МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет

УТВЕРЖДАЮ

26.06.2018

Слизистая оболочка полости рта

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой	**Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии**
Учебный план	31050350_18_12сд.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 81
самостоятельная работа 26,4

Виды контроля в семестрах:
зачеты 9
зачеты с оценкой 10

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	**9 (5.1)**		**10 (5.2)**		Итого	
Недель	18		18			
Вид занятий	УП	РПД	УП	РПД	УП	РПД
Лекции	18	18			18	18
Практические	36	36	27	27	63	63
Контактная работа в период	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,6
В том числе	3	3	3	3	6	6
Итого ауд.	54	54	27	27	81	81
Контактная работа	54,3	54,3	27,3	27,3	81,6	81,6
Сам. работа	17,7	17,7	8,7	8,7	26,4	26,4
Итого	72	72	36	36	108	108

Программу составил(и):

к.м.н., Зав. кафедрой., Нуритдинов Р.М.;преподаватель., Джумалиев Н.Б. _____

Рецензент(ы):

д.м.н., профессор, зав. каф. хирургической стоматологии КРСУ., Мамытова А.Б. _____

Рабочая программа дисциплины

Слизистая оболочка полости рта

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

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

составлена на основании учебного плана:

31.05.03 Стоматология

утвержденного учёным советом вуза от 26.06.2018 протокол № 12.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 05.06.2018 г. № 1.
Срок действия программы: 2018-2023 уч.г.
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
04.09.2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 26.08.2019 г. № 1
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
__ _____ 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от __ _____ 2020 г. № __
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
__ _____ 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры
Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от __ _____ 2021 г. № __
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
__ _____ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры
Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от __ _____ 2022 г. № __
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	- Ознакомление обучающихся с основными трудовыми функциями при оказании амбулаторной стоматологической терапевтической помощи пациентам с заболеваниями слизистой оболочки рта в рамках профессионального стандарта «врач-стоматолог»;
1.2	- Формирование навыков проведения обследования пациента с целью установления диагноза пациентам с заболеваниями слизистой оболочки рта;
1.3	- Формирование навыков назначения, контроля эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта;
1.4	- Формирование навыков разработки, реализации и контроля эффективности индивидуальных реабилитационных программ пациентам с заболеваниями слизистой оболочки рта;
1.5	- Формирование навыков проведения и контроля эффективности санитарнопротивоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта;
1.6	- Формирование навыков ведения санитарно-гигиенического просвещения среди пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.06
2.1	**Требования к предварительной подготовке обучающегося:**
2.1.1	Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта
2.2	**Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:**
2.2.1	Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава
2.2.2	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
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	Основные физиологические состояния патологические процессы в организме человека
Уровень 2	Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики и лечениястоматологических заболеваний
Уровень 3	Оценку методов диагностики, лечения, возможных ошибок и осложнений
Уметь:	
Уровень 1	Описать физиологические состояния и патологические процессы в организме человека
Уровень 2	Определить необходимые методы диагностики и лечения
Уровень 3	Оценить методы диагностики, лечения и возможных осложнений стоматологических заболеваний
Владеть:	
Уровень 1	Навыками работы с физиологическими состояниями и патологическими процессами в организме человека
Уровень 2	Навыками выбора современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики и составления планалечения
Уровень 3	Навыками оценки медов диагностики, лечения и возможных осложнений стоматологических заболеваний

ПК-6: способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра	
Знать:	
Уровень 1	У пациентов основные патологические состояния , симптомы , синдромы стоматологических заболеваний,нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней ипроблем , связанных со здоровьем (МКБ)
Уровень 2	Сравнительную характеристику основных патологических состояний, симптомов, синдромовстоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ
Уровень 3	оценку основных патологических состояний, симптомов , синдромов стоматологических заболеваний,нозологических форм в соответствии с МКБ
Уметь:	

Уровень 1	Выявить основные симптомы, синдромы стоматологических заболеваний , нозологических форм всоответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных создоровьем (МКБ)
Уровень 2	Провести сравнение основных патологических состояний , симптомов , синдромов стоматологическихзаболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ
Уровень 3	Провести оценку основных патологических состояний , симптомов , синдромов стоматологическихзаболеваний , нозологических форм в соответствии с МКБ
Владеть:	
Уровень 1	Навыками работы с основными клиническими проявлениями стоматологических заболеваний ,нозологических форм в соответствии с Международной статической классификацией болезней и проблем ,связанных со здоровьем (МКБ) у пациентов
Уровень 2	Навыками сравнения основных патологических состояний , симптомов , синдромов стоматологическихзаболеваний , нозологических форм в соответствии с МКБ
Уровень 3	Навыками описания основных симптомов заболевания

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 изложении я и анализировать этиологию, патогенез различных клинических заболеваний дляпостановки 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	- классификации, этиологию, патогенез заболеваний слизистой оболочки рта;
3.1.2	- этиологические факторы, приводящие к развитию заболеваний слизистой
3.1.3	оболочки рта;
3.1.4	- методы обследования, диагностики, профилактики и терапевтического лечения
3.1.5	пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта;- методы физиотерапевтического лечения пациентов с заболеваниями слизистой
3.1.6	оболочки рта;
3.1.7	- причины осложнений и рецидивов в терапевтической практике при лечении
3.1.8	пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта и способы их предупреждения;
3.1.9	- ошибки, возникающие при лечении заболеваний слизистой оболочки рта, и
3.1.10	методы их профилактики и устранения,
3.1.11	- особенности течения, выявления и лечения заболеваний твердых тканей зубов,
3.1.12	пародонта и слизистой оболочки рта у пожилых людей
3.2	**Уметь:**
3.2.1	- проводить беседы со взрослым населением и подростками с целью формирования
3.2.2	позитивного поведения, направленного на сохранение и повышение уровня здоровья;
3.2.3	- проводить беседы со взрослым населением и подростками и членов их семей с
3.2.4	целью мотивации к внедрению элементов здорового образа жизни, в том числе к
3.2.5	устранению вредных привычек;
3.2.6	- обследовать пациента с заболеваниями слизистой оболочки рта;
3.2.7	- определять этиологические факторы, приводящие к развитию заболеваний
3.2.8	слизистой оболочки рта;
3.2.9	- использовать для постановки диагноза клинические, клинико-лабораторные и

3.2.10	лабораторные методы исследования;
3.2.11	- поставить диагноз;
3.2.12	- планировать лечение пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта;
3.2.13	- выбирать метод физиотерапевтического лечения заболеваний слизистой оболочки
3.2.14	рта;
3.2.15	- выявить, устранить и предпринять меры профилактики осложнений, обострений и
3.2.16	рецидивов при лечении слизистой оболочки рта;
3.2.17	- обследовать пожилого пациента, составлять план диагностических мероприятий
3.2.18	пожилым людям с заболеваниями твердых тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки
3.2.19	рта.
3.3	**Владеть:**
3.3.1	- тактикой опроса пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта;
3.3.2	- клиническими методами обследования пациентов с заболеваниями слизистой
3.3.3	оболочки рта;
3.3.4	- составлять план диагностических мероприятий пациентам с заболеваниями
3.3.5	слизистой оболочки рта;
3.3.6	- составлять план консультационных и лечебных мероприятий пациентам с
3.3.7	заболеваниями слизистой оболочки рта;
3.3.8	- методами консервативного лечения заболеваний слизистой оболочки рта;
3.3.9	- методами физиотерапевтического лечения заболеваний слизистой оболочки рта;
3.3.10	- методами диагностики и лечения заболеваний твердых тканей зубов, пародонта и
3.3.11	слизистой оболочки рта у пожилых людей

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Строение и патологические процессы СОПР. Методы обследования больных с заболеваниями СОПР.						
1.1	Анатомо-гистологические особенности слизистой оболочки полости рта. Пат. анатомическая характеристика изменений СОПР. Элементы поражения. /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
1.2	Анатомо-гистологические особенности слизистой оболочки полости рта. Пат. анатомическая характеристика изменений СОПР. Элементы поражения /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	1	В формате презентации и видео материала.
1.3	Элементы поражения /Ср/	9	6	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
1.4	Методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта /Лек/	9	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
1.5	Методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта /Пр/	9	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	1	В формате презентации и видео материала.
1.6	Методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта /Ср/	9	6	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
	Раздел 2. Инфекционные и аллергические поражения слизистой оболочки полости рта						

2.1	Вирусные стоматиты: острый герпетический стоматит, хронический рецидивирующий герпес, опоясывающий лишай, герпангина, ящур. /Лек/	9	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
2.2	Вирусные стоматиты: острый герпетический стоматит, хронический рецидивирующий герпес, опоясывающий лишай, герпангина, ящур. /Пр/	9	5	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	1	В формате презентации и видео материала.
2.3	Инфекционные и аллергические поражения слизистой оболочки полости рта и их проявление в полости рта. /Ср/	9	5,7	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
2.4	Проявления в полости рта сифилиса, туберкулеза и гонореи. /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
2.5	Проявления в полости рта сифилиса, туберкулеза и гонореи. /Пр/	9	5	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
2.6	Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
2.7	Кандидоз. Клиника, диагностика, лечение. /Пр/	9	6	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
2.8	Проявления СПИД в полости рта /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
2.9	Проявления СПИД в полости рта /Пр/	9	6	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
2.10	Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Афта Сеттона, синдром Бехчета. Многоформная экссудативная эритема. Синдром Стивенса-Джонсона, болезнь Лайелла. /Лек/	9	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
2.11	Аллергические поражения СОПР: многоформная экссудативная эритема, синдром СтивенсаДжонсона, болезнь Лайелла, ХРАС, афта Сеттона, болезнь Бехчета. /Пр/	9	6	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
2.12	/КрТО/	9	0,3	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
	Раздел 3. Заболевания губ и языка, поражения СОПР при дерматозах, кератозы. Заболевания пародонта						
3.1	Хейлиты: метеорологический, хроническая трещина губ, контактный аллергический, экзематозный, актинический, атопический, эксфолиативный, гландулярный, макрохейлиты. /Пр/	10	3	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	1	В формате презентации и видео материала.
3.2	Хейлиты /Ср/	10	4,7	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	

3.3	Хейлиты: метеорологический, хроническая трещина губ, контактный аллергический, экзематозный, актинический, атопический, эксфолиативный, гландулярный, макрохейлиты. /Пр/	10	3	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
3.4	Пузырчатка. Пемфигоид /Пр/	10	3	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
3.5	Заболевания языка: десквамативный, ромбовидный, черный (волосатый), складчатый язык. Глоссодиния. /Пр/	10	3	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	1	В формате презентации и видео материала.
3.6	Заболевания языка /Ср/	10	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
3.7	Глоссодиния. /КрТО/	10	0,3	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
3.8	Пузырчатка. Пемфигоид. /Пр/	10	3	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
3.9	Кератозы: лейкоплакия, красный плоский лишай, красная волчанка. Клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение. /Пр/	10	3	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
3.10	Дистрофические заболевания тканей пародонта. Клиника, диагностика,лечение. /Пр/	10	3	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
3.11	Идиопатические заболевания тканей пародонта.Пародонтомы. /Пр/	10	3	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	1	В формате презентации и видео материала.
3.12	Профилактика и диспансеризация больных с заболеваниями тканей пародонта. /Пр/	10	3	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	
3.13	/ЗачётСОц/	10	0,3	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

ЗНАТЬ:
1. Анатомо-физиологические данные о строении слизистой оболочки полости рта
2. Первичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта. Вторичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта
4. Механическая травма слизистой оболочки полости рта. Декубитальная язва
5. Химическая травма слизистой оболочки полости рта
6. Физическая травма слизистой оболочки полости рта. Лучевая болезнь.
7. Лейкоплакия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение
8. Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта.
9. Опоясывающий лишай
10. Аллергические поражения слизистой оболочки полости рта
11. Многоформная экссудативная эритема
12. Болезнь Лайелла
13. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
14. Рубцующийся стоматит Сеттона
15. Синдром Шѐгрена
16. Синдром Бехчета
17. Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта
18. Проявления на слизистой полости рта заболеваний сердечно-сосудистой системы
19. Изменения слизистой оболочки полости рта при патологии кроветворения и болезнях крови

20. Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях эндокринной системы
21. Глоссалгия. Стомалгия
22. Аномалии и самостоятельные заболевания языка
23. Гландулярный хейлит
24. Эксфолиативный хейлит
25. Аллергический хейлит
26. Метеорологический хейлит
26. Хронические трещины губ. Онкологическая настороженность
27. Облигатный предрак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта
28. Факультативный предрак слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ
29. Красный плоский лишай.
30. Вульгарная пузырчатка. Врачебная тактика
31. ВИЧ-инфекция, еѐ проявления на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ

УМЕТЬ, ВЛАДЕТЬ

-проводить врачебное обследование и оценивать данные физического обследования больного;

-составлять план лабораторного, функционального, инструментального обследования;
-давать клиническую оценку результатов лабораторных, лучевых, электрофизиологических, эндоскопических и других распространенных в клинической практике диагностических методов исследования;
-формировать в своих заключениях диагностическое решение (предварительный или клинический диагноз) в соответствии с требованиями МКБ-10;
-владеть принципами и методами профилактики и лечения наиболее распространенных стоматологических заболеваний, а также реабилитации больных;
-уметь применить необходимые манипуляции при неотложных состояниях (шок, коллапс, обморок и др.);
-все виды инъекций;
-остановка наружного кровотечения;
-методы очистки верхних дыхательных путей при аспирации;
-искусственная вентиляция лёгких «рот в рот», мешком АМБУ;
-непрямой массаж сердца; -дефибрилляция;
-трахео- или коникотомия, трахеостомия .
-гигиенического обучения и воспитания различных групп населения;
-формирования структуры, оснащения и организации работы терапевтического стоматологического кабинета, отделения терапевтической стоматологии;
-ведение учётно-отчётной медицинской документации;
-организация и деятельность медицинской службы в экстремальных ситуациях, при стихийных бедствиях и в условиях ведения боевых действий.
-составление трудового договора (контракта) с государственными и негосударственными медицинскими учреждениями, муниципальными органами управления, страховыми медицинскими организациями, заявки для получения лицензии на осуществление вида медицинской деятельности;
-оказать первую врачебную помощь в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших и больных из очага катастрофы;
-проводить основные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в условиях чрезвычайных ситуаций;
-пользоваться коллективными и индивидуальными средствами защиты;
-применять правила врачебной этики и нормы медицинской деонтологии при проведении оздоровительных, профилактических и лечебно-диагностических мероприятий;
-применять неинструментальные и инструментальные методы восстановления проходимости дыхательных путей и провести непрямой массаж сердца;
-читать рентгенограммы, ортопантомограммы, томограммы ВНЧС, в том числе компьютерные;
-осуществлять раннюю диагностику патологического состояния зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области у взрослых, лиц пожилого, старческого возраста, беременных;
-составлять и обосновывать план комплексного стоматологического лечения;
-выбрать наиболее целесообразную методику терапевтического лечения зубочелюстной системы и выполнить её в полном объёме;
-выбрать наиболее оптимальный состав препаратов для сопутствующей (вспомогательной) медикаментозной терапии;
-оценивать психоэмоциональный статус стоматологического больного с целью выбора адекватного метода его коррекции;
-определять необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении стоматологического больного в том случае, когда врач-стоматолог-терапевт является лечащим врачом;
- владеть методами премедикации;
-владеть методами местного обезболивания (аппликационное, инфильтрационное и проводниковое) на верхней и нижней челюстях;
-владеть методами профилактики осложнений, возникающих в процессе диагностики и лечения основных заболеваний органов полости рта;
-владеть методами терапевтического лечения заболеваний пародонта;
-владеть методами оперативного вмешательства при осложнениях, связанных с ошибками эндодонтического лечения;
-владеть методами терапевтического лечения периодонтитов;
-владеть методами терапевтического лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта;
-владеть методами терапевтического лечения кариозных поражений;
-владеть методами терапевтического лечения пульпитов;

-владеть методами физиотерапевтического лечения с применением постоянного и переменного тока, свето- и грязелечения.
Общие правила препарирования кариозных полостей.
Формирование кариозной полости 1 класса по Блэку.
Формирование кариозной полости 2 класса по Блэку.
Формирование кариозной полости 3 класса по Блэку.
Формирование кариозной полости 4 класса по Блэку.
Формирование кариозной полости 5 класса по Блэку.
Шлифовка, полировка, суперполировка пломб.
Контактный пункт, его реставрация.
Композиционные материалы, правила работы с ними.Умение владеть электроодонтодиагностикой.
Местное обезболивание.
Общие правила эндодонтического лечения.
Пломбирование корневых каналов методом одного штифта.
Пломбирование корневых каналов методом латеральной конденсации.Пломбирование корневых каналов горячей гуттаперчей.
Комбинированный метод лечения пульпитов.
Девитальный метод лечения пульпита.
Методика электрофореза корневых каналов с использованием различных лекарственных средств.Чтение рентгенограмм.
Биологический метод лечения пульпита.
Диатермокоагуляция.
Витальный метод лечения пульпита.
Методика лечения периодонтита.
Техника проведения гингивотомии.
Методика Дарсонваля.
Все виды массажа десен.
Временное шинирование.
Техника проведения закрытого кюретажа.
Определение индекса зубного налета и камня.Методика проведения пергидролевой пробы.
Техника проведения гингивэктомии.
Определение индекса Рамфьерда.
Исследование десневой жидкости.
Определение индекса РМА.
Методика проведения волдырной пробы по Олдричу, Ясиновскому.
Методика проведения формалиновой пробы.
Методика проведения пробы Шиллера-Писарева.
Методика проведения бензединовой пробы.
Методика проведения пробы Кулаженко.
Определение гигиенического индекса по Федорову-Володкиной.
Методика проведения пробы Кавецкого в модификации Базарновой.Методика проведения мукозной пробы.
Методика проведения сублингвальной пробы.
Определение морфологических элементов.
Определение тактильной чувствительности.
Забор материала на микробиологическое исследование.
Взятие мазка-отпечатка.
Определение болевой чувствительности.Определение симптома Никольского.
Аппликационные кожные пробы.
Взятие мазка-соскоба.
Взятие биопсии.
Внутрикожная проба.
Определение глоточного рефлекса.
Определение вкусовой чувствительности.Скарификационная кожная проба.
Капельная кожная проба.
Взятие мазка-перепечатка.
Люминесцентный метод.
Транслюминесцентный метод.
Помощь при неотложных состояниях.
Реанимация и интенсивная терапия в условиях поликлиники.Помощь при травме зуба.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

не предусмотренно.

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ:
Перечень теоретических вопросов из п. 5.1. согласно тематики.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО:
1. Каждый студент получает для курации одного больного.
2. На примере курируемого больного студент должен проделать следующее:
1) Ознакомиться с тематикой;
2) Установить доверительный контакт;
3) Произвести сбор жалоб. Описываются жалобы, относящиеся к заболеванию;
4) Собрать анамнез заболевания пациента (начало заболевания, течение процесса, лечение в прошлом);5) Собрать анамнез жизни (заболевания, перенесенные в прошлом, семейный анамнез);
6) Произвести осмотр и обследование пациента;
7) Описать клинический статус;
8) Проанализировать лабораторно-инструментальные данные исследования;
9) Поставить предварительный диагноз;
10)Провести дифференциальный диагноз;
11)Поставить клинический диагноз;
12)Определить тактику предполагаемого лечения;
13)Кратко резюмировать этиологию, патогенез, клинику и лечение.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ:
Студент заполняет историю болезни согласно нижеприведенной схеме:
1. Общие сведения о больной;
2. Жалобы.
3. Анамнез болезни (anamnesis mobi).
4. Анамнез жизни (namnesis vitae).
5. Объективное исследование.
6. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования.
7. Клинический диагноз.
8. Обоснование клинического диагноза.
9. Дифференциальный диагноз.
10. Этиология. патогенез.
11. Лечение.

Методические рекомендации по заполнению истории болезни в приложении №1ДОКЛАД В ФОРМАТЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ ИЛИ РЕФЕРАТА.

Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела:
1. первичные и вторичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта и кожи;
2. методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта;
3. классификацию заболеваний слизистой оболочки полости рта;
4. клиническую картину, динамику, принципы лечения и профилактику заболеваний слизистой оболочки полости рта.
5. первичные и вторичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта и кожи;
6. методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта;
7. классификацию заболеваний слизистой оболочки полости рта;
8. клиническую картину, динамику, принципы лечения и профилактику заболеваний слизистой оболочки полости рта.

ТЕСТЫ:
Перечень тестовых вопросов в приложении №2

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:
Перечень ситуационных задач в приложении №3

Промежуточная аттестация (ЗАЧЕТ, ЗАЧЕТ С ОЦЕНКОЙ):Перечень вопросов согласно тематики раздела в п.5.1.

5.4. Перечень видов оценочных средств

1. Теоретическое задание.
2. Курация больного.
3. История болезни.
4. Доклад в формате презентациеи или реферата.
5. Тесты.
6. Ситуационные задачи.

Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ №4

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Н.В. Курякина	Терапевтическая стоматология детского возраста: Учебное пособие	Москва .: Медицинская книга 2004
Л1.2	Н.Н. Бажанов	Стоматология: Учебник для вузов	Москва .: ГЭОТАР-МЕД 2001

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	А.А. Колесов	Стоматология детского возраста: Учебник	Москва .: Медицина 1985

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	znanium.com	
Э2	lib.krsu.edu.kg	
Э3	biblioclub.ru	

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, лабораторные работы репродуктивноготипа,ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам вготовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов.Инновационные образовательные технологии – занятия в интерактивной форме, которые формируют системноемышления и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. К ним относятсяэлектронные тексты лекций с презентациями, проблемные лекции и лекции - информации с
6.3.1.2	визуализацией,семинар - дискуссия по актуальным проблемам,разбор конкретных ситуаций, обсуждениепроблемных ситуаций и решение ситуационных задач в малых группах.Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютернойтехники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	Стоматологический форум Стоматология http://forum.stomatologija.su/
6.3.2.2	книги по стоматологии http://forum.stomatologija.su
6.3.2.3	российский стоматологический портал http://www.stom.ru/

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Лекционная аудитория на 50 посадочных мест; мрн. Аламедин 1, корпус медфака аудитория 4.4. на 100посадочных мест.Компьютерный класс для проведения практических занятий, выполнения самостоятельной работы и просмотрафото-, аудио-, мультимедия, видео-материалов; мрн. Аламедин 1, каб 1 и 2.Наглядные пособия (структура стоматологических служб России и Кыргызстана, схема управления); мрн.Аламедин 1, каб 1 и 2.Интерактивная доска.Проектор; мрн. Аламедин 1, каб 1 и 2.Фильмы о деятельности стоматологических медицинских учреждений; мрн. Аламедин 1, каб 1 и 2.Презентации лекций по основным темам; Лекционный фонд.

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

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:
1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, лабораторных работах, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на зачёт студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале зачета.

Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса по билету тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли.

На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета и решить ситуационную задачу.

Студенты могут использовать технические средства, справочно-нормативную литературу, наглядные пособия,

учебные программы.
Оценка промежуточного контроля:
- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ(в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)
ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.
Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:
1. После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня.
2. При подготовке к следующей лекции, нужно просмотреть текст предыдущего материала, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции.
3. В течение недели выбрать время для работы с рекомендуемой литературой.
4. При подготовке к семинарским занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении задания нужно сначала понять, что в нем требуется, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения.
5. Для подготовки к семинарским занятиям и выполнению самостоятельной работы необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. Рекомендуется использовать методические указания по курсу, глоссарий (ПРИЛОЖЕНИЕ 5), конспекты лекций, тезисы о горной промышленности КР (ПРИЛОЖЕНИЕ 6). При выполнении задания нужно сначала понять, что требуется в нем, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план выполнения, а затем приступить к заданию и сделать качественный вывод. Рекомендуется использовать:
Наглядные пособия;
• Структуру стоматологических служб России и Кыргызстана,
Схему управления .
6. При подготовке к промежуточному и рубежному контролям нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.
7. Отработки пропущенных занятий.
Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании. При фронтальном обучении неудовлетворительная оценка должна быть отработана в течение месяца со дня ее получения, при цикловом обучении - до конца цикла.
Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска.Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.).
Отработка семинарских занятий.
- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.
- При фронтальном обучении пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска, при цикловом обучении - до конца цикла. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.
- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного практического занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.
- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.
- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ
Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материаловпрезентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов
навыки работы на компьютере. Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.
Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.
1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.
2. Этапы подготовки презентации
Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)
Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:
- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент – докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться зачем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.
- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.
Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:
- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.
Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

НАПИСАНИЕ РЕФЕРАТА и ПУБЛИЧНАЯ ЗАЩИТА С ПРЕЗЕНТАЦИЙ

Рекомендации по написанию реферата.

1. Тема реферата выбирается в соответствии с Вашими интересами и должна соответствовать приведенному примерному перечню. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как естественнонаучные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры. Особенно приветствуется использование собственных примеров из окружающей Вас жизни.
2. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы, а также газеты специализирующиеся на геологической тематике.
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. Например: ... Установлено, что в крупных городах, таких как Москва, уровень загрязнения воздуха в некоторые часы может превышать предельно допустимые концентрации в 10 и более раз (Лихачева, Смирнова, 2006) ...
5. Недопустимо просто скомпоновать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы, например: "Проанализировав историю человечества за 2400 лет, А.Л.Чижевский установил связь между циклами исторических событий и солнечной активностью, причем равны они в среднем, 11 годам." (Лупачев, 1995, с.39). Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.
6. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4) шрифтом TimesNewRoman, 14. Начинается с титульного листа (оформляется по образцу ПРИЛОЖЕНИЕ 7), в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы или название кафедры, 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. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).
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 соответствие с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "Наука", "Прогресс", "Основы геологии", и др. Или приведенный выше список литературы. 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.
- Введение (цели, задачи) 1-2 стр.
- Основная часть 10-12 стр.
- Заключение 1-2 стр.
- Список использованной литературы 1стр.
9. Защита реферата обязательно проходит публично с показом слайдов мультимедийной презентации.
Инструкция докладчикам.
- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
УП: 21050551_15_13фпгнп н.pli.xml стр. 16
- знать и хорошо ориентироваться в теме всего доклада;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 7 мин.; дискуссия - 5 мин.;
Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.
Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:
- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;
Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.
Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.
10. Этапы подготовки презентации
Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)
Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:
- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?
Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:
- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться зачем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов.

Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.
КОЛЛОКВИУМ (устный)
При проведении коллоквиума по темам дисциплины предлагаются вопросы для опроса из списка ФОС.
Задачи коллоквиума:
Коллоквиум ставит следующие задачи:
• Проверка и контроль полученных знаний по изучаемой теме или разделу;
• Расширение проблематики в рамках дополнительных вопросов по теме или разделу;
• Углубление знаний при помощи использования дополнительных материалов при подготовке к занятию;
Студенты должны продемонстрировать умения работы с различными видами источников (геологические карты, специальные альбомы, атласы, карты полезных ископаемых Кыргызской Республики и Российской Федерации, геохронологическая таблица, генетическая классификация полезных ископаемых, схематические геологические разрезы, классификации горных пород, классификация по запасам месторождения полезных ископаемых и т.д.).
Студент может себя считать готовым к сдаче коллоквиума по избранной работе, когда у него есть им лично составленный и обработанный конспект сдаваемой работы, он знает структуру работы в целом, содержание работы в целом или отдельных ее разделов; умеет раскрыть рассматриваемые проблемы и высказать свое отношение к прочитанному и свои сомнения, а также знает, как убедить преподавателя в правоте своих суждений.
Этапы проведения коллоквиума:
1. Самостоятельная подготовка студентов к вопросам (домашнее задание).
2. Начало занятия:
•Студентов разбиваются на микрогруппы по 5-7 человек и рассаживаются соответствующим образом, чтобы им было удобно работать совместно;
•Представитель микрогруппы вытягивает вопрос по заданной теме или разделу для совместного обсуждения в своей микрогруппе.
3. Этап ответов на поставленные вопросы:
•Студентам дается на обдумывание и обсуждение поставленного вопроса 10 минут, после этого один из студентов микрогруппы дает ответ;
•Студенты из других микрогрупп задают вопросы отвечающему, комментируют и дополняет предложенный ответ;
•Преподаватель регулирует обсуждения, задавая наводящие вопросы, корректируя неправильные или неполные ответы;
•Преподаватель делает пометку возле номера микрогруппы «верно / неверно», полный / неполный», «аргументированный / неаргументированный», и задает следующий вопрос.
Итог.
•На заключительном этапе суммируются результаты по каждой микрогруппе;
•Дается характеристика работы каждой микрогруппы, ответы каждого ответившего студента;
•Выделяются наиболее грамотные и корректные ответы студентов и выставляет оценки.
Если студент, сдающий коллоквиум в группе студентов, не отвечает на поставленный вопрос, то преподаватель может его адресовать другим студентам, сдающим коллоквиум по данной работе. В этом случае вся группа студентов будет активно и вдумчиво работать в процессе собеседования. Каждый студент будет внимательно следить за ответами своих коллег, стремиться их дополнить, т.е. активно участвовать в обсуждении данного первоисточника.РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАДАНИЯМ
Необходимо удобно разместить пациента в стоматологическом кресле: голову расположить на уровне локтя врача; одеть латексные перчатки и маску; Студент располагается впереди пациента, большой палец его правой руки фиксируют на верхней губе пациента при исследовании зубов верхней челюсти или на подбородке - при исследовании области зубов нижней челюсти в этой же руке врач держит зонд, в левой руке - стоматологическое зеркало.

Технологическая карта дисциплины
Специальность «Стоматология»
Дисциплина «Слизистая оболочка полости рта»
Курс 5, семестр IX-X, количество ЗЕ – 3, отчетность – экзамен

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
IX семестр					
Раздел 1					
Строение ипатологические процессы СОПР. Методы обследованиябольных с заболеваниямиСОПР.	Текущий контроль	Ситуационная задача, фронтальный опрос.	10	15	7
	Рубеж-ный контроль	Тест. Реферат. Защита презентации.	10	15	
Раздел 2					
Инфекционные иаллергические поражения слизистойоболочки полости рта	Текущий контроль	Практические навыки, фронтальный опрос.	10	20	15
	Рубеж-ный контроль	Курация больного Практические навыки. Ситуационная задача	10	20	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль зачет: Ситуационная задача.			20	30	19
Семестровый рейтинг по дисциплине:			**60**	**100**	

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

X семестр					
Раздел 3					
Заболевания губ и языка, поражения СОПР при дерматозах, кератозы. Заболевания пародонта	Текущий контроль	Ситуационная задача, фронтальный опрос.	20	35	14
	Рубеж-ный контроль	Реферат. Защита презентации.	20	35	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль зачет: Ситуационная задача.			20	30	18
Семестровый рейтинг по дисциплине:			**60**	**100**	

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

Приложение 1.

Введение

Учебная программа на кафедре стоматологии детского возраста предусматривает написание истории болезни. Студенту предстоит всесторонне обследовать пациента-ребенка, провести диагностический поиск и поставить развернутый клинический диагноз. Кроме этого, необходимо спланировать, обосновать и назначить соответствующее лечение, а также определить прогноз заболевания. Полученные данные должны быть полно изложены в истории болезни.

Прежде, чем начать работать с пациентом и приступить к написанию истории болезни, необходимо помнить, что история болезни должна соответствовать определенным требованиям: отражать картину проведенного обследования, планирования профилактических и лечебных мероприятий, изменения как стоматологического, так и общего состояния пациента-ребенка в ходе проводимого лечения. Кроме того, поскольку в истории болезни представлены данные о практической деятельности врача, она является юридическим документом. Ниже изложены общие положения, которые делают работу более осмысленной и целенаправленной.

Структура истории болезни

1. Паспортная часть:

Ф.И.О.
Возраст.
Пол.
Место жительства.
Детский сад, школа.
Дата поступления.
Диагноз при поступлении. Клинический
диагноз (на день курации):
а) основной;
б) сопутствующий.

2. Жалобы больного.

В этом разделе необходимо описать жалобы больного (или сопровождающего его лица) при поступлении (в день курации). Выяснить основные жалобы (которые беспокоят пациента в первую очередь), характерные для данного заболевания, задать наводящие вопросы, которые помогут пациенту (родителям) ответить на них и самостоятельно сообщить другие данные, которые дополнят клиническую картину заболевания.

Боль является наиболее частым симптомом стоматологических заболеваний, поэтому ей необходимо дать характеристику:

а) локализация;

б) самопроизвольная или причинная;

в) какие факторы провоцируют, усиливают или уменьшают боль;

г) интенсивность и характер (сильная , умеренная или слабая; ноющая, рвущая, пульсирующая, острая, тупая, иррадиирущая);

д) продолжительность (постоянная, приступообразная);

е) длительность болевых приступов и светлых промежутков;

ж) наличие или отсутствие боли при накусывании на зуб.

При заболеваниях, которые сопровождаются поражением слизистой оболочки полости рта, дети или их родители могут предъявлять жалобы на высыпания в полости рта, а также на коже. При таких заболеваниях необходимо задать дополнительные уточняющие вопросы:

– ощущения во рту (боль при приеме кислой или сладкой пищи, сухость в полости рта, повышенное слюноотделение);

– жевание, глотание (свободное, болезненное, затрудненное);

– кровотечение из десен (спонтанное, при чистке зубов, при приеме пищи).

Выявить жалобы, характеризующие общее состояние и нервно-психический статус ребенка:

– общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость;

– повышение температуры тела;

– апатия, повышенная возбудимость, раздражительность;

– нарушение сна;

– миалгии, артралгии.

3. Анамнез настоящего заболевания.

Подробно описать в хронологическом порядке начальные симптомы заболевания, их дальнейшее развитие до момента обращения в клинику и начала обследования.

Провести опрос:

– когда, где и при каких обстоятельствах возникло заболевание;

– с чем связывает больной или его родственники данное заболевание;

– выяснить первые симптомы заболевания (общие проявления: температура тела, озноб, сонливость, вялость, раздражительность, нарушение сна, аппетита; и местные проявления — отек тканей, высыпания на коже и СОПР и т. д.);

– начало заболевания — острое или постепенное.

При хроническом течении заболевания необходимо выяснить частоту обострений, провоцирующие их факторы, сезонность. Выяснить куда и когда пациент обращался за медицинской помощью, какой диагноз был поставлен, проводились ли ранее дополнительные методы исследования

и их результаты, какое лечение было назначено и его эффективность. Находится ли ребенок на диспансерном учете, какое получал профилактическое лечение и когда. Выяснить когда было последнее обострение, его симптомы и лечение рецидива.

4. Анамнез жизни.

При сборе анамнеза жизни ребенка у родителей выясняют материально-бытовые условия (в каких условиях рос и развивался, где родился). Выясняют течение беременности и родов у матери (антенатальный и постнатальный периоды), особенности раннего развития ребенка, характер вскармливания, перенесенные заболевания, наличие хронических или системных заболеваний; наличие вредных привычек (сосание пальцев, щек, сосок и др.); аллергологический анамнез, наследственность, выявить факторы риска развития кариеса и некариозных поражений, режим и характер питания, активность кариеса временных зубов у ребенка, у матери, травма зубов и т. д., герпетическая инфекция у родственников.

5. Данные объективного обследования больного.

Оценка общего состояния: хорошее, удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Психоэмоциональное состояние: спокоен, возбужден, общителен.

Физическое развитие: соответствует возрасту, отставание, опережение.

Осанка: правильная, патологическая.

Походка: свободная, затрудненная.

Телосложение: гармоничное, гипостеничное, гиперстеничное.

Внешний осмотр ЧЛО.

Выявляют симметричность лица и шеи, форму ушной раковины.

Состояние кожных покровов (цвет, пигментация, сухость, элементы поражения).

Красная кайма губ (цвет, отечность, влажная, сухая, наличие элементов поражения).

Переносица (узкая, широкая, входы в преддверие носа овальные, округлые или щелевидные).

Оценка состояния лимфатических узлов. Локализация и порядок исследования: затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные (передние, задние), трахеальные;

– болезненные, безболезненные;
– форма (овальные, округлые);
– поверхность (гладкая, бугристая);
– консистенция (твердая, мягкая, эластичная, однородная, неоднородная);
– спаянные с кожей, клетчаткой и между собой;
– подвижность;
– размер (мм);

– состояние кожи над ними (цвет, температура).

Оценка функции речеобразования (нарушение произношения звуков «ш», «с», «з», «р»).

Состояние ВНЧС — движения плавные, безболезненные, в полном объеме, без щелчков и хруста, скачкообразные, болезненные.

Оценка функции дыхания (свободное, затрудненное, носовое, ротовое, смешанное).

Оценка функции глотания (соматический, инфантильный или смешанный тип), подробно описать диагностированный тип глотания.

Оценка функции жевания: активное, вялое, одностороннее или двустороннее, охотно ли ребенок употребляет твердую пищу, не запивает ли ее жидкостью или предпочитает мягкую пищу, обратить внимание на стертость бугров временных зубов, наличие трем и зубных отложений.

Осмотр полости рта проводят в следующей последовательности:

***Осмотр слизистой оболочки полости рта*:** губ, щек, нёба, спинки языка и дна полости рта; цвет и влажность, наличие элементов поражения (пятна, везикулы, эрозии, афты), их количество, размер, локализация, болезненность; характер налета (фибринозный, некротический), цвет налета (серый, желтый).

Выводные протоки слюнных желез. Характер слюны (жидкая, прозрачная, вязкая, скудная, мутная). Язык: окраска, выраженность сосочков, степень ороговения, наличие налета, его качество (легко снимается, с трудом снимается).

Исследование архитектоники преддверия полости рта: уздечки губ, боковые тяжи, уздечка языка; определение глубины преддверия, осмотр уздечек (место прикрепления, длина, толщина, подвижность ее); боковые тяжи — сильные, средние, слабые. Уздечка языка: длина, толщина, мощная, место прикрепления (средняя треть языка, передняя треть языка); кончик языка при высунутом положении: раздвоен, подгибается книзу, округленный, острый. Движения языка ограничены или нет.

Оценка состояния периодонта. Состояние десны: выраженность десневых сосочков, окраска, консистенция, форма, плотно прилегает к зубам или нет, кровоточивость, наличие элементов поражения, налета, десквамации, свищей. Определение индексов и их интерпретация: гингивальные (PMA, GI); периодонтальные (КПИ);

Определение прикуса. Прикус характеризуют по трем позициям: соотношение челюстей в сагиттальной, вертикальной и горизонтальной плоскостях; форма зубных дуг: положение отдельных зубов.

Оценка состояния зубов. Зубная формула для временного и постоянного прикуса заполняется по принятой в Республике Беларусь форме. Определение интенсивности кариеса зубов (кпуз, КПУЗ, кпуз+КПУЗ, УИК) и гигиены полости рта (PLI, OHI-S).

Оценка кариозных и некариозных поражений зубов: локализация кариозной полости, глубина поражения, состояние стенок и дна кариозной полости (плотность, окраска твердых тканей, результаты зондирования кариозной полости).

6. Предварительный диагноз.

Необходимо сгруппировать главные симптомы заболевания в симптомокомплексы и предположить наиболее вероятное заболевание. Предварительный диагноз ставится на основании жалоб (указать каких), данных анамнеза (указать каких), клинических признаков (указать каких), результатов основных методов обследования (все перечислить).

7. Дополнительные методы исследования.

В этом разделе необходимо перечислить методы, применяемые для диагностики, описываемого в истории болезни заболевания. Кратко изложить суть метода, его диагностическую и прогностическую ценность.

Например: цитологический метод используется для диагностики герпетического стоматита у детей. Суть метода заключается в исследовании мазков, взятых с элементов поражения на СОПР. Обнаружение в материале мазка многоядерных гигантских клеток указывает на вирусную этиологию заболевания, но не позволяет идентифицировать вирус, вызвавший патологию.

При заболеваниях слизистой оболочки полости рта у детей используют методы диагностики:

– вирусологический;
– цитологический;
– микробиологический;
– иммунофлюоресцентный;
– серологический;
– полимеразная цепная реакция;
– реакция иммунопреципитации;
– иммуноэлектрофорез.

Для диагностики кариеса зубов и его осложнений применяют методы:

– визуальный (осмотр);
– тактильный (зондирование);
– термодиагностика;
– электроодонтодиагностика;
– рентгенография (классическая, bite wing цифровая, компьютерная томография);
– электрометрия;
– диагностическая биопсия (визуально-тактильный метод после биопсии, диагностическое препарирование);
– расклинивание с помощью сепарационных ортодонтических колец;

– витальное окрашивание (при начальном кариесе гладких поверхностей).

Для диагностики кариеса фиссур применяют методы:

– трансиллюминация (просвечивание);

– оптическая когерентная томография (Optical coherence tomogra-phy — OCT);

– волоконно-оптическая трансиллюминация (Fiber-Optic Transillumination — FOTI);

– количественная лазер-индуцированная флюоресценция (Quantitative Light-induced Fluorescence — QLF);

– лазерная флюоресценция (Diagnodent, KaVo);

– инфракрасная термография;

– ультразвуковое исследование (эхоодонтография).

Указать, какие методы исследования проводились у курируемого пациента.

8. Дифференциальная диагностика.

Цель диагностики — исключение диагностических ошибок. Дифференциальная диагностика проводится путем сравнения (сопоставления), исключения и анализа наиболее важных симптомов, выявленных у курируемого пациента-ребенка с заболеваниями, имеющими похожие клинические проявления.

Отмечают симптомы (или симптомокомплекс) имеющиеся у курируемого пациента, но отсутствующие при заболевании, с которым проводится дифференциальная диагностика, а также симптомы (или симптомокомплекс) отсутствующие у курируемого пациента, но свойственные заболеванию, с которым проводится дифференциальная диагностика. При этом рассматриваемые признаки анализируются в строгой последовательности: жалобы, анамнез, данные объективного обследования и дополнительных методов исследования. Дифференциальная диагностика заканчивается уточнением нозологической формы заболевания, характера течения и степени тяжести, локализации процесса и т. д.

Пример проведения дифференциальной диагностики ОГС среднетяжелой формы в период разгара и энтеровирусного стоматита.

Симптомы общие для обоих заболеваний: острое начало, повышение температуры тела, общее недомогание, нарушение аппетита, наличие элементов поражения в полости рта, регионарный лимфаденит.

Различия: различные этиологические факторы. ОГС вызывает вирус простого герпеса , энтеровирусный стоматит (герпангина) — вирус Коксаки А. ОГС чаще болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, герпанги-ной — дети школьного и младшего школьного возраста, нередко герпан-гина возникает в виде эпидемической вспышки в организованных детских

коллективах. Для герпангины характерен симптом миалгии (боли при движении глазных яблок, боли в животе).

Внешний осмотр : при ОГС — на коже, чаще лица, нередко появляются мелкоточечные, сгруппированные пузырьки; при герпангине — гиперемия верхней половины туловища.

В полости рта: элементы поражения при ОГС могут локализоваться в области различных топографических зон, характерный симптом — гингивит. При герпангине поражаются только задние отделы ротоглотки, высыпания располагаются на мягком нёбе, передних нёбных дужках, миндалинах.

Если проводились дополнительные методы исследования, необходимо сравнить полученные данные и указать, для какого заболевания они характерны.

Дифференциальную диагностику ***начального кариеса*** на гладких поверхностях необходимо проводить с гипоплазией (неэндемической) и эндемической крапчатостью; с незаконченной минерализацией фиссур при начальном кариесе фиссур и ямок.

Поверхностный кариес дифференцируют с кариесом дентина, гипоплазией, дентальным флюорозом.

Кариес дентина дифференцируют с гиперемией пульпы, хроническим пульпитом, некрозом пульпы, хроническим периодонтитом, кариесом эмали (поверхностным).

Диференциальную диагностику ***острого пульпита*** проводят с гиперемией пульпы, гнойным пульпитом, другим уточненным пульпитом (обострением хронического), острым апикальным периодонтитом, периапикальным абсцессом без свища (острый гнойный периодонтит, обострение хронического периодонтита).

Хронический пульпит дифференцируют с кариесом дентина, хроническим периодонтитом, некрозом пульпы.

Хронический гиперпластический пульпит дифференцируют с разрастанием десневого сосочка, хроническим гранулирующим периодонтитом, перфорацией дна полости зуба.

Острый герпетический стоматит дифференцируют с ХРГС, ОРВИ, корью, ветряной оспой, herpes Zoster, герпангиной, краснухой, инфекционным мононуклеозом, скарлатиной, дифтерией, вторичным сифилисом, формы ОГС между собой.

Хронический рецидивирующий герпетический стоматит дифференцируют с ОГС, туберкулезом, сифилисом, травматической эрозией.

Энтеровирусный стоматит дифференцируют с ОГС, ОРВИ, ветряной оспой, скарлатиной, дифтерией, инфекционным мононуклеозом, корью, herpes Zoster, краснухой.

9. Клинический диагноз и его обоснование.

На основании данных клинических и дополнительных методов исследования, проведения дифференциальной диагностики, ставится клинический диагноз. При постановке окончательного диагноза необходимо использовать международную классификацию стоматологических заболеваний и другие классификации, принятые в Республике Беларусь. Диагноз «Кариес зубов» ставится, используя классификацию МКБ-10 и классификацию, в основу которой положены патоморфологические изменения (В. В. Паникоровский, 1966); диагноз «Пульпит» — с использованием классификации МКБ-10 и классификации Е. М. Гофунга, 1927; диагноз «Апикальный периодонтит» — с использованием классификации МКБ-10 и классификации И. Г. Лукомского, 1936; диагноз «Травма зуба» — с использованием классификации МКБ-10 и классификации ММСИ им. Семашко; диагноз «Острый герпетический стоматит», «Хронический рецидивирующий герпетический стоматит» и другие вирусные и бактериальные поражения СОПР ставится с использованием клинической классификации (Т. Ф. Виноградова, 1974).

Обоснование диагноза проводится с учетом следующих данных:

– жалоб ребенка или родителей (перечислить жалобы на день курации ребенка);

– анамнеза заболевания (когда и какие симптомы появились, как развивалось заболевание);

– анамнеза жизни (указать выявленные факторы риска заболевания);

– клинического осмотра (указать симптомы основного заболевания, выявленные в день курации ребенка, и показатели здоровья полости рта, которые сопутствуют основному заболеванию или могут отягощать его течение (показатели гигиены полости, показатели гингивальных индексов, активности кариозного процесса) и результатов дополнительных методов исследования (ЭОД, рентгенологических данных и т. д.);

– дифференциальной диагностики.

10. Этиология и патогенез заболевания.

Этиологию и патогенез заболевания следует описать подробно.

11. Лечение.

После установления диагноза куратор должен составить и обосновать план лечения. При планировании лечения необходимо:

– определить наиболее важную (приоритетную) стоматологическую проблему: кариес, осложнение кариеса или заболевание СОПР, которая доминирует у данного пациента над другими имеющимися стоматологическими проблемами, и без устранения которой затруднительно оказать качественно другие виды помощи;

– составить общий план лечения;

– составить детальный план лечения нозологической формы заболевания;

– обсудить и согласовать план лечения с родителями ребенка;

– оценить эффективность лечения.

Общий план лечения пациента составляется по результатам первичного визуального и инструментального исследования при первичном обращении после постановки предварительного диагноза.

Общий план лечения по результатам обследования пациента при первичном обследовании

(утвержден приказом МЗ РБ 22.08.2006 №658)

Оказание неотложной помощи _____

Профилактические мероприятия:

мотивация по факторам риска стоматологических заболеваний _____
_____

обучение гигиене _____

профессиональная гигиена _____

другие _____

Терапевтическое лечение:

замена пломб _____

лечение кариеса и некариозных поражений _____

эндодонтическое лечение _____

периодонтологическое лечение _____

лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта _____

другое _____

Хирургическое лечение:

удаление зубов, корней _____

амбулаторно-хирургические операции:

на мягких тканях _____

на костях лицевого скелета _____

другое _____

Ортодонтическое лечение _____

Дополнительные диагностические мероприятия _____

Консультация других специалистов _____

Куратор должен провести детальное планирование индивидуальных профилактических мероприятий с учетом всех имеющихся у пациента факторов риска стоматологических заболеваний , при этом учитывают их интенсивность (например, по данным УИК или другим диагностическим критериям), возраст пациента, уровень образования родителей и социальный статус семьи, отношение родителей к здоровью ребенка и желание сотрудничать с врачом. Немаловажную роль как в планировании профилактических мероприятий, так и в планировании лечения любой нозологической формы заболевания играет материально-техническое оснащение лечебно-профилактического учреждения.

На основании окончательного диагноза выявленной нозологической формы заболевания куратором составляется детальный план лечения основного заболевания.

Показания к выбору метода лечения

В этом разделе необходимо перечислить методы лечения, которые могут применяться для лечения нозологической формы заболевания курируемого пациента. Следует выбрать оптимальный метод лечения для конкретного пациента-ребенка (на основании показаний и противопоказаний) и обосновать его (учитывая общее состояние ребенка, активность кариеса, стадию развития заболевания, возраст ребенка и т. д.), описать технику выполнения метода лечения.

Кариозная болезнь.

1. Методы лечения:

– реминерализующая терапия;

– малоинвазивное лечение: инвазивная герметизация фиссур, профилактическая реставрация (композит-силантная, стеклоиономерная), АРТ-метод, туннельное препарирование;

– инвазивное лечение (классическое препарирование, адгезивное препарирование).

2. Методы пломбирования кариозной полости:

– «сэндвич»-техника;

– с использованием тотального протравливания;

– отсроченное пломбирование.

3. Обосновать выбор пломбировочного материала.

4. Динамическое наблюдение (диспансеризация) (с учетом риска возникновения кариеса, класса выбранного пломбировочного материала).

5. Оценка эффективности лечения проводится:

– по динамике индексов, отражающих интенсивность кариозного процесса;

– минимизации факторов риска.

Оценка качества реставраций осуществляется по критериям Ruge (USPHS, 1971) или Каральника (1979).

На все лекарственные препараты, назначенные для лечения конкретного пациента, необходимо выписать рецепты.

Пульпит

Перечислить методы лечения пульпита (непрямая пульпотерапия, прямое покрытие пульпы, витальная или девитальная пульпотомия, пульпэктомия и др.). Указать, какие из них могут быть использованы у курируемого пациента, обосновать целесообразность выбранного метода (перечислить показания и противопоказания). Описать технику выполнения выбранного метода лечения, при этом указать:

– метод обезболивания;
– метод защиты от слюны (система коффердам, другой);
– девитализирующую пасту;
– пасту для покрытия дна кариозной полости или пульпы;
– методику препарирования корневого канала;
– антисептики для ирригации корневого канала;
– пасту для обтурации корневых каналов временных зубов;
– силер для пломбирования корневых каналов постоянных зубов;
– способ обтурации корневого канала;
– пломбировочный материал для восстановления анатомической формы коронки зуба;
– динамическое наблюдение (диспансеризация): оценить эффективность лечения (клинические и рентгенологические критерии оценки): непосредственно после его проведения; в ближайшие (1–3–6 месяцев) и в отдаленные сроки (1 год и более) или в сроки, предусмотренные конкретным методом лечения;
– прогноз заболевания.

На все лекарственные препараты, используемые (назначенные) для лечения пациента, необходимо выписать рецепты.

Апикальный периодонтит

Выбрать и обосновать метод лечения: консервативный, хирургический. Описать этапы выбранного метода лечения:

– метод обезболивания;
– способ оттока воспалительного экссудата;
– метод препарирования корневого канала (Crown Down, Step Back);
– растворы для ирригации корневого канала (вид антисептика, объем , концентрация);
– метод пломбирования корневого канала (временное, постоянное);
– паста для временного пломбирования корневого канала и силера для обтурации канал;
– общая медикаментозная терапии (при остром или обострении хронического апикального периодонтита);

– динамическое наблюдение (диспансеризация): оценка эффективности лечения (клинические и рентгенологические критерии оценки);

– прогноз заболевания.

На все лекарственные препараты, используемые (назначенные) для лечения пациента, необходимо выписать рецепты.

Заболевания слизистой оболочки полости рта

Лечение заболеваний СОПР зависит от того, к какой группе заболеваний относится данное поражение: самостоятельное заболевание или это проявление общего заболевания. Если поражение СОПР является симптомом общего заболевания, то необходима консультация соответствующего врача-интерниста и согласование с ним плана лечения.

Общее лечение проводится, согласно протоколу лечения, и согласовывается с врачом-интернистом.

Местное лечение:

– устранение местных факторов риска;

– нормализация гигиены полости рта;

– местное лечение слизистой оболочки полости рта согласно протоколу лечения;

– после купирования острой формы заболевания оказание всех необходимых видов стоматологической помощи;

– динамическое наблюдение (диспансеризация): оценка эффективности лечения (длительность пребывания родителей на больничном листе по уходу за ребенком, наличие рецидива после перенесенного ОГС, частота рецидивов ХРГС).

Описать лечение конкретной нозологической формы заболевания курируемого пациента: комплексное, общее или местное; этиологическое, патогенетическое, симптоматическое, физиотерапевтическое лечение. Перечислить, какие методы лечения и препараты применяются в зависимости от формы течения и периода развития заболевания. На препараты, назначенные курируемому ребенку, необходимо выписать рецепты, указать параметры используемых методов физиотерапевтического лечения (мощность излучения, экспозиция и т. д.).

Составить прогноз заболевания, назначить противорецидивное лечение, план диспансерного наблюдения и консультацию специалистов при необходимости.

Последовательность мероприятий может быть изменена в зависимости от нозологической формы заболевания, степени тяжести и общего состояния пациента.

12. Дневник.

Заполняется с первого дня курации и до ее окончания. В дневнике проводится запись о выполненных диагностических и лечебно-профилак-

тических манипуляциях на этапах лечения пациента, отражается динамика заболевания и лечебных мероприятий.

Дата	Дневник (анамнез, статус, диагностические манипуляции, диагноз, лечебно-профилактические мероприятия)	Фамилия куратора

13. Эпикриз — краткое изложение истории болезни. В эпикризе после паспортной части в сжатом виде излагаются основные данные анамнеза: причины и факторы риска заболевания, его течение; результаты проведенного обследования и клинический диагноз (выставленный на основании данных анамнеза, клинических данных и дополнительных методов исследования), проведенное лечение и его результат, состояние пациента на момент окончания лечения, прогноз заболевания и рекомендации на будущее.

Эпикриз, как и история болезни в целом, имеет юридическое значение, поэтому должен быть оформлен четко и сопровождается датой и подписью куратора. Оформление эпикриза проводится по единой форме, которая приводится ниже.

Эпикриз

Пациент_____

Ф. И. О., возраст

находился в _____

название лечебного учреждения

с _____ по_____ 200___ г.

Клинический диагноз _____

Поступил с жалобами _____

Анамнестические данные _____

При объективном исследовании пациента _____

_____

Данные дополнительных методов исследования _____

_____

Проведены консультации специалистов _____

_____

Пациенту проводилось следующее лечение _____

_____

В результате проведенного лечения отмечалась следующая динамика_____

_____

Рекомендации после проведенного лечения _____

_____

Дата _____ Подпись куратора _____

Литература, использованная при написании истории болезни.

Указываются фамилия и инициалы автора (авторов), название публикации, литературный источник, год издания, номер журнала, страницы.

Пример:

Казеко, Л. А. Современные методы дезинфекции корневых каналов зубов / Л. А. Казеко, И. Н. Федорова, О. А. Борисеева // Современная стоматология. 2009. № 1. С. 15–23.

Атлас по реставрации молочных зубов. Иллюстрированное руководство по реставрации молочных зубов с обширным кариозным поражением / М. С. Даггел [и др.]. М. : Лори, 2001. 134 с.

Приложение 2.

ТЕСТЫ

1. Для лечения пиодермии применяются мази:

1. 2% неомициновая

2. 0,25 % оксолиновая

3. клотримазол (канестен)

4. бутадиеновая

5. гепариновая

2. Лекарственные средства, назначаемые при герпангине в первые 2-3 дня заболевания:

1. ферменты

2. антисептики

3. антибиотики

4. противовирусные препараты

5. кератопластики

3. Препараты для перорального введения при остром герпетическом стоматите в период высыпаний:

1. тетрациклин

2. ацикловир

3. сульфадиметоксин

4. нистатин

5. бисептол

4. Этиотропное лечение при остром герпетическом стоматите:

1. противовирусные препараты

2. антисептики

3. протеолитические ферменты

4. обезболивающие средства

5. антибиотики

5. Эпителизация элементов при герпангине происходит через:

1. 1-2 дня

2. 3-4 дня

3. 5-6 дней

4. 7-9 дней

5. 10-12 дней

6. Для лечения острого герпетического стоматита в первые 3 дня назначают препараты:

1. кератопластические

2. антисептические

3. противовирусные и обезболивающие

4. антибиотики

5. противогрибковые

7. Нистатин для лечения молочницы назначают в суточной дозе из расчета на 1 кг массы тела:

1. 50 000 ЕД

2. 100 000 ЕД

3. 150 000 ЕД

4. 200 000 ЕД

5. 250000 ЕД

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

1. стабилизации состояния

2. более быстрому выздоровлению

3. развитию генерализованной формы

4. не вызывает изменений

5. летальному исходу

9. При лечении пиодермии внутрь назначают:

1. противогрибковые, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

2. сульфаниламиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

3. противовирусные, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

4. кортикостероиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

5. кератопластики, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

10. Для лечения кандидоза используют мазь:

1. гепариновую

2. канестен (клотримазол)

3. бонафтоновую

4. зовиракс

5. солкосерил

11. При пиодермии на красной кайме и коже губ выявляют:

1. пустулы, толстые соломенно-желтые корки

2. эрозии, покрытые фибринозным налетом

3. творожистый налет

4. прозрачные корочки, фиксированные в центре

5. уртикарную сыпь, разлитую гиперемию

12. Травматическую эрозию слизистой оболочки нижней поверхности кончика языка у детей 1-2 мес. жизни чаще всего вызывают:

1. средства гигиены полости рта новорожденных

2. игрушки с острыми гранями

3. преждевременно прорезавшиеся зубы

4. соски, резиновые рожки на бутылочках

5. кольца для прорезывания зубов

13. При атоническом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать:

1. антибактериальную терапию

2. десенсибилизирующую терапию

3. антигрибковую терапию

4. противовирусную терапию

5. антисептическую обработку

14. Клинические проявления при черном волосатом языке:

1. нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере

2. неравномерная, десквамация эпителия на спинке языка

3. глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием

4. налет на спинке языка

5. увеличение сосочков на боковых поверхностях языка

15. Прекратить рецидивы хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) и многоформиой экссудативной эритемы (МЭЭ) или значительно сократить частоту рецидивов и ослабить тяжесть их проявления помогают:

1. антисептические полоскания рта в период между рецидивами

2. систематическое применение противовирусных мазей на слизистую оболочку рта

3. устранение хронических очагов инфекции в организме ребенка

4. курсовое лечение поливитаминами 1-2 раза в год

5. гидромассаж десен

16. Кератопластические средства:

1. неомициновая мазь .

2. теброфеновая мазь

3. актовегин, солкосерил

4. зовиракс

5. оксикорт

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

1. каротолин

2. лизоцим

3. формалин

4. винилин

5. витаон

18. Для обезболивания слизистой оболочки полости рта при ОГС используют:

1. 1% раствор тримекаина

2. 2% раствор новокаина

3. 10% раствор лидокаина в спрее

4. 10% взвесь анестезина в масле

5. 1% взвесь анестезина в масле

19. При каидидозе для обработки полости рта используют раствор гидрокарбоната натрия:

1. 1-2%

2. 4-5%

3. 7-9%

4. 10-15%

5. 20-30%

20. Способствует гипосенсибилизации и быстро улучшает самочувствие больного МЭЭ:

1. курс антибиотиков широкого спектра действия

2. противовирусные препараты во внутрь и местно

3. внутривенное введение тиосульфата натрия

4. растворы натрия салицилата в возрастной дозировке

5. курс кератопластической терапии

21. При пиодермии на красной кайме губ гнойные корки размягчают раствором перекиси водорода:

1. 1%

2. 3%

3. 5%

4. 10%

5. 30%

22. Успех лечения травматических эрозий и декубитальных язв определяет:

1. выбор обезболивающих средств

2. устранение травмирующего слизистую оболочку фактора

3. применение дезинфицирующих средств

4. применение кератопластических средств

5. применение антибактеральных препаратов

23. Общее состояние и самочувствие больного МЭЭ:

1. температура тела нормальная, прием пищи безболезненный

2. температура тела нормальная, головная боль, боли в мышцах, суставах

3. прием пищи безболезненный

4. головная боль, температура тела субфебрильная

5. температура тела повышена, прием пищи болезненный, головная боль, боли в мышцах, суставах

24. При каидидозе на слизистой оболочке полости рта выявляют:

1. белый творожистый налет

2. фибринозный налет

3. папулы

4. «пятна» Филатова-Коплика

5. афты

25. Проявления врожденного сифилиса в полости рта:

1. папулы округлой или овальной формы

2. гнойные корки на губах

3. афты, сливающиеся эрозии

4. энантемы

5. разлитая эритема

26. Мазь, применяемая для лечения пиодермии:

1. 0,25% оксолиновая

2. 2% теброфеновая

3. 2% неомициновая

4. клотримазол

5. бутадиеновая

27. Нейтрализацию химических кислотных ожогов проводят раствором натрия гидрокарбоната:

1. 0,5%

2. 1-2%

3. 5-10%

4. 10-20%

5. 20-30%

28. Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита характерны:

1. множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ

2. острый катаральный гингивит

3. единичные эрозии округлой или овальной формы, покрытые фибринозным налетом

4. пузыри на разных участках слизистой оболочки рта

5. разлитая эритема, уртикарная сыпь

29. Симптом Никольского положителен при:

1. пузырчатке

2. сифилисе

3. многоформной эритеме

4. пиодермии

5. герпетическом стоматите

30. Для сухой формы эксфолиативного хейлита характерно:

1. застойная гиперемия на красной кайме

2. чешуйки, плотно фиксированные в центре и приподнятые по краям

3. эрозии

4. массивные гнойные корки

5. трещины на губах, покрытые влажным белым налетом

31. Географический язык характеризуется клиническими признаками:

1. нитевидные сосочки темного цвета резко увеличены в размере

2. неравномерная десквамация эпителия на спинке языка

3. глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием

4. обильный белый налет на спинке языка

5. плотный темно-коричневый налет на спинке языка

32. Клинический анализ крови следует провести при:

1. кандидозе

2. ХРАС

3. язвенно-некротическом стоматите неясной этиологии

4. ОГС

5. атопическом хейлите

33. Для аппликационного обезболивания слизистой оболочки рта применяют:

1. 0,1% раствор новокаина

2. 0,5% взвесь анестезина в глицерине

3. 2% р-р новокаина

4. 10% взвесь анестезина в масле

5. 10% спрей лидокаина

34. Этиология острого герпетического стоматита:

1. грибковая

2. инфекционная

3. вирусная

4. инфекционно-аллергическая

5. аллергическая

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

1. травматических эрозиях

2. ХРАС

3. складчатом языке

4. пиодермии

5. афтеБеднара

36. Для обработки полости рта при кандидозе необходимо:

1. обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника

2. удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, а затем канестеном или клотримазолом

3. обезболить, провести антисептическую обработку, смазать неомициновой, синтомициновой мазями

4. обезболить, смазать мазью ацикловир

5. обезболить, обработать 1-2% р-ром гидрокарбоната натрия, затем керато-пластическими средствами

37. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги:

1. винилин

2. резорцин-формалиновая смесь

3. метиленовый синий

4. йодинол

5. витаон

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

1. эрозии с гнойным отделяемым

2. «медовые» корки

3. эрозии с влажным белым налетом

4. лихенизация, трещины, мокнутие

5. пузырьки

39. Афты Беднара встречаются у детей:

1. первых месяцев жизни

2. ясельного возраста

3. дошкольного возраста

4. школьного возраста

5. подросткового возраста

40. Клинические проявления при травме слизистой оболочки полости рта:

1. пустулы, толстые соломенно-желтые корки

2. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом

3. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

4. эрозии неправильных очертаний

5. разлитая эритема

41. Общее состояние и самочувствие больного при остром герпетическом стоматите:

1. головная боль, боль в суставах, мышцах

2. температура тела повышена, прием пищи болезненный

3. прием пищи не нарушен

4. температура тела повышена, прием пищи безболезненный

5. общее состояние не нарушено

42. ОГС у детей возникает при:

1. наличии сопутствующих заболеваний

2. утрате пассивного иммунитета

3. аллергизации организма

4. нарушении режима питания

5. заболеваниях эндокринной системы

43. При лечении пиодермии с указанием в анамнезе аллергических реакций к антибактериальной мази добавляют:

1. фторокорт, флуцинар

2. теброфеновую 2% мазь

3. бонафтоновую 2% мазь

4. бутадионовую мазь

5. клотримазол

44. Частота обработки полости рта при остром герпетическом стоматите:

1. каждый час

2. перед едой

3. после каждого приема пищи

4. только перед сном

5. один раз в день

45. Экссудативный диатез в анамнезе характерен при:

1. афтах Беднара

2. молочнице

3. инфекционном хейлите

4. атопическом (экзематозном) хейлите

5. сифилисе

46. Клинические проявления при складчатом языке:

1. нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере

2. неравномерная десквамация эпителия на спинке языка

3. глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием

4. налет на спинке языка

5. увеличение сосочков на боковых поверхностях языка

47. Выберите этиотропные лекарственные средства при герпангиие в первые 2-3 дня заболевания:

1. ферменты

2. антисептики

3. антибиотики

4. противовирусные препараты

5. кератопластические средства

48. Препараты для перорального введения при ОГС в период высыпаний:

1. метилурацил

2. тетрациклин

3. ацикловир,

4. бутадион

5. бисептол

49. Возраст детей, преимущественно болеющих ОГС:

1. ясельный

2. дошкольный

3. младший школьный

4. старший школьный

5. подростковый

50. Первичным элементом поражения слизистой оболочки полости рта является:

1. язва

2. эрозия

3. пятно

4. корка

5. рубец

51. Для ускорения заживления элементов ХРАС применяют:

1. флореналевую мазь

2. теброфеновую мазь

3. мазь клотримазол

4. солкосерил, дентальную адгезивную пасту

5. оксикорт

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

1. эрозии с гнойным отделяемым

2. «медовые» корки

3. эрозии с влажным белым налетом

4. кровяные массивные корки

5. разлитая эритема, уртикарная сыпь

53. Для детей первых месяцев жизни характерны заболевания:

1. ОГС

2. афты Беднара

3. ХРАС

4. МЭЭ

5. хейлиты

54. Образование пузырьков на коже лица характерно для:

1. ОГС

2. МЭЭ

3. ХРАС

4. лейкоплакии

5. герпангины

55. Характерные изменения в полости рта при остром лейкозе:

1. язвенно-некротические процессы

2. «лаковый» язык

3. эрозии эмали

4. полиморфная сыпь

5. уртикарная сыпь

56. Язвенно-некротический стоматит характерен для:

1. алиментарной анемии

2. синдрома Бехчета

3. гингиво-стоматита Венсана

4. железодефицитной анемии

5. кандидоза

57. Поверхностные грибковые поражения слизистой оболочки полости рта вызывают:

1. эпидермофиты

2. актиномицеты

3. трихофиты

4. кандида

5. спирохеты

58. Возбудителями молочницы являются:

1. фузобактерии

2. грибы Candida

3. актиномицеты

4. спирохеты

5. трихофиты

59. Атипичная форма МЭЭ называется синдромом:

1. Бехчета

2. Шегрена

3. Розенталя

4. Стивенса-Джонсона

5. Папийон-Лефевра

60. Для лечения ОГС применяются мази:

1. канестен

2. неомициновая

3. бутадионовая

4. ацикловир

5. гепариновая

61. Для лечения молочницы применяют мази:

1. теброфеновую, оксолиновую

2. клотримазол, нистатиновую

3. зовиракс, ацикловир

4. неомициновую, тетрациклиновую

5. фторокорт, флуцинар

62. Характерные изменения при травме слизистой оболочки полости рта:

1. единичные эрозии округлой или овальной формы резко болезненные

2. единичные эрозии неправильных очертаний слабо болезненные или безбо лезненные

3. пузыри на разных участках слизистой оболочки полости рта

4. острый катаральный гингивит

5. белый творожистый налет на слизистой оболочке полости рта

63. Этиология пиодермии:

1. грибковая

2. инфекционная

3. инфекционно-аллергическая

4. вирусная

5. аллергическая

64. Этиология хронического рецидивирующего афтозного стоматита:

1. грибковая

2. инфекционная

3. инфекционно-аллергическая

4. вирусная

5. паразитарная

65. Этиология герпангины:

1. грибковая

2. инфекционная

3. инфекционно-аллергическая

4. вирусная

5. аллергическая

66. Этиология молочницы:

1. грибковая

2. инфекционная

3. инфекционно-аллергическая

4. вирусная

5. аллергическая

67. Этиология многоформной экссудативной эритемы:

1. грибковая

2. инфекционная

3. инфекционно-аллергическая

4. вирусная

5. наследственная

68. При атопическом хейлите в углах рта образуются:

1. эрозии с гнойным отделяемым

2. «медовые» корки

3. эрозии с влажным белым налетом

4. лихенизация, трещины, мокнутие

5. творожистый налет

69. Клинические проявления при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите:

1. пустулы, толстые соломенно-желтые корки

2. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом

3. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

4. эрозии неправильных очертаний

5. папулы

70. Клинические проявления при молочнице:

1. пустулы, толстые соломенно-желтые корки

2. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом

3. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

4. эрозии неправильных очертаний

5. пузыри

71. Клинические проявления при пиодермии:

1. пустулы, толстые соломенно-желтые корки

2. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом

3. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

4. эрозии неправильных очертаний

5. папулы

72. Клинические проявления при легком течении острого герпетического стоматита:

1. пустулы, толстые соломенно-желтые корки

2. единичные эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом

3. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

4. эрозии неправильных очертаний

5. пузырьки на красной кайме губ и коже лица

73. Частота обработки полости рта при молочнице:

1. каждый час

2. перед едой

3. сразу после каждого приема пищи

4. только перед сном

5. через 1—1,5 часа после еды

74. Частота обработки полости рта при пиодермии:

1. каждый час

2. перед едой

3. после каждого приема пищи

4. только перед сном

5. через день

75. Частота обработки полости рта при хроническом рецидивирующем афтоз-ном стоматите:

1. каждый час

2. перед едой

3. после каждого приема пищи

4. только перед сном

5. через день

76. Частота обработки полости рта при многоформной экссудативной эритеме:

1. каждый час

2. перед едой

3. после каждого приема пищи

4. только перед сном

5. через день

77. Для детей ясельного возраста характерны заболевания:

1. ОГС

2. афты Беднара

3. ХРАС

4. МЭЭ

5. герпангина

78. Для детей подросткового возраста характерны заболевания:

1. ОГС

2. афты Беднара

3. кожный рог

4. МЭЭ

5. кандидоз

79. Полиморфизм высыпаний характерен для:

1. ОГС

2. молочницы

3. МЭЭ

4. ХРАС

5. кори

80. Противовирусные препараты местного действия целесообразно назначать при ОГС в период:

1. продромальный

2. катаральный

3. высыпания

4. угасания

5. латентный

81. Кератопластические средства при лечении ОГС целесообразно назначать в период:

1. латентный

2. продромальный

3. катаральный

4. высыпания

5. угасания

82. Частота рецидивов высыпаний при рецидивирующем герпетическом стоматите объясняется:

1. возрастом ребенка

2. снижением иммунитета

3. полом ребенка

4. временем года

5. конституцией ребенка

83. Возбудителем герпангины является вирус:

1. простого герпеса

2. Коксаки и Еспо

3. ветряной оспы

4. иммунодефицита

5. ящура

84. Дифтерийные пленки содержат:

1. фибрин и клетки возбудителя заболевания

2. нити псевдомицелия

3. оболочку вируса

4. почкующиеся клетки гриба

5. обрывки эпителия и остатки пищи

85. При ОГС в мазках содержимого пузырьков и соскобов с поверхности афт в первые 2-4 дня заболевания обнаруживается:

1. большое количество мицелия гриба

2. гигантские многоядерные клетки

3. туберкулезные микобактерии

4. почкующиеся клетки

5. фузобактерии

86. Возбудителем дифтерии является:

1. фузоспирохеты

2. гемолитический стрептококк

3. палочка Леффлера

4. вирус Коксаки

5. актиномицеты

87. При кандидозе внутрь назначают препараты:

1. противовирусные

2. антигистаминные

3. противогрибковые

4. антибактериальные

5. гормональные

88. При кандидозе в соскобах обнаруживаются:

1. почкующиеся клетки грибов Candida

2. гигантские эпителиальные клетки

3. многоядерные клетки

4. микобактерии

5. скопления кокков

89. Врожденный сифилис в полости рта может проявляться в виде:

1. узелков синюшного цвета, выделяющих казеозное содержимое

2. папул овальной или округлой формы

3. пузырей и эрозий с фестончатыми краями

4. эрозий округлой формы, покрытых фибринозным налетом

5. твердого шанкра

90. Для антисептических полосканий при ХРАС рекомендуют:

1. настои и отвары трав

2. растворы антибиотиков

3. раствор борной кислоты

4. раствор питьевой соды

5. раствор аскорбиновой кислоты

91. При медикаментозном стоматите возможно появление на коже тела:

1. синюшно-красных пятен округлой формы с пузырьком или папулой в центре

2. мелких пузырьковых высыпаний

3. уртикарной сыпи

4. узелков

5. пигментных пятен

92. Ведущую роль в патогенезе ОГС играет:

1. контакт с больным

2. снижение иммунитета

3. недавно перенесенное ОРЗ

4. возраст ребенка

5. конституция ребенка

93. Этиогропным средством лечения ОГС в период высыпания является:

1. противовирусное

2. жаропонижающее

3. обезболивающее

4. антисептическое

5. кератопластическое

94. Возбудителем острого герпетического стоматита является:

1. вирус простого герпеса

2. микрофлора полости рта

3. вирусная mix-инфекция

4. вирус Коксаки

5. энтеровирус

95. Патогенетическое лечение герпангины:

1. антибактериальное

2. противовирусное

3. физиотерапевтическое

4. кератопластическое

5. жаропонижающее

96. Для первого года жизни ребенка наиболее типично заболевание:

1. молочница

2. хронический гингивит

3. хейлит

4. многоформная экссудативная эритема

5. медикаментозный стоматит

97. Некрозы слизистой оболочки полости рта наблюдаются при системных заболеваниях:

1. центральной нервной системы

2. хронических заболеваниях ЛОР-органов

3. крови и кроветворных органов

4. хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта

5. почек

Приложение 3.

Ситуационные задачи

Заболевания слизистой оболочки полости рта

Задача № 6.1.

Больная Л., 48 лет, обратилась с жалобами на чувство стянутости, жжения вполости рта. При осмотре на задних отделах слизистой оболочки щек, спинкеязыка выявлены слившиеся полигональные папулы серовато-белого цвета,люминесцирующие в лучах Вуда беловато-желтоватым светом.

Отмечаются острые бугры у третьих моляров, пломбы из амальгамы навестибулярной 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 даннуюпатологию СОПР?

3. Какие местные факторы могли стать причиной данного заболевания?

4.Назначьте общее лечение заболевания слизистой оболочки полости рта.

5.Назначьтеместное лечениезаболевания слизистой оболочки полости рта.

Задача № 6.2.

Мужчина, 36 лет, обратился жалобами на боли при приеме пищи.

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

Объективно: полость рта не санирована. Имеется некачественныймостовидный протезс опорой на 36 и38 зубы. На боковой поверхностиязыка слева наблюдается язва размером 0,3х0,8 см, с ровными краями, припальпации резко болезненна. Лимфоузлы подчелюстные увеличены,подвижны и болезненны.

1.Поставьте диагноз.

2.Проведите дифференциальную диагностику.

3.Составьте план лечения.

4.Назначьтепротивовоспалительнуюи эпителизирующуютерапию.

5.Какой из физиотерапевтических методов Вы назначили бы?

Задача № 6.3.

В стоматологическую поликлинику обратился больной Ж. 40 лет на

боль в области 16 зуба.Анамнез: больной был на приеме врача по поводуобострения хронического пульпита 16 зуба. Анестетики не переносит.Поставлена мышьяковистая паста под повязку из искусственногодентинанеделю назад.Объективно: на десневом сосочке между 16 и 17 зубамидефект слизистой оболочки десневого сосочка диаметром 0,3х0,3смпокрытый фибринозным налетом желтоватого цвета. Полость зуба закрытане герметично. Перкуссия резко болезненна.

1.Поставьте диагноз;

2.Счем проводится дифференциальная диагностика?

3.Составьте план лечения;

4.Какие антидоты Вы назначите?

5.Вчем заключается профилактика данного осложнения?

Задача № 6.4.

Больной 42 лет обратился к врачу с жалобами на боль при приемепищи иразговоре.Анамнез: больной по ошибке набрал в рот вместо воды какой-тораствори сразу же почувствовал жжение. Оказалась серная кислота.Прополоскалводой, обратилсяк врачу.Объективно: на слизистой оболочкеспинки языка обширный некроз, покрытыйплотной пленкой желтоватогоцвета. Пальпация болезненна.

1. Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте алгоритм химического противоожогового лечения кислотами;

4.Какие вы будете применятьсредства нейтрализующие кислоты?

5.Вчем заключается профилактика химических ожогов полости рта?

Задача № 6.5.

Больной А., 64 лет, обратился с жалобами на сухость, жжение во рту поночам, отчего просыпается и вынужден полоскать полость рта водой.Считает, что страдает бессонницей по этойпричине.

Анамнез: год назад больной протезировалсянесъемнымпротезомсопоройна15 по 17 зубы.

Объективно: при осмотре конфигурация лица без видимых изменений. Вполости рта– металлические несъемные протезы с напылением сопоройна15 по 17зубы. На 26и 37зубахпломбы из амальгамы. Уровеньмикротоков–10 мкА. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовогоцвета. Наблюдается вязкость слюны.

1. Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте план лечения;

4.Какие препаратыместного и общегопримененияназначить?

5.Какие профилактические мероприятия Вы будете рекомендоватьбольному?

Задача № 6.6.

Больной обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличиеболезненного образования на красной каймынижнейгубы.

Анамнез: по истечению 2-хсуток после проведенияэлектрофореза больнойпочувствовал резкую боль в области красной каймы нижней губы.Объективно: на красной кайме нижней губы язва округлой формы наотечном гиперемированном фоне, покрытая фибринозным налетом.

1.Поставьтедиагноз.

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте план лечения;

4.Какие препараты местного значенияможноназначить?

5.Профилактика данного осложнения;

Задача № 6.7.

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

Анамнез: больной заметил помутнениеслизистой оболочкищеки справа 5лет назад..К врачу не обращался. Курит в течение 25 лет. Боль возникла 2дня назад во время приема пищи и накусыванияна слизистую оболочкущеки.

Объективно: на фоне мутновато-серой слизистой оболочки переднего отделащеки справа наблюдается бугристый рельеф СО, симптом«булыжноймостовой».

1. Поставьте диагноз;

2. Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте план лечения;

4.Препараты местногоприменения;

5.Вчем заключается профилактика данного заболевания?

Задача № 6.8.

Пациент К., 23 года, обратился в стоматологическую поликлинику сжалобами на больв полости ртапри приеме пищи.

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

Объективно: по линии смыкания зубов на слизистой оболочке щеки слеваэрозия, окруженная гиперкератозом. Пальпацияочага пораженияболезненная.

1.Поставьте диагноз.

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте план лечения;

4.Какие лекарственные препараты будетеназначать для местного лечения?

5.Вчем заключается профилактика данногозаболевания?

Задача № 6.9.

.Пациент 46 лет обратился к врачу стоматологу с жалобами на образованиена твердом небесеровато-белой пленки.

Анамнез: серовато-белый цвет и помутнениеслизистой оболочкитвердогонеба заметил случайно. Курит в течение 22 лет.

Объективно: на всем протяжении твердого неба ороговение–серовато белоес 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 № 6.10.

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

Анамнез: пятно существует уже в течение 3-х лет. Не беспокоит. Поэтому кврачу не обращался. Работает на химическом предприятии.

Объективно: на внутренней поверхностислизистой оболочкипреддверияполости рта в области угла рта справа белое пятно в виде треугольникавершиной обращено к ретромолярной области.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте план местного лечения:

4.Назначьте препараты, обладающие кератолитическим действием;

5.Вчем заключается профилактика данной патологии?

Задача № 6.11.

Пациент18 лет обратился с жалобами на резкую боль при приеме пищи,разговоре, обильное слюноотделение, на множественные высыпания вполости рта. Заболевание сопровождается повышением температуры тела до

38,5градусов, недомоганием, головной болью.

Анамнез: Считает себя больным 4 дня. Высыпания появились в деньобращения к врачу. Ранее заболевание рецидивировало 1-2 раза в год. Двенедели назад перенес грипп.

Объективно; поднижнечелюстные лимфатические узлыувеличены иболезненны. На красной кайме губ наблюдаются эрозии и корочкижелтоватого цвета. На коже в области верхней и нижней губы отдельныепузырьки с желтоватым содержимым.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте план лечение;

4.Назначьте противовирусные препараты для местного и общего лечения;

5.Рекомендации по профилактике данного заболевания;

Задача № 6.12.

Больная Ф., 42 лет обратилась к врачу на резкую, жгучую боль при приемепищи и разговоре. Боль возникаетпо ходу II ветви тройничного нерва.Анамнез:до начала заболевания за 3-е суток у больнойотмечалосьнедомогание, головная боль, озноб и повышение температуры дºоС .38Кроме того больная указывает на появление невралгии и парастезии вполости рта. В течение месяца былав командировке на севере.

Объективно: на коже лица по ходу II ветви тройничного нервасгруппированы пузырьки в виде цепочки. На СО преддверия полости рта ищек мелкоточечные 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 № 6.13.

Больная в., 46 лет обратилась с жалобами на сухостьвполости рта, жжение иобразования налета по всей поверхности СОПР, захватывая и дорсальнуюповерхность языка.

Анамнез: больная в течение длительного времени применяла антибиотикиширокого спектра действия при лечении бронхита.

Объективно: поражена вся СОПР,резко гиперемирована, покрыта налетом скоричневато-бурым оттенком. При поскабливании налет отслаивается струдом, под ним обнаруживается 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 № 6.14.

Больной М., 21 год обратился с жалобами на боль при приеме пищи,слабость, недомогание, неприятный запах изо рта.

Анамнез: в течение 3-х лет отмечается кровоточивость десен, боли появилисьв течение 3-х дней.

Объективно: обильные зубные отложения, некроз десневых сосочков имаргинальной десны в области фронтальных зубов и моляров нижнейчелюсти. В ретромолярной области слева отмечается изъязвление капюшонанад полупрорезавщимся третьим моляром размером 0,5х1см. НавнутриротовойR-грамме отмечается горизонтальное положение 48зуба,

значительное расширение периодонтальной щели в маргинальном отделе.

1. Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте план лечения;

4. Назначьте средства для уменьшения воспалительной реакции и ускорениязпителизации;

5.Рекомендации по профилактике данного заболевания;

Задача № 6.15.

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

Анамнез: признаки заметила в течение нескольких месяцев, поласкает ротнастоем зверобоя. Длительно применялаантибиотики.

Объективно: красная кайма губ сухая, в углу рта справа заеды, покрытыебелым творожистым налетом. На слизистой оболочки щеки справанаблюдается белый налет, после удаления которого обнажаетсягиперемированная, местами эрозированная слизистая оболочка.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте план лечения;

4.Назначьте противогрибковые препараты местного и общегоприменения;

5.Рекомендации по профилактике данной патологии;

Задача № 6.16.

Больной 25 лет обратился с жалобами на резкуюбольв16 зубе,усиливающиеся в ночное время со светлыми промежутками 10-15 мин.,иррадиирующие по ходу III ветви тройничного нерва.Анамнез: зуб заболелсутки назад, что и явилось причиной обратиться к врачу.

Объективно: на жевательной поверхности16 зубаглубокая кариознаяполость. Поставлен диагноз острый пульпит. При осмотре полости рта врачобнаружил на СО в подъязычной области язву блюдцеобразной формы,медно-красного цвета с хрящеподобным основанием. Пальпациябезболезненна. Лимфатические узлы увеличены,при пальпациибезболезненны.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Опишите результатбактериологическогоисследованияс поверхностиязвы;

4.Ккакому специалисту необходимонаправитьбольного?

5.Профилактические мероприятияпо нераспространению данного

заболевания, организуемыеврачом-стоматологом.

Задача № 6.17.

Больной З., 43 лет обратился к врачус жалобойна появление на спинке языкаобразований в виде больших пятен.

Анамнез: появлениепятензаметил месяц назад. Образования больного небеспокоили, поэтому к врачу не обращался.

Объективно: на спинке языка папулы в виде больших кольцеобразныхдисков. Нитевидные сосочки на их поверхности атрофированы, в результатеприобретают форму овальных, гладких, блестящих поверхностей,расположенные ниже уровня СО («симптом скошенного луга»). Пальпациябезболезненна. При поскабливании шпателем папул беловатый налет легкоснимается, образуя эрозированную поверхность медно-красного цвета.Папулы разделены воспалительным венчиком красного цвета.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

4. Ваша тактика;

5.Профилактические мероприятияпо нераспространению данного

заболевания, организуемыеврачом-стоматологом.

Задача № 6.18.

Больной Э., 40 лет обратился к врачу с жалобами на жжениев полости ртаиобильное слюноотделение.

Анамнез: после употребление молока у больного через 2-е суток повысиласьтемпература до 38-39ºС, общая слабость, боль в суставах и мышцах.Объективно: СОПР гиперемирована, отечна. На СО афтоподобные элементы.Подобные патологические элементы на коже лица вблизи крыльев носа.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте план лечения;

4.Назначьте противовирусные препараты;

5. Ваши рекомендации по профилактике данного заболевания;

Задача № 6.19.

Больной Я., 30 лет обратился к врачу с жалобами на зуд, жжениеболезненность при приеме пищи.

Анамнез: месяц назад больной перенес грипп.

Объективно: на СО нижней губы и твердом небе (на границе переходатвердого неба в мягкое),на щеках и языке четко ограниченныеэритематозные пятна на гиперемированном, отечном основании. На СО щекнаблюдаются эрозии свободные от налета и пленок.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте план лечения;

4.Назначьте лекарственные препараты.

5. Ваши рекомендации по профилактике данного заболевания;

Задача № 6.20.

Больной У., 45 лет обратился к врачу на резкую болезненность в языке приприеме пищи.

Анамнез: больной страдает в течение 10 лет туберкулезом легких.

Объективно: на боковой поверхности языка справа язва с подрытыми краями,дно зернистое с желтоватом налетом, при пальпации основание мягкое ирезкоболезненное.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Опишите результаты цитологического исследования;

4. Тактика врача-стоматолога;

5.Профилактика врача, как входящего в группу риска;

Задача № 6.21

Больной К., 65 лет, страдающий ИБС, после введения 5 мл 2% р-ралидокаина в переходную складку почувствовал сердцебиение, недостатоквоздуха, страх смерти. Появился озноб, холодный липкий пот. Больнойбледен, заторможен, вяло отвечает на вопросы. А/Д 60/20 мм рт. ст., пульснитевидный, дыхание частое, поверхностное.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведитедифференциальную диагностику;

3.Тактикаврача-стоматолога;

4.Алгоритмоказания неотложной помощи.

5.Профилактикаданного осложнения;

Задача № 6.22

Больной С., 35 лет обратился к врачу по поводу лечения 15 зуба.

Анамнез: при выяснениижалоб врач не собрал аллергологический анамнез.Объективно: после инфильтрационной анестезии 2% лидокаином попереходной складке в области проекции верхушки корня 15зубабольнойрезко побледнел, выступил холодный пот, тошнота, потерялсознание,появилисьболи в груди, нитевидный пульс, появилось астматическоеудушье.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте план оказания первой неотложной помощи;

4. Алгоритм ваших действий;

5. Профилактика данного осложнения;

Задача № 6.23.

Больной Ф., 42 лет обратился с жалобами на онемение, зуд и отечностьнижней губы.

Анамнез: по словам больного отечность нижней губы появилась через часпосле приема малинового варенья.

Объективно: нижняя губа увеличена в объеме. Ткани напряжены, плотные,эластичные. При пальпации и надавливании ямки не остается.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3. Составьте план лечение;

4. Местное и общее назначение препаратов;

5. Ваши рекомендации по профилактике;

Задача № 6.24.

БольнойК., 18 лет, поступил в стационар с жалобами на головную боль,боль во рту, боль в мышцах, повышение температуры тела до 39°С.

Анамнез: для лечения ОРВИ принял 1,0 сульфалена. В течение сутоксостояние ухудшилось.

Объективно: отмечается бледность кожных покровов, гиперемия, участкинекроза вокруг рта и носа. На слизистой оболочке губ, щек, боковыхповерхностей языка под обильным желтоватым налетом обширные язвенныеповерхности, болезненные при пальпации. Региональные лимфоузлы

увеличены, подвижны, болезненны при пальпации. В крови: лейкоцитов–2,0

9

х 10/л, Н–2%, Л–41%, М–57 %, Э–0%. СОЭ–18 мм/час, Эритроцитов–

1212

4,5 х 10/л, Нв–127, Цв. Пок. 0,9, тромбоцитов–2,0 х 10/л.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте план лечения;

4.Назначьте препараты для обработки полости рта в домашних условиях;

5.Ваши рекомендации по профилактике;

Задача № 6.25.

Больная И., 21 года, обратился с жалобами на жжение и онеменение вобластикрасной каймы верхней и нижней губы.

Анамнез: сменила губную помаду и после нанесения на губы через 3 часапочувствовала дискомфорт в области красной каймы губ (зуд, жжение).Объективно: на красной кайме губ отмечается резко ограниченная эритема снебольшим шелушением.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3. Составьте план лечения;

4.Назначьте местное лечение;

5.Рекомендациипо профилактике данного заболевания;

Задача № 6.26.

Больной Б., 25 лет, жалуется на повышение температуры тела до 39°С,недомогание, резкую больпри разговоре и приеме пищи.

Анамнез: Несколько дней назад после переохлаждения и обострениятонзиллита почувствовал общее недомогание, появление боли в мышцах исуставах. Рецидивы наступаютввесенний период.

Объективно: При осмотре на коже тыльной поверхности кистей, выявленыокруглые синюшные пятнадиаметром2,5–3 см с корочкой в центре. Наотечной красной кайме губ–обширные кровянистые корки. Открыванияполости рта ограничено. Симптом Никольского отрицательный.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведитедифференциальную диагностику;

3.Составьтеплан лечения, решите вопрос о необходимости госпитализации;

4.Назначьтепрепараты местного лечения;

5.Вашерекомендации по профилактике данного заболевания;

Задача № 6.27.

Больной., П. 25летобратился к врачусжалобамина общую слабость,повышение температуры до 39ºС, боли в мышцах и суставах.

Анамнез: больной страдает хроническим тонзиллитом. Послепереохлаждения почувствовал выше перечисленные признаки.

Объективно: на красной кайме губ гемморагические корки. Больной неможет открыть рот. Наблюдается коньюнктивит. На коже рук, спины и грудиэритемыдиаметром2,5–3 см. Отмечается припухлость суставов.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте план лечения.

4.Укажите препараты для местного лечения;

5.Ваши рекомендации по профилактике данного заболевания;

Задача № 6.28.

Больной Ц., 30 лет обратился к врачу с жалобами на чувство жжения и боливполости ртапри приеме горячей и острой пищи.

Анамнез: больной принимал антибиотикпенициллин при лечении бронхита.Объективно: при осмотре наблюдается серозное воспаление, СО ярко-

красного цвета, отечна. Спинка языка красного цвета, как бы «обожженный»,нитевидные сосочки атрофированы, гладкий,языкслегка отечный.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте план лечения;

4.Укажите препараты дляместного лечения

5.Назначьте общее лечение;

Задача № 6.29

Больная Н., 22 года, жалуется на боль, жжение десен в области переднихверхних зубов.

Анамнез: боль появилась и нарастала в течение месяца после постановкепластмассовых коронок. Полость рта санирована.

Объективно: 12, 11,21,22 покрыты пластмассовыми коронками. Слизистаяполости рта умеренно увлажнена, отмечена разлитая гиперемия, отекслизистой оболочки верхней губы и десны во фронтальном отделе верхнейчелюсти.

1.Поставьте диагноз;

2.Проведите дифференциальную диагностику;

3.Составьте план лечения;

4.Назначьте местное лечение;

5.Ваши рекомендации по профилактике;

Задача № 6.30.

Больная М., 19-ти лет, обратилась с жалобами на необычный вид языка,иногда жжение при приеме острой пищи. Общие заболевания отрицает. Приосмотре язык бледно-розового цвета несколько увеличен в размере, спинкаязыка исчерчена глубокими складками в виде листа. Сосочки языкахорошовыражены, несколько гипертрофированы. Клинический анализ крови показалу пациента: умеренную эозинофилию, нейтропению, моноцитоз.

1.Поставьте диагноз.

2.Проведите дифференциальную диагностику.

3.Составте план местного лечения.

4. В чем заключаетсяпрофилактика данного заболевания?

5. Прогноз данного заболевания.

Задача № 6.31.

Больной Ш., 52-х лет, обратился с жалобами на жжение в языке при приемеострой, горячей пищи. Страдает около месяца, полоскал рот растворомфурацилина. При осмотре кожа, красная кайма губ обычной окраски, полостьрта санирована, прикус ортогнатический. Региональные лимфоузлы неувеличены. Язык слегка обложен сероватым налетом, в средней части спинкиязыка отмечается очаг десквамациид= 2 х 3 см, поверхность очага гладкая,лишенная сосочков, красная, четко отграниченная от окружающих тканей.Очаг поражения не приподнят над уровнем слизистой оболочки. Твердыеткани зубов покрыты обильным мягким налетом.

1.Поставьте диагноз.

2.Проведите дифференциальную диагностику.

3.Тактика врача-стоматолога.

4.Профилактика заболевания.

5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 6.32

Больной Г., 43-х лет, обратился с жалобами на шершавый язык, ощущениеинородного тела на языке, которое мешает при глотании, часто вызываетрвотный рефлекс. При осмотре: по средней линии спинка языка покрытаутолщенными, до 2мм в диаметре и длинными–до 2 см нитевиднымисосочками 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 № 6.33

Пациент К., 26 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами, на дефектязыка, мешающий приему пищи, крайне болезненный. Считает себя больным3 года, не лечился. Объективно: вобласти дистальной трети языкаопределяется опухолевидное образование с широким основанием,приподнятое над поверхностью языка, бугристое бело-розовое, болезненноепри 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 № 6.34.

В клинику обратился пациент с жалобами на жжение, извращение вкусовыхощущений, «металлический» привкус, особенно по утрам. Объективно: вобласти средней и дистальной трети языка интенсивный налет беловато-

желтого цвета, после удаления, которого язык цианотичен, отечен.Нитевидные сосочки дорсальной поверхности языка сглажены, грибовидныенесколько увеличены. Единичные очаги выраженной атрофии, окруженныебелесоватым ободком. Из анамнеза: пациент страдает

хроническимгиперацидным гастритом, проявления на языке усиливаются при обострениидданного заболевания.

1.Поставьте диагноз.

2.Тактика врача-стоматолога

3.С каким специалистом необходимо провестиконсультацию?

4.Каковы этапы реабилитации больного с таким диагнозом?

5.Возможная патогистологическая картина участка поражения.

Задача № 6.35

Пациент К., 56 лет жалуется на чувство жжения в языке. Анамнез: считаетсебя больным в течение года, за помощью необращался. Объективно:участки десквамации эпителия языка различной формы и величины,группировка нитевидных сосочков в окружении обнаженных участков. Взоне 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 № 6.36

У пациента В., 45 лет, беспокоит болезненность и чувство жжения приприеме острой и раздражающей пищи, а также при разговоре, извращение

вкусовой чувствительности. Из анамнеза: 6 месяцев назад появились красныепятна на кончике языка, периодически появлялись пузырьки на боковыхповерхностях языка. Сразу же появились боли при приеме пищи. Занималсясамолечением. Объективно: язык при пальпации мягкий, дряблый, егоповерхность покрыта глубокими складками, края языка в виде зазубрин. Надорсальной поверхности языка болезненные при пальпации ярко-красныеучастки атрофии в виде красных пятен неправильной округлой формы до 10мм в диаметре. Пятнапереходят на края и кончик языка, образуядугообразные красные полосы, резко отграниченные от участковнеизмененной слизистой оболочки. Гистологическая картина: атрофияэпителия слизистой оболочки, образование в подслизистой тканивоспалительного 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 № 6.37

Пациентку К, 35 лет беспокоят чувство жжения, боль, усиливающуюся приприеме острой, соленой пищи. Необычный вид языка. «Пятна» на языке,которые появляются в разных местах языка. Жалобы беспокоят несколькомесяцев. Объективно: на фоне набухшего эпителия нитевидных сосочковязыка видны участки десквамации, в которых определяются грибовидныесосочки в виде ярко-красных точек.

1.Поставьте диагноз.

2.Проведите дифференциальную диагностику.

3.Составьте план лечения.

4.Каковы рекомендации по выбору средствгигиены в данном случае?

5.Каков прогноз заболевания?

Задача № 6.38.

У пациента К., 38 лет появились жалобы на разрастания ближе к корнюязыка, 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–серыйналет, легко снимающийся. После удаления налета по срединной линии,видны плоские бугорки различных размеров (0,5-2,о см), находящиеся водной плоскостии отделены друг от друга четко выраженными складками.Сосочки отсутствуют на элементах поражения. При пальпации элементыпоражения безболезненные.

1.Поставьте диагноз.

2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

3.Тактика врача-стоматолога.

4.Вкаких формах выпуска рекомендовано использование препаратов.

5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 6.39

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 диспансерномучете.Объективно:общее состояние удовлетворительное. Кожа обычнойокраски. На веках небольшие сосудистые звездочки. Красная кайма губ безвидимых изменений. Полость рта санирована. Мостовидные стальныепротезы. Региональные лимфоузлы не увеличены. На слизистой оболочкемягкого неба слева отмечается обширная эрозияd=1,5 х 2 см с обрывкамипузыря по периферии. При потягивании за край, слизистая оболочка неотслаивается.

1.Поставьте диагноз.

2.С какимизаболеваниями следует проводить дифференциальнуюдиагностику.

3.Проведите дополнительные методы исследования.

4.Какова тактика врача-стоматолога.

5.Каков прогноз данного заболевания?

Задача № 6.40

Больной К., 17 лет, обратился с жалобами на сухость во рту, недомогание,нарушение сна, горечь во рту. При осмотре выявлена иктеричность склер,десен, уздечки языка и губ, сухость слизистой оболочки полости рта,комочки вязкой слюны. Язык увеличен в размере, желтовато-серый налет назадней трети.

1.Консультация какого специалиста требуется пациентке?

2.О каком соматическом заболевании можно думать?

3.Составьте план местного лечения.

4.Где, согласно национальному проекту «Здоровье», проводитсяреабилитация пациентов с такой соматической патологией.

5.Состоят ли пациенты с такой патологией на диспансерном учете?

Задача № 6.41

Больной К., 31-го года, служащий, обратился с жалобами на слабость,недомогание, повышенную температуру тела до 38,0°С, боль в суставах,мышцах, во рту при приеме пищи и глотании, кровоточивость десен прилегком дотрагивании языком. Заболевал постепенно, небольшое повышениетемпературы отмечал в течение двух дней, накануне почувствовал себяплохо. При осмотре кожа и видимые слизистые бледные,поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены, безболезненны припальпации.Красная кайма губ бледная, сухая, отмечается шелушение в зоне Клейна.Обилие мягкого зубного налета, коронки зубов закрыты на½-1/3 рыхлым,кровоточащим, местами изъязвленным валом преимущественно с оральнойстороны. На слизистой мягкого небаопределяются язвы, болезненные при пальпации. Отсутствует ободок инфильтрации и гиперемии десны поперифериии язв. Легкое касание десны вызывает резкую боль и сильнуюкровоточивость. Петехиальная сыпь по линии смыкания зубов и на мягкомнебе.

1.С какими заболеваниями возможно провести дифференциальнуюдиагностику?

2.При каком системном заболевании характерны такие изменения в полостирта?

3.Какие дополнительные методы исследования необходимо провести дляподтверждения диагноза?

4.Выберете тактику лечения врачом-стоматологом.

5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 6.42

Больная Г., 47 лет обратилась в стоматологическую поликлинику с цельюсанации и протезирования, но ее беспокоит боль в полости рта при приемепищи. Со слов больной: в

течение 6 месяцев периодическипоявляласьболь в различных участках слизистой оболочки неба, десен, щек послеприема грубой пищи, чистки зубов щеткой. Беспокоит неприятныйсладковатый запах изо рта. После приема антибиотиков и полосканияраствором фурацилина явления на время исчезали. При осмотре нанеизмененной слизистой оболочке левой щеки обнаруженыповерхностный дефект эпителия неправильной формы, болезненный припальпации, смещение пластов эпителия при потирании шпателем навидимо здоровыхучастках слизистой оболочки. Увеличение регионарныхлимфоузлов.

1.Для какого системного заболевания характерны такие изменения вполости рта?

2.Какие дополнительные методы исследования необходимо провести дляподтверждения диагноза?

3.Консультация какого специалиста требуется пациенту?

4.Где показано проводить лечение пациента?

5.Какие средства индивидуальной гигиены показаны пациентам с такой

патологией?

Задача № 6.43

Пациент Т., 45 лет обратился в клинику с жалобами на появляющиесяболезненные язвы в полости рта. Объективно: конъюктивит, на слизистойоболочки языка крупная единичная афта, округлая, болезненная припальпации, окружена ободком гиперемии. Из анамнеза: периодическивозникают такие поражения на половых органах; в течение года отмечаетчастые появления болей в коленном и локтевом суставах; повышеннуюраздражительность.

1.Назначьтедополнительные методы исследования.

2.Поставьте диагноз.

3.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

4.С какими специалистами необходимо провести консультации?

5.Какие препараты рекомендовано назначитьпри лечении данного

заболевания?

Задача № 6.44

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

1. Поставьте диагноз стоматологический.

2. Какими дополнительными обследованиями можно подтвердитьдиагноз?

3. Тактика врача-стоматолога.

4.Укакихспециалистовнеобходимо проконсультироватьпациента?

5.О каком осложнении общего заболевания можно думать?

Задача № 6.45

Пациент Ж., 59 лет, предъявляет жалобы на сухость полости рта, отечностьслизистой оболочки полости рта, изменения окраски. Из анамнеза: в течениедвух недель беспокоят: повышение температуры тела до 38,5,диспепсические явления, желтушность склер. Объективно: на кожныхпокровах лица и шеи «сосудистые звездочки», склеры–желтушные, наслизистой оболочки мягкого неба и вестибулярной поверхности губтелеангиэктозии с ограниченными желтушными участками. На спинке языкаучастки десквамации эпителия с выраженной атрофией нитевидныхсосочков, поверхность языка ярко-красная, блестящая. Выводные протокиоколоушных слюнных желез мацерированы, желтушно прокрашены.

1. При каком общесоматическом заболевании возможны такие проявления вполости рта?

2.Какими дополнительными обследованиями подтвердить диагноз?

3. Тактика врача–стоматолога в сложившейся ситуации?

4. Назначьте лечение.

5. Где проводится лечение пациентов с такой патологией?

Задача № 6.46

К врачу стоматологу обратилась пациентка Г., 19 лет с жалобами на сухостьво рту, жжение, покалывание, снижение вкусовой чувствительности,кровоточивость десен,подвижность зубов, неприятный запах изо рта.Объективно: регионарные лимфатические узлы несколько увеличены,болезненны при пальпации. Обильные назубные отложения, отек,

кровоточивость десен при дотрагивании зондом. Подвижность 34, 37, 46, 47,

16, 17, 24, 26–первой-второй степени. Индекс гигиены 1,8 (по Грину-

Вермильону). Патологических пародонтальных карманов не выявлено.

1.При каких заболеваниях возможны такие изменения со стороны полостирта?

2.Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

3.К какому специалисту необходимо направить пациента?

4.Тактика врача-стоматолога.

5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 6.47

Пациент 36 лет обратился с жалобами на боль в верхней губе, затрудняющуюприем пищи и широкое открывание рта. Заболевание возникло10 лет назад.Лечился самостоятельно, применяя различные мази. Летом губа заживала, нос наступлением холодного периода ежегодно возникали рецидивы.Объективно: регионарные лимфатические узлы не пальпируется. Краснаякайма губ сухая, шероховатая. На красной кайме верхней губы справа отсредней линии имеется поперечный линейный дефект ткани, покрытыйкровянистой корочкой. Длина дефекта 15 мм. Вокруг дефекта отмечаютсяпомутнение красной каймы и ороговение. В основании дефекта определяетсявоспалительный 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 дляподтверждения диагноза?

4.Составьте план лечения.

5.Каков прогноз заболевания?

Задача № 6.48

Пациент 19 лет обратился с жалобами на сухость губ, стянутость, иногдажжение 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–частооблизывает и кусает губы, обрывает и скусывает чешуйки. Объективно:регионарные лимфатические узлы не пальпируются, красная кайма губ,особенно нижней, сухая, имеются множественные трудно отделяемыечешуйки. 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 № 6.49

Пациент 27 лет направлен на консультацию из поликлиники по местуработы. Врач при осмотре обратил внимание на необычный вид слизистойоболочки нижней губы. Жалоб нет. Некоторую неровность слизистойоболочки нижней губы ощущал всегда. Практически здоров. Объективно:регионарные лимфатические узлы не пальпируются, красная кайма губ безпатологии. На слизистой оболочке нижней губы имеются множественныемелкие фолликулы. Цвет слизистой оболочки не изменен, пальпациябезболезненная, определяются мелкие образования округлой формы в толщегубы. Слизистая оболочка верхней губы без патологии. Полость рта несанирована, 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 № 6.50

Пациент 19 лет обратился с жалобами на эстетический недостаток, зуд вгубах и окружающей кожи, сухость. Широкое открывание рта затруднено из-

за болезненности. «Заеды» появились в семилетнем возрасте. Пользоваласьразличными мазями, добиваясь временного улучшения. В анамнезе аллергияна цитрусовые и отдельные виды белковой пищи. В 16 лет состояние угловрта и губ ухудшилось. Лечился у дерматолога без выраженного эффекта.Объективно: регионарные лимфатические узлы не пальпируются, обширнаяэритема кожи носогубного треугольника, красная кайма сухая, имеютсямелкие чешуйки. Кожа в радиусе 3 см вокруг комиссур подверженалихенизации и пигментации. Имеются трещины в углах рта. Гигиена полостирта неудовлетворительная (1,7 по Грину-Вермильону).

1.Установитедиагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3.Какие дополнительные методы исследования рекомендуется провести?

4.Составьте план лечения.

5.Профилактика рецидива заболевания.

Задача № 6.51

Пациент, 22 года обратился с жалобами на ограниченное из-за болезненностиоткрывания рта, затрудненный разговор и прием пищи. Беспокоят зуд,чувство стянутости, напряжения, неудовлетворительный эстетический вид.Заболевание возникло в 10-летнем возрасте. Лечилась у дерматолога безвыраженного эффекта. С возрастом заболевание прогрессировало.Частыекомандировки вюжные страны. Объективно: регионарные лимфатическиеузлы не пальпируются. На красной кайме отечной нижней губы участки яркокрасной эритемы, мелкие пузыри, мокнущие эрозии, покрытые корками.

Слизистая оболочканижней губы без патологических изменений. Приосмотре полости рта: гигиена полости рта удовлетворительная, кариозныеполости 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 № 6.52

Пациентка П., 47 лет, обратилась с жалобами на увеличение нижней губы,затрудняющую мимику, речь, прием пищи, создающее эстетическийнедостаток. Заболевание возникло 9 лет назад.Лечилась у стоматолога.Нижняя губа, со слов пациентки, после лечения несколько уменьшилась, нонебольшое увеличение сохранилось. Месяц тому назад пациентка перенеславирусную инфекцию, и нижняя губа вновь резко увеличилась. Объективно:регионарные лимфатические узлы не пальпируются, нижняя губа резкоувеличена, вывернута. Красная кайма нижней губы сухая, шелушится. Припальпации нижняя губа безболезненная, плотноэластической консистенции.Полость ртанесанирована, гигиена удовлетворительная. Язык складчатый сочагами 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 № 6.53

Больной К., 30 лет. Трещина на нижней губе появилась более 5 лет назад.Периодически заживала и вновь рецидивировала, на что пациент не обращалвнимание. Работа связана с постоянным воздействием неблагоприятныхметеорологических 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 окружающимитканями. В центральной части нижней губы глубокая вывороченная трещинас явлениями гиперкератоза. Края трещины и основание при пальпацииплотные, малоподвижные.

1.Установите диагноз.

2.Проведите дифференциальную диагностику.

3.Какие дополнительные методы исследования рекомендуется провести?

4.Составьте план лечения.

5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 6.54

Пациентка 54 года, обратилась в клинику к врачу-стоматологу с жалобами назуд, жжение в области губ, затрудненное открывание рта, боли приразговоре, эстетический недостаток. Из анамнеза: системная экзема,аллергические реакции на многие пищевые продукты. Такая же картинанаблюдалась 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 № 6.55

К врачу стоматологу обратилась пациентка Б., 32 года с жалобами на сухостьгуб, зуд, эстетический недостаток, болезненность при еде, широкомоткрывании рта. Из анамнеза: возможны аллергические реакции нанекоторые продукты и лекарственные препараты. Жалобы появились послеиспользования новой губной помады. Объективно: регионарныелимфатические узлы не увеличены. Несколько выражен отек красной каймыгуб, умеренная эритема с шелушением, мелкие трещины. Слизистаяоболочка полости рта без изменений.

1.Установите диагноз.

2.С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику?

3.Назначьте дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

4.Составьте план лечения.

5.Профилактика заболевания.

Задача № 6.56

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. периодическинаступало 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. Кожныепокровы чистые. На красной кайме губ отмечается вязь мелкихнеравномерно возвышающихся ороговевших участков. На слизистойоболочке губ, щек, альвеолярных отростках отмечаются слившиеся в видепричудливых узоров белесоватые слегка возвышающиеся участки, неснимающиеся при поскабливании. На спинке языка участки ороговенияокруглой формы диаметром до 5 мм. Имеются острые края у 26, 37,

шероховатые композитные пломбы 17, 16, 15, 46, 47 не восстанавливающиеформу зуба.

1. Проведите необходимое обследование.

2.Поставьте диагноз.

3. Назначьте общеелечение.

4. Назначьтеместное лечение.

5. Составьте план санацииполости рта.

Задача № 6.57

У студента из Кении при профилактическом осмотре обнаружены сине-коричневые образования на альвеолярной десне верхней и нижней челюстей. Элементы поражения не возвышаются, пальпация безболезненна. Какой это элемент поражения, чем он обусловлен?

Задача № 6.58

Больная 55 лет жалуется на болезненное образование на мягком небе, появившееся 2 дня назад. Изменениям в полости рта предшествовали плохое общее самочувствие, головная боль, повышение артериального давления. На слизистой оболочке мягкого неба эрозия округлых очертаний с обрывками эпителия по краям. Какой первичный морфологический элемент предшествовал появлению эрозии, каков механизм его возникновения?

Задача № 6.58

Больной 35 лет предъявляет жалобы на общее недомогание, повышение температуры тела до 38,2 ºС, боль в десне. Десневой край некротизирован, на слизистой оболочке полости рта точечные кровоизлияния. Составьте план обследования больного.

Задача № 6.59

Больная 20 лет обратилась в клинику с жалобами на внезапно развившийся отек, болезненность и покраснение губ. Красная кайма верхней и нижней губы отечна, гиперемирована, определяются мелкие эрозии, чешуйки. Отек и гиперемия распространяются на кожу вокруг губ. Какие основные и дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?

Задача № 6.60

Пациент 19 лет предъявляет жалобы на резкую боль при приеме пищи, разговоре, обильное слюноотделение, боль в поднижнечелюстной области, множественные высыпания в полости рта, повышение температуры тела до 38°С, недомогание, головную боль. Считает себя больным 4 дня. Высыпания появились в день обращения к врачу. Ранее заболеваний слизистой оболочки полости рта не отмечал. При осмотре: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Красная кайма губ сухая, покрыта единичными чешуйками. Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована и отечна. На спинке языка, альвеолярной десне, твердом небе определяются точечные эрозии, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные при пальпации. Десна гиперемирована, отечна. Кариозные полости в зубах 17, 16, 37, 36. Гигиена полости рта неудовлетворительная. Лабораторное исследование цитологических препаратов выявило полиморфноядерные нейтрофилы в стадии некробиоза и гигантские многоядерные клетки. В иммунофлюоресцентном анализе крови Ig M.

Проведите дифференциальную диагностику, установите диагноз, составьте план лечения.

Задача № 6.61

Пациентка 32 лет предъявляет жалобы на пузырьки на красной кайме верхней и нижней губ, болезненную «язвочку» на небе. Считает себя больной 3 дня. Начало заболевания связывает с

переохлаждением и незначительным повышением температуры неделю назад. Подобные высыпания появляются на тех же участках 1–3 раза в год. При осмотре: губы сухие, отечные. На границе с кожей на фоне гиперемии определяются группы плотно расположенных пузырьков. Элементы поражения болезненные при пальпации. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличенные, болезненные. На слизистой оболочке, на границе твердого и мягкого неба слева от центра эрозия неправильных очертаний с полициклическим контуром, окруженная ободком гиперемии, резко болезненная при пальпации. Зубы интактны. Аномалии зубных рядов, незначительные зубные отложения. Лабораторные исследования содержимого пузырьков и отпечатка с эрозии на небе выявили гигантские многоядерные клетки. Иммунофлюоресцентный анализ крови обнаружил Ig G.

Проведите дифференциальную диагностику, установите диагноз, составьте план лечения.

Задача № 6.62

Больной 66 лет обратился к стоматологу с жалобами на «язву» на языке, затрудненное пережевывание пищи. На протяжении 10 лет отмечает периодически возникающие «язвы» в полости рта. За медицинской помощью не обращался. Высота нижнего отдела лица уменьшена, западение спинки носа – седловидный нос. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены, безболезненны, подвижны. Красная кайма губ без видимых изменений. Полная адентия. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена. На спинке языка язва округлой кратерообразной формы с плотными выступающими краями, болезненная при пальпации. В области мягкого неба рубцовые изменения, язычок отсутствует.

1. Установите предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Составьте план обследования и лечения.

Задача № 6.63

Пациент 48 лет обратился к стоматологу с жалобами на сухость и жжение во рту, белый налет на языке. Болеет в течение 2 недель. В анамнезе длительное лечение бронхиальной астмы препаратами, содержащими глюкокортикостероиды. При осмотре на спинке языка, мягком небе, щеках обильный налет белого цвета, напоминающий творожистую массу; после его удаления обнажается гладкая гиперемированная поверхность слизистой оболочки; сосочки языка сглажены. Лечение не проводилось.

1. Установите предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования и лечения.

Задача № 6.64

Пациентка 72 лет предъявляет жалобы на периодическое появление корочек в углах рта в течение 2 месяцев. В анамнезе гипертоническая болезнь, носит съемные пластиночные протезы на верхней и нижней челюстях в течение 5 лет. Высота нижней трети лица снижена. В выраженных кожных складках в углах рта справа и слева слабомокнущие эрозии, окруженные тонкими серыми чешуйками. Красная кайма губ сухая. Слизистая оболочка протезного ложа на верхней челюсти гиперемирована, сухая, слабо болезненная. Налет отсутствует. Гигиеническое состояние съемных

протезов неудовлетворительное. Для лечения применялись отвары ромашки и шалфея, без эффекта.

1. Проведите дифференциальную диагностику.

2. Наметьте план обследования и лечения.

Задача № 6.65

После иньекции лекарственного препарата (пациент получал этот препарат 5 раз через день по 1 мл) пациент почувствовал слабость и через несколько секунд побледнел, начался приступ удушья. АД 90/60. Ваша дальнейшая тактика.

Дифференциальный диагноз.

Постановка предварительного диагноза.

Задача № 6.66

Со слов пациента. Пациенту была поставлена пломба из композита химического отверждения 1 месяц назад, лечился по поводу среднего кариеса. Жалобы на чувство жжения и зуда в области щеки. Объективно: на 36 зубе пломба. Со стороны слизистой гиперемия, отек.

Постановка диагноза.

Тактика лечения.

Задача № 6.67

Пациент 37 лет обратился с жалобами на боль и жжение в слизистой оболочке полости рта, усиливающиеся при приеме пищи, появление болезненных язв, которые через 7–10 дней самостоятельно исчезают. Обострения бывают 2–3 раза в год (осенью и весной в течение 4 лет). Обращался к стоматологу, назначались полоскания антисептическими растворами, аппликации масляного раствора витамина А. В анамнезе – хронический энтероколит. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены, болезненны при пальпации. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное. Острые края коронок зубов 16, 25, 31, 32. На кончике языка и слизистой оболочке нижней губы эрозии овальной формы с венчиком гиперемии, болезненные при пальпации.

Установите диагноз, назначьте лечение.

Задача № 6.68

Пациентка 34 лет обратилась с жалобами на появление болезненных язв на слизистой оболочке полости рта осенью и зимой, самостоятельно заживающих в течение 10–12 дней. В анамнезе – аллергия на домашнюю пыль, заболевание желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз). Региональные поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены, болезненны при пальпации. Десна отечна, цианотична, кровоточит при прикосновении, пародонтальные карманы глубиной 4–5 мм. Острые края моляров нижней челюсти. На боковой поверхности языка справа и по переходной складке слева эрозии округлой формы с венчиком гиперемии, покрытые беловато-серым налетом.

Проведите дифференциальную диагностику, установите диагноз.

Задача № 6.69

Больная Н. обратилась с жалобами на резкую боль во рту, затруднение при приеме пищи, чистку зубов и наличии язв в полости рта в течение 2-х месяцев. Через некоторое время появились язвы на дне полости рта (под языком), слизистой оболочке щеки. В анамнезе ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь 2–3 стадии, наблюдается у терапевта. В течение последнего года состояние резко ухудшилось, появилась отдышка слабость, отеки ног, артериальное давление 180/90–200/100 мм рт.ст. При осмотре отмечается цианоз губ. В полости рта обильное отложения зубного налета и камня, наличие кариозных полостей, дефекты зубных рядов, гиперемия с цианотическим оттенком свободной и прикрепленной десны, глубина карманов 3–6 мм. На дорсальной поверхности языка в центре не глубокая язва размерам 1–1,5 см, покрытая серовато – белым налетом. Язва резко болезненна, цвет окружающей слизистой оболочке не изменен.

1. Установить предварительный диагноз.

2. Определить порядок обследования и лечения.

Задача № 6.70

Больной 52 лет обратился к стоматологу с жалобами на появление болезненных «язвочек» во рту. В анамнезе детские инфекции. В течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. Периодически наблюдается у терапевта, лечение проводит нерегулярно. Курит много лет, употребляет алкогольные напитки умеренно. Около 2 лет назад, в период обострения язвенной болезни желудка, почувствовал боль в языке при курении, приеме горячей и острой пищи, обнаружил «язвы» на языке. Лечился полосканиями раствором перманганата калия. При осмотре внешне без видимых изменений. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка увлажнена слабо. На дорсальной поверхности языка в средней трети на фоне плотного налета отмечается очаг десквамации в виде красного пятна размером 5,5х0,7 см с неровными контурами. Полость рта не санирована, зубные отложения, кариозные полости в зубах 16, 37, 25, 26 зубах. Протезов нет. Свободная и прикрепленная десна гиперемирована, отечна, карманы 4–5 мм.

1. Установите предварительный диагноз.

2. Наметьте план дальнейшего обследования и лечения больного.

Задача № 6.71

Пациент 35 лет обратился с жалобами на боль в полости рта при приеме раздражающей пищи. Считает себя больным около 2 лет, когда впервые появились эти симптомы. В анамнезе ахилический гастрит в течение 5 лет. Год назад присоединился хронический панкреатит. По профессии компьютерщик-программист. По этой специальности работает 12 лет, за компьютером проводит ежедневно 8–10 ч. Бледность кожных покровов. Красная кайма губ сухая, заеды. Язык ярко гиперемирован. Гиперемия неоднородная (пятнами). Сосочки языка значительно атрофированы. Красные пятна и полосы на слизистой оболочке щек. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное, обильные отложения мягкого зубного налета и зубного камня

(больной щадит слизистую оболочку, плохо чистит зубы). Явления катарального гингивита. В зубах 36, 46 – кариозные полости.

1. Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

2. Наметьте план лечения.

Задача № 6.72

Пациентка 45 лет обратилась к стоматологу с жалобами на боль под языком и в углах рта. Неприятные ощущения появились 2 недели назад. Боль усиливается при разговоре и приеме пищи. Увеличилось слюноотделение. В последние 3 дня появились болезненные трещины в углах рта. Лечилась самостоятельно, обрабатывала пораженные участки облепиховым маслом. Улучшения не наступало. Общее состояние не изменено. В анамнезе вегето-сосудистая дистония, хронический гастрит. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. На слизистой оболочке дна полости рта на неизмененном фоне болезненная эрозия неправильной формы, размером 1,5х2 см, застойнокрасного цвета. Симптом Никольского положительный.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Задача № 6.73

Больная 52 лет предъявляет жалобы на жжение слизистой оболочки рта. Начало заболевания связывает со стрессом. В поликлинике была назначена обработка полости рта раствором буры в глицерине; эффекта нет. Заболевание периодически обостряется. В анамнезе – гиперацидный гастрит, холецистит, артериальная гипертензия. Регионарные лимфатические узлы подвижны, несколько увеличены, безболезненны. Красная кайма губ имеет перламутровый оттенок. Имеются назубные отложения, пародонтальные карманы в области всех зубов глубиной 3-4 мм, острые края жевательных зубов. На спинке языка множественные ороговевшие точки. На слизистой оболочке щек в средних и задних отделах участки измененного эпителия белого цвета в виде сетки, кружев, не снимающиеся при поскабливании. По переходной складке в области зуба 45 имеется болезненная эрозия, покрытая фибринозным налетом, Больная курит в течение 15 лет. Установите диагноз, составьте план лечения.

Задача № 6.74

Больная 37 лет обратилась в клинику с жалобами на жжение и боль слизистой оболочки щеки справа, особенно во время еды, а также на покраснение кожи лица. Появление жалоб связывает с длительным пребыванием на солнце. На коже лба, носа и щек эритема в виде бабочки, гиперкератоз. На слизистой оболочке щеки справа по линии смыкания зубов слегка выступающие очаги застойной гиперемии с гиперкератозом в виде помутнения эпителия, в области зуба 16 небольшая болезненная эрозия. Полость рта не санирована.

Установите диагноз, составьте план лечения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ
(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО - ЧТЕНИЕ СНИМКОВ
(текущий, рубежный контроли)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность интерпретации обзорных рентгенологических снимков	0-20
2	Правильность интерпретации компьютерной томограммы (МРТ и КТ)	0-40
3	Правильность интерпретации рентгенологических снимков с контрастированием	0-20
4	Правильность интерпретации стоматологических индексов	0-20
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО - АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Предварительная оценка состояния больного по внешним признакам слюны	0-30
2	Правильность прочтения результатов общего анализа крови, мочи и биохимических показателей крови.	0-70
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО - УЧАСТИЕ В ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ ПРОЦЕДУРАХ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Соблюдение инфекционного контроля (медицинская форма, обработка рук и др.)	0-15
2	Оценка состояния полости рта	0-20
3	Обработка полости рта	0-25
4	Наложение материалов на зубы и десны	0-25
5	Умение пользоваться стоматологическим инструментарием	0-15
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА
(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки	0-30
3	Обоснованное привлечение медицинской терминологии (уместность и достоверность сведений)	0-30
4	Ключевые слова (анатомия): их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество.	0-15
5	Логичность и последовательность устного высказывания	0-10
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ
(рубежный, промежуточный контроли)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
4	Вопрос 4	0-100
	Всего баллов	**Среднее арифм. (сумма баллов /4)**

Оценивается каждый вопрос билета:
«85-100%»
• глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
• полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
• демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
• воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.
«75-84%»
• наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
• демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
• четкое изложение учебного материала.
«60-74%»
• наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
• демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
• не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.
« менее 60%»
• не знание материала темы или раздела;
• при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА
(рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа
правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильно ответ – 5 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка (в %).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ
(рубежный контроль)

№	**Наименование показателя**	**Отметка (в %)**
ФОРМА		10
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) 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.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		25
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛАД		15
	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
	Выполнение регламента	0-5
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА
(рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, выполнена задача заинтересовать читателя	85 - 100
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис	
4	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
5	Правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи	
6	Все требования, предъявляемые к заданию выполнены	
7	При защите реферата демонстрирует полное понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, в известной мере выполнена задача заинтересовать читателя	75 – 84
2	В основной части логично, связно, но не достаточно полно доказывается выдвинутый тезис	
3	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
4	Уместно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно - примитивным языком.	
1	Во введении тезис сформулирован не четко и не вполне соответствует теме реферата	60 - 74
2	В основной части выдвинутый тезис доказывается недостаточно логично (убедительно) и последовательно	
3	Заключенные выводы не полностью соответствуют содержанию основной части	
4	Недостаточно или, наоборот, избыточно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует не полное понимание проблемы и язык работы в целом не соответствует уровню соответствующего курса	
1	Во введении тезис отсутствует или не соответствует теме реферата	40 - 59
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части нет логичного последовательного раскрытия темы	
4	Выводы не вытекают из основной части	
5	Средства связи не обеспечивают связность изложения материала	
6	Отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение	
7	При защите реферата демонстрирует полное непонимание проблемы	

	и язык работы можно оценить, как «примитивный».	
	Работа написана не по теме менее	40
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
(промежуточный контроли)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	**ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ**	0-2
2	**ЖАЛОБЫ**(кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в наст.время)	0-7
3	**АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ**	0-7
4	**АНАМНЕЗЖИЗНИ**	0-7
5	**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**	0-8
6	**ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**	0-7
7	**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ и ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**	0-10
8	**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**	0-7
9	**ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ**	0-8
10	**ЛЕЧЕНИЕ**	0-9
11	**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**	0-7
12	**ПРОТОЛ ОПЕРАЦИИ по схеме**	0-7
13	**ДНЕВНИК**	0-7
14	**ЭПИКРИЗ и ПРОГНОЗ**	0-7
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
(итоговый контроль по дисциплине)
ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)
При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:
1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.
Отметкой **(16-20 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- современную классификацию стоматологических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики стоматологических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в стоматологии

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **(10-15 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:
- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- современную классификацию стоматологических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики стоматологических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в детской хирургии

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна -две неточности в ответе.

Отметкой **(5-10 баллов)**оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:
- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- современную классификацию стоматологических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики стоматологических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в детской хирургии

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой **(1-4 баллов)**оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически

по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.
Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

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

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:
Отметкой **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:
- владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с стоматологической патологией;
- проводит самостоятельно обследование пациента;
- умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных);
- грамотно формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку пациентов со стоматологической патологией, травмами внутренних органов, ожогами;
- ранее полно и правильно заполнял историю болезни.
Демонстрирует полное понимание проблемы. Профессионально владеет различными методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения стоматологических заболеваний у детей.
Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Отметкой **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:
-умеет ставить постановку проблемы собственными словами;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- не очень быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с стоматологической патологией;
- не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку пациентов;
- при этом ранее полно и правильно заполнял историю болезни.
7
Демонстрирует значительное понимание проблемы. В общем владеет различными методами лечения стоматологических заболеваний у детей, методами консервативного лечения и профилактики стоматологических аболеваний у детей.
Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент
- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные

решения проблемы; не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;
- медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с стоматологической патологией;
- не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;
- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку пациентов;
- ранее не достаточно полно и правильно заполнял историю болезни.
Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения и профилактики стоматологических заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей.
Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.
Отметкой **(0 баллов)** оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу. Ранее плохо заполнял историю болезни.