



СТОМАТОЛОГИЯ

Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Терапевтической стоматологии**

Учебный план 31050350_15_345сд.plx
Специальность 31.05.03 - РФ, 560004 - КР Стоматология

Квалификация **специалист**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **3 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 108

в том числе:

аудиторные занятия 54

самостоятельная работа 54

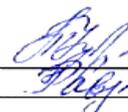
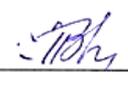
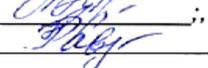
Виды контроля в семестрах:

зачеты 10

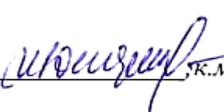
Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	10 (5.2)		Итого	
Неделя	18			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	18	18	18	18
Практические	36	36	36	36
Контактная	0,3	0,3	0,3	0,3
В том числе	3	3	3	3
Итого ауд.	54	54	54	54
Контактная	54,3	54,3	54,3	54,3
Сам. работа	53,7	53,7	53,7	53,7
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Супатаева Т.У. ; ст. преп. Токтосунова З. У. ;
ст. преп. Низматулина Н. Р. 

Рецензент(ы):

д.м.н., профессор, Юлдашев И. М. ; к.м.н., доцент, Сушко Н.Ю. 

Рабочая программа дисциплины

Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №96)

составлена на основании учебного плана:

31.05.03 Стоматология

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Терапевтической стоматологии

Протокол от 6 мая 2015г. №10

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Супатаева Т.У.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМК Заречнова Н.Н.

16 ноября 2016 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Терапевтической стоматологии

Протокол от 20 сентября 2016 г. № 2Зав. кафедрой Супатаева Т. У. 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМКК Мамытова А.Б.

6 ноября 2017 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Терапевтической стоматологии

Протокол от 18 сентября 2017 г. № 2Зав. кафедрой Супатаева Т. У. 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМКК Мамытова А.Б.

11 октября 2018 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Терапевтической стоматологии

Протокол от 24 сентября 2018 г. № 2Зав. кафедрой Супатаева Т. У. 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС Мамытова А.Б.

4 сентября 2019 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Терапевтической стоматологии

Протокол от 29 августа 2019 г. № 1
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Супатаева Т.У.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Целью освоения дисциплины «Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта» является подготовка врача стоматолога, способного оказать пациентам пожилого возраста с заболеваниями слизистой оболочки полости рта амбулаторную стоматологическую терапевтическую помощь.
1.2	Задачами освоения дисциплины являются:
1.3	- освоение студентами методов диагностики, используемых при обследовании больных с заболеваниями слизистой оболочки рта;
1.4	- освоение студентами показаний для терапевтического лечения больных заболеваниями слизистой оболочки рта;
1.5	- освоение студентами планирования терапевтического лечения;
1.6	- формирование у студентов теоретических и практических умений по терапевтическому лечению больных с заболеваниями слизистой оболочки рта в стоматологических поликлиниках;
1.7	- освоение студентами профилактики и устранения возможных осложнений при лечении заболеваний слизистой оболочки рта;
1.8	- освоение студентами особенностей обследования и стоматологического лечения больных пожилого и старческого возраста.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б.34
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Анатомия и топографическая анатомия
2.1.2	Микробиология и вирусология
2.1.3	Иммунология
2.1.4	Гистология
2.1.5	Нормальная физиология
2.1.6	Патологическая анатомия
2.1.7	Патофизиология
2.1.8	Микробиология полости рта
2.1.9	Гигиена
2.1.10	Пропедевтика стоматологических заболеваний
2.1.11	Материаловедение
2.1.12	Профилактическая стоматология
2.1.13	Карисология и заболевания твердых тканей зубов Эндодонтия
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Гнатология и функциональная диагностика ВНЧС
2.2.2	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
2.2.3	Клиническая стоматология
2.2.4	Челюстно-лицевая хирургия (челюстно-лицевая и гнатическая хирургия, заболевания головы и шеи, челюстно-лицевое протезирование).

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-2: способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией

Знать:

Уровень 1	Основные направления диспансеризации и профилактики основных стоматологических заболеваний
Уровень 2	Основные виды диспансеризации и меры профилактики у больных со стоматологическими заболеваниями
Уровень 3	Методы профилактики и виды диспансеризации стоматологических заболеваний

Уметь:

Уровень 1	Правильно раскрыть смысл профилактических мероприятий и диспансеризации
Уровень 2	Дифференцировать виды диспансеризации и меры профилактики у стоматологических пациентов
Уровень 3	Проводить диспансеризацию и профилактику основных стоматологических заболеваний

Владеть:

Уровень 1	Диспансеризацией и профилактикой у больных со стоматологическими заболеваниями
Уровень 2	Видами диспансеризации и мерами профилактики у больных со стоматологическими заболеваниями

Уровень 3	Навыками диспансеризации и профилактики у стоматологических больных
ПК-5: готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания	
Знать:	
Уровень 1	Сбор и анализ жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях выявления стоматологического заболевания
Уровень 2	Основные и дополнительные методы обследования, применяемые в стоматологии
Уровень 3	Результаты лабораторных, патологоанатомических исследований.
Уметь:	
Уровень 1	Собирать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра.
Уровень 2	Провести и интерпретировать результаты обследования
Уровень 3	Анализировать результаты лабораторных патологоанатомических исследований.
Владеть:	
Уровень 1	Навыками сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях выявления стоматологического заболевания.
Уровень 2	Работа со стоматологическими инструментами, методикой чтения рентген снимков.
Уровень 3	Анализом результатов лабораторных, патологоанатомических анализов.

ПК-8: способностью к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями	
Знать:	
Уровень 1	Этиологию, патогенез, клинику стоматологических заболеваний.
Уровень 2	Лечение основных стоматологических заболеваний
Уровень 3	Знать основные направления и проблематику в ведении больных со стоматологическими заболеваниями
Уметь:	
Уровень 1	Раскрыть полную картину заболевания.
Уровень 2	Разработать план лечения стоматологических заболеваний
Уровень 3	Выработать тактику ведения больных со стоматологической патологией
Владеть:	
Уровень 1	Навыками изложения и анализировать этиологию, патогенез различных клинических заболеваний для постановки диагноза.
Уровень 2	Алгоритмом лечения стоматологических заболеваний
Уровень 3	Владеть навыками определения тактики ведения больных со стоматологическими заболеваниями

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	- теоретические основы строения, состояния и функционирования слизистой оболочки рта в норме и при патологии;
3.1.2	- нормальное развитие зубочелюстной системы;
3.1.3	- классификации, этиологию, патогенез заболеваний слизистой оболочки рта;
3.1.4	- методы обследования, диагностики, профилактики и терапевтического лечения при патологии слизистой оболочки рта;
3.1.5	- причины осложнений в терапевтической практике при лечении заболеваний слизистой оболочки рта и способы их предупреждения;
3.1.6	- основные ошибки, возникающие при лечении заболеваний слизистой оболочки рта, и методы их профилактики и устранения;
3.1.7	- особенности стоматологического статуса больных пожилого и старческого возраста.
3.2	Уметь:
3.2.1	- проводить обследование пациента с заболеваниями слизистой оболочки рта в полном объеме с использованием дополнительных методов;
3.2.2	- ставить диагноз в соответствии с действующей классификацией и проводить дифференциальную диагностику;
3.2.3	- составлять комплексный план лечения заболевания по необходимости с привлечением специалистов других специальностей;
3.2.4	- проводить лечение болезней слизистой оболочки рта у пациентов различного возраста;

3.2.5	- проводить профилактические мероприятия и просветительскую работу у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта;
3.2.6	- выявлять, устранять и предпринимать меры по предотвращению возможных осложнений при лечении заболеваний слизистой оболочки рта;
3.2.7	- проводить стоматологическое лечение больных пожилого и старческого возраста;
3.2.8	- при необходимости определить сроки диспансеризации.
3.3	Владеть:
3.3.1	- основными и дополнительными методами диагностики заболеваний слизистой оболочки рта;
3.3.2	- методами выполнения аппликаций, орошений, промывания, инъекций под элементы поражения;
3.3.3	- умение заполнения медицинской документации (истории болезни, консультативные заключения, направления на лабораторные исследования, рецепты);
3.3.4	- выполнять пальпацию регионарных лимфатических узлов, лицевого скелета, мягких тканей лица;
3.3.5	- выполнять пальпацию слизистой оболочки рта и морфологических элементов поражения;
3.3.6	- определять морфологические элементы поражения;
3.3.7	- взять материал для цитологического исследования (соскобы, отпечатки);
3.3.8	- взять материал для прямого микроскопирования на грибы, фузоспирохеты.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Возрастные изменения СОПР. Травмы СОПР. Инфекционные заболевания СОПР. Дерматозы.						
1.1	Возрастные особенности органов полости рта (твердых тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки рта) у людей пожилого и старческого возраста в норме и при патологических состояниях. /Лек/	10	2	ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2	0	
1.2	Методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Классификация заболеваний. Морфологическая и физиологическая характеристика слизистой оболочки полости рта. Патологические процессы в слизистой оболочке. Элементы поражения. /Лек/	10	2	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э4	0	
1.3	Травматические поражения слизистой оболочки полости рта. Леукоплакия. /Лек/	10	2	ПК-8 ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	0	
1.4	Инфекционные заболевания полости рта. /Лек/	10	2	ПК-8 ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э3	0	
1.5	Изменения слизистой оболочки полости рта при дерматозах. /Лек/	10	2	ПК-8 ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э2	0	
1.6	Возрастные изменения органов полости рта. Методы обследования СОПР. /Пр/	10	2	ПК-8 ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	0	
1.7	Возрастные изменения органов полости рта. Методы обследования СОПР. /Ср/	10	2	ПК-8 ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э4	0	
1.8	Механическая травма(острая, хроническая). Химическое повреждение СОПР. /Пр/	10	2	ПК-8 ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	0	
1.9	Механическая травма(острая, хроническая). Химическое повреждение СОПР. /Ср/	10	3	ПК-8 ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	0	

1.10	Физические травмы СОПР. /Пр/	10	2	ПК-8 ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э4	0	
1.11	Физические травмы СОПР. /Ср/	10	3	ПК-8 ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э3	0	
1.12	Лейкоплакия. /Пр/	10	2	ПК-8 ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э4	1	ролевая игра
1.13	Лейкоплакия. /Ср/	10	3	ПК-8 ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э4	0	история болезни
1.14	Вирусные заболевания(простой герпес, опоясывающий герпес). /Пр/	10	2	ПК-8 ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	1	ролевая игра
1.15	Вирусные заболевания(простой герпес, опоясывающий герпес). /Ср/	10	3	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	0	
1.16	Кандидоз СОПР. /Пр/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э4	1	ролевая игра
1.17	Кандидоз СОПР. /Ср/	10	3	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э4	0	
1.18	Красный плоский лишай. /Пр/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э3 Э5	0	
1.19	Красный плоский лишай. /Ср/	10	3	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	0	история болезни
1.20	Красная волчанка. /Пр/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э2	0	ролевая игра
1.21	Красная волчанка. /Ср/	10	3	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	0	история болезни
1.22	Пузырчатка. /Пр/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э4	0	
1.23	Пузырчатка. /Ср/	10	3	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	0	
	Раздел 2. Изменения слизистой оболочки полости рта при системных заболеваниях, при гипо- и авитаминозах.						
2.1	Изменения слизистой оболочки полости рта при системных заболеваниях, при гипо- и авитаминозах. /Лек/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э4	0	
2.2	Изменения СОПР при авитаминозах. /Пр/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э3	0	
2.3	Изменения СОПР при авитаминозах. /Ср/	10	3	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	0	
2.4	Изменения слизистой оболочки рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. /Пр/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	0	
2.5	Изменения слизистой оболочки рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта /Ср/	10	3	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э2	0	

2.6	Изменения слизистой оболочки рта при сердечно-сосудистых заболеваниях. /Пр/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э4	0	
2.7	Изменения слизистой оболочки рта при сердечно-сосудистых заболеваниях /Ср/	10	3	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э4	0	
2.8	Изменения слизистой оболочки рта при эндокринных заболеваниях. /Пр/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	0	
2.9	Изменения слизистой оболочки рта при эндокринных заболеваниях. /Ср/	10	3	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э2	0	
2.10	Изменения слизистой оболочки рта при заболеваниях нервной системы. /Пр/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	0	
2.11	Изменения слизистой оболочки рта при заболеваниях нервной системы. /Ср/	10	3	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э4	0	
Раздел 3. Глосситы. Хейлиты. Предраковые заболевания.							
3.1	Аномалии и заболевания языка. /Лек/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э1	0	
3.2	Хейлиты. /Лек/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э2	0	
3.3	Предраковые заболевания и рак слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Диспансеризация больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. /Лек/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	0	
3.4	Аномалии и заболевания языка. /Пр/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.5	Аномалии и заболевания языка. /Ср/	10	3	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э4	0	
3.6	Хейлиты. /Пр/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э1	0	
3.7	Хейлиты. /Ср/	10	3	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	0	
3.8	Предраковые заболевания и рак слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. /Пр/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э4	0	
3.9	Предраковые заболевания и рак слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. /Ср/	10	3	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э5	0	
3.10	Диспансеризация больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. /Пр/	10	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э4	0	
3.11	Диспансеризация больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. /Ср/	10	3,7	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л3.1 Э3	0	
3.12	/КрТО/	10	0,3			0	
3.13	Зачет. /Зачёт/	10	0		Л1.1 Л2.1 Л3.1	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ ОБУЧЕННОСТИ ЗНАТЬ:

1. Возрастные изменения органов полости рта.

- 2.Методы обследования СОПР.
- 3.Острая механическая травма.
- 4.Химическое повреждение СОПР.
- 5.Опоясывающий герпес.
- 6.Лейкоплакия.
- 7.Простой герпес.
- 8.Кандидоз СОПР.
- 9.Красный плоский лишай.
10. Красная волчанка.
11. Пузырчатка.
12. Изменения СОПР при авитаминозах.
13. Изменения слизистой оболочки рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
- 14.Изменения слизистой оболочки рта при сердечно-сосудистых заболеваниях.
- 15.Изменения слизистой оболочки рта при эндокринных заболеваниях.
- 16.Изменения слизистой оболочки рта при заболеваниях нервной системы.
- 17.Складчатый (скротальный, бороздчатый) язык
- 18.Черный («волосатый») язык
- 19.Десквамативный глоссит 592
- 20.Ромбовидный глоссит
- 21.Эксфолиативный хейлит
- 22.Гландулярный хейлит
- 23.Актинический и метеорологический хейлиты
- 23.Контактный аллергический хейлит
- 25.Атопический хейлит
- 26.Экзематозный хейлит
- 27.Макрохейлит
- 28.Классификация предопухолевых процессов слизистой оболочки рта и красной каймы губ
- 29.Болезнь Боуэна
30. Бородавчатый предрак
31. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ
- 32.Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти
- 33.Кожный рог
- 34.Кератоакантома
- 35.Профилактика предраковых заболеваний
36. Диспансеризация больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.
- 37.Хроническая механическая травма.
- 38.Гальванизм
- 39.Лучевая болезнь
- 40.Изменения слизистой оболочки рта при лучевой терапии новообразований челюстно-лицевой области

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ ОБУЧЕННОСТИ УМЕТЬ ВЛАДЕТЬ:

- 1.Проводить обследование больных с целью диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- 2.Выполнить пальпацию регионарных лимфатических узлов лицевого скелета, мягких тканей лица;
- 3.Выполнить пальпацию точек Вале;
- 4.Определять индекс гигиены полости рта;
- 5.Описывать рентгенограммы;
- 6.Определять вид налета на зубах, зубного камня, его цвет, консистенцию;
- 7.Выполнить пальпацию слизистой оболочки рта, морфологических элементов поражения;
- 8.Определять морфологические элементы поражения;
- 9.Зондировать глубокие язвы, свищи;
10. Взять материал для цитологического исследования (соскобы, отпечатки);
- 11.Взять материал для прямого микроскопирования на грибы,фузоспирохеты;
- 12.Проводить лечебные мероприятия при поражении слизистой оболочки полости рта солями мышьяка;
- 13.Делать инъекции лекарственных веществ в переходную складку, под элементы поражения;
- 14.Устранять местные травмирующие факторы;
- 15Проводить местную обработку слизистой оболочки: удаление налетов, некротизированных тканей, промывание, орошение, аппликации;
16. Правильно оформлять историю болезни и другую медицинскую документацию (направления в другие подразделения, консультативные заключения и др.);
17. Выписывать рецепты на лекарственные препараты.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Курсовые работы не предусмотрены.

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕСТЫ(Приложение 1)

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА (Приложение 2)

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**Задача № 1.**

Больная Л., 58 лет, обратилась с жалобами на чувство стянутости, жжения в полости рта. При осмотре на задних отделах слизистой оболочки щек, спинке языка выявлены слившиеся полигональные папулы серовато-белого цвета, люминесцирующие в лучах Вуда беловато-желтоватым светом.

Отмечаются острые бугры у третьих моляров, пломбы из амальгамы на вестибулярной поверхности в пришеечной области 16, 26, 27, 37, 47 зубов; шероховатые потемневшие пластмассовые пломбы у 13, 12, 11, 21, 22 зубов.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию СОПР?
3. Какие местные факторы могли стать причиной данного заболевания?
4. Назначьте общее лечение заболевания слизистой оболочки полости рта.
5. Назначьте местное лечение заболевания слизистой оболочки полости рта.

Задача № 2.

Мужчина, 56 лет, обратился жалобами на боли при приеме пищи.

Анамнез: в течение последних 2-х месяцев на боковой поверхности языка слева образовался дефект слизистой оболочки полости рта.

Объективно: полость рта не санирована. Имеется некачественный мостовидный протез с опорой на 36 и 38 зубы. На боковой поверхности языка слева наблюдается язва размером 0,3х0,8 см, с ровными краями, при пальпации резко болезненна. Лимфоузлы подчелюстные увеличены, подвижны и болезненны.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.
4. Назначьте противовоспалительную и эпителизирующую терапию.
5. Какой из физиотерапевтических методов Вы назначили бы?

Задача № 3.

В стоматологическую поликлинику обратился больной Ж. 50 лет на боль в области 16 зуба. Анамнез: больной был на приеме врача по поводу обострения хронического пульпита 16 зуба. Анестетики не переносит.

Поставлена мышьяковистая паста под повязку из искусственного дентина неделю назад. Объективно: на десневом сосочке между 16 и 17 зубами дефект слизистой оболочки десневого сосочка диаметром 0,3х0,3 см покрытый фибриновым налетом желтоватого цвета. Полость зуба закрыта не герметично. Перкуссия резко болезненна.

1. Поставьте диагноз;
2. С чем проводится дифференциальная диагностика?
3. Составьте план лечения;
4. Какие антидоты Вы назначите?
5. В чем заключается профилактика данного осложнения?

Задача № 4.

Больной 52 лет обратился к врачу с жалобами на боль при приеме пищи и разговоре. Анамнез: больной по ошибке набрал в рот вместо воды какой-то раствор и сразу же почувствовал жжение. Оказалась серная кислота.

Прополоскал водой, обратился к врачу. Объективно: на слизистой оболочке спинки языка обширный некроз, покрытый плотной пленкой желтоватого цвета. Пальпация болезненна.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте алгоритм химического противоожогового лечения кислотами;
4. Какие вы будете применять средства нейтрализующие кислоты?
5. В чем заключается профилактика химических ожогов полости рта?

Задача № 5.

Больной А., 64 лет, обратился с жалобами на сухость, жжение во рту по ночам, отчего просыпается и вынужден полоскать полость рта водой.

Считает, что страдает бессонницей по этой причине.

Анамнез: год назад больной протезировался несъемным протезом с опорой на 15 по 17 зубы.

Объективно: при осмотре конфигурация лица без видимых изменений. В полости рта – металлические несъемные протезы с напылением с опорой на 15 по 17 зубы. На 26 и 37 зубах пломбы из амальгамы. Уровень

микротоков – 10 мкА. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Наблюдается вязкость слюны.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Какие препараты местного и общего применения назначить?
5. Какие профилактические мероприятия Вы будете рекомендовать больному?

Задача № 6.

Больной обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие болезненного образования на красной кайме нижней губы.

Анамнез: по истечению 2-х суток после проведения электрофореза больной почувствовал резкую боль в области красной каймы нижней губы.

Объективно: на красной кайме нижней губы язва округлой формы на отечном гиперемизированном фоне, покрытая фибринозным налетом.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Какие препараты местного значения можно назначить?
5. Профилактика данного осложнения;

Задача № 7.

Больной К., 50 лет, обратился с жалобами на боли в области слизистой оболочки щеки справа, возникающие при приеме пищи.

Анамнез: больной заметил помутнение слизистой оболочки щеки справа 5 лет назад. К врачу не обращался. Курит в течение 25 лет. Боль возникла 2 дня назад во время приема пищи и накусывания на слизистую оболочку щеки.

Объективно: на фоне мутновато-серой слизистой оболочки переднего отдела щеки справа наблюдается бугристый рельеф СО, симптом «булыжной мостовой».

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Препараты местного применения;
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

Задача № 8.

Пациент К., 53 года, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на боль в полости рта при приеме пищи.

Анамнез: боль появилась неделю назад, что и заставило больного обратиться к врачу. Много курит.

Объективно: по линии смыкания зубов на слизистой оболочке щеки слева эрозия, окруженная гиперкератозом. Пальпация очага поражения болезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Какие лекарственные препараты будете назначать для местного лечения?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

Задача № 9. Пациент 46 лет обратился к врачу стоматологу с жалобами на образование на твердом небе серовато-белой пленки.

Анамнез: серовато-белый цвет и помутнение слизистой оболочки твердого неба заметил случайно. Курит в течение 22 лет.

Объективно: на всем протяжении твердого неба ороговение – серовато белое с красными вкраплениями.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Какие лекарственные препараты для местного лечения Вы назначите?
5. Профилактика данной патологии;

Задача № 10.

Больной Ф, 45 лет обратился к врачу на появление белого пятна в области угла рта справа.

Анамнез: пятно существует уже в течение 3-х лет. Не беспокоит. Поэтому к

врачу не обращался. Работает на химическом предприятии.
Объективно: на внутренней поверхности слизистой оболочки преддверия полости рта в области угла рта справа белое пятно в виде треугольника вершиной обращено к ретромолярной области.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план местного лечения;
4. Назначьте препараты, обладающие кератолитическим действием;
5. В чем заключается профилактика данной патологии?

Задача № 11.

Больная Ф., 52 лет обратилась к врачу на резкую, жгучую боль при приеме пищи и разговоре. Боль возникает по ходу II ветви тройничного нерва.
Анамнез: до начала заболевания за 3-е суток у больной отмечалось недомогание, головная боль, озноб и повышение температуры до 38°C. Кроме того больная указывает на появление невралгии и парестезии в полости рта. В течение месяца была в командировке на севере.
Объективно: на коже лица по ходу II ветви тройничного нерва сгруппированы пузырьки в виде цепочки. На СО преддверия полости рта и щек мелкоочечные эрозии. При пальпации возникает резкая болезненность.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Назначьте противовирусные препараты для местного и общего лечения;
5. Профилактика данного заболевания;

Задача № 12.

Больная в., 56 лет обратилась с жалобами на сухость в полости рта, жжение и образования налета по всей поверхности СОПР, захватывая и дорсальную поверхность языка.

Анамнез: больная в течение длительного времени применяла антибиотики широкого спектра действия при лечении бронхита.
Объективно: поражена вся СОПР, резко гиперемирована, покрыта налетом с коричневато-бурым оттенком. При поскабливании налет отслаивается с трудом, под ним обнаруживаются эритема или кровоточащие эрозии.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Назначьте противогрибковые препараты местного и общего действия;
5. Рекомендации по профилактике данного заболевания;

Задача № 13.

Больная 52 лет обратилась с жалобами на слабость, боль, жжение в полости рта при приеме пищи, появление налета на СОПР и в углах рта, повышенную жажду.

Анамнез: признаки заметила в течение нескольких месяцев, поласкает рот настоем зверобоя. Длительно применяла антибиотики.

Объективно: красная кайма губ сухая, в углу рта справа заеды, покрытые белым творожистым налетом. На слизистой оболочки щеки справа наблюдается белый налет, после удаления которого обнажается гиперемированная, местами эрозированная слизистая оболочка.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Назначьте противогрибковые препараты местного и общего применения;
5. Рекомендации по профилактике данной патологии;

Задача № 14.

Больной Ш., 52-х лет, обратился с жалобами на жжение в языке при приеме острой, горячей пищи. Страдает около месяца, полоскал рот раствором фурацилина. При осмотре кожа, красная кайма губ обычной окраски, полость рта санирована, прикус ортогнатический. Региональные лимфоузлы не увеличены. Язык слегка обложен сероватым налетом, в средней части спинки языка отмечается очаг десквамации $d = 2 \times 3$ см, поверхность очага гладкая, лишенная сосочков, красная, четко отграниченная от окружающих тканей.

Очаг поражения не приподнят над уровнем слизистой оболочки. Твердые ткани зубов покрыты обильным мягким налетом.

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Тактика врача-стоматолога.
4. Профилактика заболевания.
5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 15

Больной Г., 53-х лет, обратился с жалобами на шершавый язык, ощущение инородного тела на языке, которое мешает при глотании, часто вызывает рвотный рефлекс. При осмотре: по средней линии спинка языка покрыта утолщенными, до 2мм в диаметре и длинными – до 2 см нитевидными сосочками бурой окраски. Полость рта санирована.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Опишите гистологическую картину.
4. Составьте план местного лечения.
5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 16

Пациент К., 46 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами, на дефект языка, мешающий приему пищи, крайне болезненный. Считает себя больным 3 года, не лечился. Объективно: в области дистальной трети языка определяется опухолевидное образование с широким основанием, приподнятое над поверхностью языка, бугристое бело-розовое, болезненное при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Тактика врача – стоматолога.
4. Какова возможная гистологическая картина заболевания.
5. О каком осложнении следует думать?

Задача № 17.

В клинику обратился пациент с жалобами на жжение, извращение вкусовых ощущений, «металлический» привкус, особенно по утрам. Объективно: в области средней и дистальной трети языка интенсивный налет беловато-желтого цвета, после удаления, которого язык цианотичен, отечен. Нитевидные сосочки дорсальной поверхности языка сглажены, грибовидные несколько увеличены. Единичные очаги выраженной атрофии, окруженные белесоватым ободком. Из анамнеза: пациент страдает хроническим гиперацидным гастритом, проявления на языке усиливаются при обострении данного заболевания.

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика врача-стоматолога
3. С каким специалистом необходимо провести консультацию?
4. Каковы этапы реабилитации больного с таким диагнозом?
5. Возможная патогистологическая картина участка поражения.

Задача № 18

Пациент К., 56 лет жалуется на чувство жжения в языке. Анамнез: считает себя больным в течение года, за помощью не обращался. Объективно: участки десквамации эпителия языка различной формы и величины, группировка нитевидных сосочков в окружении обнаженных участков. В зоне десквамации грибовидные сосочки увеличены.

1. Поставьте диагноз.
2. Возможные дополнительные методы исследования.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Назначьте лечение.
5. Прогноз заболевания.

Задача № 19

У пациента В., 45 лет, беспокоит болезненность и чувство жжения при приеме острой и раздражающей пищи, а также при разговоре, извращение вкусовой чувствительности. Из анамнеза: 6 месяцев назад появились красные пятна на кончике языка, периодически появлялись пузырьки на боковых поверхностях языка. Сразу же появились боли при приеме пищи. Занимался самолечением. Объективно: язык при пальпации мягкий, дряблый, его поверхность покрыта глубокими складками, края языка в виде зазубрин. На дорсальной поверхности языка болезненные при пальпации ярко-красные участки атрофии в виде красных пятен неправильной округлой формы до 10

мм в диаметре. Пятна переходят на края и кончик языка, образуя дугообразные красные полосы, резко отграниченные от участков неизменной слизистой оболочки. Гистологическая картина: атрофия эпителия слизистой оболочки, образование в подслизистой ткани воспалительного инфильтрата из лимфоидных и плазматических клеток.

1. Поставьте диагноз
2. При каких патологиях возникают такие изменения на языке?
3. С какими заболеваниями дифференцируют данную патологию.
4. Какие принципы общего лечения данной патологии?
5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 20

Пациентку К., 35 лет беспокоят чувство жжения, боль, усиливающаяся при приеме острой, соленой пищи. Необычный вид языка. «Пятна» на языке, которые появляются в разных местах языка. Жалобы беспокоят несколько месяцев. Объективно: на фоне набухшего эпителия нитевидных сосочков языка видны участки десквамации, в которых определяются грибовидные сосочки в виде ярко-красных точек.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.
4. Каковы рекомендации по выбору средств гигиены в данном случае?
5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 21.

У пациента К., 48 лет появились жалобы на разрастания ближе к корню языка, сухость во рту, болезненность в языке при приеме пищи. Из анамнеза: данные проявления беспокоят в течение 5 лет, в размере не увеличивались. Объективно: на дорсальной поверхности языка определяется грязно – серый налет, легко снимающийся. После удаления налета по срединной линии, видны плоские бугорки различных размеров (0,5-2,0 см), находящиеся в одной плоскости и отделены друг от друга четко выраженными складками. Сосочки отсутствуют на элементах поражения. При пальпации элементы поражения безболезненные.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Тактика врача-стоматолога.
4. В каких формах выпуска рекомендовано использование препаратов.
5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 22

Больная Е., 64-х лет обратилась с жалобами на боль при приеме горячей, острой пищи. Страдает в течение года. Принимает гипотензивные препараты, назначенные врачом-кардиологом, у которого состоит на диспансерном учете. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски. На веках небольшие сосудистые звездочки. Красная кайма губ без видимых изменений. Полость рта санирована. Мостовидные стальные протезы. Региональные лимфоузлы не увеличены. На слизистой оболочке мягкого неба слева отмечается обширная эрозия $d = 1,5 \times 2$ см с обрывками пузыря по периферии. При потягивании за край, слизистая оболочка не отслаивается.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
3. Проведите дополнительные методы исследования.
4. Какова тактика врача-стоматолога.
5. Каков прогноз данного заболевания?

Задача № 23

Больная Г., 47 лет обратилась в стоматологическую поликлинику с целью санации и протезирования, но ее беспокоит боль в полости рта при приеме пищи. Со слов больной: в течение 6 месяцев периодически появлялась боль в различных участках слизистой оболочки неба, десен, щек после приема грубой пищи, чистки зубов щеткой. Беспокоит неприятный сладковатый запах изо рта. После приема антибиотиков и полоскания раствором фурацилина явления на время исчезали. При осмотре на неизменной слизистой оболочке левой щеки обнаружены поверхностный дефект эпителия неправильной формы, болезненный при

пальпации, смещение пластов эпителия при потирании шпателем на видимо здоровых участках слизистой оболочки. Увеличение регионарных лимфоузлов.

1. Для какого системного заболевания характерны такие изменения в полости рта?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Консультация какого специалиста требуется пациенту?
4. Где показано проводить лечение пациента?
5. Какие средства индивидуальной гигиены показаны пациентам с такой патологией?

Задача № 24

К стоматологу в поликлинику обратился пациент 62 года с жалобами на жжение и болезненность в языке, ощущение «обожженного» языка, усиливающиеся к вечеру, беспокоит в течение месяца. Из анамнеза: на протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка с ежегодными обострениями. Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, АД - 90/75 мм. рт. ст. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, гипосаливация, на отечном языке налет серовато – белого цвета, наиболее выражен в его дистальных отделах, плотно прикреплен к подлежащим тканям, мелкоточечные очаги десквамации эпителия.

1. Поставьте диагноз стоматологический.
2. Какими дополнительными обследованиями можно подтвердить диагноз?
3. Тактика врача-стоматолога.
4. У каких специалистов необходимо проконсультировать пациента?
5. О каком осложнении общего заболевания можно думать?

Задача № 25

Пациент 36 лет обратился с жалобами на боль в верхней губе, затрудняющую прием пищи и широкое открывание рта. Заболевание возникло 10 лет назад. Лечился самостоятельно, применяя различные мази. Летом губа заживала, но с наступлением холодного периода ежегодно возникали рецидивы. Объективно: регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Красная кайма губ сухая, шероховатая. На красной кайме верхней губы справа от средней линии имеется поперечный линейный дефект ткани, покрытый кровянистой корочкой. Длина дефекта 15 мм. Вокруг дефекта отмечаются помутнение красной каймы и ороговение. В основании дефекта определяется воспалительный инфильтрат. Гигиена полости рта неудовлетворительная, имеются назубные отложения и налет курильщика.

1. Установите диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы исследования рекомендуется провести для подтверждения диагноза?
4. Составьте план лечения.
5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 26

Пациент 49 лет обратился с жалобами на сухость губ, стянутость, иногда жжение эстетический недостаток. Изменения на губах, со слов матери, появились в 7-летнем возрасте. Такая же патология губ у старшей сестры. Летом все явления исчезают, а в холодное время года наступает рецидив. Отмечает повышенную нервную возбудимость. Вредные привычки – часто облизывает и кусает губы, обрывает и скусывает чешуйки. Объективно: регионарные лимфатические узлы не пальпируются, красная кайма губ, особенно нижней, сухая, имеются множественные трудно отделяемые чешуйки. Эти изменения не переходят на периоральную кожу и углы рта. Полость рта санирована, гигиенический индекс 1,3 (по Грину-Вермильону)

1. Установите диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы исследования рекомендуется провести?
4. Составьте план лечения.
5. Наметьте план профилактики рецидива заболевания.

Задача № 27

Пациент 47 лет направлен на консультацию из поликлиники по месту работы. Врач при осмотре обратил внимание на необычный вид слизистой оболочки нижней губы. Жалоб нет. Некоторую неровность слизистой

оболочки нижней губы ощущал всегда. Практически здоров. Объективно: регионарные лимфатические узлы не пальпируются, красная кайма губ без патологии. На слизистой оболочке нижней губы имеются множественные мелкие фолликулы. Цвет слизистой оболочки не изменен, пальпация безболезненная, определяются мелкие образования округлой формы в толще губы. Слизистая оболочка верхней губы без патологии. Полость рта не санирована, имеется обильные назубные отложения.

1. Установите диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы исследования рекомендуется провести?
4. Составьте план лечения.
5. Прогноз заболевания.

Задача № 28

Пациент 49 лет обратился с жалобами на эстетический недостаток, зуд в губах и окружающей кожи, сухость. Широкое открывание рта затруднено из-за болезненности. «Заеды» появились в семилетнем возрасте. Пользовалась различными мазями, добиваясь временного улучшения. В анамнезе аллергия на цитрусовые и отдельные виды белковой пищи. В 16 лет состояние углов рта и губ ухудшилось. Лечилась у дерматолога без выраженного эффекта.

Объективно: регионарные лимфатические узлы не пальпируются, обширная эритема кожи носогубного треугольника, красная кайма сухая, имеются мелкие чешуйки. Кожа в радиусе 3 см вокруг комиссур подвержена лихенизации и пигментации. Имеются трещины в углах рта. Гигиена полости рта неудовлетворительная (1,7 по Грину-Вермильону).

1. Установите диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы исследования рекомендуется провести?
4. Составьте план лечения.
5. Профилактика рецидива заболевания.

Задача № 29

Пациент, 42 года обратился с жалобами на ограниченное из-за болезненности открывания рта, затрудненный разговор и прием пищи. Беспокоят зуд, чувство стянутости, напряжения, неудовлетворительный эстетический вид. Заболевание возникло в 10-летнем возрасте. Лечилась у дерматолога без выраженного эффекта. С возрастом заболевание прогрессировало. Частые командировки в южные страны. Объективно: регионарные лимфатические узлы не пальпируются. На красной кайме отечной нижней губы участки ярко красной эритемы, мелкие пузыри, мокнувшие эрозии, покрытые корками. Слизистая оболочка нижней губы без патологических изменений. При осмотре полости рта: гигиена полости рта удовлетворительная, кариозные полости в 35, 47 зубах.

1. Установите диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы исследования рекомендуется провести?
4. Составьте план лечения.
5. Прогноз заболевания.

Задача № 30

Пациентка П., 47 лет, обратилась с жалобами на увеличение нижней губы, затрудняющую мимику, речь, прием пищи, создающее эстетический недостаток. Заболевание возникло 9 лет назад. Лечилась у стоматолога. Нижняя губа, со слов пациентки, после лечения несколько уменьшилась, но небольшое увеличение сохранилось. Месяц тому назад пациентка перенесла вирусную инфекцию, и нижняя губа вновь резко увеличилась. Объективно: регионарные лимфатические узлы не пальпируются, нижняя губа резко увеличена, вывернута. Красная кайма нижней губы сухая, шелушится. При пальпации нижняя губа безболезненная, плотноэластической консистенции. Полость рта не санирована, гигиена удовлетворительная. Язык складчатый с очагами десквамации эпителия.

1. Установите диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы исследования рекомендуется провести?
4. Составьте план лечения.
5. Профилактика рецидива заболевания.

Задача № 31

Больной К., 50 лет. Трещина на нижней губе появилась более 5 лет назад. Периодически заживала и вновь рецидивировала, на что пациент не обращал внимание. Работа связана с постоянным воздействием неблагоприятных метеорологических факторов (повышенная инсоляция, ветер, соленая вода). Курит трубку. Со слов больного, за последние полгода трещина увеличилась, боль исчезла, но заживление отсутствовало. Объективно:

поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличенные, плотные, умеренно болезненные при пальпации, спаянные с окружающими тканями. В центральной части нижней губы глубокая вывороченная трещина с явлениями гиперкератоза. Края трещины и основание при пальпации плотные, малоподвижные.

1. Установите диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы исследования рекомендуется провести?
4. Составьте план лечения.
5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 32

Пациентка 54 года, обратилась в клинику к врачу-стоматологу с жалобами на зуд, жжение в области губ, затрудненное открывание рта, боли при разговоре, эстетический недостаток. Из анамнеза: системная экзема, аллергические реакции на многие пищевые продукты. Такая же картина наблюдалась у матери. Объективно: значительный отек губ, пузырьки, эрозии, корочки на красной кайме верхней и нижней губ, в углах рта. Регионарные лимфатические узлы не изменены.

1. Установите диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы исследования рекомендуется провести?
4. Составьте план лечения.
5. Прогноз заболевания.

Задача № 33

Больная О., 42 лет, жалуется на сухость, стянутость слизистой оболочки щек, жжение при приеме кислой, острой пищи.

Из анамнеза: страдает давно, но к врачу не обращалась, т.к. периодически наступало улучшение. После стрессовых ситуаций страдает от бессонницы, обостряется заболевание полости рта. Вредные привычки отрицает. 17, 16, 15, 46, 47 ранее лечены по поводу осложненного кариеса. Общее состояние удовлетворительное, повышенная тревожность. Кожные покровы чистые. На красной кайме губ отмечается вязь мелких неравномерно возвышающихся ороговевших участков. На слизистой оболочке губ, щек, альвеолярных отростках отмечаются слившиеся в виде причудливых узоров белесоватые слегка возвышающиеся участки, не снимающиеся при поскабливаниях. На спинке языка участки ороговения округлой формы диаметром до 5 мм. Имеются острые края у 26, 37, шероховатые композитные пломбы 17, 16, 15, 46, 47 не восстанавливающие форму зуба.

1. Проведите необходимое обследование.
2. Поставьте диагноз.
3. Назначьте общее лечение.
4. Назначьте местное лечение.
5. Составьте план санации полости рта.

РЕФЕРАТЫ:

1. Изменение состава и вязкости слюны у лиц пожилого возраста
2. Ограниченный предраковый гиперкератоз
3. Ксеростомия
4. Ангулярный хейлит
5. Гипофункция слюнных желез
6. Доброкачественные новообразования полости рта
7. Заболевания, сопровождающиеся везикуло-буллезным и эрозивным изъязвлением
8. Возрастные изменения микрофлоры полости рта

ПРЕЗЕНТАЦИИ:

1. Проявление в полости рта дерматозов.
2. Пузырные заболевания слизистой оболочки полости рта.
3. Изменения в полости рта при некоторых общих заболеваниях: заболевания крови, коллагенозы.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний слизистой оболочки полости рта. Профилактика. Диспансеризация.

5. Ошибки и осложнения, возникающие при лечении заболеваний СОПР.
6. Роль физиотерапевтических методов в лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта.
7. Синдром Шегрена
8. Многоформная экссудативная эритема

ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ:

1. Лейкоплакия
2. Красный плоский лишай
3. Красная волчанка

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

- проводить обследование больных с целью диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- выполнить пальпацию регионарных лимфатических узлов лицевого скелета, мягких тканей лица;
- выполнить пальпацию точек Вале;
- определять индекс гигиены полости рта;
- описывать рентгенограммы;
- определять вид налета на зубах, зубного камня, его цвет, консистенцию;
- определять состояние анатомических участков десны (свободная, прикрепленная десна);
- выполнить пальпацию слизистой оболочки рта, морфологических элементов поражения;
- определять морфологические элементы поражения;
- зондировать глубокие язвы, свищи;
- взять материал для цитологического исследования (соскобы, отпечатки);
- взять материал для прямого микроскопирования на грибы, фузоспирохеты;
- проводить лечебные мероприятия при поражении слизистой оболочки полости рта солями мышьяка;
- проводить аппликации препаратов на краевую десну;
- делать инъекции лекарственных веществ в переходную складку, под элементы поражения;
- устранять местные травмирующие факторы;
- вводить лекарства под элементы поражения;
- проводить местную обработку слизистой оболочки: удаление налетов, некротизированных тканей, промывание, орошение, аппликации;
- правильно оформлять историю болезни и другую медицинскую документацию (направления в другие подразделения, консультативные заключения и др.);
- выписывать рецепты на лекарственные препараты.

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тесты
Ситуационные задачи
Контрольная работа
Рефераты
Презентации
Истории болезни
Практические навыки
Шкалы оценивания (Приложение 3)

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**6.1. Рекомендуемая литература****6.1.1. Основная литература**

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Ю.М.Максимовский, Л.Н.Максимовская, Л.Ю.Орехова.	Терапевтическая стоматология. : Учебник для студентов стоматологических факультетов	М.«Медицина» 2002

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	С. В. Кузнецов	Клиническая геронтостоматология: монография	М: ООО"Медицинское информационное агенство" 2013

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Т.У Супатаева, З.УТоктосунова, Н.Р. Нигматулина, и др.	Заболевания слизистой оболочки полости рта: учебное пособие в 2-х частях	КРСУ 2015

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	ЦНИИС и ЧЛХ	www.cniis.ru
----	-------------	--------------

Э2	Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России	www.e-stomatology.ru
Э3	Клуб стоматологов	stomatologclub.ru
Э4	Стоматологический портал	belodent.org
Э5	Медицинская информационная сеть	www.medicinform.net/stomat/

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования. Использование лечебных кабинетов для работы студентов.	
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся ситуационные задачи, мозговой штурм, ролевые игры, работа в малых группах, научно-практические конференции.	
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентами компьютерной техники и интернет - ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы. Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы студенты готовят рефераты и презентации.	

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	http://znanium.com – Электронная библиотечная система Znanium.	
6.3.2.2	http://elibrary.ru Крупнейшая бесплатная электронная библиотека российского Интернета. Библиотека постоянно пополняется.	
6.3.2.3	http://window.edu.ru/ - Наиболее обширная электронная база учебников и методических материалов на сайте информационной системы "Единое окно доступа к образовательным ресурсам"	
6.3.2.4	http://www.med-edu.ru/articles	
6.3.2.5	«Электронная библиотека» КРСУ (www.lib.krsu.kg)	

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Для осуществления учебно-лечебного процесса используются учебные аудитории и лечебные кабинеты на базе КРСУ в Аламедине-1, оснащенные специальным оборудованием (стоматологические установки, фантомы, модели) и необходимыми материалами (инструментарий, медикаменты, пломбирочные материалы) для осуществления приема пациентов со стоматологической патологией. На кафедре имеются проекционные приборы (мультимедийные проекторы) для демонстраций видеofilмов и презентаций.	
7.2	1. Модель зубов	
7.3	2. Модель зубов в разрезе	
7.4	3. Модель медиальный разрез головы	
7.5	4. Модель нижняя челюсть взрослая	
7.6	5. Модель патологии зубов	
7.7	6. Модель развития зубов	
7.8	7. Модель уход за зубами	
7.9	8. Модель череп взрослого	
7.10	9. Стоматологический манекен II типа	
7.11	10. Челюсть для анестезии	
7.12	11. Челюсть для лечения периодонтита	
7.13	12. Челюсть стандартная 32 зуба	
7.14	13. Стоматологические установки модель XP 330 SN 0119/ Dental	
7.15	14. Компьютер acer модель AL 1702 W.	
7.16	15. Ноутбук модель code: NP –N 100s/	
7.17	16. Мультимед. установка acer X 1160Z	
7.18	17. Апекслокаторы 2шт	
7.19	18. Светодиодные лампы 4шт	
7.20	19. Скейлеры UDS-K 0197.	

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Обучение складывается из аудиторных занятий и самостоятельной работы. Основное учебное время выделяется на практическую работу на фантоме и в клинике по приёму больных. Работа с учебной литературой рассматривается как вид

учебной работы по дисциплине и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение.

В соответствии с требованиями ФГОС ВПО необходимо широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (компьютерные симуляции, деловые и ролевые игры, разбор конкретных ситуаций и т.д.).

В свете современной парадигмы практико – ориентированного образования модернизация учебного процесса требует использование новых педагогических технологий, активных методов обучения, которые позволят обучать студентов не сумме знаний, а способам мышления (теоретическому, диалектическому, логическому анализу, синтезу, системному подходу), развивать творческие способности (умение применять усвоенные знания в любых ситуациях, включая и самостоятельную постановку задачи, а также поиск новых способов решения задач), повышать профессиональное мастерство (свободное осуществление требуемой деятельности в стандартных и нестандартных ситуациях).

Для освоения дисциплины отдается предпочтение методам активного обучения, позволяющих организовать непосредственное вовлечение студентов в активную учебно-познавательную деятельность по ходу учебного процесса. Следует выделить следующие уровни усвоения учебной информации дисциплины «Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта» - от простого знакомства с информацией до ее творческого использования в решении профессиональных проблем:

- Ознакомление с учебной информацией (прослушивание лекций, изучение материальных объектов (фантомов, инструментов, стоматологических материалов), тестовых источников информации (учебников, учебных пособий и др.).
- Выполнение умственных действий (решение задач познавательных, логических, ситуационных клинических, выполнение тестовых заданий).
- Выполнение мануальных действий (на фантомах, моделях, непосредственная работа с пациентами).
- Учебные игры (ситуационно-ролевые).

Учебно-исследовательская работа (реферирование источников информации, планирование и проведение исследования на практических занятиях, написание истории болезни).

Работа студента в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию деонтологического поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Самостоятельная работа с литературой, написание историй болезни и рефератов, прием пациентов формируют способность анализировать медицинские и социальные проблемы, умение использовать на практике медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

Различные виды учебной работы, включая самостоятельную работу студента, способствуют овладению культурой мышления, способностью в письменной и устной речи логически правильно оформить его результаты; готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, восприятию инноваций; формируют способность и готовность к самосовершенствованию, самореализации, личностной и предметной рефлексии.

Различные виды учебной деятельности формируют способность в условиях развития науки и практики к переоценке накопленного опыта, анализу своих возможностей, умение приобретать новые знания, использовать различные формы обучения, информационно-образовательные технологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ПРИМЕР: Задача

Больная Е., 64-х лет обратилась с жалобами на боль при приеме горячей, острой пищи. Страдает в течение года.

Принимает гипотензивные препараты, назначенные врачом-кардиологом, у которого состоит на диспансерном учете.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски. На веках небольшие сосудистые звездочки.

Красная кайма губ без видимых изменений. Полость рта санирована. Мостовидные стальные протезы. Региональные лимфоузлы не увеличены. На слизистой оболочке мягкого неба слева отмечается обширная эрозия d =1,5 x 2 см с обрывками пузыря по периферии. При потягивании за край, слизистая оболочка не отслаивается.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
3. Проведите дополнительные методы исследования.
4. Какова тактика врача-стоматолога.
5. Каков прогноз данного заболевания?

Эталон ответа к задаче

1. Пузырно-сосудистый синдром при гипертонической болезни.
2. Дифференциальная диагностика с пузырчаткой, пемфигоидом.
3. Цитологическое исследование, симптом Никольского, мониторинг АД, ЭКГ. Консультация с врачом - кардиологом.
4. Терапия заключается в лечении сердечнососудистых заболеваний.

Тактика стоматолога: тщательная санация полости рта с проведением профессиональной гигиены; бранширование полости рта слабыми растворами антисептиков (р-р фурацилина); аппликации кератопластических препаратов (масляный раствор Вита, масло шиповника, тыквеол) на пораженный участок.

5. Прогноз благоприятный, без лечения наступает быстрая эпителизация (2 - 7 дней).

ПРЕЗЕНТАЦИЯ в Microsoft PowerPoint Презентация дает возможность наглядно представить инновационные идеи, разработки и планы, согласно заданной теме. Учебная презентация представляет собой результат самостоятельной работы студентов, с помощью которой они наглядно демонстрируют материалы публичного выступления перед аудиторией. Компьютерная презентация – это файл с необходимыми материалами, который состоит из последовательности слайдов. Каждый слайд содержит законченную по смыслу информацию, так как она не переносится на следующий слайд автоматически в отличие от текстового документа. Одной из основных программ для создания презентаций в мировой практике является программа PowerPoint компании Microsoft. Структура презентации: Удерживать активное внимание

слушателей можно не более 15 минут, а, следовательно, при среднем расчете времени просмотра – 1 минута на слайд, количество слайдов не должно превышать 15-ти. Первый слайд презентации должен содержать тему работы, фамилию, имя и отчество исполнителя, номер учебной группы, а также фамилию, имя, отчество, должность и ученую степень преподавателя. На втором слайде целесообразно представить цель и краткое содержание презентации. Последующие слайды необходимо разбить на разделы согласно пунктам плана работы. На заключительный слайд выносятся самое основное, главное из содержания презентации. Рекомендации по оформлению презентаций в Microsoft Power Point: Для визуального восприятия текст на слайдах презентации должен быть не менее 18 пт, а для заголовков – не менее 24 пт. Макет презентации должен быть оформлен в строгой цветовой гамме. Фон не должен быть слишком ярким или пестрым. Текст должен хорошо читаться. Одни и те же элементы на разных слайдах должны быть одного цвета. Пространство слайда (экрана) должно быть максимально использовано, за счет, например, увеличения масштаба рисунка. Кроме того, по возможности необходимо занимать верхние $\frac{3}{4}$ площади слайда (экрана), поскольку нижняя часть экрана плохо просматривается с последних рядов. Каждый слайд должен содержать заголовок. В конце заголовков точка не ставится. В заголовках должен быть отражен вывод из представленной на слайде информации. Оформление заголовков заглавными буквами можно использовать только в случае их краткости. На слайде следует помещать не более 5-6 строк и не более 5-7 слов в предложении. Текст на слайдах должен хорошо читаться. При добавлении рисунков, схем, диаграмм, снимков экрана (скриншотов) необходимо проверить текст этих элементов на наличие ошибок. Нельзя перегружать слайды анимационными эффектами – это отвлекает слушателей от смыслового содержания слайда. Для смены слайдов используйте один и тот же анимационный эффект.

РЕФЕРАТ Рекомендации по написанию реферата.

1. Тема реферата выбирается в соответствии с интересами студента и должна соответствовать приведенному примерному перечню.
2. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников (монографии, статьи).
3. План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.
4. Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.
5. Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы
6. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А-4) шрифтом TimesNewRoman, 14. Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их.
7. Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.
8. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий: Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге. Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том . № . Страницы от до _____. Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от _____ до _____.
Примерное содержание работы: Наименование: Объем: 13-15 стр.

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

Выполняется в форме устного или письменного ответа на вопросы (Приложение 1) и решения ситуационной задачи соответственно тематическому плану практических занятий. Содержание ответов по геронтостоматологии и заболеваниям сопр должно акцентироваться на знаниях строения слизистой оболочки полости рта, первичных и вторичных морфологических элементов, возрастных изменениях слизистой полости рта, классификации заболеваний слизистой оболочки полости рта, этиологии, патогенеза, методов обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, клиники, диф. диагностики, лечения и профилактики этих заболеваний. Целью контрольной работы является определения качества усвоения материала. При подготовке студентов к контрольной работе необходимо использовать лекционный материал и учебники, указанные в основном списке литературы рабочей программы дисциплины.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

Студенты изучают методы обследования и лечения больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, отрабатывают практические навыки в группе, работают с больными в лечебных кабинетах под руководством педагога. Для работы рекомендовано использовать методические рекомендации к практическому занятию, плакаты, таблицы, методические разработки кафедры. Техническое оснащение: на кафедре имеются стоматологический инструментарий, медикаменты. Заключительным этапом работы является оформление истории болезни.

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

- Общие сведения
- Данные расспроса больного
- Анамнез заболевания
- Общее состояние больного
- Общий осмотр полости рта
- Осмотр преддверия полости рта
- Исследование собственно полости рта
- Осмотр зубных рядов

- Объективное обследование зуба
- Дополнительные методы исследования
- Дифференциальный диагноз
- Окончательный диагноз
- Этиология и патогенез заболевания
- Выбор метода лечения и его обоснование
- Этапы лечения
- Дневник
- Прогноз
- Эпикриз
- Список использованной литературы

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ проводится с использованием тестового контроля, устного опроса и решения ситуационных задач.

ТЕСТЫ Предлагаемые тесты для промежуточной аттестации являются односложными, с одним правильным ответом.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЗАЧЕТУ: При подготовке студентов к зачету следует обратить внимание на следующие учебники:

1. Терапевтическая стоматология: Учебник. Ю.М.Максимовский, Л.Н.Максимовская, Л.Ю.Орехова – М.: «Медицина», 202.
2. Боровский Е. В., Данилевский Н. Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта.-М. : Медицина, 1991
3. Клиническая геронтостоматология Монография С.В. Кузнецов -ООО «Медицинское информационное агентство», 2013.
4. Терапевтическая стоматология: учебник /Барер Г.М., Волков Е., Гемонов В.В. и др. Часть 3. Заболевания СОПР. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 254с.
5. Лекционный материал, а также издания выпускаемые кафедрой.

ТЕСТЫ

1. Солкосерил дентальная адгезивная паста является:
А) обезболивающим средством
Б) кератопластическим средством
В) иммуномоделирующим средством
Г) гомеопатическим средством
2. Наиболее вероятной причиной вульгарной пузырчатки считается:
А) экзогенная интоксикация
Б) эмоциональный стресс
В) аутоиммунный фактор
Г) лекарственная непереносимость
3. Вульгарная пузырчатка начинается с высыпаний:
А) на коже
Б) на слизистой оболочке рта
В) на конъюнктиве
Г) на слизистой оболочке половых органов
4. Симптом Никольского отрицателен при форме пузырчатки:
А) вульгарной
Б) собственно неакантолитической
В) себорейной
Г) вегетирующей
5. Для местного лечения вульгарной пузырчатки показаны все препараты, кроме:
А) раствора перекиси водорода
Б) раствора хлоргексидина
В) оксолиновой мази
Г) преднизолоновой мази
6. Чаще всего причиной кандидоза является:
А) *C. pseudotropicalis*
Б) *C. albicans*
В) *C. krusei*
Г) *C. Glabrata*
7. Самая тяжелая форма кандидоза:
А) острый псевдомембранозный кандидоз
Б) острый атрофический кандидозный стоматит
В) хронический атрофический кандидозный глоссит
Г) хронический гиперпластический кандидозный стоматит
8. Хронический оральный кандидоз чаще всего протекает в форме:
А) палатинита
Б) глоссита
В) ангулярного хейлита
Г) стоматита
9. Первоочередным мероприятием комплексного лечения кандидоза является:
А) санация полости рта
Б) общеукрепляющая терапия
В) воздействие на возбудителя в полости рта
Г) лечение соматических заболеваний
10. Нанесение 1% раствора кандиды на слизистую оболочку рта применяют для:
А) устранения благоприятных условий для существования грибов
Б) подавления грибов
В) восстановления равновесия в составе микрофлоры
Г) иммуностимуляции

11. Санацию полости рта при кандидозе проводят с целью:
- А) устранения благоприятных условий для существования грибов
 - Б) устранения ниш для размножения грибов
 - В) подавления грибов
 - Г) восстановления равновесия в составе микрофлоры
12. «Имудон» при оральном кандидозе применяют для:
- А) устранения благоприятных условий для существования грибов
 - Б) иммуностимуляции
 - В) подавления грибов
 - Г) восстановления равновесия в составе микрофлоры
13. Для системной антимикотической терапии менее всего показано применение:
- А) флюконазола
 - Б) интраконазола
 - В) кетоконазола
 - Г) амфотерицина В
14. Первичный элемент поражения при красном плоском лишае:
- А) пузырек
 - Б) пузырь
 - В) узелок
 - Г) узел
15. Красный плоский лишай относят:
- А) к дерматозам
 - Б) к аллергическим состояниям
 - В) к бактериальным инфекциям
 - Г) к вирусным инфекциям
16. Сочетание эрозивной формы КПЛ с сахарным диабетом и гипертонической болезнью называется синдромом:
- А) Гриншпана
 - Б) Мелькерсона-Розенталя
 - В) Бехчета
 - Г) Стивенса-Джонсона
17. К факультативному предраку относят форму красного плоского лишая:
- А) атипичную
 - Б) типичную
 - В) эрозивно-язвенную
 - Г) экссудативно-гиперемическую
18. Типичную форму красного плоского лишая дифференцируют:
- А) с пузырьчаткой
 - Б) с плоской лейкоплакией
 - В) с медикаментозным стоматитом
 - Г) с острой механической травмой
19. Для нормализации пролиферации клеток эпителия при красном плоском лишае применяют:
- А) трипсин
 - Б) солкосерил
 - В) витамин А
 - Г) преднизолон
20. Для ускорения эпителизации при эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая применяют:
- А) трипсин
 - Б) солкосерил
 - В) витамин А
 - Г) преднизолон
21. Для удаления очага гиперкератоза при красном плоском лишае применяют:

- А) криодеструкцию
- Б) гирудотерапию
- В) химиотерапию
- Г) лучевую терапию

22. Укажите метод исследования, используемый при диагностике лейкоплакии:

- А) бактериоскопический
- Б) иммунологический
- В) гистологический
- Г) цитологический

23. Причиной лейкоплакии Таппейнера является:

- А) лекарственная аллергия
- Б) курение
- В) гальваноз
- Г) ксеростомия

24. Укажите морфологический элемент поражения при лейкоплакии:

- А) узел
- Б) узелок
- В) бляшка
- Г) бугорок

25. Признаки озлокачивания эрозивно-язвенной формы лейкоплакии:

- А) наличие фибринозного налета
- Б) воспаление вокруг очага поражения
- В) уплотнение краев и основания очага поражения
- Г) гиперсаливация

26. Для местного лечения плоской лейкоплакии применяются препараты:

- А) противовирусные препараты
- Б) антибактериальные мази
- В) прижигающая терапия
- Г) средства, нормализующие обменные процессы в эпителии

27. Десквамативный глоссит возникает в результате нарушений процессов:

- А) гематопозитических
- Б) нейро-трофических
- В) психогенных
- Г) сердечно-сосудистых

28. Складчатый язык является следствием:

- А) хронической травмы языка острыми краями зубов
- Б) врожденной аномалией развития
- В) осложнением сердечно-сосудистой патологии
- Г) следствие гормональных нарушений

29. В развитии черного волосатого языка наибольшее значение имеет:

- А) чрезмерное употребление горячей пищи
- Б) курение
- В) неудовлетворительная гигиена
- Г) несанированная полость рта

30. Ромбовидный глоссит возникает в результате:

- А) сердечно-сосудистой патологии
- Б) эндокринной патологии
- В) нарушения эмбриогенеза
- Г) употребления острой пищи

31. Главной причиной развития глоссалгии является:

- А) аллергическая реакция организма
- Б) психогенное воздействие
- В) наследственное нарушения

Г) вирусные заболевания

32. Местный фактор, способствующий развитию глоссалгии:

- А) скученность зубов
- Б) неудовлетворительная гигиена полости рта
- В) хроническая травма языка острыми краями зубов
- Г) заболевания пародонта

33. Местное лечение глоссалгии включает все мероприятия кроме:

- А) ротовые ванночки с анестетиком
- Б) седативная терапия
- В) антимикробная терапия
- Г) массаж воротниковой зоны

34. Насильственное отторжение налета при тяжелой форме кандидоза может привести к:

- А) стабилизации состояния
- Б) более быстрому выздоровлению
- В) развитию генерализованной формы
- Г) не вызывает изменений

35. Для лечения кандидоза используют мазь:

- А) гепариновую
- Б) канестен (клотримазол)
- В) бонафтоновую
- Г) зовиракс

36. При атоническом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать:

- А) антибактериальную терапию
- Б) десенсибилизирующую терапию
- В) антигрибковую терапию
- Г) противовирусную терапию
- Д) антисептическую обработку

37. Клинические проявления при черном волосатом языке:

- А) нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере
- Б) неравномерная, десквамация эпителия на спинке языка
- В) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- Г) налет на спинке языка
- Д) увеличение сосочков на боковых поверхностях языка

38. Кератопластические средства:

- А) неомициновая мазь .
- Б) теброфеновая мазь
- В) актовегин, солкосерил
- Г) зовиракс
- Д) оксикорт

39. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги слизистой оболочки полости рта:

- А) каротолин
- Б) лизоцим
- В) формалин
- Г) винилин
- Д) витаон

40. При кандидозе для обработки полости рта используют раствор гидрокарбоната натрия:

- А) 1-2%
- Б) 4-5%
- В) 7-9%
- Г) 10-15%
- Д) 20-30%

41. Успех лечения травматических эрозий и декубитальных язв определяет:

- А) выбор обезболивающих средств

- Б) устранение травмирующей слизистой оболочки фактора
- В) применение дезинфицирующих средств
- Г) применение кератопластических средств
- Д) применение антибактериальных препаратов

42. При кандидозе на слизистой оболочке полости рта выявляют:

- А) белый творожистый налет
- Б) фибринозный налет
- В) папулы
- Г) «пятна» Филатова-Коплика
- Д) афты

43. Симптом Никольского положителен при:

- А) пузырчатке
- Б) сифилисе
- В) многоформной эритеме
- Г) пиодермии
- Д) герпетическом стоматите

44. Географический язык характеризуется клиническими признаками:

- А) нитевидные сосочки темного цвета резко увеличены в размере
- Б) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
- В) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- Г) обильный белый налет на спинке языка
- Д) плотный темно-коричневый налет на спинке языка

45. Клинический анализ крови следует провести при:

- А) кандидозе
- Б) ХРАС
- В) язвенно-некротическом стоматите неясной этиологии
- Г) ОГС
- Д) атопическом хейлите

46. Для аппликационного обезболивания слизистой оболочки рта применяют:

- А) 0,1% раствор новокаина
- Б) 0,5% взвесь анестезина в глицерине
- В) 2% р-р новокаина
- Г) 10% взвесь анестезина в масле
- Д) 10% спрей лидокаина

47. Хронические заболевания различных органов и систем в анамнезе характерны при:

- А) травматических эрозиях
- Б) ХРАС
- В) складчатом языке
- Г) пиодермии
- Д) афтеБеднара

48. Для обработки полости рта при кандидозе необходимо:

- А) обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника
- Б) удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, а затем канестеном или клотримазолом
- В) обезболить, провести антисептическую обработку, смазать неомициновой, синтомициновой мазями
- Г) обезболить, смазать мазью ацикловир
- Д) обезболить, обработать 1-2% р-ром гидрокарбоната натрия, затем керато-пластическими средствами

49. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги:

- А) винилин
- Б) резорцин-формалиновая смесь
- В) метиленовый синий
- Г) йодиол
- Д) витаон

50. При ангулярном хейлите грибковой этиологии в углах рта образуются:

- А) эрозии с гнойным отделяемым
- Б) «медовые» корки
- В) эрозии с влажным белым налетом
- Г) лихенизация, трещины, мокнущие
- Д) пузырьки

51. Клинические проявления при травме слизистой оболочки полости рта:

- А) пустулы, толстые соломенно-желтые корки
- Б) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом
- В) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка
- Г) эрозии неправильных очертаний
- Д) разлитая эритема

52. Клинические проявления при складчатом языке:

- А) нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере
- Б) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
- В) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- Г) налет на спинке языка
- Д) увеличение сосочков на боковых поверхностях языка

53. Характерные изменения при травме слизистой оболочки полости рта:

- А) единичные эрозии округлой или овальной формы резко болезненные
- Б) единичные эрозии неправильных очертаний слабо болезненные или безболезненные
- В) пузыри на разных участках слизистой оболочки полости рта
- Г) острый катаральный гингивит
- Д) белый творожистый налет на слизистой оболочке полости рта

54. Для подтверждения диагноза «вульгарная пузырчатка» используют дополнительный метод исследования

- А) аллергологический
- Б) бактериоскопический
- В) цитологический
- Г) рентгенологический
- Д) клинический анализ крови

55. Патологический процесс в слизистой оболочки полости рта, приводящий к развитию симптома

- А) Никольского
- Б) акантоз
- В) акантолиз
- Г) спонгиоз
- Д) паракератоз

56. Признаки озлокачествления травматической язвы

- А) изменение размеров язвы
- Б) блюдцеобразная форма язвы
- В) эозинофилия
- Г) уплотнение краев и дна язвы
- Д) изменение цвета окружающих тканей

57. Лечение травматической язвы включает

- А) хирургическое иссечение участка поражения
- Б) прижигание раствором бриллиантового зеленого
- В) антисептическую обработку и аппликацию эпителизирующих средств
- Г) устранение травмирующих факторов
- Д) устранение травмирующих факторов, антисептическую обработку, аппликацию эпителизирующих средств

58. Имеют тенденцию к озлокачествлению язвы

- А) трофическая
- Б) сифилистическая
- В) туберкулезная
- Г) травматическая
- Д) афта Сеттона

59. Профилактика хронической механической травмы включает

- А) диету
- Б) своевременную коррекцию съемных протезов
- В) прием поливитаминов
- Г) замену металлических коронок на металло-керамические
- Д) исключение курения и приема алкоголя

60. Наличие гальванического тока в полости рта может приводить к появлению

- А) жжения и сухости слизистой оболочки полости рта
- Б) герпетических эрозий
- В) папилломатозных разрастаний
- Г) пузырей на слизистой оболочке рта
- Д) очагов деминерализации эмали зубов

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

Раздел 1

1. Возрастные изменения СОПР. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Методы обследования СОПР. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Острая механическая травма. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Хроническая механическая травма. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Химическая травма. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
6. Физические травмы. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
7. Лейкоплакия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Простой герпес. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
9. Опоясывающий лишай. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
10. Кандидоз. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
11. Красный плоский лишай. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
12. Красная волчанка. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
13. Пузырчатка. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Раздел 2

1. Изменения СОПР при авитаминозах. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Изменения СОПР при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Изменения СОПР при сердечно-сосудистых заболеваниях. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Изменения СОПР при эндокринных заболеваниях. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Изменения СОПР при заболеваниях нервной системы. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Раздел 3

1. Складчатый (скротальный, бороздчатый) язык. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Черный («волосатый») язык. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Десквамативный глоссит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Ромбовидный глоссит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Эксфолиативный хейлит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
6. Гландулярный хейлит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
7. Актинический и метеорологический хейлиты. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Контактный аллергический хейлит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
9. Атопический хейлит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
10. Экзематозный хейлит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
11. Макрохейлит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Указания к оцениванию ситуационных задач (в %)

- Решение правильное и полное, включающее все приведенные выше элементы с теоретическим обоснованием и схематическим изображением /85-100.
- Решение правильное, не полное, нет теоретического обоснования ответа / 70-84.
- Решение неполное, включает один из приведенных выше элементов / 60-69.
- Все элементы записаны неверно / 0-59.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА

№	Наименование показателя	Отметка в %
	Форма	20
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-10
2	Логичный и полный переход от одной части к другой	0-10
	Содержание	60
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-20
4	Наличие выводов соответствующих теме и содержанию основной части	0-20
	Доклад	20
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Ответы на вопросы	0-10
3	Выполнение регламента	0-5
	Всего баллов	100

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

Шкала оценивания презентации

	<i>Нет ответа</i> -0 %	<i>Минимальный ответ</i> - 31-60 %	<i>Изложенный, раскрытый ответ</i> - 60-69 %	<i>Законченный полный ответ</i> - 70-84 %	<i>Образцовый, примерный, достойный подражания ответ</i> - 85-100 %	<i>Отметка (в %)</i>
<i>Раскрытие проблемы</i>	-	<i>Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы</i>	<i>Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы</i>	<i>Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы</i>	<i>Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы</i>	

				сделаны или обоснованы.	сделаны.	
<i>Представление</i>	-	<i>Представляемая информация логически не связана.</i>	<i>Представляемая информация не систематизирована и не последовательна.</i>	<i>Представляемая информация систематизирована и последовательна. нов.</i>	<i>Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.</i>	
<i>Оформление</i>	-	<i>Не соблюдены условия оформления реферата. Больше 4 ошибок в представленной информации</i>	<i>3-4 ошибки в представленной информации</i>	<i>Не более 2-х ошибок в представленной информации</i>	<i>Отсутствуют ошибки в представленной информации</i>	
<i>Ответы на вопросы</i>	-	<i>Нет ответов на вопросы</i>	<i>Только ответы на элементарные вопросы</i>	<i>Ответы на вопросы полные или частично полные.</i>	<i>Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений</i>	
<i>Итоговая оценка</i>		<i>неудовлетворительная</i>	<i>удовлетворительная</i>	<i>хорошо</i>	<i>отлично</i>	

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Шкала оценивания презентации

	<i>Нет ответа -0 %</i>	<i>Минимальный ответ - 31-60 %</i>	<i>Изложенный, раскрытый ответ - 60-69 %</i>	<i>Законченный полный ответ - 70-84 %</i>	<i>Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 %</i>	<i>Отметка (в %)</i>
<i>Раскрытие проблемы</i>	-	<i>Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы</i>	<i>Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы</i>	<i>Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все</i>	<i>Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы</i>	

				<i>выводы сделаны или обоснованы.</i>	<i>. Выводы сделаны.</i>	
<i>Представле ние</i>	-	<i>Представля мая информация логически не связана. Не использован ы профессиона льные термины.</i>	<i>Представля мая информация не систематиз ирована и не последовате льна. Использован 1-2 профессиона льных термина</i>	<i>Представля мая информация систематиз ирована и последовате льна. Использован о более 2-х профессиона льных терминов.</i>	<i>Представля мая информация систематиз ирована, последовате льна и логически связана. Использован о более 5 профессиона льных терминов.</i>	
<i>Оформление</i>	-	<i>Не использован ы информацио нные технологии (PowerPoint) . Больше 4 ошибок в представля мой информации</i>	<i>Использован ы информацио нные технологии (PowerPoint) частично. 3- 4 ошибки в представля мой информации</i>	<i>Использован ы информацио нные технологии (PowerPoint) . Не более 2- х ошибок в представля мой информации</i>	<i>Широко использован ы информацио нные технологии (PowerPoint) . Отсутству ют ошибки в представлен ной информации</i>	
<i>Ответы на вопросы</i>	-	<i>Нет ответов на вопросы</i>	<i>Только ответы на элементарн ые вопросы</i>	<i>Ответы на вопросы полные или частично полные.</i>	<i>Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений</i>	
<i>Итоговая оценка</i>						

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТОВ (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

«Отлично» - 85-100 % правильных ответов

«Хорошо» - 70-84 % правильных ответов

«Удовлетворительно» - 60-69% правильных ответов

«Неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответ

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

Устный опрос

При оценке устного опроса учитываются следующие критерии: 1. Знание основных разделов геронтостоматологии и заболеваний слизистой оболочки полости рта. 2. Глубина и полнота раскрытия вопроса. 3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе. 4. Умение объяснить, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы. 5. Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные дополнительные вопросы.

Оценка устных и письменных ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается ответ, который изложен логически правильно в доступной форме соответственно терминологии применяемой в геронтостоматологии и заболеваний слизистой оболочки полости рта, а также в целом в медицине. Студент показывает отличные знания этиологии и патогенеза заболеваний слизистой оболочки полости рта; способен выделить симптомы и синдромы, поставить клинический диагноз; знает особенности клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Отметкой **(70-84)** оценивается ответ, который показывает хорошие знания в вопросах геронтостоматологии и заболеваний слизистой оболочки полости рта, особенностей постановки клинического диагноза, этиологии, патогенеза и течения заболеваний слизистой оболочки полости рта, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 1 – 2 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(60-69)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах геронтостоматологии и заболеваний слизистой оболочки полости рта, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза заболеваний слизистой оболочки полости рта, средние знания о этиологии и патогенезе заболеваний слизистой оболочки полости рта; слабо разбирается в вопросах клинического диагноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 3 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(0-59)** оценивается ответ, который показывает крайне слабые знания в вопросах геронтостоматологии и заболеваний слизистой оболочки полости рта. Студент не ориентируется в вопросах этиологии, патогенеза, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза различных заболеваний слизистой оболочки полости рта, допускает серьезные ошибки в содержании ответа. Демонстрирует непонимание проблемы. Требования, предъявляемые к заданию, не выполняет.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается правильное выполнение методики осмотра пациента, студент называет способы исследования, демонстрирует методику исследования, дает четкие инструкции при проведении манипуляций, соблюдает индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой **(70-84)** оценивается правильное выполнение методики

осмотра пациента, студент дает не полное название способов исследования, демонстрирует методику исследования, дает не четкие инструкции при проведении манипуляций, соблюдает индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой **(60-69)** оценивается выполнение методики осмотра пациента, студент дает не полное название способов исследования, при демонстрации методики исследования допускает неточности, затрудняется давать инструкции при проведении манипуляций.

Отметка **(0-59)** выставляется при не проведении методики осмотра пациента, студент не называет способы исследования, не может продемонстрировать методику исследования, затрудняется давать инструкции при проведении манипуляций.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме. Есть обоснование клинического диагноза, проведен дифференциальный диагноз, имеется патологическая гистология. План обследования соответствует поставленному диагнозу. Выбрано медикаментозное лечение. Определен прогноз течения заболевания.

Отметкой **(70-84)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме, обоснован клинический диагноз, проведен не полный дифференциальный диагноз, имеется патологическая гистология. План обследования не включает все возможные методики обследования. Назначена общая схема лечения заболевания. Определен прогноз течения заболевания.

Отметкой **(60-69)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме, нет обоснования диагноза, сформулирован клинический диагноз, проведен не полный дифференциальный диагноз, нет патологической гистологии. План обследования не включает все возможные методики обследования. Назначена общая схема лечения заболевания.

Отметкой **(0-59)** оценивается история, написанная не по схеме, нет обоснования диагноза, не правильно сформулирован клинический диагноз, не проведен дифференциальный диагноз. План обследования не включает все возможные методики обследования. Схема лечения не соответствует данному заболеванию.

**ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ "ГЕРОНТОСТОМАТОЛОГИЯ И
ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА"**

Курс 5, семестр 10, Количество ЗЕ – 3, Отчетность - зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
Модуль 1					
Раздел 1 Возрастные изменения СОПР. Травмы СОПР. Инфекционные заболевания СОПР. Дерматозы.	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями, аналитическое групповое задание	5	10	9неделя
	Рубежный	Письменный опрос, тесты	5	10	
Модуль 2					
Раздел 2 Изменения СОПР при системных заболеваниях, при гипо- и авитаминозах.	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями, аналитическое групповое задание	5	10	14 неделя
	Рубежный	Устный опрос, тесты	5	10	
Модуль 3					
Раздел 3 Глосситы. Хейлиты. Предраковые заболевания.	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями, аналитическое групповое задание	10	15	18 неделя
	Рубежный	Устный опрос, тесты	10	15	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (зачет)			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Примечание: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.