - 2) препарирование большого количества зубов
 - 3) наличие опрокидывающего момента в области опорных зубов
 - 4) сошлифовывание большого количества тканей опорных зубов
10. На цоколь рабочей модели для параллелометрии наносят следующие линии:
- 1) обзора
 - 2) экватора зуба
 - 3) продольной оси зуба
 - 4) десневого края
11. Наиболее важной линией при расположении элементов в опорно-удерживающем кламмере является:
- 1) продольная ось зуба
 - 2) линия анатомического экватора
 - 3) линия вертикали
 - 4) контрольная линия
12. Общую линию, проведенную по коронковой части зубов на рабочей модели при параллелографии, принято называть линией:

- 1) поднутрения
- 2) анатомического экватора
- 3) обзора
- 4) десневого края

13. Контрольной линией называют часть:

- 1) продольной оси зуба
- 2) линии десневого края
- 3) линии экватора
- 4) линии обзора, проходящей на коронке зуба

14. Часть коронковой поверхности зуба, расположенной между контрольной линией и жевательной (режущей) поверхностью зуба, называют:

- 1) зоной поднутрения
- 2) окклюзионной зоной
- 3) ретенционной зоной
- 4) зоной безопасности

15. Часть коронковой поверхности зуба, расположенной между контрольной линией и десневым краем, называют:

- 1) зоной поднутрения
- 2) окклюзионной зоной
- 3) ретенционной зоной
- 4) кламмерной зоной

16. Пространство, расположенное между боковой поверхностью коронки зуба, альвеолярным отростком и вертикалью параллелографа при заданном наклоне модели называется:

- 1) зоной поднутрения
- 2) окклюзионной зоной
- 3) ретенционной зоной
- 4) кламмерной зоной

17. Опорная и охватывающая опорно-удерживающего кламмера располагается:

- 1) в зоне поднутрения
- 2) в окклюзионной зоне
- 3) в ретенционной зоне
- 4) в кламмерной зоне

18. Часть опорно-удерживающего кламмера, обеспечивающая стабильность бюгеля от вертикальных смещений, располагается:

- 1) в зоне поднутрения
- 2) в окклюзионной зоне
- 3) в ретенционной зоне
- 4) в кламмерной зоне

19. Плечо кламмера Аккера должно иметь:

- 1) прямую форму
- 2) клиновидную форму
- 3) саблевидную форму
- 4) кольцевидную форму

20. Место расположения окклюзионной лапки кламмера должно иметь:
- 1) плоскую форму
 - 2) форму ласточкина хвоста
 - 3) форму полусферы
 - 4) ложечкообразную форму
21. Окна в стоматологическом кабинете ориентируют в направлениях
- 1) южных
 - 2) северных
 - 3) восточных
 - 4) западных
 - 5) любых
22. Установки в стоматологическом кабинете разделяют
- 1) шторой
 - 2) ширмой
 - 3) непрозрачной моющейся перегородкой высотой 1,5 м
 - 4) стеной
 - 5) не разделяют
23. В стоматологическом кабинете можно разместить рентгеновский аппарат, если он предназначен для
- 1) прицельных снимков
 - 2) панорамных снимков
 - 3) компьютерных томографий
 - 4) любых видов рентгенографии
24. Для обеспечения качества работы врача-стоматолога современными материалами целесообразно использовать компрессор
- 1) масляный
 - 2) безмасляный
 - 3) тип компрессора не имеет значение
 - 4) полумасляный
25. Зонд стоматологический предназначен для
- 1) определения состояния твердых тканей зубов
 - 2) внесения в полость рта ватных валиков
 - 3) для отведения и защиты тканей полости рта в момент осмотра и препарирования зубов
 - 4) верно все перечисленное
26. Укажите правильный ответ.
Правильная последовательность этапов обработки инструментов
- 1) дезинфекция; предварительная очистка; предстерилизационная очистка; стерилизация
 - 2) предварительная очистка; дезинфекция; предстерилизационная очистка; стерилизация
 - 3) дезинфекция; предстерилизационная очистка; стерилизация
 - 4) предстерилизационная очистка; предварительная очистка; стерилизация
27. Осмотр полости рта проводят инструментами:
- 1) зеркало, зонд

- 2) зонд, пинцет стоматологический
 - 3) зеркало, зонд, пинцет стоматологический
 - 4) зеркало, зонд, шпатель, пинцет стоматологический
 - 5) зеркало, зонд, экскаватор
28. Стоматологические наконечники дезинфицируют путем
- 1) двукратного протирания наружных поверхностей и канала для бора марлевым тампоном, смоченным в 70 % этиловом спирте с интервалом в 15 минут
 - 2) дезинфекция наконечников осуществляется только аппаратным способом
 - 3) двукратного протирания 3% раствором перекиси водорода с интервалом в 10 минут
 - 4) однократного протирания наружных поверхностей марлевым тампоном, смоченным в 70 % этиловом спирте
29. Поверхность стоматологической установки обрабатывается дезинфицирующим раствором
- 1) один раз в день
 - 2) два раза в день
 - 3) три раза в день
 - 4) после приема каждого пациента
 - 5) пять раз в день
30. Функции кнопок на панели ассистента
- 1) подача воды в плевательницу, наполнитель стакана
 - 2) управление креслом пациента
 - 3) регулировка скорости и направления вращения в микромоторе
 - 4) подача воды к инструментам, гидроблоку
 - 5) правильно 1 и 2

5. Список рекомендуемой литературы.

Основная литература

1. Терапевтическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 888 с. - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434765.html>
2. Пародонтология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. проф. Л. А. Дмитриевой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 704 с.-: URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427682.html>
3. Лучевая диагностика в стоматологии: национальное руководство [Электронный ресурс] / Алексахина Т.Ю., Аржанцев А.П., Буковская Ю.В. и др. / Под ред. А.Ю. Васильева, С.К. Тернового. 2010. - 288 с. - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970413494.html>
4. Ортопедическая стоматология : национальное руководство [Электронный ресурс]/ под ред. И.Ю. Лебедеико, С.Д. Арутюнова, А.Н. Ряховского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с. - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435823.html>
5. Анатомия человека. Атлас для стоматологов, стоматологов-ортопедов [Электронный ресурс] / Л. М. Литвиненко, Д. Б. Никитюк - М. : Литтерра, 2017. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502300.html>
6. Хирургическая стоматология. Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез [Электронный ресурс] / Под ред. А.М. Панина - М. : Литтерра,

2011. – 208 с (Серия "Библиотека стоматолога"). URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500016.html>
7. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Электронный ресурс] / под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -928 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417010.html>
 8. Стоматология. Запись и ведение истории болезни: руководство [Электронный ресурс] / под ред. В. В. Афанасьева, О. О. Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 160 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427088.html>
 9. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Серия "Национальные руководства"). URL:<http://www.rosmedlib.ru/doc/ISBN9785970417034-KLINREK883794988.html>
 10. Детская терапевтическая стоматология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой - Электрон. Текстовые данные. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - - 896 с. (Серия "Национальные руководства") Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417034.html>
 11. Детская терапевтическая стоматология [Электронный ресурс] / под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417034.html>

Дополнительная литература:

1. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункции зубочелюстной системы : учеб. пособие [Электронный ресурс] / Л.С. Персин, М.Н. Шаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 360с.:ил.- URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427286.html>
2. Неотложная помощь в стоматологии. [Электронный ресурс] / М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с. : ил.- URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434710.html>
3. Заболевания пародонта. Современный взгляд на клинико-диагностические и лечебные аспекты: учебное пособие. [Электронный ресурс]/ Янушевич О.О., Гринин В.М., Почтаренко В.А., Рунова Г.С. / под ред. О.О. Янушевича. 2010. - 160 с.: ил. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970410370.html>
4. Терапевтическая стоматология. Болезни зубов : учебник : в 3 ч. [Электронный ресурс]/ под ред. Е. А. Волкова, О. О. Янушевича. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Ч. 1. - 168 с. ил.- URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433393.html>
5. Планы ведения больных. Стоматология [Электронный ресурс] / О. Ю. Атьков [и др.] ; под ред. О. Ю. Атькова, В. М. Каменских, В. Р. Бесякова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.-248с.- URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434000.html>
6. Янушевич О.О., Медицинская и клиническая генетика для стоматологов [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. О.О. Янушевича - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-3175-7 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431757.html>
7. Терапевтическая стоматология. Кариесология и заболевания твердых тканей зубов. Эндодонтия : руководство к практ. занят. : учеб. Пособие [Электронный ресурс] / Ю. М. Максимовский, А. В. Митронин; под общей ред. Ю. М. Максимовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 480 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970429198.html>
8. Стоматология. Запись и ведение истории болезни : руководство [Электронный ресурс]/ под ред. В. В. Афанасьева, О. О. Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 160 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427088.html>

9. Анатомия человека. Атлас для стоматологов, стоматологов-ортопедов [Электронный ресурс] / Л. М. Литвиненко, Д. Б. Никитюк - М. : Литтерра, 2017. - 656 URL <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502300.html>
10. Неотложная помощь в стоматологии [Электронный ресурс] / Бичун А.Б., Васильев А.В., Михайлов В.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. -320 (Серия "Библиотека врача-специалиста").310 URL:<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434710.html>
11. Лучевая диагностика в стоматологии : национальное руководство[Электронный ресурс] / Алексахина Т.Ю., Аржанцев А.П., Буковская Ю.В. и др. / Под ред. А.Ю. Васильева, С.К. Тернового. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. -106 с (Серия "Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии")." URL:<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970413494.html>
12. Стоматология. Международная классификация болезней. Клиническая характеристика нозологических форм [Электронный ресурс] / М. Я. Алимova, Л. Н. Максимовская, Л. С. Персин, О. О. Янушевич - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. -312 с. URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436691.html>
13. Карлаш А.Е. Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. Учебно – методическое пособие - А.Е. Карлаш, В.А. Журбенко, Э.С. Саакян – Курск, 2017-100 с. (20 экз.)
14. Стоматологическая профилактика у детей: Руководство для студентов и врачей / В.Г. Сунцов, В.К. Леонтьев, В.А. Дистель, В.Д. Вагнер -М.:МЕД.КН.; Н. Новгород: НГМА, 2001-344 с.: ил. (80 экз.)
15. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии [Электронный ресурс]/ руководство / В.И. Стош, С.А. Рабинович и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970405055.html>
16. Зеленский, В.А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: учеб. для студентов стомат. фак. мед. вузов и системы послевуз. проф. образования врачей-стоматологов [Электронный ресурс]/ В.А. Зеленский, Ф.С. Мухорамов.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009.-206 с.: ил. Гриф УМО (10 экз.)
17. Лошакова Л.Ю. Курс лекций по актуальным вопросам детской стоматологии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Лошакова Л.Ю., Пылков А.И.— Электрон. текстовые данные.— Кемерово: Кемеровская государственная медицинская академия, 2011.— 192 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/6054.html>

Периодические издания (журналы):

1. Российский стоматологический журнал
2. Клиническая стоматология
3. Стоматология
4. Пародонтология
5. Ортодонтия
6. Стоматология детского возраста и профилактика

Электронное информационное обеспечение и профессиональные базы данных

1. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. Электронный рубрикатор клинических рекомендаций URL: <http://cr.rosminzdrav.ru/#/>
2. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://www.who.int/ru/>
3. КонсультантПлюс. URL: https://kurskmed.com/department/library/page/Consultant_Plus
4. Научная электронная библиотека «eLIBRARY.RU» <https://elibrary.ru/>

5. Электронная библиотека КГМУ «Medicus»
http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&C21COM=F&I21DBN=MIXED&P21DBN=MIXED
6. Федеральная электронная медицинская библиотека. URL: <http://193.232.7.109/feml>
7. База данных международного индекса научного цитирования «Web of science». URL: <http://www.webofscience.com/>
8. Полнотекстовая база данных «Medline Complete». URL: <http://search.ebscohost.com/>
9. Электронная медицинская библиотека «Консультант врача»
<http://www.rosmedlib.ru/>
10. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1526н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при кариесе дентина и цемента" (Зарегистрировано в Минюсте России 20.03.2013 N 27799)
http://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoshchi/pr_MZ_RF_1526.pdf
11. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1490н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при приостановившемся кариесе и кариесе эмали" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.03.2013 N 27825)
http://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoshchi/pr_MZ_RF_1490.pdf
12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 декабря 2011 г. N 1496н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях"
<https://www.rosminzdrav.ru/documents/9165-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-i-sotsialnogo-razvitiya-rossiyskoy-federatsii-ot-7-dekabrya-2011-g-1496n-ob-utverzhenii-poryadka-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-vzrosloму-naseleniyu->
13. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе кариес зубов
http://www.e-stomatology.ru/director/protokols/protokols_30-09-2014/4_karies_8aug2018.doc
14. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе лейкоплакия
http://www.e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_leikoplakiya.php
15. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе острый некротический язвенный гингивит Венсана http://www.e-stomatology.ru/director/protokols/protokols_30-09-2014/3_yazven_gingivit.doc
16. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе гингивит
http://www.e-stomatology.ru/director/protokols/protokols_30-09-2014/5_gingivit_8aug2018.docx
17. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе пародонтит
http://www.e-stomatology.ru/director/protokols/protokols_30-09-2014/8_parodontit_8aug2018.docx
18. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе болезни периапикальных тканей http://www.e-stomatology.ru/director/protokols/protokols_30-09-2014/6_periapikal_8aug2018.docx
19. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе болезни пульпы зуба http://www.e-stomatology.ru/director/protokols/protokols_30-09-2014/1_pulpa_8aug2018.doc
20. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе частичное отсутствие зубов (Частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)
http://www.estomatology.ru/director/protokols/protokols_30092014/7_part_absent.doc
21. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая,

- удаления или локализованного пародонтита) http://www.e-stomatology.ru/director/protokols/protokols_30-09-2014/2_full_absent.doc
22. Клинические рекомендации (протоколы лечения) ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ http://www.e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_perelom.php
23. Клинические рекомендации (протоколы лечения) ПЕРИКРОНИТ http://www.e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_perikoronit.php
24. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе ПЕРИОСТИТ http://www.e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc
25. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе АЛЬВЕОЛИТ <http://www.e-stomatology.ru/director/protokols/alveolit.docx>
26. Клинические рекомендации (протокол лечения) по ведению больных детей с кариесом зубов http://www.e-stomatology.ru/detstom/kalendar/2016/clinic_recommend_karies/
27. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13 января 2006 г. N 16 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с расщелиной неба, расщелиной губы, расщелиной неба и губы" <http://base.garant.ru/4182233/>

6. Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае, удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные КГМУ.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в КГМУ обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.