

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ЗАПОРОЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ
ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ IV КУРСА

УДК 616.31(075)

ББК 56.6 73

В64

Учебное пособие по проведению производственной практики для студентов IV курса, подготовлено д.м.н. Возным А.В. и ассистентом кафедры терапевтической, ортопедической и детской стоматологии Крамарчук А.Ю.

Учебное пособие посвящено вопросам проведения практики по терапевтической стоматологии. Предназначается студентам IV курса III медицинского факультета по специальности «Стоматология» для повышения качества ведения медицинской документации по проведению практики, развития клинического мышления и обеспечения высокого качества подготовки специалистов.

Рецензенты:

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИК.....	4
Нормативная база по проведению производственной практик.....	8
ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ.....	9
ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	12
Определение итогов практики.....	17
ТРЕБОВАНИЯ К СТУДЕНТАМ ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ.....	19
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ТЕКУЩЕЙ И ОТЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ.....	21
Схема ведения дневника.....	22
ЛИТЕРАТУРА.....	27
Приложение 1	
Направление на производственную практику	28
Приложение 2	
Титульный лист дневника	29
Приложение 3	
Форма текстового отчета студента.....	30
Приложение 4	
Характеристика.....	31
Приложение 5	
Рецензия на дневник.....	32
Приложение 6	
Перечень минимума практических навыков.....	33
Приложение 7	
Выводы.....	35
Приложение 8	

Расчет выполненной работы в трудовых единицах.....	36
Приложение 9	
Санитарно-образовательная работа.....	38
Приложение 10	
Классификации заболеваний твердых тканей зубов.....	39
Приложение 11	
Классификации пульпитов.....	42
Приложение 12	
Классификации периодонтитов.....	44
Приложение 13	
Классификации заболеваний тканей пародонта.....	45
Приложение 14	
Методы исследования костной ткани челюстей	51
Приложение 15	
Алгоритм написания стоматологических диагнозов.....	60
Приложение 16	
ТЕСТЫ.....	112
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....	145

ВВЕДЕНИЕ

Летняя производственная практика по терапевтической стоматологии проводится после завершения IV курса, в терапевтическом отделении стоматологической поликлиники. После завершения и успешной защиты производственной практики приказом по высшему учебному заведению студент переводиться на следующий курс.

Длительность летней производственной практики по терапевтической стоматологии 2 недели (105 часов, из них 33 часа самостоятельная работа и НДРС). Рабочий день студента в период практики равен 6 часам.

Главным врачом и ассистентом (руководителем практики) составляется точный индивидуальный график работы.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Цель проведения производственной врачебной практики по терапевтической стоматологии состоит в проверке и закреплении знаний и практических навыков, полученных студентами в пределах целей, определенных в образовательно-профессиональной программе (ОПП) подготовки специалиста по специальности "Стоматология" 221:

- определить содержание организации работы терапевтического стоматологического отделения поликлиники;
- придерживаться лечебно-охранного и обеспечить санитарно-гигиенического режима терапевтического стоматологического отделения поликлиники;
- демонстрировать знание относительно методов стерилизации стоматологического инструментария и правила ухода за ним;
- ознакомиться с ведением учетно-отчетной документации врача стоматолога-терапевта, выписывать рецепты и знать требования к условиям

хранения медикаментозных препаратов, объяснять механизм влияния медикаментозных препаратов во время их применения в клинике терапевтической стоматологии;

- совершенствовать знание и практические навыки, полученные из курса терапевтической стоматологии.

- назначать физиотерапевтические процедуры и объяснять механизм их влияния на состояние твердых тканей зубов и тканей пародонта при профилактике и лечении;

- организовывать проведение первичной и вторичной профилактики стоматологических заболеваний и диспансеризации стоматологических больных;

- проводить клиническое обследование больных с заболеваниями тканей пародонта с использованием основных и дополнительных методов обследования, анализировать результаты обследования пациента и устанавливать предыдущий, клинический диагноз;

- проводить предварительную оценку состояния слизистой оболочки и органов полости рта по результатам проведения объективного обследования;

- проводить дифференциальную диагностику заболеваний тканей пародонта;

- составлять план лечения больного;

- овладеть методами обезболивания при лечении одонтопатологии;

- овладеть методами диагностики и предоставления неотложной помощи на стоматологическом приеме у врача стоматолога-терапевта;

- проводить оценку состояния гигиены полости рта по гигиеническим индексам и эффективности проведения гигиены полости рта;

- предоставлять рекомендации по гигиене полости рта с учетом индивидуальных особенностей больного с одонтопатологией;

– трактовать и овладеть основными принципами врачебной этики, медицинской деонтологии и профессиональной субординации.

Задачи производственной врачебной практики по терапевтической стоматологии является:

- закрепление знаний и умений, полученных студентом при изучении дисциплины;
- дальнейшее углубление и совершенствование практических навыков по терапевтической стоматологии;
- формирование профессиональных умений и навыков для принятия самостоятельных решений в выборе методов лечения на приеме больного;
- ознакомления с организацией стоматологической службы и условиями работы врача стоматолога на поликлиническом приеме;
- закрепление навыков санитарно-просветительной работы.

После прохождения производственной практики студенты должны

Знать:



Нормы врачебной этики и медицинской деонтологии;



Методы дезинфекции и стерилизации стоматологического инструментария;



Организацию работы пародонтологического отделения или кабинета поликлиники и ведения учетно-отчетной документации;



Этиологию, патогенез, классификацию, дифференциальную диагностику, клиническую симптоматику папилита, гингивита, локализованного и генерализованного пародонтита, пародонтоза и идиопатических заболеваний пародонта.

Уметь:

- Организовать проведение первичной и вторичной профилактики стоматологических заболеваний и диспансеризации стоматологических больных;
- Провести клиническое обследование больных с заболеваниями тканей пародонта;
- Применять индексную оценку состояния пародонта с использованием индексов РМА, индекса гингивита, пародонтита, CPI - communal parodontal index, провести индексную оценку состояния гигиены полости рта согласно индексам Федорова-Володкиной, Грина-Вермиллиона;
- Самостоятельно проводить скейлинг и полирование обнаженного цемента;
- Выписывать рецепты веществ, хранить расходные материалы;
- Предоставлять индивидуальные рекомендации по гигиене полости рта больному с заболеваниями тканей пародонта;
- Проводить лекции или беседы на темы санитарного просвещения.

Приобрести и закрепить практические навыки:

- Заполнить амбулаторную карточку больного;
- Проводить обезболивание тканей пародонта;
- Проводить реминерализующую терапию при кариесе;
- Препарировать кариозные полости всех классов по Блеку;
- Восстанавливать анатомическое строение твердых тканей при некариозных поражениях и кариесе с помощью цементных и композиционных материалов;
- Накладывать девитализирующую пасту при лечении пульпита;
- Проводить ампутацию и экстирпацию пульпы, медикаментозную и инструментальную обработку и пломбирование корневых каналов;

- Определять гигиенические индексы;
- Составлять план обследования и лечения пациентов с заболеваниями тканей пародонта;
- Проводить профессиональную гигиену полости рта, механическое и ультразвуковое снятие зубных отложений;
- Проводить медикаментозную обработку тканей пародонта и накладывать профилактические и лечебные пародонтальные повязки;
- Проводить закрытый кюретаж пародонтальных карманов;
- Применять физические методы диагностики и лечения в одонтопатологии и патологии тканей пародонта.

НОРМАТИВНАЯ БАЗА ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Организация и проведение практики в течение 2-х недель студентом 4 курса стоматологического факультета регламентированы на основании стандарта подготовки врача-стоматолога Министерства здравоохранения Украины и комиссии по высшему образованию.

1. Организацию практики студентов возлагается на отдел производственной практики академии. Организацию практики на местах осуществляет руководитель базового учреждения, с которым институт предварительно договаривается.
2. Общее руководство и контроль над работой студентов осуществляется первым проректором и регламентируется соответствующими приказами и распоряжениями.
3. Персональную ответственность за подготовку и руководство практикой несут – зав. кафедрой и ответственные ассистенты кафедры.
4. Методическое руководство практикой осуществляет кафедра общей стоматологии. За каждым базовым учреждением закрепляется ассистент кафедры, который совместно с заведующим отделением составляет график

работы студента с учетом учебной программы, осуществляет консультативную помощь, контроль за прохождением практики и участвует в аттестации студента по итогам практики.

5. Кафедра-куратор выделяет ответственных ассистентов (утверждаются приказом ректора) с возложением на них следующих обязанностей:

5.1. проведение паспортизации базы (ежегодно);

5.2. заключение договора с администрацией лечебного учреждения (ежегодно);

5.3. обеспечение студентов рабочим местом, руководством со стороны медицинского персонала поликлиники;

5.4. проведение инструктажа по технике безопасности, знакомство с условиями и правилами работы;

5.5. ведение строгого учета объема выполняемой работы студентами и ее соответствие программе. Контроль правильности записей в дневнике;

5.6. представление в отдел практики еженедельной сводки о ходе практики;

5.7. составление и доведение до студентов графиков приема зачета;

5.8. проведение по окончании практики экзамена с отметкой по 5-ти бальной системе в зачетной книжке и дневнике студента.

Перечень учетно-отчетных документов:

- приказа МОЗ Украины от 14.02.2012 № 110 "Про утверждение форм первичной учетной документации и инструкции по их заполнению, которые используются в учреждениях охраны здоровья независимо от формы собственности и подразделения";

- образовательно-профессиональной программы подготовки специалистов (ОПП) и образовательно-квалификационной характеристики (ОКХ), утвержденных приказом Министерства Украины от 28.07.2003 г. № 504;

- приказа МОЗ Украины от 08.07.2010 г. № 541 «Про внесение изменений в план обучения и подготовки специалистов образовательного уровня «специалист» квалификации «врач-стоматолог» в высших учебных заведениях IV уровня аккредитации по специальности «стоматология», утвержденного приказом МОЗ Украины от 07.12.2009 г. № 929»;
- приказа МОЗ Украины от 31.01.2003 г. № 148 «Про мероприятия по реализации положений Болонской декларации в системе высшего медицинского и фармацевтического образования»;
- рекомендации по разработке программ обучающих дисциплин, утвержденных приказом МОЗ Украины от 24.03.2004г. № 152 «Про утверждение рекомендаций по разработке программ обучающих дисциплин» с внесенными коррективами и дополнениями, внесенными приказом МОЗ Украины от 12.10.2004г. № 492 «Про внесенные изменения и дополнения к рекомендации по разработке программ обучающих дисциплин»;
- инструкции про систему оценивания обучающей деятельности студента в условиях кредитно-модульной системы организации процесса обучения (Медицинского образования в мире и в Украине. Утверждено МОЗ Украины как обучающее пособие для преподавателей, магистров, аспирантов, студентов. Киев: «Книга плюс» 2005 г.)

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Для проведения производственной практики студентов 4 курса стоматологического факультета по «Терапевтической стоматологии» закрепляются базовые стоматологические поликлиники города, области и региона.

В лечебных учреждениях, согласно указаниям Минздрава Украины, за организацию и проведение практики отвечает главный врач стоматологической клиники.

Главные врачи выделяют из числа врачей ответственного за практику руководителя. Руководитель должен иметь стаж работы не менее 5 лет, быть аттестированным и иметь первую или высшую квалификационную категорию.

Перед началом прохождения практики руководитель по лечебному учреждению при участии ответственного ассистента проводит инструктаж по технике безопасности и беседы про:



- организацию работы в отделениях;



**основы медицинской деонтологии и
этическим особенностям
взаимоотношения с пациентами;**



**- асептику и антисептику, лечебно-
охранительному режиму.**

Порядок приема больных, своевременный приход и уход с работы, соблюдение правил техники безопасности обязательны для студентов наравне со штатными работниками учреждения.

Студенты проходят практику строго по утвержденному графику, не разрешается заканчивать практику досрочно, отрабатывать в один день по две смены.

В случае болезни во время практики, студент представляет на кафедру медицинскую справку, заверенную в деканате, и обязан отработать пропущенные часы на определенной базе.

В случае невыполнения студентом программы производственной практики без уважительной причины он не допускается к экзамену по производственной практике.

Студенты, своевременно не отчитавшиеся о прохождении производственной практики или не сдавшие экзамен по производственной практике, считаются не выполнившие учебную программу и к последующим занятиям в IX семестре не допускаются.

ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Согласно Программе по дисциплине «Терапевтической стоматология» и квалификационной характеристики выпускника по специальности 221 «Стоматология» за время прохождения производственной практики студент должен ознакомиться с организацией стоматологической помощи населению, структурой детской стоматологической службы со всеми ее подразделениями, закрепить теоретические знания и практические умения в обследовании стоматологических больных, постановке диагноза, проведении дифференциальной диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний, освоить все виды обезболивания на амбулаторном приеме.

Клиническая работа.

В клиническую работу студента входят все разделы стоматологии (кариес и его осложнения, некариозные поражения твердых тканей, заболеваний тканей пародонта, организация и проведение первичной и вторичной профилактики, диспансеризация).

Во время приема больного студент должен выясняет жалобы больного и анамнез заболевания, проводит клиническое обследование, которое включает внешний осмотр и осмотр полости рта, осматривает зубы, исследует их состояние, изучает данные лабораторных исследований и рентгенографии. Врач-руководитель производственной практики предоставляет студенту

возможность самостоятельно поставить диагноз и составить план лечения с применением методов, рекомендуемых в академии. В случае неясности, возникшей при постановке диагноза или при лечении больного обратиться за консультацией к куратору или назначить его на консультацию к преподавателю кафедры. Врач-руководитель должен помочь студенту проанализировать ошибки диагностики и лечения, если они имели место.

На амбулаторном приеме терапевтического профиля студент должен освоить тактику работы в полости рта: препаровка кариозной полости по выбранному методу препарирования, вскрытие и расширение коронковой полости зуба, механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, проведение мумифицирующих методов лечения, постановки корневой пломбы, отсроченное пломбирование и современные методы реставрации зубов, знать и использовать по показаниям физиотерапевтические методы (электрофорез, лазер, УВЧ, дарсонваль, кварц и т.д.); уметь выписывать различные лекарственные вещества, необходимые при лечении заболеваний тканей пародонта.

Студент должен показать себя профессионально грамотным, хорошо владеющим основными мануальными навыками; чутким и внимательным с пациентами; честным, доброжелательным и, в то же время, принципиальным в решении производственных вопросов, внимательным к сотрудникам; нравственно чистым на работе и в быту; выполнять все правила этики и деонтологии.

Санитарно-просветительская работа студента по плану отделения

Санитарно-просветительская работа, которую должен проводить студент, складывается из чтения лекций, бесед с больными (о профилактике осложнений, режиме питания, правилах гигиены полости рта и др.), оформления санитарных бюллетеней, профилактических мероприятий, проводимых поликлиникой.

Цель: научить студентов навыкам общения с пациентами с различной психикой и общесоматической патологией, использовать методы мотивации в стоматологическом просвещении.

Индивидуальные беседы с пациентами во время приема у стоматолога – 5 мин.

Индивидуальные беседы с пациентом в холле стоматологической поликлиники, отделения, кабинета перед приемом у стоматолога – 5 мин.

Проведение групповых бесед с пациентами в холле стоматологической поликлиники, отделения, кабинета перед приемом у стоматолога – 15 мин.

Составление памяток, брошюр для пациентов по профилактике стоматологических заболеваний.

Выпуск санитарных бюллетеней по основным разделам терапевтической стоматологии, профилактике и диспансеризации стоматологических заболеваний – 3 часа.

Перечень тем для санитарно-просветительской работы студента по плану отделения:

- Основные аспекты психологии работы с пациентами разных возрастных групп, для установления контакта при осмотре и лечении.
- Современные методы профилактики заболеваний тканей пародонта.
- Гигиена полости рта. Значение, правильный выбор предметов и средств гигиены с учетом возраста и наличия стоматологической патологии у пациентов разных возрастных групп.
- Особенности течения заболеваний тканей пародонта на фоне общесоматической патологии.
- Пульпит и периодонтит. Влияние хронической одонтогенной инфекции на макроорганизм.
- Значение рентгенографии при лечении заболеваний тканей пародонта.

- Влияние общих системных факторов на течение кариеса зубов.
- Значение анамнеза в планировании лечения заболеваний тканей пародонта.
- Факторы, влияющие на уровень заболеваемости кариесом, понятие о восприимчивости и резистентности зубов к кариесу и способы их определения.
- Периодонтит как одонтогенный очаг инфекции. Установление его взаимосвязи с соматическими заболеваниями.
- Профилактика осложненных форм кариеса.

Учебно-исследовательская работа студентов (УИРС)

Во время производственной практики студенты проводят учебно-исследовательскую работу, используя знания, которые они получили во время учебы, и результаты исследований, полученные при прохождении практики и работы с медицинской литературой.

Цель – привить студентам способность самостоятельного решения проблемных задач возрастающего уровня сложности. Роль преподавателя заключается в создании условий для самостоятельности в решении поставленной проблемы и включения в исследовательскую деятельность как участника исследования. Студенты проходят в целом все этапы исследовательского процесса:

- Реферативные сообщения, основанные на изучении литературных источников
- Клинико-статистическая работа на основе анализа истории болезни
- Клинические и экспериментальные исследования поискового характера

Итогом УИРС студента должен быть либо реферативный, либо научный доклад на конференции по итогам практики. Научный доклад может быть

представлен на заседание СНК кафедры или оформлен на конкурс студенческих научных работ.

Предлагаемые темы на УИРС:

1. Показания и эффективность применения в стоматологической практике современных пломбировочных материалов (по материалам поликлиники, отделения, кабинета).
2. Распространенность и интенсивность кариеса зубов, диагностика, лечение ранних форм кариеса (по материалам поликлиники, отделения, кабинета).
3. Состояние гигиены полости рта, определение гигиенического индекса.
4. Применяемые методы профилактики кариеса зубов у взрослого населения.
5. Различные методы дополнительного обследования пациентов со стоматологическими заболеваниями.
6. Выбор метода лечения пульпитов. Техника, методика, преимущества и недостатки каждого метода.
7. Взаимосвязь заболеваний тканей пародонта и общесоматической патологии.
8. Применение современных обезболивающих средств. Показания и противопоказания применения разных групп препаратов.
9. Обоснование широкого использования десинсебилизирующих средств, в практике терапевтической стоматологии.
10. Способы лечения зубов с периапикальными воспалительными процессами.

Врач-куратор активно помогает студенту в выполнении УИРС.

Определение итогов практики

Личной документацией студента является дневник производственной практики, к которому в хронологической последовательности он заносит все данные о проведенной работе: лично или участвуя в ней. На основе записей в дневнике оформляется итоговый отчет, в каком обобщаются данные о количестве принятых больных и проведенных манипуляций. Записи о проделанной работе ежедневно проверяются и визируются руководителем практики от базы и 2-3 раза на неделю – руководителем от университета.

В конце производственной практики в дневник записывается характеристика работы студента и его качеств как врача, которая подписывается заведующим стоматологическим отделением, руководителем от базы и университета и заверяется печатью лечебного учреждения.

Дифференцированный зачет по практике сдается студентами в последний день производственной практики. Критерием качества прохождения практики является усвоение практических навыков, умений, знаний, предусмотренных программой по производственной практике.

Защита производственной практики проводится строго по графику. Сдача зачета оценивается по 5-бальной системе на кафедре терапевтической, ортопедической и детской стоматологии Запорожского медицинского университета.

Студенты не защитившие производственную практику без уважительной причины считаются как не выполнившие программу и план обучения IX семестра.

Общая оценка с подписью преподавателя руководителя практики заносится к зачетной книжке студента и зачетно-экзаменационной ведомости (протокола).

Критерии оценки знаний студентов при сдаче зачета по производственной практике:

1. Оценку "отлично" следует ставить, когда студент полностью выполнил весь объем практических навыков в соответствии с программой производственной практики, знает на отлично теоретические вопросы курса практики. Принимал активное участие в учебно-исследовательской и санитарно-образовательной работе, дисциплинированный, грамотно и аккуратно вел всю документацию по производственной практике.
2. Оценку "хорошо" следует ставить в том случае, когда студент выполнил запланированный объем практических навыков, который предусмотрен программой практики; хорошо знает основные вопросы теоретического курса, принимал участие в учебно-исследовательской и санитарно-образовательной работе, дисциплинированный, грамотно и аккуратно вел всю документацию по производственной практике.
3. Оценку "удовлетворительно" следует ставить в том случае, когда студент выполнил лишь запланированный объем практических навыков, который предусмотрен программой практики; неуверенно знает основные вопросы теоретического курса, принимал участие в учебно-исследовательской и санитарно-осветительной работе, допускал неточности в ведении документации по производственной практике.
4. Оценку "неудовлетворительно" следует ставить в том случае, когда студент не выполнил минимума запланированного объема практических навыков, слабо знает основные вопросы теоретического курса, не принимал участия в учебно-исследовательской и санитарно-образовательной работе, допускал неточности в ведении документации по производственной практике, имел пропуски без уважительных причин.

ТРЕБОВАНИЯ К СТУДЕНТАМ ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

1. Студент должен прибыть на практику в указанное время, иметь с собой чистый медицинский халат, медицинскую шапочку и сменную обувь. Волосы должны быть аккуратно заправлены. Ногти коротко острижены, без покрытия лаком.

2. Перед приемом больного необходимо проверить исправность стоматологического кресла, бормашины, осветителя. После проверки студент приглашает пациента, усаживает его в удобное положение. Тщательным образом моет руки, одевает стерильные перчатки, берет набор стерильного инструмента и начинает прием. После окончания работы лоток с инструментами сдает для мойки и стерилизации. Кресло приводит в исходное положение, бормашину и светильник отключает.

При работе в клиническом зале студент должен придерживаться правил техники безопасности и противопожарной безопасности. Необходимо иметь средства защиты от инфекции – стерильные перчатки, защитные очки, маску и тому подобное.

3. Студент должен быть вежливым с персоналом поликлиники и пациентами.

4. Во время работы студент должен применять современные методы лечения, использовать знания и умения, полученные за время учебы. В случае расхождений по классификации данного заболевания или методики лечения с установками университета этот вопрос обговаривать с ассистентом – руководителем практики.

5. Студент должен ежедневно и тщательным образом вести дневник по установленной форме, в котором отражается выполненная работа. После окончания практики составляется отчет о выполненной работе.

6. Студент обязан аккуратно заполнять истории болезни.

- 7.Студент обязан выполнить задание по приему больных, указанное в методическом пособии.
- 8.Студент должен участвовать во врачебных конференциях и в санитарно-образовательных мероприятиях.
- 9.Студент должен прочитать лекцию для сотрудников поликлиники.
- 10.Студент должен проводить исследовательскую работу, предложенную на кафедре или руководителем практики.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ТЕКУЩЕЙ И ОТЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Отчётной документацией студента по производственной практике являются: дневник, соответствующий медицинской карте стоматологического больного (форма № 39/у), отчет о проделанной работе, аттестационный лист, а также отзыв руководителя производственной практике.

Дневник и другие отчетные формы заполняются в строгом соответствии с общепринятыми правилами ведения медицинской документации. Все записи производятся четким, хорошо читаемым, разборчивым почерком. Недопустимы исправления и необоснованные сокращения слов.

ПЕРВИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНОЙ, ВПЕРВЫЕ ОБРАТИВШИЙСЯ В ПОЛИКЛИНИКУ В ТЕКУЩЕМ ГОДУ.

ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАПОЛНЕНИЕ ВСЕХ ЕЁ ГРАФ И РАЗДЕЛОВ (ДИАГНОЗ, ЖАЛОБЫ, ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, АНАМНЕЗ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР, ВНУТРИРОТОВОЙ ОСМОТР, ПРИКУС, СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР, ОПИСАНИЕ РЕНТГЕНОГРАММ, ЛЕЧЕНИЕ).

ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ УЖЕ ПОСЕЩАВШЕГО РАНЕЕ ДАННУЮ ПОЛИКЛИНИКУ БОЛЬНОГО ЗАПИСИ СЛЕДУЮТ В ТАКОМ ПОРЯДКЕ: ДАТА, ЖАЛОБЫ (ПРИ ИХ ОТСУТСТВИИ – САНАЦИЯ ПОЛОСТИ РТА), ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ, ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ.

В случае если больной нуждается в освобождении от учебы в амбулаторной карте обязательно отмечаются жалобы на имеющееся нарушение общего состояния (озноб, слабость, головная боль, высокая температура и т.д.), а также все другие основания для заключения о временной нетрудоспособности.

ДНЕВНИК ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ ВЕДЕТСЯ В ОБЩЕЙ ТЕТРАДИ (48-96 СТР.).

НА ПЕРВОЙ СТРАНИЦЕ ДНЕВНИКА ДОЛЖНЫ БЫТЬ УКАЗАНЫ:

- ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО СТУДЕНТА (ПОЛНОСТЬЮ),
- НОМЕР СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЫ,
- ОФИЦИАЛЬНОЕ НАЗВАНИЕ БАЗЫ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ, Ф.И.О. ВРАЧА – НЕПОСРЕДСТВЕННОГО РУКОВОДИТЕЛЯ ПРАКТИКИ,
- СРОКИ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ И ДО КОНЦА ДНЕВНИКА ЗАПИСИ ВЕДУТСЯ В ФОРМЕ ТАБЛИЦЫ (СМ. ТАБ. 1):

Таблица 1

№ п/п	Дата	ФИО, возраст	I/ II	Жалобы и анамнез заболевания	Данные объективного обследования, зубная формула	Диагноз русским и латинским языком	Проведенное лечение (что сделано, этапы лечения, пропись медикаментозных средств)	УЕТЫ	Подпись руковод ителя
1	07.06	Иванов Петр Иванович, 32 года	I	На кровоточивость во время приема пищи. Ощущение боли в десне	Десна верхней и нижней челюсти гиперемированна, отечна. Легко кровоточит при дотрагивании	Острый катаральный гингивит Gingivitis acuta cataralis	Проф. гигиена полости рта, антисептическая обработка. Обучение гигиеническим мероприятиям. Рекомендации на дом.		

Под таблицей дневника, по окончании производственной практики обязательно ставят свои подписи:

Врач – куратор:

подпись

Гл. врач (нач. мед.):

Подпись

Студент ежедневно заполняет все графы дневника таким образом, чтобы можно было получить ясное представление о количестве и качестве *самостоятельно* выполненных манипуляций или при *ассистиовании* врачу-куратору.

В первой колонке:

в начале каждого рабочего дня указывается дата, затем – порядковый номер принятого больного в виде дроби:

в числителе – порядковый номер больного в текущий рабочий день

в знаменателе – сквозная нумерация больных, принятых на этот момент за все время практики.

Во второй колонке – необходимые паспортные данные больного, номер его амбулаторной карты

В третьей колонке - подробно формулируется жалобы пациента или сопровождающих лиц при проведении сбора анамнеза заболевания

В четвертой колонке – запись данных осмотра по ВОЗ и клинический диагноз, при этом недопустимо сокращение слов, использование символов и условных обозначений.

В случае повторного посещения больного с тем же заболеванием, диагноз записывают, так же, как и в первое посещение.

В графе "Объективно, диагноз" объективные данные вносятся в объеме, необходимом для обоснования проводимого лечения. При этом следует перечислить данные основных и дополнительных методов обследования стоматологического больного с учетом возраста пациента, являющиеся обоснованием лечебных мероприятий.

В пятой колонке - описываются *самостоятельно* выполненные студентом лечебные действия или при *ассистировании* куратору практики. При описании местного обезболивания необходимо указать какая методика местной анестезии используется. Особое внимание при этом следует обратить на соответствие применяемого обезболивания характеру и объему проводимого лечебного вмешательства соответственно возрасту ребенка. В обязательном порядке следует указать наименование, количество и концентрацию введенного местного анестетика, а также принцип препарирования, медицинские препараты и стоматологические материалы, рационально выбранные соответственно возрасту ребенка, диагноза и кариесогенной ситуации в полости рта.

Правильность и достоверность записей в дневнике ежедневно проверяется врачом-куратором – непосредственным руководителем практики, который вносит в них свои замечания и *ежедневно, после окончания рабочего дня заверяет их своей подписью*. Все принятые студентом больные должны быть внесены в дневник и лист ежедневного учета работы врача-куратора.

В последний день практики:

Студент должен полностью заполнить все разделы дневника

Составить отчёт о проделанной работе с подсчитанными итоговыми цифрами по разработанной на кафедре форме (см. приложение 5)

Заведующий отделением, и врач-куратор дают студенту характеристику-отзыв (см. приложение 6) и оценивают его работу по пятибалльной шкале, что будет учтено при выставлении итоговой экзаменационной оценки.

При написании характеристики должны быть отражены:

- степень владения практическими навыками и манипуляциями;
- уровень теоретической подготовки;
- качество оформления медицинской документации;
- активность в практической работе с больными;
- участие в проведении санитарно-просветительской работы;
- соблюдение врачебной этики и деонтологии, а также трудовой дисциплины;
- характеристику и все отчетные документы подписывают врач-куратор;
- заведующий отделением и главный врач, подписи скрепляются круглой;
- печатью лечебного учреждения.

Памятка для студентов 4 курса, которые проходят производственную практику по специальности "Терапевтическая стоматология"

Производственная практика является важнейшей частью учебного процесса. Невыполнение всей программы производственной практики служит основанием для исключения из академии.

Отчет о прохождении производственной практики студент обязан сдать в течение 2-3 дней после ее окончания. О лицах, не отчитавшихся о практике и не получивших зачет в срок, указанный выше, кафедрой подается представление на отчисление из академии.

Отчет о производственной практике принимается на кафедре при наличии следующих документов:

- характеристики, заверенной главным врачом;
- дневника со всеми заполненными графами, заверенного главным врачом;
- сводного отчета об объеме выполненной работы, заверенной главным врачом;
- зачетной книжки.

Критерии зачета:

Качественное выполнение студентом всего объема работ, предусмотренных программой производственной практики, а также отсутствие нарушений трудовой дисциплины, нашедшие отражение в характеристике, заверенной подписями, базового и вузовского руководителей производственной практики и печатью стоматологической поликлиники или ЛПУ.

Уверенное выполнение практических умений, оценивающийся комиссией при сдаче зачета с оценкой не ниже «удовлетворительно».

Правильные ответы не менее чем на 70% теоретических вопросов из числа вынесенных на зачет (см. ниже), а также задаваемых при собеседовании по содержанию дневниковых записей и по ситуационным задачам.

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература:

1. Борисенко А.В. Кариес зубов. - Киев: "Книга плюс", 2005. - 415с.
2. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. - Киев: Здоровье, 2000. - 462с.
3. Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф.- Заболевания пародонта. - Москва, Медицинская книга - 2003. - 248с.
4. Сидорова А.І., Павленко С.А., Павленкова О.В. Производственная практика в качестве врача стоматолога-терапевта. Организация и проведение. Медицинская документация. - Полтава, 2010. - 170с.
5. Терапевтическая стоматология: Ученик для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В. Боровского. - М., Мед.инф. Агентство, 2004. - 798 с. Терапевтическая стоматология: Підручник. - В 4 томах/ М.Ф.Данилевський, А.В.Борисенко, А.М.Політун, Л.Ф.Сідельнікова, О.Ф.Несин. - К.: Здоровье, 2004. - Т. 1, Т.2. - 400 с., 400с.
6. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов высших медицинских учебных закладів IV уровня аккредитации в двух томах/ за ред. проф. Ніколішина А.К.- Т.І, II. - Полтава: Дивосвіт, 2007. - 320с., 280с.
7. Царев Н.В., Ушаков Р.В. Местное антимикробное лечение в стоматологии. - Москва - 2004. - 134с.
8. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта - Москва: "Медпрессинформ", 2004. - 200с.
9. Диагностика и дифференциальная диагностика кариеса зубов и его осложнений. Учебное пособие. / [В.Ф. Михальченко, Л.И. Рукавишникова, Н.Н. Триголос] - М.: АОр «НПП «Джангар», 2006. – 104 с.
10. Протоколи надання стоматологічної допомоги / За ред. головного стоматолога МОЗ України, заслуженого лікаря України, канд. мед. наук Ю.З. Опанасюка // Київ: ТОВ ВІЩ – «Світ сучасно ї стоматології», 2005. – 506 с.
11. Терапевтическая стоматология / [Е.В. Боровский, Ю.Д. Барышева, Ю.М. Максимовский и др.]; под ред. Е.В. Боровского. – М.: 000 «Медицинское Информационное Агентство», 2007. – 544 с.
12. Терапевтична стоматологія / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко]; за ред. проф. А. К. Ніколішина. — Т. І. — Полтава: "Дивосвіт", 2005. — 392 с.

13. Терапевтична стоматологія: Підручник. / [М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М.Політун, Л.Ф. Сідельнікова]. – К.: Здоров'я, 2004. Т. 2. – 400 с.

Дополнительная литература:

1. Рабочая программа по врачебной производственной практике по терапевтической стоматологии для студентов 4 курса. 2016 год
2. Бургонский В.Г. Современная технология местного обезболивания в стоматологии. - Киев, 2005. - 31с.
3. Грохольский А.П., Кодола Н.А., Центило Т.Д. Назубные отложения : их влияние на зубы, околозубные ткани и организм. - К.: Здоров'я, 2000. - 160с.
3. Заболевания пародонта : Атлас/ Н.Ф.Данилевский. - М.: Медицина, 2009. - 101с.
4. Ковалев Є. В., Марченко І. Я., Шундрік М. А. Обследования больного и диагностика одонтопатології в клинике терапевтической стоматологии. - Полтава: "Чудо-мир", 2006. - 140с.
5. Косенко К.Н., Терешина Т.П. Профилактическая гигиена полости рта. - Одесса: Изд-во КПОГТ, 2003. - 288с.
6. Модель ведения стоматологического приема пациентов / Ю.В.Опанасюк, О.В.Ляшенко, І.В.Опанасюк, В.В.Кривець // Киев: ООО "Институт прогрессивных стоматологических технологий", 2005. - 90с.
7. Приказ МОЗ Украины "Об утверждении нормативов предоставления медицинской помощи и показателей качества медицинской помощи" за № 507 от 28.12.2002 г.
8. Павленко М. Алгоритмы лечения стоматологических заболеваний / Львов: Гал-Дент, 2006. - 56с.
9. Указ Президента Украины от 21.05.2002 г. №475/2002 "О Программе профилактики и лечения стоматологических заболеваний на 2002 - 2007 гг".
10. Улитковский С.Б. Практическая классификация зубных щеток // Пародонтология. - 2008. - №3. - С. 43 - 44.
11. Улитковский С.Б. Современные средства гигиены полости рта // Terra medica. - 2005. - №1. - С. 38 - 30.

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРОИЗВОДСТВЕННУЮ ПРАКТИКУ

Студент _____

(фамилия, имя, отчество)

Направляется на _____ практику в

(вид практики)

в город _____

на клиническую базу _____

(название лечебного заведения)

Срок практики с _____ по _____ 20__ г.

Заведующий производственной практикой от ВМНЗУ

(фамилия, имя, отчество, должность)

Декан факультета _____

Руководитель практики от лечебного заведения

(фамилия, имя, отчество, должность)

Прибыл в лечебное заведение " ____ " ____ в 20__ г.

М.П.

Подпись ответственного лица _____

Выбыл из лечебного заведения " ____ " ____ в 20__ г.

М.П.

Подпись ответственного лица _____

Д Н Е В Н И К
производственной практики
по терапевтической стоматологии

студента 4 курса _____ группы

(фамилия, имя, отчество)

Место прохождения практики (город, район, область):

_____.

Наименование лечебного учреждения:

Непосредственный руководитель практики (врач-куратор):

Сроки прохождения производственной практики:

с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

Срок сдачи отчётной документации
кафедральному руководителю практики: _____ 20__ г.

ФОРМА ТЕКСТОВОГО ОТЧЕТА СТУДЕНТА

1. Короткая характеристика базы (по мнению студента).
2. Оснащение и обеспечение базы инструментарием и пломбировочными материалами.
3. Ежедневная нагрузка.
4. Взаимоотношения студента и сотрудников базового лечебного учреждения.
5. Отметить, что нового студент усвоил во время прохождения производственной врачебной практики.
6. Пожелание и предложения относительно улучшения проведения производственной практики (мнение студента).

Подпись студента _____

(примерный образец)

Дана студенту 4 курса стоматологического факультета ____ группы
Ф.И.О. _____ проходившего
производственную практику по терапевтической стоматологии в

полное	официальное	название	учреждения)
--------	-------------	----------	-------------

Трудовую дисциплину выполнял (а). К работе относился (лась) добросовестно, активно. При освоении практических умений показал(а) _____ (хороший, недостаточный и т.п.) уровень теоретической подготовки по вопросам терапевтической стоматологии. За время прохождения практики выполнил(а) программу практики в полном объеме ____%, освоил(а) практические умения в объеме ____%. Выполнял(а) санитарно-просветительную работу в отделении, подготовил(а) бюллетеней _____, провел(а) бесед с пациентами.

Нарушения трудовой дисциплины _____ (имеет, не имеет).

В отношениях с персоналом, пациентами соблюдал (а) правила этики и деонтологии. Отношение с персоналом, пациентами

_____ (охарактеризоват

 $\mathbf{b})$.

Оценка по производственной практике _____

М. П.
Учреждения

Подпись врача-куратора ...

Подпись _____ зав. ...
отделением _____

20 Г.

Подпись главного врача ...

РЕЦЕНЗИЯ НА ДНЕВНИК

Непосредственный руководитель практики _____

(ФИО, подпись)

Руководитель практики от кафедр _____

(ФИО, подпись)

ПРИМЕЧАНИЕ. При написании рецензии на дневник следует отобразить такие показатели: уровень теоретической подготовки студента, овладения практическими навыками, знания рецептуры, соблюдение основ этики и деонтологии, отношения студента к овладению новыми практическими навыками, знанию правил оформления медицинской документации и дневника.

Оценка за практику _____

(прописью)

" _____ " _____ 200 _____ год.

(день защиты практики)

Подпись руководителя практики от кафедры _____

(ФИО, подпись)

ПЕРЕЧЕНЬ
минимума практических навыков для усвоения во время
производственной практики по терапевтической стоматологии для
студентов 4 курса

Наименование навыков	Запланировано	Выполнено
Количество отработанных дней	10	
Принято больных, из них:	30-40	
- первичных	10-15	
- повторных	20-30	
Лечение кариеса	20	
Лечение пульпита, в том числе методом:	4	
- Ампутации и экстирпации;	2	
- За один прием под. анестезией;	1	
- Биологическим методом	1	
Лечение периодонтита, в том числе:	4	
- За один прием	1	
Обработка и пломбирование корневых каналов:	10	
- Твердующими пастами;	6	
- Пастами с гуттаперчей	3-4	
Наложение пломб и повязок:	25-30	
- Из временных материалов;	5-10	
- Из цементов;	10	
- Из пластмассы и композитных материалов	10	
Обучение гигиене полости рта	15	
Определение индекса гигиены полости рта	10	
Определение состояния пародонта по индексу	15	
Рассела, РГА, индексом гингивита, пародонтита,	10	

СРИ	10	
Проведение профессиональной чистки зубов	10	
Инструментальное удаление зубных отложений	5-8	
Лечение папиллита, гингивита	5	
Лечение пародонтита	20	
Проведение ирригации, инстилляций, аппликации		
Проведение закрытого кюретажа пародонтальных карманов	1	
Применение электроодонтодиагностики	2-3	
Проведение электрофореза	3	
Проведение УВЧ-терапии	3	
Участие во врачебных конференциях	1	
Санитарно-просветительская работа:		
- Выпуск санбюлетней;	1	
- Проведение бесед	5	

Другие виды и формы _____

ВЫВОД

Руководителя от кафедры по производственной практике студента

Руководитель практики от кафедры _____

(ФИО, подпись)

ПРИМЕЧАНИЕ. При написании рецензии на дневник следует отобразить такие показатели: уровень теоретической подготовки студента, овладения практическими навыками, знания рецептуры, соблюдения основ этики и деонтологии, отношения студента к овладению новыми практическими навыками, знанию правил оформления медицинской документации и дневника.

Оценка за практику _____

(прописью)

" _____ " _____ 200__ год.

(день защиты практики)

Подпись руководителя практики от кафедры _____

(ФИО, подпись)

РАСЧЕТ**Выполненной работы в трудовых единицах**

1. Наложение пломб при поверхностном и среднем кариесе:	
а) из цемента I-V класс	1 ед.
II-III класс	1,5 ед.
IV класс	2 ед.
б) из композитного материала химического отверждения:	
I-V класс	1,5 ед.
II-III класс	2 ед.
IV класс	2,5 ед.
в) из светоотверждаемого материала (сэндвич техника)	
I-V класс	4 ед.
II-III класс	5 ед.
IV класс	6,5 ед.
2. Наложение пломбы при глубоком кариесе:	
а) з цементу: I-V класс	1,5 ед.
II-III класс	2,0 ед.
IV класс	2,5 ед.
б) из композиционного материала химического отверждения или из пластмассы:	
I-V класс	2,0 ед.
II-III класс	2,5 ед.
IV класс	3,0 ед.
в) из стветоотверждаемого материала (сэндвич техника)	
I-V класс	4,5 ед.
II-III класс	5,5 ед.
IV класс	7,0 ед.
3. Лечение пульпита в одно посещение (без наложения пломбы)*	
	2,5 ед.

Однокорневого зуба	3,5 ед.
Двухкорневого зуба	4,5 ед.
Трехкорневого зуба	
4. Лечение пульпита в два посещения (без наложения пломбы)*	2 ед.
Однокорневого зуба	3 ед.
Двухкорневого зуба	4 ед.
Трехкорневого зуба	
5. Лечение периодонтита в одно посещение (без наложения пломбы)	2 ед.
Однокорневого зуба	3 ед.
Двухкорневого зуба	4 ед.
Трехкорневого зуба	
Прием больных с заболеваниями пародонта	
Медикаментозная обработка пародонтальных карманов	1 ед.
Снятие мягкого налета и полировка пастой	1 ед.
Аппликация лекарственных препаратов	0,5 ед.
Проведение профилактической гигиены одного зуба (снятие зубного камня, шлифовка, полировка) ручным методом	1,0 ед.
* - Суммируется с лечением глубокого кариеса в соответствии с классом и материалами	

Образцовая тематика лекций и бесед среди населения:

1. Профилактика заболеваний тканей пародонта.
2. Гигиена полости рта.
3. Профилактика кариеса и его осложнений.
4. Здоровые зубы – залог здоровья.
5. Кариес и его осложнение.
6. Профилактика основных стоматологических заболеваний.
7. Воздействие вредных привычек и нерационального способа питания на состояние полости рта.
8. Обезболивание в терапевтической стоматологии.
9. Связь стоматологических заболеваний с патологией внутренних органов.

САНИТАРНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ РАБОТА

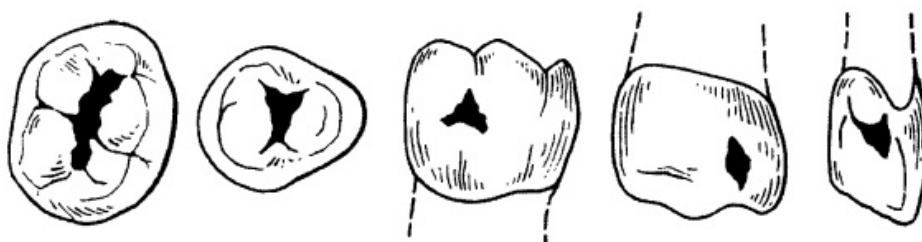
Дата	Наименование лекции, беседы	Количество присутствующих

Классификация заболеваний твердых тканей зубов

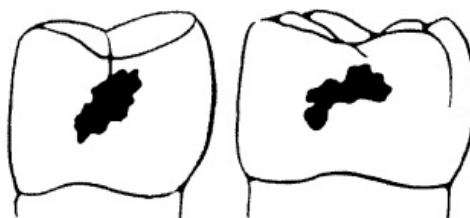
Классификации кариеса по Блэку

Классификация кариозных образований на поверхности зубов по Блэку была предложена в 1896 году с целью определения стандартов лечения для каждого отдельного клинического случая.

1 класс: кариозные поражения ямок, фиссур и естественных углублений жевательных, небных или щечных поверхностей зубов — так называемый фиссурный кариес.



2 класс: кариес контактных поверхностей моляров и премоляров.



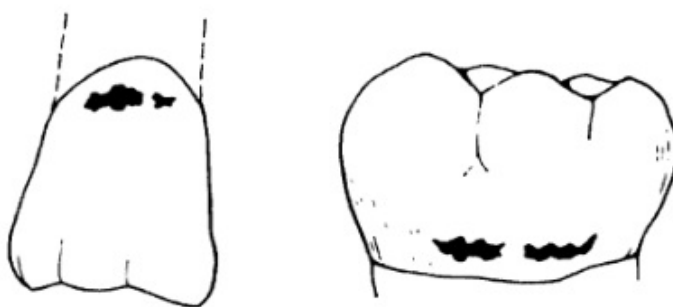
3 класс: включает в себя кариес контактной поверхности резцов и клыков, не затрагивающий целостности их режущих краев.



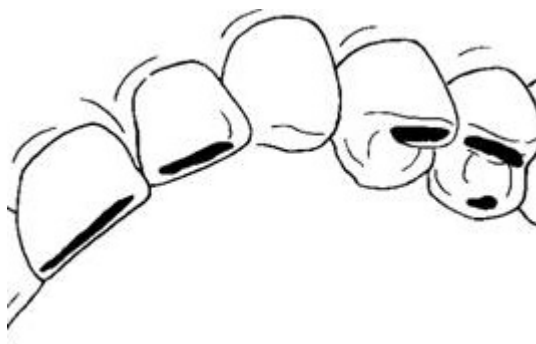
4 класс: поражение резцов и клыков, нарушающее целостность их режущего края.



5 класс: включает в себя поражение вестибулярной поверхности всех групп зубов — пришеечный кариес.



6 класс: относят кариес, располагающийся на буграх коренных зубов и режущих краях резцов и клыков.



Классификация по МКБ-10 (Всемирная организация здравоохранения):

- Кариес эмали (в стадии белого пятна, начальный кариес)
- Кариес дентина
- Кариес цемента
- Приостановившийся кариес
- Другой уточненный кариес
- Неуточненный кариес зуба

По Лукомскому (1954 г.)

- Кариес в стадии пятна
- Поверхностный
- Средний
- Глубокий



Кариес эмали (по МКБ) соответствует поверхностному и кариесу в стадии пятна (по отечественной);

Кариес дентина включает в себя как средний, так и глубокий кариес.

По локализации:

- Фиссурный
- Пришеечный
- Аппроксимальный

По интенсивности:

- Единичные поражения

Множественные поражения

По течению:

- Острый (быстротекущий)
- Медленнотекущий
- Компенсированный

По осложнениям:

- Неосложненный (эмали, дентина, цемента)
- Осложненный (пульпит, периодонтит)

По первичности возникновения процесса:

- Первичный – развивается на новом месте, где ранее была здоровая зубная ткань
- Вторичный – возникает на уже залеченных зубах (вокруг пломб)

Классификация пульпитов:

Существует несколько классификаций, но на сегодняшний день на постсоветском пространстве, в основном, используется классификация Платонова. По этой классификации пульпиты подразделяют на следующие виды:

1. Острый пульпит

- *Очаговый* – это частичное поражение коронковой пульпы острого характера;
- *Диффузный* - представляет собой острое поражение всей пульпы;

2. Хронический пульпит

- *Фиброзный* – это экссудативное поражение пульпы зуба.
- *Гипертрофический* – это хроническое поражение пульпы, с выраженными пролиферативными явлениями;
- *Гангренозный* – это хроническое поражение пульпы с выраженной альтерацией сосудисто-нервного пучка;

3. Обострение хронического пульпита

Классификация по МКБ-10 (Всемирная организация здравоохранения):

В 1997 году ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения) приняла новую классификацию, согласно которой:

К04.0 Пульпит

К04.00 Начальный (гиперемия)

К04.01 Острый

К04.02 Гнойный

К04.03 Хронический

К04.04 Хронический язвенный

К04.05 Хронический гиперпластический

Следует отметить, что классификация ВОЗ является своеобразной модификацией классификации Платонова. Так острый очаговый пульпит из первой классификации полностью соответствует К04.01, острый диффузный – К04.02, хронический фиброзный – К04.03, гипертрофический – К04.05, а гангренозный – К04.04.

Классификация пульпитов ММСИ:

1. Острый:

- серозный;
- очаговый
- гнойный;
- диффузный гнойный.

2. Хронический:

- фиброзный;
- гангренозный;
- гипертрофический.

3. Обострение хронического пульпита:

- обострение фиброзного;
- обострение гангренозного.

4. Состояние после частичного или полного удаления пульпы.

Классификации периодонтитов:



Классификация периодонтитов по Лукомскому:

Острый периодонтит:

- Серозный
- Гнойный

Хронический периодонтит

- Фиброзный
- Гранулирующий
- Гранулематозный

Классификация периодонтитов ВОЗ:

В 1997 году ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) предложил альтернативу данной классификации:

K04.4 Острый верхушечный периодонтит;

K04.5 Хронический верхушечный периодонтит;

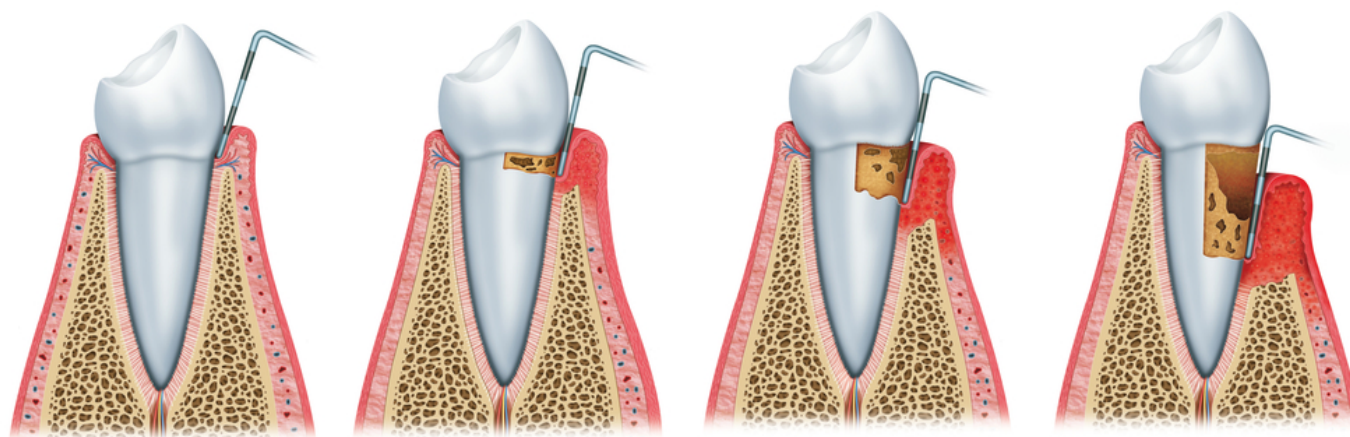
K04.6 Периапикальный абсцесс со свищем;

K04.7 Периапикальный абсцесс без свища;

K04.8 Радикулярная киста;

K04.9 Неуточненные заболевания пульпы зуба и периапикальных тканей;

Классификации заболеваний тканей пародонта:



Классификация заболеваний пародонта по ARPA:

была основана на принципе выделения основных характерных патологических процессов — воспалительных, дистрофических и опухолевых заболеваний и выглядела следующим образом:

1. Воспалительные пародонтопатии:
 - а) поверхностная воспалительная пародонтопатия (гингивит);
 - б) глубокая воспалительная пародонтопатия (пародонтит).
2. Дистрофическая пародонтопатия (пародонтоз).
3. Смешанная пародонтопатия (дистрофический пародонтоз, воспалительный пародонтит).
4. Идиопатический внутренний пародонтоз (десмодонтоз, юношеский пародонтоз).
5. Неопластическая пародонтопатия (пародонтома).

Классификация заболевания пародонта согласно Международной классификации болезней (МКБ-10):

K05 Гингивит и болезни пародонта

K05.0 Острый гингивит, за исключением острого перикоронарита, острого язвенно-некротического гингивита

K05.00 Острый стрептококковый гингивит

K05.08 Другие специфические острые гингивиты

K05.09 Острый неспецифический гингивит

K05.01 Хронический гингивит

K05.10 Простой маргинальный

K05.11 Гиперпластический

K05.12 Язвенный

K05.13 Десквамативный

K05.18 Другие неспецифические хронические гингивиты

K05.19 Хронический неспецифический гингивит

K05.2 Острый пародонтит

K05.20 Пародонтальный абсцесс

K05.22 Острый пародонтит

K05.28 Другие острые неспецифические пародонтиты

K05.29 Острый неспецифический пародонтит

K05.3 Хронический пародонтит

K05.30 Простой

K05.31 Сложный

K05.32 Хронический перикоронарит

K05.33 Гипертрофия сосочка

K05.38 Другие хронические перикоронариты

K05.39 Хронический неспецифический перикоронарит

K05.4 Пародонтоз (периодонтоз)

K05.5 Другие болезни пародонта

Классификация заболеваний пародонта принята в РФ (Ереванская):

Решением XVI Пленума Всесоюзного научного общества стоматологов (1983) была утверждена классификация болезней пародонта для применения в научной педагогической и лечебной работе. В ее основу также был положен нозологический принцип, который использует воз. в 2001 г. на заседании

Президиума секции пародонтологии Русской академии стоматологии в классификацию были внесены определенные изменения (выделены курсивом).

I. Гингивит — воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления и проявлений деструктивных процессов в других частях пародонта.

Форма: катаральный, язвенный, гипертрофический.

Течение: острое, хроническое.

Фазы процесса: обострение, ремиссия.

Распространенность процесса: локализованный (очаговый), генерализованный.

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

Течение: хроническое, быстро прогрессирующее (агрессивное).

Фазы процесса: обострение (абсцедирование), ремиссия.

Степень тяжести процесса:

- легкая — пародонтальные карманы не более 4 мм;
- средняя — пародонтальные карманы от 4 до 6 мм;
- тяжелая — пародонтальные карманы глубиной более 6 мм.

Распространенность процесса: локализованный (очаговый), генерализованный.

III. Пародонтоз — атрофически-дистрофический процесс, распространяющийся на все структуры пародонта.

Течение: хроническое.

Тяжесть процесса: легкая, средняя, тяжелая (в зависимости от степени обнажения корней зубов: до 4 мм, 4—6 мм, более 6 мм).

Распространенность: процесс только генерализованный.

IV. Синдромы, которые проявляются в тканях пародонта.

Включены поражения тканей пародонта при синдромах Папийона — Лефевра, Иценко — Кушинга, эозинофильной гранулеме (болезни Таратынова), болезнях крови и т.д.

V. Пародонтомы — опухоли и опухолеподобные процессы в пародонте: фиброматоз десен, пародонтальная киста, эпulis.

Течение: хроническое.

Распространенность процесса: локализованный (очаговый), генерализованный.

Формы: выделяются для каждого опухолеподобного процесса.

Классификация заболеваний пародонтита принята в Украине:

Подобный подход был отражен и в предложенной Н.Ф. Данилевским (1994) классификации заболеваний пародонта. Республиканская конференция стоматологов Украины (Одесса, 1998) рекомендовала использовать ее как рабочую классификацию в учебных и лечебных учреждениях страны. Учитывая выделение в международных классификациях как отдельной формы агрессивного генерализованного пародонтита, считаем целесообразным также выделить эту форму в разделе идиопатических заболеваний пародонта.

1. Воспалительные заболевания

Папиллит, гингивит

Форма: катаральный, гипертрофический, язвенный.

Течение: острое, хроническое.

Глубина поражения: мягкие ткани, остеопороз межальвеолярных перегородок.

Распространенность процесса: ограниченный, диффузный.

Локализованный пародонтит.

Форма: катаральный, гипертрофический, язвенный.

Течение: острое, хроническое.

Глубина поражения: мягкие ткани и альвеолярная кость.

Степень развития: начальная, I, II, III.

Распространенность процесса: ограниченный.

2. Дистрофически-воспалительные заболевания

Генерализованный пародонтит

Течение: хроническое, обострившееся, стабилизация.

Степень развития: начальная, I, II, III. Распространенность процесса: диффузное поражение пародонта.

Пародонтоз

Течение: хроническое.

Степень развития: начальная, I, II, III.

Распространенность процесса: диффузное поражение пародонта.

3. Прогрессирующие идиопатические заболевания

Сопровождающие заболевания крови:

Лейкоз, циклическая нейтропения, агранулоцитоз.

Гистиоцитоз X:

болезнь Леттерера — Зиве, болезнь Хенда — Шюллера - Кристчена, эозинофильная гранулема (болезнь Таратынова).

Сопровождающие нарушения обмена:

болезнь Ниманна — Пика, болезни Гоше, синдром Папийона — Лефевра.

Поражения пародонта при иммунодефицитных состояниях:

синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), агрессивный пародонтит (локализованный, генерализованный).

При врожденных заболеваниях:

болезнь Дауна, акаталазия.

Продуктивные процессы (пародонтомы)

Доброкачественные, злокачественные.

Классификация заболеваний пародонта принята Международной рабочей группой:

В 1999 г. Международная рабочая группа по заболеваниям пародонта (International Work shop for the classification of the periodontal diseases) утвердила последнюю редакцию классификации заболеваний пародонта (G.C. Armitage, 1999).

1). Заболевания десны:

I. Гингивит, индуцированный зубной бляшкой.

II. Гингивит, который возникает при отсутствии зубной бляшки.

2). Хронический пародонтит:

- I. Локализованный.
- II. Генерализованный.

3). Агрессивный пародонтит:

- I. Локализованный.
- II. Генерализованный.

4). Пародонтит, ассоциированный с системными заболеваниями.

Некротические заболевания пародонта:

- I. Язвенно-некротический гингивит.
- II. Язвенно-некротический пародонтит.

5). Абсцессы пародонта:

- I. Десневой абсцесс.
- II. Пародонтальный абсцесс.
- III. Перикоронарный абсцесс.

6). Пародонтит, связанный с эндодонтическими поражениями.

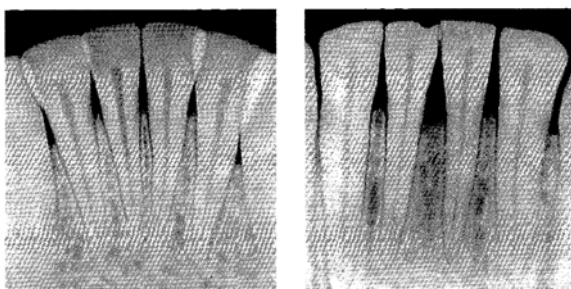
7). Приобретенные и наследственные деформации и нарушения.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ:

Рентгенография — основной метод оценки состояния костной ткани. Он позволяет уточнить диагноз, провести дифференциальную диагностику, изучить степень распространенности процесса в костной ткани, его динамику, определить полноценность костного ложа, связочного аппарата, выбрать наиболее рациональные ортопедические конструкции, контролировать эффективность лечения. Оценивая по рентгенограмме состояние костной ткани челюстей, следует учитывать большое количество вариантов строения альвеолярного отростка.

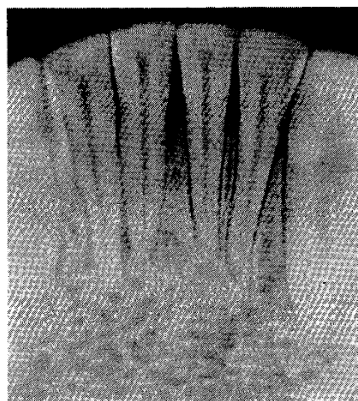
При анализе рентгенограмм следует обращать внимание на форму, высоту, состояние верхушки межальвеолярных перегородок, степень минерализации губчатого вещества, состояние кортикального слоя и т. п. Особый интерес представляет рентгенологическая структура межальвеолярных перегородок. Анатомическая структура и форма перегородок не являются стандартными, они имеют индивидуальные отклонения, различные варианты которых могут быть ошибочно приняты за патологические изменения.

Наиболее часто отмечаются вариабельность анатомического строения перегородок у детей и молодых людей. Эти вариации довольно разнообразны и касаются как формы, высоты и структуры верхушек перегородок, так и состояния кортикального слоя, а также степени минерализации всей перегородки (Рис. 2). Чаще всего наблюдаются различия в строении перегородки между центральными резцами.

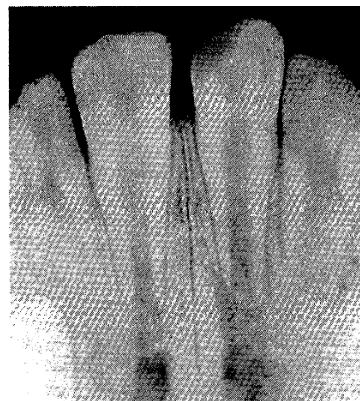


1

2



3



4

Рисунок 2 Варианты формы вершшек межальвеолярных перегородок на рентгенограммах 42, 41, 31, 32 зубов:

1 — форма заостренного копья; 2 — полулунная форма; 3 — раздвоенная межальвеолярная перегородка; 4 — раздвоенная межальвеолярная перегородка с двумя выступами разной высоты

Верхушка межальвеолярных перегородок на рентгенограммах нижней челюсти в боковой проекции у детей 4—5 лет располагается несколько выше эмалево-цементного соединения, а у детей 6—7 лет даже несколько ниже в зависимости от сформированности корня зуба (Рис. 3). Если коронка прорезалась не полностью, верхушка межальвеолярной перегородки значительно выше эмалево-цементного соединения. По мере прорезывания коронки зуба и формирования корня изменяется высота верхушки и устанавливается на уровне эмалево-цементного соединения.



1

2

3

Рисунок 3 Возрастные колебания высоты межальвеолярных перегородок на рентгенограммах 34, 35, 36 (1, 2) и 74, 75, 36 зубов (3)

Положение вершины ниже эмалево-цементного соединения в сменном прикусе на 1—2 мм не следует рассматривать как атрофию перегородки, если выявлен неповрежденный компактный слой вершины, в возрастном аспекте также происходят изменения структуры губчатого вещества кости, характера петлистости костных балок, отмечается закономерность развития от крупнопетлистого рисунка к средне- и мелкопетлистому.

Основные рентгенологические симптомы патологических изменений в тканях пародонта:

Основными рентгенологическими симптомами патологических изменений пародонта являются (Рис. 4):

- деструкция кортикального слоя (пластинки) вершин межальвеолярных перегородок;
- остеопороз кости альвеолярного отростка;
- расширение периодонтальной щели;
- снижение высоты межальвеолярных перегородок и образование костных карманов.

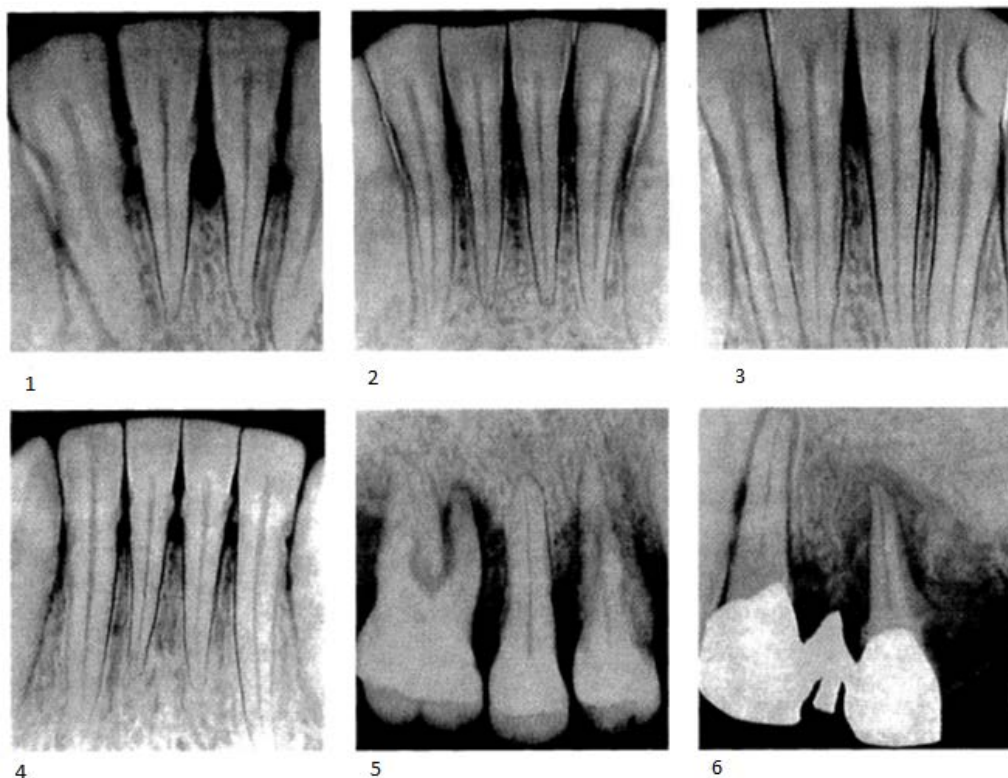


Рисунок 4 1— деструкция компактной пластинки кости межальвеолярных перегородок; 2 — остеопороз; 3 — расширение периодонтальной щели у верхушки межальвеолярных перегородок; 4 — резорбция межальвеолярных перегородок; 5 — рентгенограмма 16, 15, 14 зубов: образование костных карманов; 6 — рентгенограмма 13, 12, 11 зубов: секвестрация костной ткани

В области центральной перегородки у детей может наблюдаться утолщенная прерывистая или разволокненная полоска, идущая от верхушки перегородки до основания альвеолы, степень разволокнения которой зависит от характера течения дистрофически-воспалительного процесса. Это считается ранним признаком патологического процесса.

На внутриротовых рентгенограммах альвеолярных отростков периодонтальная щель проецируется в виде темной полоски равномерной ширины на протяжении всего корня, у несформированных зубов периодонтальная щель в области верхушек корней широкая или колбообразная в связи с неоконченным формированием верхушки корня и альвеолы. При пародонтите она расширена на различном протяжении. Кортикальный слой альвеолы проявляется на рентгенограммах в виде непрерывной белой каймы, наиболее четко выраженной в области верхушек

межальвеолярных перегородок. При анализе рентгенограмм обращают внимание на ее протяженность, толщину, непрерывность. У детей ее состояние свидетельствует об окончании формирования зуба.

При генерализованном пародонтите одними из ранних рентгенологических признаков являются:

- деструкция кортикального слоя (пластинки) в области верхушек межальвеолярных перегородок;
- появление очагов остеопороза;
- изменение петлистости костных балок, тенденция к крупнопетлистому рисунку;
- расширение периодонтальной щели.

В дальнейшем прогрессирование дистрофически-воспалительного процесса приводит к резорбции межальвеолярных перегородок, образованию костных карманов. При длительном гноетечении определяется секвестрация костной ткани. Резорбция кости межальвеолярных перегородок происходит неравномерно с различной степенью интенсивности на разных участках челюстей, поэтому такой тип резорбции определяется как вертикальная резорбция альвеолярного отростка.

Для пародонтоза характерны *дистрофические* процессы костной ткани: остеосклероз.

Рентгенологически выявляются:

- нарушение целостности кортикального слоя (пластинки);
- равномерное снижение высоты межальвеолярных перегородок;
- горизонтальная резорбция кости альвеолярного отростка;
- тенденция к образованию мелкопетлистого рисунка костных балок;
- склерозирование полостей зубов, образование дентиклов, петрификатов;
- патологическая стираемость коронок зубов;
- гиперцементоз у верхушек корней, в дальнейшем отмечается склерозирование ментальных отверстий и нижнечелюстных каналов;

- дистрофические изменения в височно-нижнечелюстном суставе.

При некоторых болезнях пародонта (эозинофильная гранулема, болезнь Леттерера—Зиве, нейтропения и т. д.) проводят рентгенологическое исследование и других костей скелета (грудины, костей кисти, теменной кости и др.).

Рентгенография альвеолярного отростка:

Рентгенографию альвеолярных отростков проводят внутриротовым и внеротовым методами. Внутриротовой контактный метод позволяет получить более четкую структуру костной ткани на ограниченном участке альвеолярного отростка. Используют рентгеновскую пленку размерами 2х3 см или 4х5 см, завернутую в черную и парафинированную бумагу.

Рентгеновскую пленку квадратной формы применяют для рентгенографии зубов и альвеолярного отростка верхней челюсти, прямоугольной формы — для рентгенографии зубов нижней челюсти. Пленку помещают в полость рта параллельно плоскости альвеолярного отростка, фиксируют пальцем больного, центральный рентгеновский луч условно направляют перпендикулярно биссектрисе угла, образованного осью зуба и поверхностью пленки (Рис. 5). Голову больного во время рентгенографии фиксируют на подголовнике. У детей и при повышенном рвотном рефлекс у взрослых рентгенографию зубов проводят в прикус. Для исследования зубов и тканей пародонта внутриротовым методом используют панорамную рентгенографию и ортопантографию.

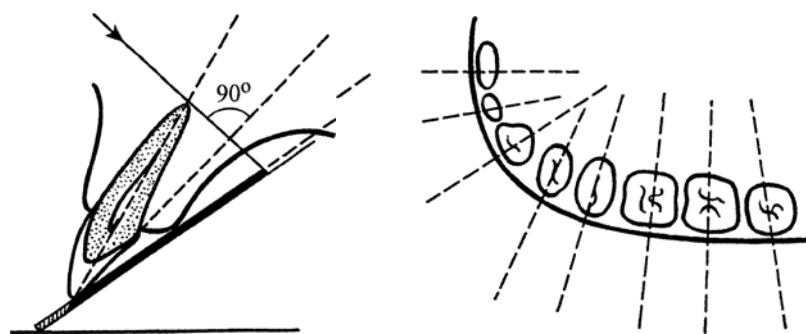


Рисунок 5 Схема внутриротовой контактной рентгенографии зубов

Панорамная рентгенография

Увеличенная панорамная рентгенография позволяет устранить некоторые недостатки внутриротовой съемки. Принцип метода основан на получении идентичных стандартных рентгенограмм вследствие максимального приближения источника излучения к объекту. Особенностью аппарата для панорамной рентгенографии является наличие специальной рентгеновской трубки, тубус которой вводят во время съемки в полость рта больного. Этим достигается четкость изображения на рентгеновской пленке.

Рентгеновскую пленку размером 18x24 см помещают в эластичную пластмассовую кассету с усиливающим экраном высокой разрешающей способности. Во время съемки больной фиксирует кассету руками в области средней или нижней трети лица. При данной методике изображения на рентгенограммах получаются увеличенными примерно в 2 раза.

Панорамную рентгенографию каждой челюсти проводят отдельно, при этом на каждом снимке получается изображение всей челюсти с полным зубным рядом. На снимке верхней челюсти получается изображение верхнечелюстных пазух, частично полости носа и скуловых костей.

Ортопантомография

Ортопантомография (панорамная томография) позволяет получить изображение обеих челюстей на одной пленке (Рис 6). Исследование проводят на ортопантомографе. Рентгеновскую трубку и кассету с пленкой,

имеющей форму полуцилиндра, располагают на противоположных концах одной оси строго напротив. Рентгеновская трубка и пленка, вращаясь, описывают концентрическую неполную окружность вокруг головы больного, которая фиксирована неподвижно. Кассета с пленкой, вращаясь вокруг головы больного, перемещается и вокруг своей оси, при этом рентгеновское излучение последовательно засвечивает различные отделы челюстей и фиксирует их на пленке. Рентгеновской трубке можно придать вращение вокруг трех осей, что позволяет обеспечить перпендикулярное и орторадиальное направление лучей по отношению к снимаемой области.

Панорамная томография позволяет одновременно получить изображение всей зубочелюстной системы как единого функционального комплекса. Недостатком метода является недостаточно четкое изображение структуры костной ткани, преимущественно в области передних зубов.



Рисунок 6 Панорамная рентгенография

Преимущества сочетания рентгеновского аппарата и компьютера:

В последнее время все большее распространение получают *дентальные рентгеновские аппараты, присоединенные к компьютеру*. Они позволяют получать изображение зубов и челюстей, как на специальной рентгеновской

пленке, так и с помощью специальных датчиков. Это дает возможность в десятки или даже сотни раз уменьшить лучевую нагрузку (дозу облучения), которой подвергается пациент при проведении рентгенографического исследования. Далее изображение обрабатывается с помощью специальной программы в компьютере и выводится на экран монитора.

С помощью компьютера рентгеновское изображение можно тщательно проанализировать, увеличив и выделив любой нужный участок. При необходимости изображение можно сделать объемным, изменить цвет, провести цифровой анализ плотности изображения и т. д. Полученные данные заносятся компьютером в электронную историю болезни пациента, где они могут храниться неограниченно долго, что очень удобно при последующих посещениях пациента и позволяет объективно проследить динамику патологического процесса.

Алгоритмы диагнозов и особенности клинической картины стоматологических заболеваний

Острый начальный кариес постоянного зуба

Клиническая форма – начальный кариес постоянного зуба, острое течение

Критерии диагностики:

Клинические:

- жалоб нет либо на косметический дефект зуба (появление пятна)
- появление пятен заметили через некоторое время после прорезывания
- наличие пятна белого матового цвета
- локализация пятен: чаще всего на вестибулярной и пришеечной области коронки зуба, в фиссурах моляров и премоляров, на апроксимальной поверхности зубов
- области эмали белого цвета, которые утратили природный блеск, поверхность эмали гладкая иногда шероховатая, при зондировании безболезненная, достаточно твердая. После высушивания струей воздуха пораженная область приобретает матовый оттенок
- со временем может происходить увеличение размеров пятна или образуется кариозная полость

Дополнительные диагностические критерии:

- метод прижизненного (витального) окрашивания с помощью 2% водного раствора метиленового синего (поврежденные участки эмали окрашиваются с разной интенсивностью, оцениваются по 10-ти бальной шкале синего цвета)

1-3 балла – высокая кариес резистентность

4-5 баллов - умеренная кариес резистентность

6-7 баллов - низкая кариес резистентность

8-9 баллов – очень низкая кариес резистентность

- Индекс интенсивности кариеса

Значение КПУ для 12-летних детей:

0 - 1,1 – очень низкий уровень интенсивности кариеса

1,2 - 2,6 – низкий уровень интенсивности кариеса
2,7 – 4,4 – средний уровень интенсивности кариеса
4,5 - 6,5 - высокий уровень интенсивности кариеса
6,6 и выше - очень высокий уровень интенсивности кариеса

- Индекс гигиены Федорова-Володкиной

1,1 – 1,5 балла – хороший индекс гигиены
1,6 – 2,0 балла – удовлетворительный индекс гигиены
2,1 – 2,5 балла -неудовлетворительный индекс гигиены
2,6 – 3,4 балла – плохой индекс гигиены
3,5 – 5,0 балла – очень плохой индекс гигиены

- Индекс Грина-Вермильона

0 – 0,6 балла – хорошая гигиена полости рта
0,7 – 1,6 балла – удовлетворительная гигиена полости рта
1,7 – 2,5 балла – неудовлетворительная гигиена полости рта
Больше 2,6 балла – плохая гигиена полости рта

Лечение:

- обучение рациональной гигиене полости рта;
- назначение лечебно-профилактических паст, которые содержат фтор и кальций
- профессиональная обработка зубов
- Са, Р – содержащие препараты (10-20 процедур каждый день или через день) местно
- фторсодержащие препараты (местно)

Физиотерапия:

- электрофорез 10 % раствором кальция глюконата или кальция хлорида, или 2,5 % глицерофосфата кальция (5-6 сеансов)
- электрофорез 1-2 % раствором натрия фторида на эмаль зуба (использовать сразу после аппликаций Са, Р-содержащих препаратов 3-4 сеанса)

Общее лечение:

- комплексные препараты кальция, микроэлементов, витаминов (курс 30 дней, 2 курса в год)
- рациональное питание с ограничением употребления рафинированных углеводов

Профилактика рецидивов:

- диспансерный учет у стоматолога (II диспансерная группа, III диспансерная группа – в случае декомпенсированного течения кариеса)

Критерии эффективности лечения:

- ликвидация клинических проявлений заболевания.

Хронический начальный кариес постоянных зубов

Клиническая форма: Начальный кариес постоянного зуба, хроническое течение

Критерии диагностики

Клинические:

- Наличие пятна желтого, коричневого или черного цвета
- Появление пятен через некоторое время после прорезывания зуба
- Чаще всего на вестибулярной и пришеечной участках коронки зуба
- Участок эмали желтого, коричневого или черного цвета с блестящей поверхностью, при зондировании - эмаль гладкая, безболезненная, довольно твердая
- Со временем может происходить увеличение размеров пятна или возникает кариозная полость

Лечение:

- Профессиональную чистку зубов
- Зашлифовывание пораженного участка
- Фторсодержащие препараты (местно)

Рекомендации:

- По методике чистки зубов
- По назначению средств гигиены (зубные щетки средней жесткости, флоссы)

- По назначению лечебно-профилактических паст, содержащих фториды.

Профилактика рецидивов:

- Диспансерный учет у стоматолога (II диспансерная группа, III диспансерная группа - в случае декомпенсированного течения кариеса)
- Критерии эффективности лечения:
- Ликвидация клинических проявлений заболевания;

Поверхностный кариес постоянных зубов

Клиническая форма - поверхностный кариес постоянных зубов, острое течение

Критерии диагностики:

Клинические

- Кратковременная боль от химических, изредка от температурных и механических раздражителей, появление пятна заметили через некоторое время после прорезывания зуба
- Наличие пятна или дефекта на поверхности эмали
- Участок эмали белого цвета, края дефекта неровные,
- Зондирование – шершавость поверхности, размягчение эмали, задержка зонда,
- Кариозные полости расположена в пределах эмали с сохранением целостности эмалево-дентинного сообщения
- На пришеечных, апроксимальных поверхностях зубов, в фиссурах

Вспомогательные диагностические критерии:

- Метод жизненного (приветственного) окраску с помощью 2% водного раствора метиленового синего (поврежденные участки эмали окрашиваются)
- лечение:
- Профессиональную чистку зубов;
- Препарирование кариозной полости;
- Пломбирование кариозной полости:
- При локализации на вестибулярной поверхности: стеклоиономерного цемента, компомеры
- При локализации на жевательной поверхности: препарирование и пломбирование кариозной полости диаметром до 2 мм стеклоиономерного цемента или компомеры и покрытия других

участков фиссур герметиком, если участок поражения большая 2 мм - препарирование и пломбирование всех фиссур жевательной поверхности

Рекомендации:

- По методике чистки зубов
- По назначению средств гигиены (зубные щетки средней жесткости, флоссы)
- По назначению лечебно-профилактических паст, содержащих фториды, диспансеризация:
- Диспансерный учет у стоматолога (II диспансерная группа, III диспансерная группа - в случае декомпенсированного течения кариеса)

Критерии эффективности лечения:

- Ликвидация клинических проявлений заболевания;

Поверхностный кариес постоянных зубов

Клиническая форма - поверхностный кариес постоянных зубов, хроническое течение

Критерии диагностики:

- Появление пятна заметили через некоторое время после прорезывания зуба;
- Наличие пятна или дефекта на поверхности эмали
- Участок эмали пигментированного цвета, края дефекта неровные;
- При зондировании - задержка зонда, дефекты эмали, кариозные полости расположена в пределах эмали с сохранением целостности эмалево - дентинного сообщения;
- На пришеечных, апроксимальных поверхностях зубов, в фиссурах

Вспомогательные диагностические критерии:

- Метод жизненного (приветственного) окраску с помощью 2 % водного раствора метиленового синего (поврежденные участки эмали окрашиваются)
- лечение
- Профессиональную чистку зубов;
- Препарирование кариозной полости;
- Пломбирование кариозной полости:

- При локализации на вестибулярной поверхности: стеклоиономерного цемента, компомеры, композитами химического или светового отверждения;
- При локализации на жевательной поверхности: препарирование и пломбирование кариозной полости диаметром до 2 мм методом "профилактического" пломбирования стеклоиономерного цемента, композитом химического или светового отверждения, амальгамой и покрытия других участков фиссур герметиком. Если участок поражения большая 2 мм - препарирование и пломбирование всех фиссур жевательной поверхности композитом химического или светового отверждения, амальгамой;

Рекомендации:

- По методике чистки зубов
- По назначению средств гигиены (зубные щетки средней жесткости, флоссы)
- По назначению лечебно-профилактических паст, содержащих фториды.

Диспансеризация:

- Диспансерный учет у стоматолога (II диспансерная группа, III диспансерная группа - в случае декомпенсированного течения кариеса)

Критерии эффективности лечения:

- Ликвидация клинических проявлений заболевания;

Острый средний кариес постоянных зубов

Клиническая форма - острый средний кариес

Критерии диагностики:

Клинические:

- Возможна кратковременная боль от химических, температурных и механических раздражителей
- Наличие кариозной полости, цвет зуба неизменный
- Небольшой входное отверстие кариозной полости,
- Кариозная полость расположена в пределах плащевого дентина;
- Дентин, размягченный светлый или слабо пигментированный;
- зондирования эмалево-дентинного сообщения больной, зондирование дна кариозной полости безболезненно

- На пришеечных, апроксимальных поверхностях зубов, в фиссурах и слепых ямках
- Реакция на перкуссию - безболезненная
- Температурная проба: боль от холодной воды, исчезает сразу после устранения раздражителя

Вспомогательные диагностические критерии:

- - Рентгенография: наличие кариозной полости коронки зуба

Лечение:

- Профессиональную чистку зубов;
- Препарирование кариозной полости;
- Антисептики (местно)
- Пломбирование кариозной полости:

- При локализации на вестибулярной поверхности пломбирования:

1) изолирующая прокладка - из фосфат-цемента или стеклоиономерного цемента

2) пломба - с стеклоиономерного цемента, компомеры, композита светового или химического отверждения, силикатного цемента,

- При локализации на жевательной поверхности:

1) изолирующую прокладка - из фосфат-цемента или стеклоиономерного цемента

2) пломбирование кариозной полости диаметром до 2 мм методом "профилактического" пломбирования - стеклоиономерный цемент, компомеры или композитами светового или химического отверждения, серебряной амальгамой, силикофосфатным цементом и покрытия других участков фиссур герметиком, если участок поражения большая 2 мм - препарирование и пломбирование всех фиссур жевательной поверхности перечисленными материалами.

Рекомендации:

- По методике чистки зубов
- По назначению средств гигиены (зубные щетки средней жесткости, флоссы)
- По назначению лечебно-профилактических паст, содержащих фториды.

Диспансеризация:

- Диспансерный учет у стоматолога (II диспансерная группа, III диспансерная группа - в случае декомпенсированного течения кариеса)
- Критерии эффективности лечения:
- Ликвидация клинических проявлений заболевания;
- Восстановление анатомической формы зуба.

Хронический средний кариес постоянных зубов

Клиническая форма - хронический средний кариес постоянных зубов

Критерии диагностики:

Клинические:

- Возможна кратковременная боль от химических и механических раздражителей
- Наличие кариозной полости, цвет зуба неизмененный
- Кариозные полости расположена в пределах плащевого дентина,
- Дентин плотный пигментированный;
- Зондирование эмалево-дентинного сообщения болезненной, зондирование дна кариозной полости безболезненно
- На пришеечных, апроксимальных поверхностях зубов, в фиссурах и слепых ямках
- Со временем может происходить увеличение размеров кариозной полости
- Реакция на перкуссию - безболезненная

Вспомогательные диагностические критерии:

- Рентгенография: наличие кариозной полости коронки зуба
- лечение:
- Профессиональную чистку зубов;
- Препарирование кариозной полости;
- Антисептики (местно)
- Пломбирование кариозной полости:

- При локализации на вестибулярной поверхности пломбирования:

- 1) изолирующая прокладка - из фосфат-цемента или стеклоиономерного цемента
- 2) пломба - с стеклоиономерного цемента, компомеры, композита светового или химического отверждения, силикатного цемента,

- При локализации на жевательной поверхности:

- 1) изолирующую прокладка - из фосфат-цемента или стеклоиономерного цемента
- 2) пломбирование кариозной полости диаметром до 2 мм методом "профилактического" пломбирования - стеклоиономерный цемент, компомеры или композитами светового или химического отверждения, серебряной амальгамой, силикофосфатным цементом и покрытия других участков фиссур герметиком, если участок поражения большая 2 мм - препарирование и пломбирование всех фиссур жевательной поверхности перечисленными материалами.

Рекомендации:

- По методике чистки зубов
- По назначению средств гигиены (зубные щетки средней жесткости, флоссы)
- По назначению лечебно-профилактических паст, содержащих фториды.
- диспансеризация:
- Диспансерный учет у стоматолога (II диспансерная группа, III диспансерная группа - в случае декомпенсированного течения кариеса)

Критерии эффективности лечения:

- Ликвидация клинических проявлений заболевания;
- Восстановление анатомической формы зуба.

Острый глубокий кариес постоянных зубов

Клиническая форма - острый глубокий кариес

Критерии диагностики:

Клинические:

- Возможна кратковременная боль от химических, температурных и механических раздражителей
- Боль от холодной воды, исчезает сразу после устранения раздражителя
- Наличие кариозной полости, цвет зуба неизменный
- Небольшой входное отверстие в кариозной полости,
- Кариозные полости расположена в пределах околопульпарного дентина;
- Дентин, размягченный светлый или слабо пигментированный;

- Зондирование эмалево-дентинного сообщения мучительное, зондирование дна кариозной полости болезненно по всей плоскости
- Чаще всего на пришеечных, апроксимальных поверхностях зубов, в фиссурах и слепых ямках
- Реакция на перкуссию – безболезненная

Вспомогательные диагностические критерии:

- Рентгенография: наличие кариозной полости коронки зуба

Лечение:

- Профессиональную чистку зубов;
- Препарирование кариозной полости;
- Антисептики (местно)
- Лечебная прокладка, оказывает одонтотропное действие (препараты, содержащие гидроксид кальция, цинк-эвгеноловой пасты)
- наложения долгосрочной временной пломбы с фосфат - цемента или стеклоиономерного цемента
- Постоянное пломбирование кариозной полости:
 - При локализации на вестибулярной поверхности пломбирования:
 - 1) лечебная прокладка - с препаратами гидроксида кальция
 - 2) изолирующая прокладка - из фосфат - цемента или стеклоиономерного цемента
 - 3) пломба - с стеклоиономерного цемента, компомеры, композита светового или химического отверждения, силикатного цемента
 - При локализации на жевательной поверхности:
 - 1) лечебная прокладка - с препаратами гидроксида кальция
 - 2) изолирующая прокладка - из фосфат - цемента или стеклоиономерного цемента
 - 3) пломбирование кариозной полости стеклоиономерного цементом, компомеры или композитами светового или химического отверждения, серебряной амальгамой, силикофосфатным цементом

Рекомендации:

- По методике чистки зубов
- По назначению средств гигиены (зубные щетки средней жесткости, флоссы)
- По назначению лечебно-профилактических паст, содержащих фториды.

Диспансеризация:

- Диспансерный учет у стоматолога (II диспансерная группа, III диспансерная группа - в случае декомпенсированного течения кариеса)

Критерии эффективности лечения:

- Ликвидация клинических проявлений заболевания;
- Восстановление анатомической формы зуба.

Хронический глубокий кариес постоянных зубов

Клиническая форма - хронический глубокий кариес

Критерии диагностики:

Клинические:

- Возможна кратковременная боль от химических, температурных и механических раздражителей
- Боль от холодной воды, исчезает сразу после устранения раздражителя
- Наличие кариозной полости, цвет зуба неизменный
- Кариозные полости расположена в пределах околопульпарного дентина
- Дентин - плотный пигментированный
- Зондирование эмалево - дентинного сообщения болезненной, зондирование дна кариозной полости безболезненно
- на пришеечных, аппроксимальных поверхностях зубов, в фиссурах и слепых ямках
- Со временем может происходить увеличение размеров кариозной полости
- Реакция на перкуссию - безболезненная

Вспомогательные диагностические критерии:

- Рентгенография: наличие кариозной полости коронки зуба

Лечение:

- Профессиональную чистку зубов;
- Препарирование кариозной полости;
- Антисептики (местно)
- Пломбирование кариозной полости:

- При локализации на вестибулярной поверхности пломбирования:

1) изолирующая прокладка - из фосфат-цемента или стеклоиономерного цемента

2) пломба - с стеклоиономерного цемента, компомеры, композита светового или химического отверждения, силикатного цемента

- При локализации на жевательной поверхности:

1) изолирующая прокладка - из фосфат-цемента или стеклоиономерного цемента

2) пломбирование кариозной полости стеклоиономерного цементом, компомеры или композитами светового или химического отверждения, серебряной амальгамой, силикофосфатным цементом

Рекомендации:

- По методике чистки зубов
- По назначению средств гигиены (зубные щетки средней жесткости, флоссы)
- По назначению лечебно-профилактических паст, содержащих фториды.

Диспансеризация:

- Диспансерный учет у стоматолога (II диспансерная группа, III диспансерная группа - в случае декомпенсированного течения кариеса)

Критерии эффективности лечения:

- Ликвидация клинических проявлений заболевания;
- Восстановление анатомической формы зуба.

Острый пульпит постоянного зуба

Клиническая форма - Острый пульпит. Гиперемия пульпы

Критерии диагностики:

Клинические:

- локализованная самопроизвольная боль 1-3 мин., интермисия 12-24 часа;
- боль от температурных раздражителей (особенно холодного), в течение 1-3 мин.;
- глубокая кариозная полость в пределах околопульпарного дентина;
- дентин размягченный, депигментированный или слабопигментированный;

- болезненное зондирование в проекции рога пульпы;
- реакция на перкуссию безболезненная.

Дополнительные диагностические критерии:

- снижена электровозбудимость пульпы при электроодонтодиагностике до 8-10 мкА;
- отсутствует сообщение кариозной полости с полостью зуба при рентгенологическом обследовании.

Лечение

Местное:

1. Консервативный метод

- анестетики (местно);
- препарирования кариозной полости;
- антисептическая обработка;
- препараты на основе гидроксида кальция с косвенным покрытием пульпы;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба.

Дополнительные рекомендации:

- диспансерное наблюдение в течение 12 месяцев (сроки наблюдения:

1-й раз - через 2 недели (жалобы, ЭОД)

2-й раз - через 3 месяца (жалобы, ЭОД)

3-й раз - через 6 месяцев (жалобы, ЭОД, рентгенография)

4-й раз - через 12 месяцев (жалобы, ЭОД, рентгенография)

- контроль гигиены полости рта

- рациональное питание с ограничением употребления рафинированных углеводов.

Критерии эффективности лечения:

- ликвидация клинических проявлений заболевания;
- восстановление анатомической формы зуба.

Острый ограниченный пульпит постоянного зуба

Клиническая форма - острый ограниченный пульпит

Критерии диагностики:

Клинические:

- боль острая, локализованная, приступообразная, спонтанная 15-30 мин., безболевые промежутки - 2-3 часа;
- боль от действия температурных раздражителей (холодного);
- боль ноющего, тянущего характера на механические раздражители, медленно исчезает после устранения раздражителя;
- глубокая кариозная полость в пределах околопульпарного дентина;
- дентин размягченный, депигментированный или слабопигментированный;
- болезненное зондирования, особенно в проекции рога пульпы;
- реакция на перкуссию безболезненная.

Дополнительные диагностические критерии:

- Пониженная электровозбудимость пульпы при электроодонтодиагностике до 20 мкА;
- отсутствует сообщение кариозной полости с полостью зуба при рентгенологическом обследовании.

Лечение

Местное:

1. Консервативный метод - при продолжительности болезни не более суток; локализации кариозной полости на жевательной или апроксимальной поверхности, расположенной выше экватора зуба, у практически здоровых детей в случае компенсированной или субкомпенсированной формы кариеса.

- анестетики (местно);
- препарирования кариозной полости;
- антисептическая обработка;
- препараты на основе гидроксида кальция с косвенным покрытием пульпы;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба.

2. Витальная ампутация (при неэффективности консервативного метода лечения, при некомпенсированной форме кариеса, в зубах с формирующимся корнем, при отсутствии противопоказаний к местного обезболивания)

- анестетики (местно);
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;

- удаление коронковой пульпы;
- остановка кровотечения кровоостанавливающими средствами;
- антисептическая обработка;
- мягкая кальцийсодержащая паста на корневую пульпу;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба.

3. Витальная экстирпация (при неэффективности метода витальной ампутации, при отсутствии противопоказаний к местного обезболивания)

- анестетики (местно);
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы
- удаление корневой пульпы
- остановка кровотечения из корневого канала кровоостанавливающими средствами;
- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- пломбирования каналов в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба.
- при наличии боли после пломбирования УВЧ на проекцию верхушки корня (1-2 раза).

4. Девитальная экстирпация (при неэффективности метода витальной ампутации, при наличии противопоказаний к местного обезболивания)

- девитализация пульпы девитализирующими средствами;
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- удаление корневой пульпы;
- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- пломбирование каналов в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба.
- после пломбирования при наличии болей УВЧ на (1-2 раза) на проекцию верхушки корня.

Дополнительные рекомендации:

- диспансерное наблюдение в течение 12 месяцев (сроки наблюдения:

1-й раз - через 2 недели (жалобы, ЭОД)

2-й раз - через 3 месяца (жалобы, ЭОД)

3-й раз - через 6 месяцев (жалобы, ЭОД, рентгенография)

4-й раз - через 12 месяцев (жалобы, ЭОД, рентгенография)

- контроль гигиены полости рта;

- рациональное питание с ограничением употребления рафинированных углеводов.

Критерии эффективности лечения:

ликвидация клинических проявлений заболевания;

восстановление анатомической формы зуба.

Острый диффузный пульпит постоянного зуба

Клиническая форма - острый диффузный пульпит.

Критерии диагностики:

Клинические:

- боль острая, приступообразная, до 2-4 час. безболевыми промежутками - 10-30 минут;
- боль от воздействия температурных раздражителей (холодного);
- иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва;
- глубокая кариозная полость в пределах околопульпарного дентина;
- тонкий слой размягченного дентина;
- болезненное зондирование по всему дну;
- реакция на вертикальную перкуссию зуба - мучительная (явления перифокального периодонтита).

Дополнительные диагностические критерии

Пониженная электровозбудимость пульпы при электроодонтодиагностике до 40-50 мкА;

- отсутствует сообщение кариозной полости с полостью зуба при рентгенологическом обследовании
- отсутствуют изменения в периодонте.

Лечение

Местное:

1. Витальная ампутация (при отсутствии перифокального периодонтита в зубах с формирующимся корнем, у практически здоровых детей, при отсутствии противопоказаний к местного обезболивания)

- анестетики (местно);
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- остановка кровотечения кровоостанавливающими средствами;
- антисептическая обработка;
- наложение мягкой кальцийсодержащих пасты на корневую пульпу;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба.

2. Витальная экстирпация (при неэффективности метода витальной ампутации, при отсутствии противопоказаний к местного обезболивания):

- анестетики (местно);
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- удаление корневой пульпы;
- остановка кровотечения из корневого канала кровоостанавливающими средствами;
- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- пломбирования каналов в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба;
- при наличии боли после пломбирования УВЧ на проекцию верхушки корня (1-2 раза).

3. Девитальная экстирпация (при неэффективности метода витальной ампутации, при наличии противопоказаний к местного обезболивания)

- девитализация пульпы девитализирующими средствами;
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- удаление корневой пульпы;

- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- пломбирования каналов в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба;
- после пломбирования при наличии болей УВЧ на (1-2 раза) на проекцию верхушки корня.

Дополнительные рекомендации:

- диспансерное наблюдение в течение 12 месяцев (сроки наблюдения:

1-й раз - через 2 недели (жалобы, ЭОД);

2-й раз - через 3 месяца (жалобы, ЭОД);

3-й раз - через 6 месяцев (жалобы, ЭОД, рентгенография);

4-й раз - через 12 месяцев (жалобы, ЭОД, рентгенография);

- контроль гигиены полости рта;

- рациональное питание с ограничением употребления рафинированных углеводов.

Критерии эффективности лечения:

- ликвидация клинических проявлений заболевания;
- восстановление анатомической формы зуба.

Острый гнойный пульпит постоянного зуба

Клиническая форма - острый гнойный пульпит

Критерии диагностики:

Клинические:

- боль нарастающая, разрывающая, пульсирующая, волнообразная, безболевого промежутки почти отсутствуют;
- боль усиливается от действия тепловых температурных раздражителей, при действии холодных раздражителей боль успокаивается;
- иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва;
- боль при прикосновении к зубу;
- глубокая кариозная полость в пределах околопульпарного дентина;
- тонкий слой размягченного дентина;

- поверхностное зондирование безболезненное, легко перфорирующее дно кариозной полости, после чего выделяется капля гноя, крови;
- глубокое зондирование - мучительное;
- реакция на перкуссию зуба - мучительная (перифокальный периодонтит);
- возможно увеличение региональных лимфатических узлов.

Дополнительные диагностические критерии:

- Пониженная электровозбудимость пульпы при электроодонтодиагностике от 35 мкА и выше;
- отсутствует сообщение кариозной полости с полостью зуба, отсутствуют изменения в периодонте - при рентгенологическом обследовании.

Лечение

Местное:

1. Витальная экстирпация (при отсутствии противопоказаний к местного обезболивания):

- анестетики (местно);
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- удаление корневой пульпы;
- остановка кровотечения из корневого канала кровоостанавливающими средствами;
- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- пломбирования каналов в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба;
- при наличии боли после пломбирования УВЧ на проекцию верхушки корня (1-2 раза).

2. Девитальная экстирпация (при наличии противопоказаний к местного обезболивания):

- девитализация пульпы девитализирующими средствами;
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- удаление корневой пульпы;

- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- пломбирования каналов в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба;
- после пломбирования при наличии болей УВЧ на (1-2 раза) на проекцию верхушки корня.

Критерии эффективности лечения:

- ликвидация клинических проявлений заболевания;
- восстановление анатомической формы зуба.

Хронический фиброзный пульпит постоянного зуба

Клиническая форма - хронический фиброзный пульпит, период ремиссии

Критерии диагностики:

Клинические:

- возможно раньше были боли;
- боль ноющего, тянущего характера на механические раздражители, медленно исчезает после устранения раздражителя;
- глубокая кариозная полость в пределах околопульпарного дентина;
- дентин размягченный, несколько пигментированный;
- болезненное зондирование при закрытой полости зуба в проекции рогов пульпы;
- боль при зондировании если вскрыта полость зуба, пульпа темно-красного цвета, слабо кровоточит;
- реакция на перкуссию – безболезненная.

Дополнительные диагностические критерии

- Пониженная электровозбудимость пульпы при электроодонтодиагностике до 25-40 мкА;
- сообщение кариозной полости с полостью зуба при рентгенологическом обследовании, реже - закрытая полость зуба.

Лечение:

Местное:

1. Витальная экстирпация (при отсутствии противопоказаний к местного обезболивания):

- анестетики (местно);
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- удаление корневой пульпы;
- остановка кровотечения из корневого канала кровоостанавливающими средствами;
- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- пломбирования каналов в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба;
- при наличии боли после пломбирования УВЧ на проекцию верхушки корня (1-2 раза).

2. Девитальная экстирпация (при наличии противопоказаний к методу витальной экстирпации):

- девитализация пульпы девитализирующими средствами;
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- удаление корневой пульпы;
- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- пломбирования каналов в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба;
- после пломбирования при наличии болей УВЧ на (1-2 раза) на проекцию верхушки корня.

Критерии эффективности лечения:

- ликвидация клинических проявлений заболевания;
- восстановление анатомической формы зуба.

Хронический фиброзный пульпит постоянного зуба

Клиническая форма - хронический фиброзный пульпит, период обострения

Критерии диагностики:

Клинические:

- ранее наблюдалась острая боль;
- боль самовольная, приступообразная;
- глубокая кариозная полость в пределах околопульпарного дентина, сочетание кариозной полости с полостью зуба;
- дентин размягченный, несколько пигментированный;
- боль при зондировании дна кариозной полости зуба;
- болезненная реакция на перкуссию зуба.

Дополнительные диагностические критерии:

- Пониженная электровозбудимость пульпы при электроодонтодиагностике до 25-40 мкА;
- сообщение кариозной полости с полостью зуба при рентгенологическом обследовании.

Лечение

Местное:

1. Витальная экстирпация (при отсутствии противопоказаний к местного обезболивания)

- анестетики (местно);
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- удаление корневой пульпы;
- остановка кровотечения из корневого канала кровоостанавливающими средствами;
- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- пломбирования каналов в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба;
- при наличии боли после пломбирования УВЧ на проекцию верхушки корня (1-2 раза).

2. Девитальная экстирпация (при наличии противопоказаний к методу витальной экстирпации):

- девитализация пульпы девитализирующими средствами;
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;

- удаление корневой пульпы;
- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- пломбирования каналов в пределах отверстия верхушки корня зуба материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба;
- после пломбирования при наличии болей УВЧ на (1-2 раза) на проекцию верхушки корня.

Критерии эффективности лечения:

- ликвидация клинических проявлений заболевания;
- восстановление анатомической формы зуба.

Хронический гипертрофический пульпит постоянного зуба

Клиническая форма - хронический гипертрофический пульпит

Критерии диагностики:

Клинические:

- возможно раньше были боли;
- кровоточивость из зуба и боль во время еды, чистки зубов;
- незначительная боль от температурных раздражителей;
- кариозная полость;
- полость зуба раскрыта;
- пульпа в виде опухоли красного цвета, с ровной поверхностью, заполняет всю кариозную полость;
- дентин размягченный, несколько пигментированный;
- зондирование пульпы вызывает болезненность и кровоточивость
- реакция на перкуссию безболезненная.

Дополнительные диагностические критерии

- сообщение кариозной полости с полостью зуба при рентгенологическом обследовании.

Лечение

Местное:

1. Витальная ампутация (в зубах с формирующимся корнем, при отсутствии противопоказаний к местного обезболивания)

- анестетики (местно);

- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- остановка кровотечения кровоостанавливающими средствами;
- антисептическая обработка;
- наложение мягкой кальцийсодержащих пасты на корневую пульпу;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба.

2. Девитальная экстирпация (при наличии противопоказаний к методу витальной экстирпации):

- девитализация пульпы девитализирующими средствами с частичным предварительным удалением гипертрофированной пульпы;
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- удаление корневой пульпы;
- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- пломбирования каналов в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба;
- после пломбирования при наличии болей УВЧ на (1-2 раза) на проекцию верхушки корня.

3. Витальная экстирпация (при отсутствии противопоказаний к местного обезболивания):

- анестетики (местно);
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- удаление корневой пульпы;
- остановка кровотечения из корневого канала кровоостанавливающими средствами;
- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- пломбирования каналов в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба.

- при наличии боли после пломбирования УВЧ на проекцию верхушки корня (1-2 раза).

Критерии эффективности лечения:

- ликвидация клинических проявлений заболевания;
- восстановление анатомической формы зуба.

Хронический гангренозный пульпит постоянного зуба

Клиническая форма - хронический гангренозный пульпит

Критерии диагностики:

Клинические:

- возможно раньше зуб болел остро, спонтанно;
- боль во время употребления горячей пищи;
- неприятный запах изо рта;
- глубокая кариозная полость, сообщается с полостью зуба;
- дентин размягченный или пигментированный
- поверхностное зондирование - безболезненное, глубокое зондирование;
- боль и кровоточивость.

Дополнительные диагностические критерии:

- Пониженная электровозбудительность пульпы при электроодонтодиагностике 45-50 мкА и выше при сложившемся корне зуба;
- сообщение кариозной полости с полостью зуба, возможна возможна деструкция периодонтальной щели и окружающей костной ткани при рентгенологическом обследовании,

Лечение

Местное:

1. Витальная экстирпация (при отсутствии противопоказаний к местного обезболивания):

- анестетики (местно);
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- удаление корневой пульпы;

- остановка кровотечения из корневого канала кровоостанавливающими средствами;
- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- пломбирования каналов в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- остоянная пломба;
- при наличии боли после пломбирования УВЧ на проекцию верхушки корня (1-2 раза).

2. Девитальная экстирпация (при наличии противопоказаний к методу витальной экстирпации):

- девитализация пульпы девитализирующими средствами;
- препарирование кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- удаление корневой пульпы;
- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- пломбирования каналов в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба;
- после пломбирования при наличии болей УВЧ на (1-2 раза) на проекцию верхушки корня.

Критерии эффективности лечения:

- ликвидация клинических проявлений заболевания;
- восстановление анатомической формы зуба.

Пульпит постоянного зуба, осложненный периодонтитом

Клиническая форма - пульпит, осложненный периодонтитом

Критерии диагностики:

Клинические:

- боль длительная, ноющая, усиливается при нажатии на зуб;
- глубокая кариозная полость, может сочетаться с полостью зуба;
- возможная реакция на термические раздражители;
- зондирования пульпы мучительное или слабоболезненное;
- реакция на вертикальную перкуссию мучительная;

- слизистая оболочка пастозная, гиперемированная;
- регионарные лимфатические узлы увеличены;

Дополнительные диагностические критерии:

Пониженная электровозбудительность пульпы при электроодонтодиагностике 50 мкА и выше при сложившемся корни. деструкция или деформация периодонтальной щели при рентгенологическом обследовании

Лечение

Местное:

1. Витальная экстирпация (при отсутствии противопоказаний к местного обезболивания)

- анестетики (местно);
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- удаление корневой пульпы;
- остановка кровотечения из корневого канала кровоостанавливающими средствами;
- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- пломбирования каналов в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба;
- при наличии боли после пломбирования УВЧ на проекцию верхушки корня (1-2 раза).

2. Девитальная экстирпация (при наличии противопоказаний к методу витальной экстирпации):

- девитализация пульпы девитализирующими средствами;
- препарирования кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление коронковой пульпы;
- удаление корневой пульпы;
- обработка корневых каналов антисептическими средствами;
- временная obturation канала (каналов) пастой или препаратом на турунде, оказывающее выраженное противомикробное и противовоспалительное действие, и закрытия полости в зубе повязкой с временного пломбировочного материала;

- пломбирования каналов в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых каналов;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба;
- после пломбирования при наличии болей УВЧ на (1-2 раза) на проекцию верхушки корня.

Критерии эффективности лечения:

- ликвидация клинических проявлений заболевания;
- восстановление анатомической формы зуба.

Хронический периодонтит постоянного зуба

Клиническая форма - хронический периодонтит, период обострения

Критерии диагностики:

Клинические:

- Постоянно нарастающая боль в зубе;
- Резкая боль при накусывании на зуб;
- Повышение температуры тела ребенка, вялость, плохой сон
- Асимметрия лица за счет отека мягких тканей на стороне поражения;
- Глубокая кариозная полость в зубе, которая сообщается с полостью зуба;
- Зондирование стенок, дна кариозной полости и места сопряжения с полостью зуба и входа в корневых каналов безболезненное;
- Отсутствует реакция при воздействии термических раздражителей;
- Резко болезненная реакция на перкуссию зуба, подвижность зуба
- Слизистая оболочка десен и переходной складки у пораженного зуба гиперемирована, отечная, резко болезненная при пальпации;
- Регионарные лимфатические узлы на стороне поражения увеличены и болезненны при пальпации;

Вспомогательные диагностические критерии:

- Пониженная (более 100 мкА) или отсутствует реакция на электрический ток при электроодонтодиагностики;
- Разрежение костной ткани у верхушки корней и в области бифуркации при рентгенологическом исследовании.

Лечение:

Консервативный метод лечения проводится при отсутствии:

- Ситуации, когда больной зуб является причиной острого септического состояния, хронической инфекции и интоксикации организма;
- Полного разрушения коронки;
- Перфорации дна полости зуба;

Лечение обострения хронического периодонтита в постоянных зубах со сформированным корнем:

- Анестетики (местно)
- Раскрытие полости зуба с применением высокоскоростного наконечника и корневых каналов для оттока гнойного экссудата
- Инструментальная обработка корневого канала (каналов) на всю рабочую длину с применением эндодонтических файлов соответствующего размера
- медикаментозная обработка корневых каналов антисептическими препаратами
- Временная obturation канала (каналов) нераздражающей пастой или препаратом на турунде, обладает выраженным противомикробным действием;
- Закрытие полости в зубе повязкой с временного пломбировочного материала
- Пломбирования корневого канала (каналов) в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых пломб;
- Восстановление зуба стоматологическими цементами, компомерными или композитными материалами, серебряной амальгамой

Лечение обострения хронического периодонтита в постоянных зубах с формирующимся корнем:

- Препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба с применением высокоскоростного наконечника и создание доступа к корневым каналам
- Инструментальная обработка корневого канала (каналов) на всю рабочую длину с применением эндодонтических файлов соответствующего размера
- Медикаментозная обработка корневых каналов антисептическими препаратами
- Временная obturation канала (каналов) пастой на основе гидроксида кальция, закрытие полости в зубе по временному пломбировочного материала

- Временное пломбирование корневых каналов пастой на основе гидроксида кальция, диспансеризация в течение 3 лет - до закрытия верхушечного отверстия;
- пломбирования корневого канала (каналов) в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых пломб после окончания формирования верхушечного отверстия;
- Восстановление зуба стоматологическими цементами, компомерными или композитными материалами, серебряной амальгамой

Диспансеризация в течение 3 лет - до закрытия верхушечного отверстия:

Общее лечение

- Антибиотикотерапия - в случае выраженной интоксикации
- Обезболивающие препараты
- Рекомендации питания (много жидкости, не раздражающая пища).

Критерии эффективности лечения:

- Ликвидация клинических проявлений заболевания;
- Восстановление анатомической формы зуба.

Острый периодонтит постоянного зуба

Клиническая форма - острый периодонтит

Критерии диагностики:

Клинические:

- - Постоянно нарастающая боль в зубе;
- - Резкая боль при накусывании на зуб;
- - Повышение температуры тела, вялость, плохой сон
- Асимметрия лица за счет отека мягких тканей на стороне поражения;
- Глубокая кариозная полость в зубе, которая сообщается с полостью зуба;
- Зондирование стенок, дна кариозной полости и места сопряжения с полостью зуба и входа в корневых каналов безболезненное;
- отсутствует реакция при воздействии термических раздражителей;
- Резко болезненная реакция на перкуссию зуба, подвижность зуба
- Слизистая оболочка десен и переходной складки у пораженного зуба гиперемирована, отечная, резко болезненная при пальпации;
- Регионарные лимфатические узлы на стороне поражения увеличены и болезненны при пальпации;

- Вспомогательные критерии диагностики
- Пониженная (более 100 мкА) или отсутствует реакция на электрический ток при электроодонтодиагностике;
- Отсутствуют изменения костной ткани при рентгенологическом исследовании.

Лечение:

Консервативный метод лечения проводится при отсутствии:

- Ситуации, когда больной зуб является причиной острого септического состояния, хронической инфекции и интоксикации организма;
- Полного разрушения коронки;
- Перфорации дна полости зуба;

Лечение обострения хронического периодонтита в постоянных зубах со сформированным корнем:

- Анестетики (местно)
- Раскрытие полости зуба с применением высокоскоростного наконечника и корневых каналов для оттока гнойного экссудата
- Инструментальная обработка корневого канала (каналов) на всю рабочую длину с применением эндодонтических файлов соответствующего размера
- Медикаментозная обработка корневых каналов антисептическими препаратами
- полугерметичными повязка - при наличии гнойного экссудата в канале;
- Временная obturation канала (каналов) раздражающей пастой или препаратом на турунде, обладает выраженным противомикробным действием;
- Закрывание полости в зубе повязкой с временного пломбировочного материала
- Пломбирования корневого канала (каналов) в пределах отверстия верхушки корня материалами для корневых пломб;
- Восстановление зуба стоматологическими цементами, компомерными или композитными материалами, серебряной амальгамой

Общее лечение

- Антибиотикотерапия - в случае выраженной интоксикации
- Обезболивающие препараты
- Рекомендации питания (много жидкости, раздражающая пища).

Критерии эффективности лечения:

- Ликвидация клинических проявлений заболевания;
- Восстановление анатомической формы зуба.

Гингивит катаральный

Клиническая форма - катаральный гингивит, хроническое течение

Критерии диагностики:

Анамнез - возможны жалобы на периодическую кровоточивость десен во время чистки зубов

Клинические:

- Гиперемия слизистой оболочки десны
- Цианоз слизистой оболочки десен
- Умеренный отек слизистой оболочки десен

Рентгенологические:

- Нечеткие очертания кортикальной пластинки альвеолы
- Остеопороз губчатого вещества на верхушках межзубных перегородок

Индексная оценка состояния тканей пародонта:

- РМА (папиллярно - маргинально- альвеолярный индекс)

значение индекса до 20% - легкая степень тяжести гингивита

от 25 до 50% - средняя степень тяжести гингивита

выше 51% - тяжелая степень тяжести гингивита

- CPI (коммунальный пародонтальный индекс)

0 - здоровые десны

1 - кровоточивость десен

2 - наличие зубного камня

3 - карман размером 4-5 мм

4 - размер кармана более 6 мм

Клиника:

Легкая степень тяжести

- Умеренный отек десневых сосочков и десневого края;
- Застойная гиперемия, цианоз десневых сосочков

Средняя степень тяжести

- Умеренный отек десневых сосочков и десневого края;
- Застойная гиперемия, цианоз десневых сосочков и десневого края

Тяжелая степень заболевания

- Умеренный отек сосочков, десневого края и альвеолярной части десны;
- Застойная гиперемия, цианоз сосочков, края и альвеолярной части десны

Лечение

- Профессиональная гигиена полости рта
- Санация ротовой полости.
- Ортодонтическое лечение - при наличии нарушений окклюзии и аномалий прикуса.

Хирургическое лечение - при наличии аномалий строения и расположения мягких тканей.

Легкая степень тяжести

- Антибактериальная терапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры
- Нестероидные противовоспалительные препараты (местно)
- Антисептические препараты (местно)

Физиотерапия

- Гидротерапия - гидромассаж десен - при отсутствии обострения в деснах.

Средняя степень тяжести

- Антибактериальная терапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры
- Нестероидные противовоспалительные препараты (местно)
- Антисептические препараты (местно)
- Физиотерапия
- Гидротерапия (местно),
- Электрофорез препаратами кальция и фторида (местно) - при наличии рентгенологических изменений в тканях пародонта, электрофорез растворами витаминов (при склонности к кровоточивости десен).

Тяжелая степень заболевания

- Антибактериальная терапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры
- Антибактериальные средства растительного происхождения (местно)

- Антисептические препараты (местно)
- Противотрихомонадные препараты (местно)
- Нестероидные противовоспалительные препараты (местно)

Физиотерапия:

- Гидротерапия (местно),
- электрофорез препаратами кальция и фторида (местно) - при наличии рентгенологических изменений в тканях пародонта, электрофорез растворами витаминов (при склонности к кровоточивости десен).
- дополнительные рекомендации
- Гигиеническое обучение индивидуальному уходу за полостью рта;
- Лечебно-профилактические зубные пасты противовоспалительного действия, содержащие экстракты лекарственных трав; пасты, содержащие антисептики; пасты, содержащие макро- и микроэлементы - при наличии рентгенологических изменений в тканях пародонта
- Ополаскиватели, содержащие антисептики

Диспансеризация у стоматолога:

Легкая степень тяжести - I диспансерная группа - диспансерное наблюдение 1 раз в год

Средняя степень тяжести - II диспансерная группа - диспансерное наблюдение 2 раза в год

Тяжелая степень заболевания - III диспансерная группа - диспансерное наблюдение 3 раза в год

Критерии эффективности лечения:

- Ликвидация клинических проявлений заболевания.
- Стабилизация рентгенологических изменений в альвеолярного отростка

Гингивит катаральный

Клиническая форма - катаральный гингивит, острый течение

Критерии диагностики:

Анамнез - жалобы на боль и кровоточивость десен при чистке зубов и приеме пищи

Клинические:

- Яркая гиперемия и отек слизистой оболочки десен

Индексная оценка состояния тканей пародонта:

- РМА (папиллярно - маргинально- альвеолярный индекс)
- значение индекса до 20% - легкая степень тяжести гингивита от 25 до 50% - средняя степень тяжести гингивита выше 51% - тяжелая степень тяжести гингивита

Клиника:

Легкая степень тяжести

- Гиперемия десневых сосочков;
- Отек десневых сосочков

Средняя степень тяжести

- Выразительная гиперемия десневых сосочков и десневого края;
- Отек десневых сосочков и десневого края;
- Боль при пальпации десневых сосочков и десневого края

Тяжелая степень заболевания

- Яркая гиперемия сосочков, края и альвеолярной части десны;
- Отек сосочков, десневого края и альвеолярной части десны;

Боль и кровоточивость при пальпации сосочков, края и альвеолярной части десны

Лечение:

- Профессиональная гигиена полости рта
- Санация ротовой полости.
- Ортодонтическое лечение - при наличии нарушений окклюзии и аномалий прикуса.
- Хирургическое лечение - при наличии аномалий строения и расположения мягких тканей.

Легкая степень тяжести

- Антибактериальная терапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры
- Нестероидные противовоспалительные препараты (местно)
- Антисептические препараты (местно)

Средняя степень тяжести

- Обезболивающие препараты (местно)
- Антибактериальная терапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры

- Противотрихомонадные препараты (местно) - при наличии трихомонад в ротовой полости;
- Антисептические препараты (местно)
- Ингибиторы протеолиза (местно)
- Нестероидные противовоспалительные препараты (местно)

Тяжелая степень заболевания

- Обезболивающие препараты (местно)
- Антибактериальная терапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры
- Противотрихомонадные препараты (местно) - при наличии трихомонад в ротовой полости;
- Антисептические препараты (местно)
- Ингибиторы протеолиза (местно)
- Нестероидные противовоспалительные препараты (местно)
- дополнительные рекомендации
- Гигиеническое обучение индивидуальному уходу за полостью рта;
- Зубных щеток с мягкой или очень мягкой щетиной;
- Лечебно-профилактические зубные пасты противовоспалительного действия, содержащие экстракты лекарственных трав; пасты, содержащие антисептики; пасты, содержащие макро- и микроэлементы - при наличии рентгенологических изменений в тканях пародонта
- Ополаскиватели, содержащие антисептики;
- Элексиры

Критерии эффективности лечения:

- Ликвидация клинических проявлений заболевания.

Гингивит гипертрофический

Клиническая форма -гипертрофичный гингивит, хроническое течение, фиброзная форма

Критерии диагностики:

Анамнез - жалобы на разрастание десен

Клинические:

- Гиперплазия, уплотнённость и отек слизистой оболочки десен;
- Слизистая оболочка десен бледно - розового цвета, возможен цианоз

Рентгенологические:

- Нечеткие очертания кортикальной пластинки альвеолы
- Остеопороз губчатого вещества на вершинах межзубных перегородок

Индексная оценка состояния тканей пародонта:

- РМА (папиллярно - маргинально- альвеолярный индекс) значение индекса до 20% - легкая степень тяжести гингивита от 25 до 50% - средняя степень тяжести гингивита выше 51% - тяжелая степень тяжести гингивита
- СРИ (коммунальный пародонтальный индекс)

0 - здоровые десны

1 - кровоточивость десен

2 - наличие зубного камня

3 - карман размером 4-5 мм

4 - размер кармана более 6 мм

Клиника:

Легкая степень тяжести

- Десневые сосочки увеличены в размерах, перекрывают коронковой части зуба на 1/3 их высоты;
- Десневые сосочки уплотнены;
- отек десневых сосочков
- Ненастоящая карман;

Средняя степень тяжести

- Десневые сосочки и десневой край увеличены в размерах, перекрывают коронковой части зуба на 1/2 их высоты;
- Десневые сосочки и десневой край уплотнены;
- Отек десневых сосочков и десневого края;
- Ненастоящая карман

Тяжелая степень заболевания

- Десневые сосочки, край и альвеолярная часть десны увеличены в размерах, перекрывают коронковой части зубов более чем на 1/2 их высоты;
- Десневые сосочки, край и альвеолярная часть десны уплотнены;
- Отек десневых сосочков, края и альвеолярной части десны;
- Ненастоящая карман

Лечение:

- Профессиональная гигиена полости рта
- Санация ротовой полости.

Легкая степень тяжести

- Антисептические препараты (местно)
- Склерозирующая терапия (местно):
- Антибактериальные средства растительного происхождения (чистотел)
- Биогенные средства (бефунгин)
- Антикоагулянты прямого действия (гепарин)
- физиотерапия
- Электрофорез препаратами, калия йодида и хлорида кальция.

Средняя степень тяжести

- Антисептические препараты (местно)
- Склерозирующая терапия (местно):
- Антибактериальные средства растительного происхождения (чистотел)
- Биогенные средства (бефунгин)
- Антикоагулянты прямого действия (гепарин)
- физиотерапия
- Электрофорез лидазы ;
- Вакуум -массаж;
- дорсонвализация

Тяжелая степень заболевания

- Антисептические препараты (местно)
- Склерозирующая терапия (местно):
- Антибактериальные средства растительного происхождения (чистотел)
- Биогенные средства (бефунгин)
- Антикоагулянты прямого действия (гепарин)
- физиотерапия
- Электрофорез лидазы;
- Вакуум -массаж;
- дорсонвализация

Хирургическое лечение - в случае неэффективности консервативного лечения;

Деструктивные методы лечения:

- криодеструкция

- диатермокоагуляция
- Гингивэктомия .

Дополнительные рекомендации

- Комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование у педиатра, эндокринолога, детского гинеколога для определения общих факторов развития заболевания;
- Гигиеническое обучение индивидуальному уходу за полостью рта;
- Лечебно-профилактические зубные пасты противовоспалительного действия, содержащие экстракты лекарственных трав; пасты, содержащие антисептики; пасты, содержащие макро- и микроэлементы - при наличии рентгенологических изменений в тканях пародонта
- Ополаскиватели, содержащие антисептики

Диспансеризация у стоматолога:

Легкая степень тяжести - I диспансерная группа - диспансерное наблюдение 1 раз в год

Средняя степень тяжести - II диспансерная группа - диспансерное наблюдение 2 раза в год

Тяжелая степень заболевания - III диспансерная группа - диспансерное наблюдение 3 раза в год

Критерии эффективности лечения:

- Ликвидация клинических проявлений заболевания;
- Стабилизация рентгенологических изменений в альвеолярного отростка.

Диспансеризация у стоматолога:

Легкая степень тяжести - I диспансерная группа - Диспансерное наблюдение 1 раз в год

Средняя степень тяжести - II диспансерная группа - Диспансерное наблюдение 2 раза в год

Тяжелая степень заболевания - III диспансерная группа - Диспансерное наблюдение 3 раза в год

Критерии эффективности лечения:

- Ликвидация клинических проявлений заболевания;
- Стабилизация рентгенологических изменений в альвеолярного отростка.

Клиника:

Легкая степень тяжести

- Десневые сосочки увеличены в размерах, перекрывают коронковой части зубов на 1/3 их высоты;
- Отек десневых сосочков;
- Гиперемия, возможен цианоз десневых сосочков;
- Незначительная боль и кровоточивость при пальпации десневых сосочков.

Средняя степень тяжести

- Десневые сосочки и все увеличены в размерах, перекрывают коронковой части зубов на 1/2 их высоты;
- Отек десневых сосочков и десневого края;
- Гиперемия, возможен цианоз десневых сосочков и десневого края;
- Незначительная боль и кровоточивость при пальпации десневых сосочков и десневого края.

Тяжелая степень заболевания

- Десневые сосочки, край и альвеолярная часть десны увеличены в размерах, перекрывают коронковой части зубов более чем на 1/2 их высоты;
- Отек десневых сосочков, края и альвеолярной части десны;
- Гиперемия, возможен цианоз десневых сосочков, края и альвеолярной части десны;
- Выразительный боль и кровоточивость десневых сосочков, края и альвеолярной части десны;

Лечение

- Профессиональная гигиена полости рта
- Санация ротовой полости - при отсутствии признаков воспаления.

Легкая степень тяжести

- антибактериальная терапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры
- Антисептические препараты (местно)
- Нестероидные противовоспалительные препараты (местно)
- Вяжущие средства растительного происхождения (местно)
- Склерозирующая терапия (местно) при отсутствии воспалительных явлений:
- Антибактериальные средства растительного происхождения (чистотел)

- Биогенные средства (бефунгин)
- Антикоагулянты прямого действия (гепарин)

Физиотерапия - при отсутствии признаков воспаления

- Электрофорез препаратами, калия йодида и хлорида кальция.

Средняя степень тяжести

- Анестетики (местно)
- антибактериальная терапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры
- Противотрихомонадные препараты (местно) - при наличии трихомонад в десневых карманах;
- Нестероидные противовоспалительные препараты (местно)
- Антисептические препараты (местно)
- Вяжущие средства растительного происхождения (местно)
- Склерозирующая терапия (местно) при отсутствии воспалительных явлений:
- Антибактериальные средства растительного происхождения (чистотел)
- Биогенные средства (бефунгин)
- Антикоагулянты прямого действия (гепарин)

Физиотерапия - при отсутствии признаков воспаления

- Электрофорез лидазы;
- Вакуум-массаж;
- Дарсонвализация

Тяжелая степень заболевания

- Анестетики (местно)
- Антибактериальная терапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры
- Противотрихомонадные препараты (местно) - при наличии трихомонад в десневых карманах;
- Нестероидные противовоспалительные препараты (местно)
- Антисептические препараты (местно)
- Вяжущие средства растительного происхождения (местно)
- Склерозирующая терапия (местно) при отсутствии воспалительных явлений:
- Антибактериальные средства растительного происхождения (чистотел)
- Биогенные средства (бефунгин)
- Антикоагулянты прямого действия (гепарин)

Физиотерапия - при отсутствии признаков воспаления

- Электрофорез лидазы, препаратов кальция (4-6 сеансов) и фтора (3-4 сеанса)
- Вакуум -массаж;
- Дарсонвализация

Хирургическое лечение - в случае неэффективности консервативного лечения;

Деструктивные методы лечения:

- Криодеструкция
- Диатермокоагуляция
- Гингивэктомия.

Дополнительные рекомендации

- Комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование у педиатра, эндокринолога, детского гинеколога для определения общих факторов развития заболевания;
- гигиеническое обучение индивидуальному уходу за полостью рта;
- Лечебно-профилактические зубные пасты противовоспалительного действия, содержащие экстракты лекарственных трав; пасты, содержащие антисептики; пасты, содержащие макро- и микроэлементы - при наличии рентгенологических изменений в тканях пародонта
- Ополаскиватели, содержащие антисептики

Диспансеризация у стоматолога:

Легкая степень тяжести - I диспансерная группа - диспансерное наблюдение 1 раз в год

Средняя степень тяжести - II диспансерная группа - диспансерное наблюдение 2 раза в год

Тяжелая степень заболевания - III диспансерная группа - диспансерное наблюдение 3 раза в год

Критерии эффективности лечения:

- Ликвидация клинических проявлений заболевания;
- Стабилизация рентгенологических изменений в альвеолярного отростка

Гингивит язвенный

Клиническая форма - язвенный гингивит, острый ход

Критерии диагностики:

Анамнез - жалобы на выразительный боль и кровоточивость десен, повышение температуры тела, тошнота, неприятный запах изо рта.

Клинические:

- Яркая гиперемия, отек, кровоточивость и язвы на слизистой оболочке десен;
- Повышение температуры тела.

Лабораторные:

- Анализ крови: лейкоцитоз, повышение СОЭ.

Клиника:

Легкая степень тяжести

- Гиперемия десневых сосочков;
- отек десневых сосочков;
- Некроз вершук десневых сосочков;
- Десневые сосочки изъязвлены у вершины (вершина межзубного десневого сосочка усечена), покрытые грязно-серым налетом, болезненные и кровоточащие;
- Неприятный запах изо рта;
- Регионарный лимфаденит;
- Повышение температуры тела до 37,5 С, головная боль, слабость, нарушение аппетита.

Средняя степень тяжести

- Яркая гиперемия десневых сосочков и десневого края;
- Выразительный отек десневых сосочков и десневого края;
- Некроз десневых сосочков и десневого края;
- Десневой край и сосочки изъязвлены, покрытые грязно-серым налетом, болезненные и кровоточащие;
- Налет грязно-серого цвета в области язв;
- Наслоения мягкого зубного налета в пораженных участках;
- Неприятный запах изо рта;
- Регионарный лимфаденит;
- повышение температуры тела до 38-39 С, головная боль, слабость, нарушение аппетита.

Тяжелая степень заболевания

- Выразительная гиперемия десневых сосочков, края и альвеолярной части десны;
- Значительный отек десневых сосочков, края и альвеолярной части десны;
- Некроз десневого края, сосочков и альвеолярной части десны;
- Десневой край, сосочки и альвеолярная часть десны изъязвлена, покрыта грязно-серым налетом, резко болезненная и кровоточащая;
- Значительные наслоения мягкого зубного налета в пораженных участках;
- Неприятный запах изо рта;
- Регионарный лимфаденит;
- Повышение температуры тела до 39°C и выше, головная боль, слабость, тошнота, возможны диспепсические явления, нарушение аппетита.

Лечение:

- профессиональная гигиена полости рта
- Санация ротовой полости - при отсутствии острых воспалительных явлений.

Легкая степень тяжести

- Анестетики (местно)
- Антибактериальная терапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры
- Противотрихомонадные препараты (местно) при наличии трихомонад;
- Антибактериальные средства растительного происхождения (местно)
- Ферменты (местно)
- Нестероидные противовоспалительные препараты (местно)
- Антисептические препараты (местно)
- Вяжущие средства растительного происхождения (местно)
- Витамины, поливитамины в период эпителизации (на 5-6 день) для стимуляции репаративных процессов;

Средняя степень тяжести

- Анестетики (местно)
- Антибактериальная терапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры
- Противотрихомонадные препараты (местно) при наличии трихомонад;
- Антибактериальные средства растительного происхождения (местно)

- Ферменты (местно)
- Нестероидные противовоспалительные препараты (местно)
- Антисептические препараты (местно)
- Вяжущие средства растительного происхождения (местно)
- Стероидные противовоспалительные препараты (местно)
- Витамины, поливитамины в период эпителизации (на 5-6 день) для стимуляции репаративных процессов;
- Биогенные средства

Тяжелая степень заболевания

- анестетики (местно)
- Антибактериальная терапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры
- Противотрихомонадные препараты (местно) при наличии трихомонад;
- Антибактериальные средства растительного происхождения (местно)
- Ферменты (местно)
- Нестероидные противовоспалительные препараты (местно)
- Антисептические препараты (местно)
- Вяжущие средства растительного происхождения (местно)
- Стероидные противовоспалительные препараты (местно)
- Витамины, поливитамины в период эпителизации (на 5-6 день) для стимуляции репаративных процессов;
- Биогенные средства

Дополнительные рекомендации:

- гигиеническое обучение индивидуальному уходу за полостью рта;
- Зубных щеток с мягкой или очень мягкой щетиной;
- Лечебно-профилактические зубные пасты противовоспалительного действия, содержащие экстракты лекарственных трав; пасты, содержащие антисептики; пасты, содержащие макро- и микроэлементы - при наличии рентгенологических изменений в тканях пародонта
- Ополаскиватели, содержащие антисептики;
- Эликсиры

Общее лечение:

Легкая степень тяжести

- Большое количество витаминизированного питья (нераздражающие соки, кисели)

- Диету с белками, легко усваиваются
- Витаминные и поливитаминные препараты (перорально)

Средняя степень тяжести

- Нестероидные противовоспалительные средства (перорально)
- Антигистаминные препараты (перорально)
- Витаминные и поливитаминные препараты (перорально)
- Большое количество витаминизированного питья (нераздражающие соки, кисели)
- Диету с белками, легко усваиваются

Тяжелая степень заболевания

- Дезинтоксикационная терапия (плазмозамещающие и солевые растворы)
- Противотрихомонадные средства (перорально или парентерально)
- Антибактериальные препараты широкого спектра действия (перорально) с учетом чувствительности микрофлоры
- Нестероидные противовоспалительные средства (перорально)
- Антигистаминные препараты (перорально)

Витаминные и поливитаминные препараты (перорально)

- Большое количество витаминизированного питья (нераздражающие соки, кисели)
- Диету с белками, легко усваиваются

Критерии эффективности лечения:

- Ликвидация клинических проявлений заболевания.

Пародонтит генерализованный

Клиническая форма - пародонтит генерализованный, хроническое течение

Критерии диагностики:

Клинические:

- Симптоматическое гингивит
- Пародонтальная карман
- Патологическая подвижность зубов
- Травматическая окклюзия
- Прогрессирующая резорбция альвеолярной кости.

Рентгенологические:

- Деструкция кортикальной пластинки верхушек межальвеолярных перегородок
- Остеопороз губчатого вещества между альвеолярных костных перегородок
- Резорбция межальвеолярных перегородок
- Расширение периодонтальной щели.

Индексная оценка состояния тканей пародонта

- РМА (папиллярно - маргинально- альвеолярный индекс)

значение индекса до 25-30 % - легкая степень тяжести гингивита от 30 до 60% - средняя степень тяжести гингивита выше 60% - тяжелая степень тяжести гингивита

- ПИ (пародонтальный индекс)

-значение индекса до 0,2—клинически здоровая десна; 0,1-1,0 – клинический диагноз гингивита; 0,5-1,9 гингивит с начальной деструкцией пародонта; от 1,5 до 4,0 –выраженная деструкция пародонта

Лабораторные:

- Цитология содержания десневых карманов при интактном пародонте:

- нейтрофилы - 2,0-3,0;
- эпителиальные клетки - 4,0-5,0
-

О воспалении свидетельствуют показатели более 2,0-3,0; 4,0-5,0 соответственно.

- Показатели эмиграции лейкоцитов в ротовой полости по Ясиновскому, интактный пародонт: 80-120 лейкоцитов в 1 мкл

(Из них 80 % жизнеспособные) эпителиальных клеток - 25-100

О воспалении в тканях пародонта свидетельствуют показатели более 80 -120 лейкоцитов в 1 мкл. и эпителиальных клеток более 100.

Клиника:

Легкая степень заболевания

- Хронический симптоматический гингивит (катаральный или гипертрофический)
- Пародонтальные карманы - 3-3,5 мм
- Зубные наслоения
- Зубы неподвижные

Средняя степень тяжести

- Хронический симптоматический гингивит (катаральный или гипертрофический)
- Пародонтальные карманы - 3,5 5 мм
- Патологическая подвижность зубов (I-II степени)
- Травматическая окклюзия

Тяжелая степень заболевания

- Хронический симптоматический гингивит
- Пародонтальные карманы - 5 6 мм
- Патологическая подвижность зубов (II-III степени)
- Единичные или множественные абсцессы

Лечение:

- Устранение местных раздражителей (зубные наслоения, кариозные полости, травматическая окклюзия, патология прикуса, аномалий НЕ прикрепления мягких тканей ротовой полости и т.д.)

Легкая степень заболевания

- Лечение симптоматического гингивита.
- Антибиотикотерапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры кармане.
- Противогрибковые препараты (местно) - при наличии грибковой флоры в пародонтальных карманах.
- Антипротозойные препараты (местно) - при наличии трихомонад в пародонтальных карманах.
- Природные соединения с склерозирующим эффектом (местно) - при наличии симптоматического гипертрофического гингивита .

Физиотерапия:

- Электрофорез аскорбиновой кислоты (5%) и витамина Р (1%) или 1% раствора никотиновой кислоты - при кровоточивости десен (местно).
- Гидротерапия (гидромассаж, вибромассаж десен) - при отсутствии обострения в деснах.
- Электрофорез 10% раствора калия глюконата или 10% раствора кальция хлорида или 5% раствора кальция лактата или 2-3% раствора кальция глицерофосфат - при наличии остеопороза и резорбции межзубных перегородок (местно) .

Средняя степень тяжести заболевания

- Антибиотикотерапия - с учетом микрофлоры кармана (местно).

- Протеолитические ферменты, ферменты с антибиотиками с учетом чувствительности к определенной микрофлоры - при наличии гнойного экссудата в пародонтальных карманах (местно).
- Хирургические методы: кюретаж, вакуумкюретаж - при глубине пародонтальных карманов 4-5 мм, рецидивирующем абсцессе.
- Физиотерапия: гидротерапия или гидромассаж, или вибромассаж - при отсутствии обострения в деснах.
- Электрофорез препаратов кальция и фторидов - при остеопорозе и прогрессирующей резорбции межзубных перегородок.

Тяжелая степень заболевания

- Хирургические методы: кюретаж или вакуумкюретаж - при глубине пародонтальных карманов 4-5 мм, рецидивирующем абсцессе.
- Гингивотомия - при глубине пародонтальных карманов более 4-5 мм.
- Гингивоектомия - при глубине карманов более 4-5 мм и симптоматическом гипертрофическом гингивите.
- Антибиотикотерапия - с учетом микрофлоры кармана (местно).

Обострение генерализованного пародонтита

Легкая и средняя форма тяжести:

- Ингибиторы протеолиза (природные и синтетические) (местно).
- НПВС (местно).
- Стероидные противовоспалительные препараты (местно).
- Эфирные масла - в пародонтальные карманы (местно).
- Фитонцидные препараты - в пародонтальные карманы (местно).
- Антибиотики растительного происхождения (местно).
- Физиотерапия (местно).
- УВЧ - терапия, или УФ- терапия, или микроволновая терапия
- Аэрозольтерапия антисептиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, ферментов и антибиотиков - при наличии показаний.

Общее лечение:

- Полноценное питание.
- Препараты кальция (кальция глюконат или кальция глицерофосфат или кальция лактат или биокальцевит) - по необходимости.

Диспансеризация у стоматолога:

Легкая степень тяжести -I диспансерная группа - диспансерное наблюдение 1 раз в год;

Средняя степень тяжести - II диспансерная группа - диспансерное наблюдение 2 раза в год;

Тяжелая степень заболевания - III диспансерная группа - диспансерное наблюдение 3 раза в год.

Критерии эффективности лечения:

- Ликвидация клинических проявлений заболевания;
- Стабилизация рентгенологических изменений в альвеолярного отростка.

Пародонтит локализованный

Клиническая форма: пародонтит локализованный, хроническое течение

Критерии диагностики:

Клинические:

- Изменение цвета
- Рельефа десен
- Нарушение целостности зубодесневого соединения
- Патологическая подвижность зубов
- Формирование пародонтального кармана
- Местные этиологические факторы.

Рентгенологические:

- Расширение периодонтальной щели
- Деструкция компактной пластинки на верхушках межзубных перегородок

Остеопороз кости верхушек межзубных перегородок

- Резорбция костной ткани верхушек межзубных перегородок при I степени - в пределах 1/3 их высоты, II - до 2/3 и III более 2/3 высоты перегородки
- Процесс локализован в пределах 1-3 зубов.

Электроодонтометрия: электровосприимчивости зубов к действию электрического тока не изменена или в пределах 15-20 мкА.

Клиника:

Легкая степень заболевания

- Катаральный гингивит (гипертрофический или язвенный) в области 1-2 зубов
- Пародонтальные карманы отсутствуют
- Возможна ретракция десны
- Остеопороз на верхушках межальвеолярных перегородок присутствует травмирующее фактор
- Зубные наслоения

Средняя степень тяжести

- Катаральный, гипертрофический или язвенный гингивит
- Пародонтальные карманы к 3,5 5 мм
- Патологическая подвижность зубов (I-II степени)
- Зубные наслоения
- Резорбция межальвеолярных перегородок в пределах 1/3 - 2/3 длины корня зуба

Тяжелая степень заболевания

- Катаральный, гипертрофический или язвенный гингивит
- Пародонтальные карманы более 5 мм
- Патологическая подвижность зубов (II-III степени)
- Резорбция межальвеолярных перегородок в пределах более 2/3 длины корня зуба

Лечение:

- Устранение местных этиологических факторов: токсического действия химических агентов, травматических факторов, зубных отложений, лечение патологических форм прикуса.

Легкая степень заболевания

- Лечение симптоматического гингивита
- Антибиотикотерапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры кармане.
- НПВС (местно).
- Профессиональная гигиена полости рта.

Средняя степень заболевания

- Антибиотикотерапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры кармане.
- НПВС (местно).

- Протеолитические ферменты или протеолитические ферменты с антибиотиками (местно) - при наличии гнойного экссудата в пародонтальных карманах.
- Хирургическое лечение: кюретаж - при глубине пародонтальных карманов 3-5 мм.
- Физиотерапия - электрофорез препаратов кальция и фторидов на альвеолярный отросток при прогрессирующей резорбции альвеолярной кости

Тяжелая степень заболевания

- Антибиотикотерапии (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры кармане.
- НПВС (местно).
- Протеолитические ферменты или протеолитические ферменты с антибиотиками (местно) - при наличии гнойного экссудата в пародонтальных карманах
- Хирургические методы: кюретаж - при глубине пародонтальных карманов 3-5 мм; гингивотомия - при глубине карманов более 5 мм.
- Физиотерапия - электрофорез препаратов кальция и фторидов на альвеолярный отросток - при прогрессирующей резорбции альвеолярной кости

Обострение локализованного пародонтита

- Антисептики растительного происхождения (местно).
- НПВС в пародонтальные карманы (местно).
- Фитонцидные препараты (местно) - в пародонтальные карманы.

Физиотерапия.

- Облучение гелий -неоновым лазером (1-3 мин.,на курс 5-7 процедур) или УФ- терапия (1-2 мин., 3-5 сеансов) или УВЧ - терапия (3-5 мин.)

Критерии эффективности лечения:

- Ликвидация клинических проявлений заболевания;
- Стабилизация рентгенологических изменений в альвеолярного отростка

Тесты, ситуационные задачи с эталонами ответов

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

001. Вашему помощнику (сестре) полагается
- а) выполнять неограниченно широкие функции
 - б) инструктировать пациента по гигиене полости рта
 - в) помогать Вам у кресла
 - г) снимать зубной камень
 - д) верно б) и в)
002. Основную ответственность за клинический диагноз несет
- а) зубной техник
 - б) помощник стоматолога (сестра)
 - в) помощник стоматолога, получивший сертификат
 - г) врач-стоматолог
 - д) верно а) и б)
003. Основную ответственность за правильное начало и дальнейшее планирование гигиенической обработки полости рта пациента несет
- а) зубной техник
 - б) помощник стоматолога (сестра) с сертификатом
 - в) помощник стоматолога без сертификата
 - г) зубной гигиенист
 - д) стоматолог
004. Зубной техник конструирует протез на основании
- а) выбора цвета и формы зубов
 - б) диалога с пациентом
 - в) снятия слепка в полости рта
 - г) указаний стоматолога
 - д) верно а) и б)
005. В каком случае позволительно помощнику сделать пациенту инъекцию?
- а) после того, как помощник самостоятельно оценил статус полости рта
 - б) после того, как помощник проверил надписи на лекарстве
 - в) после проверки возможной аллергической реакции, самостоятельно проведенной помощником
 - г) только по строгому предписанию врача-стоматолога
006. Регистратор может по телефону информировать пациента

- о стоимости какой-либо работы
- а) после оценки клинической картины на слух
 - б) по требованию пациента
 - в) по прејскуранту, определенному врачом
 - г) этого лучше не делать
 - д) верно б) и в)

007. Если пациент по телефону просит лекарство при постоперативных болях

- Вашему помощнику позволено
- а) ввести медикамент
 - б) позвонить фармацевту и самостоятельно рекомендовать лекарство
 - в) записать на бумаге его просьбу
 - г) отослать пациента к врачу-стоматологу
 - д) самостоятельно принять решение о физиотерапевтической процедуре

008. Избавляет от возможных необоснованных обвинений в адрес врача после проведенного не совсем удачного лечения

- а) тщательная запись выполненных манипуляций
- б) запись предписаний
- в) сниженный прејскурант
- г) запись обращений к специалистам
- д) запись полного анамнеза

009. Помощнику (сестре), кроме ассистенции, необходимо

- а) записать детально сделанные Вами манипуляции в карточку пациента
- б) объяснить пациенту смысл каждой манипуляции
- в) соблюдать конфиденциальность проводимых процедур
- г) обсудить финансовые расходы с пациентом
- д) верно а) и в)

010. В целях асептики важно

- а) создать температурные условия (100°C)
- б) знать характеристику химического агента
- в) знать характеристику микроорганизма
- г) знать факторы, влияющие на взаимодействие химического агента и микроорганизма
- д) верно а) и б)

011. Вирусный гепатит (virus B) может быть перенесен

- а) аэробными микроорганизмами
- б) слюной
- в) кровью
- г) мочой
- д) верно б) и в)

012. Самой надежной стерилизацией инструментов, несмотря на всякие новшества, является
- а) автоклав
 - б) кипячение
 - в) сухой пар
 - г) дезинфекция детергентами
 - д) верно б) и в)
013. Основным недостатком автоклавирования инструментов является
- а) не уничтожает споры
 - б) недостаточная очистка инструментов
 - в) повреждение инструментов, особенно режущих
 - г) затрата времени
 - д) верно а) и б)
014. Микроорганизмы, принимающие споровидные формы
- а) бациллы
 - б) кокки
 - в) вибрионы
 - г) спирохеты
 - д) верно б) и в)
015. Бактерии, нуждающиеся в кислороде для своего роста, называются
- а) анаэробы
 - б) аэробы (облигатные)
 - в) факультативные анаэробы
 - г) факультативные аэробы
 - д) верно б) и в)
016. Микроорганизмы, которые не могут выживать в присутствии кислорода,
- а) строгие аэробы
 - б) строгие анаэробы
 - в) факультативные аэробы
 - г) факультативные анаэробы
 - д) верно а) и б)
017. Полное отсутствие микроорганизмов обеспечивается
- а) антисептикой
 - б) асептикой
 - в) бактериостатикой
 - г) дезинфекцией
 - д) верно в) и г)
018. Для всех бактерий абсолютно необходимо
- а) чистый кислород

- б) температура 36.6°C
- в) двуокись углерода
- г) затемнение
- д) верно б) и г)

019. Туберкулезную инфекцию можно получить

- а) если пить молоко от инфицированных коров
- б) контактировать с инфицированными людьми
- в) вдыхать аэрозоль от чихающих
- г) контактировать с инфицированными инструментами
- д) верно все перечисленное

020. Наиболее надежно избавляет от бактерий

- а) замораживание
- б) стерилизация
- в) дезинфекция
- г) растворение
- д) верно в) и г)

021. По отношению к вирусу гепатита справедливы утверждения

- а) вирус может передаваться аэрозолем слюны
- б) вирусы довольно устойчивы по отношению к дезинфекционным препаратам
- в) что, даже малые количества инфицированного материала способны заразить
- г) вирус довольно устойчив по отношению к температуре
- д) все вышесказанное справедливо

022. Наиболее устойчивы к кипячению при 100°C в течение 10 мин

- а) туберкулезные бациллы
- б) протей
- в) вирус гепатита
- г) стафилококк
- д) гонококк

023. В гнойных выделениях не содержится

- а) лейкоциты
- б) бактерии
- в) полисахариды
- г) лимфа
- д) верно б) и г)

024. Самым первым барьером, защищающим тело человека от инфекции, является

- а) кислота желудочно-кишечного тракта
- б) кожа

- в) лимфатическая система
- г) антитела
- д) верно в) и г)

025. Спирт не очень надежное дезинфицирующее средство даже для поверхности инструментов потому, что
- а) от 2 до 5 мин достаточное время для дезинфекции при контакте с ним
 - б) требует большего времени - 10 мин
 - в) является детергентом
 - г) быстро испаряется
 - д) верно б) и г)
026. У носителя вирусного гепатита может быть обнаружен вирус
- а) в кале
 - б) в слюне
 - в) в крови
 - г) в слюне и крови
 - д) во всем перечисленном

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001. Нормальная частота пульса взрослого человека в пределах
- а) 40-80 ударов в минуту
 - б) 60-100 ударов в минуту
 - в) 80-120 ударов в минуту
 - г) 90-130 ударов в минуту
 - д) 100-140 ударов в минуту
002. Свой большой палец лучше не использовать для подсчета пульса у пациента. Основной причиной этого является
- а) очень широкая поверхность пальца
 - б) высокая степень ороговения кожи
 - в) в ткани пальца проходит собственная пульсирующая артерия, что может привести к ошибке подсчета
 - г) в ткани пальца нет пульсирующей артерии
 - д) физическое неудобство подсчета пульса с помощью пальца
003. Частота дыхания в минуту взрослого человека находится в пределах
- а) 10-14
 - б) 14-20
 - в) 16-24
 - г) 24-28
 - д) 26-50

004. Пациент, регулярно принимающий много салицилатов, например, по поводу артрита, представляет риск и неудобства при стоматологических вмешательствах, особенно хирургических - по причине
- а) аллергических проявлений
 - б) склонности к кровотечению
 - в) чувства страха перед лечением
 - г) в связи с низким артериальным давлением
 - д) в связи с высоким артериальным давлением
005. При обследовании пациента обязательно пальпируется бимануально следующая область
- а) преддверие полости рта
 - б) слизистая оболочка щеки
 - в) контуры губ
 - г) уздечка языка
 - д) дно полости рта
006. При проведении электроодонтодиагностики причинного зуба целесообразно начать измерение
- а) сразу с причинного зуба
 - б) с антагониста
 - в) с подобного зуба на противоположной челюсти
 - г) с такого же зуба на противоположной стороне зубной дуги
 - д) с любого другого зуба
007. Максимально допустимая доза облучения для каждого из персонала, связанного с работой рентгеновской установки, не должна превышать
- а) 4 БЭР в год
 - б) 5 БЭР в год
 - в) 6 БЭР в год
 - г) 7 БЭР в год
 - д) 8 БЭР в год
008. Панорамная рентгенография назначается врачом для того, чтобы
- 1) выяснить состояние верхнечелюстных синусов
 - 2) оценить уровень прорезывания зубов
 - 3) оценить соотношение челюстей
 - 4) получить общую оценку зубных рядов и пародонта
 - 5) выявить лицевые и язычные поражения
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1 и 2
 - в) верно 2 и 4
 - г) верно только 4
 - д) все вышеперечисленное верно

КАРИЕС ЗУБОВ

001. Из перечисленных факторов при кариесе зубов носят агрессивный характер
- а) нарушение минерального обмена в организме
 - б) нарушение белкового обмена,
т.е. при этом страдает белковая матрица твердых тканей зуба
 - в) микроорганизмы полости рта, зубной налет и углеводы
 - г) нарушение углеводного обмена,
способствующее нарушению белковых структур зуба
 - д) недоедание
002. Из перечисленных факторов снижает уровень резистентности организма
- к кариозному процессу
 - а) зубные отложения
 - б) различные общие заболевания, связанные
с нарушением регуляции обменных процессов в организме
 - в) углеводы пищи
 - г) недостаточное содержание фтора в питьевой воде
 - д) все вышеперечисленное
003. Из перечисленных факторов оказывает влияние одновременно на факторы агрессии и резистентности к кариесу
- а) сдвиги в организме, связанные с нарушением нейрорефлекторной, гормональной и гуморальной регуляций обменных процессов
 - б) микроорганизмы полости рта
 - в) зубная бляшка
 - г) содержание фтора в питьевой воде
 - д) верно б) и в)
004. Время, необходимое для начала образования кислоты бактериальной бляшкой после употребления сладкой пищи
- а) несколько секунд
 - б) 10 мин
 - в) 15 мин
 - г) 30 мин
 - д) 1 час
005. Основные процессы, проходящие в эмали при начальном кариесе
- а) нарушение белковой матрицы эмали
 - б) дисминерализация и реминерализация
 - в) деминерализация эмали
 - г) нарушение связи между белковыми

- и минеральными компонентами эмали
- д) резорбция эмали
006. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и гипоплазии эмали является
- а) прогрессирование процесса, которое выражено при кариесе и его нет при гиперплазии процесса
 - б) локализация процесса
 - в) консистенция поверхности пятна
 - г) симметричность поражения
 - д) системность поражения
007. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и флюороза является
- а) локализация процесса
 - б) симметричность поражения
 - в) консистенция поверхности пятна
 - г) прогрессирование процесса
 - д) системность поражения
008. Основными в терапии начального кариеса являются
- а) гигиенический и диетический режимы
 - б) местное применение препаратов фтора
 - в) назначение препаратов фтора внутрь
 - г) общеукрепляющее лечение
 - д) минерализирующие растворы (рем.терапия)
009. Из перечисленных зубных паст обладают противокариозным действием
- а) лесная и другие хлорофилсодержащие, ромашка
 - б) Поморин, бальзам
 - в) Жемчуг, Мэри, Бело-розовая
 - г) Мятная, Борно-глицериновая, Ягодка, Семейная
 - д) фторсодержащие пасты
010. Регулировать действие углеводов на эмаль зуба можно
- а) ограничением введения углеводов с пищей
 - б) строгим соблюдением рациональности питания
 - в) приемом витамина В₁
 - г) гигиеной полости рта
 - д) верно а), б) и г)
011. Из перечисленных методов способствуют повышению резистентности к кариесу
- а) наиболее эффективен рациональный гигиенический режим
 - б) основным является повышение общей реактивности организма,

- путем назначения общеукрепляющих и витаминных препаратов, рациональной диеты, режимом труда и отдыха
- в) применение профессиональной гигиены
- г) местная флюоризация эмали
- д) все вышеперечисленные

012. Из перечисленных веществ наиболее активны для повышения процессов реминерализации эмали при кариесе

- а) молибден, ванадий, селен, медь, фосфаты, кальций
- б) витамины
- в) фтор
- г) препараты, содержащие декстраназу
- д) гормоны

013. Эффект местной флюоризации основан

- а) на активности процессов реминерализации, уменьшении растворимости и проницаемости эмали, образовании фторапатита
- б) на улучшении трофики зуба
- в) на бактерицидном действии фтора
- г) на укреплении белковой матрицы эмали
- д) на изменении pH зубного налета

014. Признаки, позволяющие поставить диагноз глубокого кариеса

- а) боли от химических раздражителей, дефект расположен в глубоких слоях дентина, болезненное зондирование
- б) боли при попадании пищи в полость, дефект в средних слоях дентина, зондирование болезненно в области эмалево-дентинной границы
- в) боль от термических раздражителей, быстро проходит после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно по всему дну
- г) боль от термических раздражителей, держится долго после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно в одной точке
- д) боль при попадании пищи в полость, проходящая после ее эвакуации, зондирование резко болезненно в одной точке

015. Наиболее рациональны при глубоком кариесе прокладки

- а) противовоспалительного действия
- б) антимикробного действия
- в) на основе глюкокортикоидов
- г) одонтотропные
- д) индифферентные

016. Препараты, обладающие одонтотропным действием
- а) сульфаниламидные
 - б) гидроокись кальция
 - в) антибиотики и антисептики
 - г) кортикостероиды
 - д) эвгенол
017. Можно ли применять в качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе пасты на основе кортикостероидных препаратов?
- а) да, т.к. они уменьшают воспалительные явления в пульпе, которые сопровождают глубокий кариес
 - б) нет, ибо они угнетают защитную реакцию пульпы
 - в) да, т.к. они оказывают дезаллергизирующее действие
 - г) нет, ибо они способствуют дисбактериозу, стимулируя рост флоры кариозной полости
 - д) нет, т.к. они раздражают соединительную ткань
018. Применение гидроокиси кальция при глубоком кариесе основано
- а) на антибактериальном эффекте
 - б) на противовоспалительном и одонтотропном действии
 - в) на способности угнетать действие бактериальных энзимов
 - г) на десенсибилизирующем эффекте
 - д) на изменении реакции в сторону закисления среды
019. В основе классификации кариозных полостей по Блэку лежит
- а) систематизация обработки кариозных полостей
 - б) представление о том, что кариес возникает только на поверхностях, где происходит ретенция пищевых остатков и налета
 - в) мнение, что кариес может возникнуть на любой поверхности зуба
 - г) представление о системности и симметричности кариозного процесса
 - д) обеспечение условий фиксации пломбы
020. Основной принцип формирования кариозных полостей по Блэку, присущий всем классам кариозных полостей
- а) создание дополнительных площадок
 - б) иссечение нависающих краев полости
 - в) превентивное расширение полости
 - г) создание ящикообразной полости
 - д) полное иссечение некротизированного дентина
021. Основное условие формирования кариозных полостей, направленное на предупреждение рецидивов кариеса
- а) создание дополнительных площадок и ретенционных пунктов
 - б) иссечение нависающих краев эмали

- в) ящикообразная форма полости
- г) превентивное расширение полости
- д) максимальное щажение тканей зуба

022. Для глубокого кариеса в сочетании с гиперемией пульпы необходимо

- а) экстирпировать пульпу
- б) удалить по возможности весь пораженный дентин, избегая обнаружения пульпы, и наложить пасту с противовоспалительными свойствами
- в) тщательно удалить весь пораженный дентин и положить ту же повязку независимо от степени обнажения пульпы
- г) провести неполную некротомию и наложить пасту с противовоспалительными свойствами
- д) тщательно удалить весь пораженный дентин и оставить полость открытой для оттока экссудата

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПУЛЬПЫ

001. В пульпе различают

- а) 2 слоя
- б) 3 слоя
- в) 3 слоя
- г) 5 слоев
- д) 6 слоев

002. Клеточный состав пульпы следующий

- а) пульпа как соединительная ткань богата присущими ей клетками
- б) кроме клеток, присущих соединительной ткани и специфических клеток, пульпа содержит малодифференцированные, звездчатые клетки
- в) клеточный состав пульпы представлен клетками плазмоцитарного и макрофагального рядов
- г) близки по составу к эпителиальной ткани
- д) похожа на нервную ткань

003. В строении корневой и коронковой пульпы имеются различия

- а) нет, ибо корневая пульпа является непрерывным продолжением коронковой
- б) корневая пульпа значительно отличается от коронковой по строению, ибо она является промежуточной между коронковой пульпой и периодонтом
- в) корневая пульпа незначительно отличается от коронковой, по строению она ближе к ней, чем к периодонту
- г) корневая пульпа близка к ткани периодонта

- д) коронковая пульпа близка к нервной ткани
004. В строении коронковой и корневой пульпы отличия состоят
- а) в особенностях строения волокон соединительной ткани в этих зонах
 - б) в особенности васкуляризации
 - в) в соотношении волокон, клеток и межзубного вещества
 - г) в особенностях строения соединительной ткани, ее кровоснабжения и иннервации
 - д) в особенностях микроснабжения
005. Основная функция пульпы
- а) трофическая, ибо через пульпу осуществляется обмен в твердых тканях зуба
 - б) пластическая - способность воссоздавать элементы соединительной ткани и заместительной дентин
 - в) защитная - способность сопротивляться раздражающему агенту
 - г) пульпа индифферентна по отношению к твердым тканям
 - д) пульпа безвредна для твердых тканей
006. Защитная функция пульпы определяется
- а) деятельностью клеток фибробластического ряда, способных ограничивать воспалительный процесс
 - б) фагоцитарной активностью клеток
 - в) способностью одонтобластов вырабатывать заместительный дентин
 - г) волокнистыми структурами, способными выравнивать pH пульпы
 - д) тканевым иммунитетом, который определяется совместной деятельностью вышеперечисленных тканевых элементов, а также нейро-рефлекторной и гуморальной регуляцией организма
007. Решающим при диагностике острого частичного пульпита является
- а) характер болей
 - б) термометрия
 - в) электрометрия
 - г) перкуссия
 - д) фактор времени и первичность болей
008. Диагноз острого общего пульпита ставится на основании следующих признаков
- а) нарастание интенсивности болей и частоты приступов
 - б) уменьшение светлых промежутков
 - в) появление перкуторной реакции
 - г) резкая реакция на термометрию
 - д) повышение порога электровозбудимости пульпы
009. Решающим в дифференциальной диагностике острого,

- общего и частичного пульпитов является
- а) характер болей
 - б) термометрия
 - в) электрометрия
 - г) перкуссия
 - д) фактор времени
010. Большой процент несовпадений
клинического и гистологического диагнозов объясняется
- а) несовершенством методов диагностики пульпита
 - б) поздним обращением больных
 - в) закрытой полостью зуба
 - г) гиперэргическим характером воспаления
 - д) отсутствием стерильности операции
011. Дифференциальную диагностику острого общего пульпита
и невралгии тройничного нерва определяет
- а) характер болей
 - б) термометрия
 - в) электрометрия
 - г) перкуссия
 - д) зондирование
012. Решающим в дифференциальной диагностике
хронического фиброзного и пролиферативного пульпита является
- а) характер болей
 - б) термо- и электрометрия
 - в) данные осмотра полости
 - г) электроддонтometрия
 - д) рентгенография
013. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять
при остром частичном пульпите
- а) девитализацию пульпы
 - б) сохранение жизнеспособности всей пульпы
 - в) витальную ампутацию
 - г) витальную экстирпацию
 - д) удаление зуба
014. Из предложенных методов лечения
необходимо применить при остром общем пульпите
- а) девитализацию пульпы
 - б) сохранение жизнеспособности всей пульпы
 - в) витальную ампутацию
 - г) витальную экстирпацию
 - д) удаление зуба

015. При хроническом фиброзном пульпите лучше всего применить
- а) сохранение жизнеспособности всей пульпы
 - б) витальную ампутацию
 - в) витальную экстирпацию
 - г) девитализацию
 - д) удаление зуба
016. При хроническом пролиферативном пульпите наиболее рационален следующий метод лечения
- а) девитализация
 - б) витальная ампутация
 - в) сохранение жизнеспособности всей пульпы
 - г) витальная экстирпация
 - д) удаление зуба
017. Наиболее рационален при гангрене коронковой пульпы такой метод лечения как
- а) девитализация
 - б) витальная ампутация
 - в) витальная экстирпация
с последующей антисептической обработкой каналов
 - г) витальная экстирпация с диатермокоагуляцией пульпы
 - д) йод-электрофорез
018. Решающим в дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита является
- а) характер болей
 - б) термометрия
 - в) зондирование
 - г) электрометрия
 - д) фактор времени
019. Решающим в дифференциальной диагностике гангренного пульпита и хронического периодонтита является
- а) характер болей
 - б) перкуссия
 - в) зондирование
 - г) термометрия
 - д) электрометрия
020. В случае так называемого остаточного пульпита в зубе с плохо проходимыми каналами необходимо сделать
- а) новокаиновую блокаду
 - б) антибиотики с кортикостероидами

- в) электрофорез с йодом
 - г) наложить мышьяковистую или параформальдегидную пасту
 - д) диатермокоагуляцию
021. Скорейшему заживлению культи пульпы после витальной ампутации способствует
- а) антибиотики
 - б) гидроокись кальция
 - в) кортикостероиды
 - г) эвгенол
 - д) йод
022. Лучше всего снимают боль и способствуют ослаблению воспалительной реакции при сохранении жизнеспособности пульпы
- а) антибиотики
 - б) гидроокись кальция
 - в) кортикостероиды
 - г) эвгенол
 - д) йод
023. В непроходимых щечных или медиальных каналах при методе витальной экстирпации необходимо оставить
- а) гидроокись кальция
 - б) эвгеноловую пасту
 - в) пасту на основе сочетания антибиотиков с кортикостероидами
 - г) резорцин-формалиновую пасту
 - д) тампон с йодом
024. Метод витальной ампутации нельзя применять в однокорневых зубах
- а) в связи с отсутствием анатомически выраженного отграничения между коронковой и корневой пульпой
 - б) так как изменяется цвет зубов
 - в) воспаление в этих случаях быстро переходит на корневую пульпу
 - г) благодаря малому объему полости
 - д) верно б) и г)
025. Остановить кровотечение из каналов после экстирпации пульпы лучше
- а) перекисью водорода
 - б) ε-аминокапроновой кислотой или капрофером
 - в) жидкостью фосфат-цемента
 - г) ваготилом
 - д) сухой турундой под давлением
026. При биологических методах лечения пульпита возникающие осложнения связаны

- а) с ошибками в диагнозе
- б) с неправильным выбором лекарственного препарата
- в) с плохой фиксацией пломбы
- г) с нарушением правил асептики
- д) с ошибками в технике проведения метода

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИОДОНТА

001. Из какой части зубного зачатка образуется ткань периодонта?
- а) из мезенхимы зубного сосочка
 - б) из зубного мешочка
 - в) из клеток так называемого Гертвиговского влагалища
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
002. Состав волокнистых структур периодонта
- а) в периодонте наряду с коллагеновыми волокнами встречается большое количество эластических волокон
 - б) периодонт в основном представлен коллагеновыми волокнами
 - в) небольшое количество ретикулярных и окситалановых волокон
 - г) совершенно отсутствуют эластические
 - д) волокнистые структуры периодонта представлены коллагеновыми, эластическими, ретикулярными, окситалановыми и другими группами волокон
003. Коллагеновые волокна периодонта имеют основные свойства
- а) удерживать зуб в правильном положении, равномерно распределяя давление на стенки альвеолы
 - б) набухать в кислой среде, ощелачивая ее
 - в) создавать благоприятные условия для фагоцитоза при воспалении
 - г) обеспечивать физиологическую подвижность зуба
 - д) быть устойчивыми к переваривающему действию тканевых ферментов и играть большое значение в репаративных процессах
004. Клеточный состав периодонта представлен
- а) клетками, присущими всякой соединительной ткани
 - б) кроме клеток соединительной ткани и вазогенного происхождения в периодонте имеются специфические клетки эпителия
 - в) в периодонте отсутствуют какие-либо специфические клетки
 - г) периодонтом близким к цементу
 - д) периодонтом близким к корневой пульпе
005. Активными защитниками ткани при воспалении являются клетки периодонта
- а) плазматические, так как они участвуют в выработке антител,

- то есть в явлениях иммунитета
- б) фибробласты, так как они синтезируют коллаген
 - в) вазогенного происхождения
 - г) гистиоциты, так как они способны к фагоцитозу
 - д) лейкоциты
006. Основной функцией периодонта является
- а) трофическая функция, ибо она обеспечивает питание цемента зуба
 - б) опорная, так как периодонт способен воспринимать большие нагрузки и распределять давление на стенки альвеолы
 - в) пластическая функция, заключающаяся в способности клеток синтезировать коллаген и полисахариды, т.е. строить саму ткань периодонта
 - г) защитная функция, так как она обеспечивает активную борьбу с воспалением
 - д) верно а) и г)
007. С какой формой пульпита чаще всего приходится дифференцировать острый периодонтит?
- а) с острым серозным частичным пульпитом
 - б) с гнойным пульпитом
 - в) с обострением хронического пульпита
 - г) с хроническим гипертрофическим пульпитом
 - д) с гангренозным пульпитом
008. Решающим тестом при дифференциальной диагностике острого периодонтита и пульпита является
- а) перкуссия
 - б) электроодонтодиагностика
 - в) характер болей
 - г) термометрия
 - д) рентгенодиагностика
009. Наиболее точным при дифференциальной диагностике апикального периодонтита и пародонтита является
- а) перкуссия
 - б) все нижеперечисленное
 - в) термометрия
 - г) определение электровозбудимости пульпы, рентгенография и перкуссия
 - д) зондирование
010. Имеются ли показания для однокорневого метода лечения хронического периодонтита однокорневого зуба?
- а) нет, такой зуб подлежит удалению
 - б) да, надо запломбировать канал и сделать разрез

- в) нет, ибо целесообразно вначале вылечить периостит, а затем лечить зуб
 - г) да, надо запломбировать в одно посещение при условии тщательной обработки канала
 - д) да, надо запломбировать и ввести в переходную складку 0.5 мл гидрокортизона
011. Если зуб не выдерживает герметического закрытия в канале лучше оставить
- а) антибиотики
 - б) фенол с формалином
 - в) желудочный сок
 - г) трипсин
 - д) гидрокортизон с антибиотиками
012. Боль при зондировании и кровоточивость канала наблюдаются
- а) при хроническом фиброзном периодонтите
 - б) при кистогранулеме
 - в) при хроническом гранулирующем периодонтите
 - г) при фиброзном периодонтите
 - д) при остром периодонтите
013. В случаях болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала следует предпочесть
- а) удаление зуба, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент корня
 - б) применение мышьяковистой пасты, поскольку лечить такой зуб надо, как пульпитный
 - в) проведение диатермокоагуляции и непосредственное пломбирование
 - г) проведение электроодонтометрии
 - д) закрытие зуба лечебной повязкой
014. При лечении хронических гранулирующих периодонтитов пломбировать каналы нетвердеющими пастами
- а) можно, ибо контакт пасты с тканями воспалительного периодонта дает лечебный эффект и будет способствовать его регенерации
 - б) не следует, потому что эти пасты будут рассасываться за счет грануляционной ткани
 - в) можно и нужно, поскольку всегда есть возможность исправить дефекты пломбирования
 - г) можно при наличии свищевого хода, тем более целесообразно, ибо лекарственные вещества, входящие в состав пасты будут способствовать его закрытию
 - д) нельзя, так как нетвердеющая паста не обеспечивает герметизма в канале
015. При лечении хронического гранулирующего периодонтита в зубе

- с плохо проходимыми каналами наиболее целесообразен метод
- а) серебрения, ибо серебро обладает бактерицидным олигодинамическим действием на микрофлору микроканалцев
 - б) резорцин-формалиновый, так как он мумифицирует частички грануляционной ткани в недоступных участках корневых каналов
 - в) диатермокоагуляции, позволяющий коагулировать грануляции
 - г) ультрафонофореза с резорцин-формалиновой смесью
 - д) метод серебрения, так как он, образуя пленку по стенкам канала, закроет просветы дентинных канальцев и обеспечит герметизацию

016. Происхождение эпителия гранулемы и кист -

- а) это вегетировавший через десневой карман многослойный плоский эпителий полости рта
- б) это вегетировавший через свищевой ход многослойный плоский эпителий полости рта
- в) эпителиальную выстилку гранулем и кист образуют эпителиальные островки Малайя, клетки которых пролиферируют под влиянием воспаления

017. На клетки эпителия при хроническом гранулематозном периодонтите могут воздействовать рациональнее всего методы

- а) выведения за верхушку зуба фосфат-цемента или другого пломбировочного материала
- б) воздействие сильными кислотами
- в) заапикальной диатермокоагуляцией
- г) йод-электрофорез
- д) резекция верхушки корня

018. Можно ли оставить в канале турунду с трилоном "Б"?

- а) можно
- б) нужно для более длительного контакта трилона со стенками канала
- в) нельзя, вследствие сильного декальцинирующего действия и опасности перфорации при механическом расширении канала
- г) нельзя, ибо зуб не выдержит герметического закрытия
- д) можно на 1 мин

019. Сроки регенерации тканей периодонта сокращает применение средств

- а) кортикостероидные гормоны
- б) антибиотики и слабые антисептики
- в) пиридиновые основания
- г) ферменты
- д) гидроксипапатит с коллагеном

020. Основные требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов

- а) биологическая толерантность
- б) хороший герметизм пломбирования
- в) хорошая вводимость
- г) рентгеноконтрастность
- д) антимикробные и стимулирующие регенерацию тканей периодонта действия

021. Можно ли пломбировать резорцин-формалиновой пастой (без катализатора реакции) хорошо проходимые каналы?

- а) можно, потому что она дает хороший герметизм канала
- б) можно, ибо она обладает антисептическим и мумифицирующим действием
- в) нельзя, поскольку она раздражает периодонт и окрашивает зуб
- г) можно, ибо она вызовет обострение процесса, который завершится выздоровлением
- д) нельзя, поскольку она негерметична

022. Является ли выведение фосфат-цемента за верхушку при лечении хронических периодонтитов методом активной терапии их?

- а) да, потому что фосфат-цемент стимулирует регенерацию костной ткани
- б) нет, потому что он не дает полного герметизма корневых каналов
- в) нет, ибо он является инородным телом и препятствует регенерации тканей пародонта
- г) нет, ибо он дает обострение процесса

023. Лучше всего снять боль, возникшую сразу после пломбирования канала

- а) лидокаиновой блокадой по переходной складке
- б) диадинамическим током
- в) инъекцией антибиотиков
- г) введением гидрокортизона в переходную складку
- д) сделать разрез

024. Основным для восстановления тканей периодонта является

- а) тщательная инструментальная обработка канала
- б) антимикробная обработка корневых каналов
- в) противовоспалительная терапия
- г) трансканальное введение препаратов, способствующих регенерации тканей
- д) создание оттока экссудата

025. Какой из корневых каналов верхнего первого моляра представляет наибольшие трудности для достижения верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию?

- а) дистальный небный
- б) медиальный щечный

- в) щечный
- г) дистальный щечный
- д) небный

026. Принятая рабочая длина корневого канала
- а) точно соответствует анатомической длине зуба
 - б) короче на 1 мм, чем анатомическая длина зуба
 - в) длинее на 1 мм, чем рентгенологическая длина зуба
 - г) иногда равна длине глубиномера
(по субъективным ощущениям)
 - д) всегда равна длине глубиномера
(по субъективным ощущениям)
027. Если произошла поломка инструмента при обработке канала в первую очередь необходимо сделать
- а) рентгенографию зуба
 - б) информировать об этом пациента
 - в) измерить оставшуюся в руках часть инструмента
 - г) немедленно попытаться извлечь инструмент
 - д) во всех случаях удалить зуб
028. Наиболее вероятный эффект, ожидаемый после наложения силикатной пломбы без прокладки при большой кариозной полости
- а) образование заместительного дентина
 - б) образование так называемых мертвых путей
 - в) никаких изменений
 - г) некроз пульпы
 - д) образование прозрачного дентина
029. Подкладка под силикатную пломбу защищает пульпу от
- а) диффузии токсических кислот и фторидов
 - б) термических раздражений
 - в) гальванических эффектов
 - г) химических раздражений
 - д) механических раздражений
030. Наиболее употребимы в состав корневых пломб нижеперечисленные компоненты
- а) окись цинка и ортофосфорная кислота
 - б) окись цинка и антибиотики
 - в) окись цинка и эвгенол
 - г) окись цинка и формокрезол
 - д) эпоксидные пластмассы
031. Корневая пломба должна

- а) достигать верхушечной трети канала
- б) достигать верхушечного отверстия по рентгенологической оценке
- в) быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия
- г) располагаться на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгенологической оценке
- д) достигать уровня дентино-цементного соединения

032. Кортикостероиды используются в эндодонтической практике для снижения

- а) зоны обнажения пульпы
- б) воспаления пульпы и периодонта
- в) инфицирования пульпы
- г) петрификации пульпы
- д) механической травмы пульпы

033. Откуда появляются ионы кальция в "дентинном мостике" при заживлении пульпы под покрытием из гидроокиси кальция?

- а) непосредственно из гидроокиси кальция
- б) из местного распада клеток
- в) из кровотока пульпы
- г) из окружающего дентина за счет редепозиции
- д) за счет щелочной фосфатазы, присутствующей в пульпе

034. Полип пульпы может возникнуть

- а) при остром пульпите
- б) при хроническом открытом пульпите
- в) при некрозе пульпы
- г) при хроническом закрытом пульпите
- д) при хроническом периапикальном поражении

035. Чаще всего бессимптомны

- а) острый пульпит
- б) хронический открытый пульпит
- в) хронический закрытый пульпит
- г) дентикл
- д) полип пульпы

036. Средняя длина полностью сформированного верхнего постоянного центрального резца равна

- а) 25 мм
- б) 22 мм
- в) 20 мм
- г) 24 мм
- д) 18 мм

037. Наиболее целесообразен для пломбирования корневых каналов

следующий пломбировочный материал

- а) паста с антибиотиками
- б) амальгама
- в) фосфат-цемент
- г) эндометазон
- д) йодоформная паста

038. Из перечисленных тактик в начале лечения хронического периодонтита целесообразна

- а) резекция верхушки корня
- б) ретроградное пломбирование
- в) раскрыть анатомическую полость зуба и оставить ее открытой
- г) раскрыть анатомическую полость зуба и оценить рабочую длину канала
- д) вывести зуб из окклюзии

039. Для устранения кровоточивости из канала в эндодонтии используется

- а) йодинол
- б) перекись водорода
- в) эвгенол
- г) спирт
- д) физиологический раствор

040. Какие признаки указывают на то, что можно приступить к пломбированию каналов?

- а) отсутствие запаха
- б) отрицательный результат бактериологического контроля
- в) отсутствие каких-либо жалоб со стороны пациента
- г) отсутствие экссудата из каналов
- д) все вышеперечисленное

041. В качестве постоянных пломб для каналов могут быть использованы

- а) серебряный штифт
- б) фосфат-цемент
- в) гуттаперча
- г) материал с 5% или 30% добавления в его состав йодоформной пасты
- д) все вышеперечисленное

042. После эндодонтического вмешательства произошел глубокий перелом коронки зуба. После извлечения отломка наиболее предпочтительным способом восстановления коронки является

- а) керамическая коронка
- б) золотая коронка
- в) трехчетвертная коронка
- г) макро- или микроштифты в каналах с последующим восстановлением серебряной амальгамой

д) пломба из композитного материала

043. Для нейтрализации воздействия фенола наиболее употребим

- а) карбонат натрия
- б) спирт
- в) дистиллированная вода
- г) креозот
- д) хлорамин

044. За счет чего действует на распад в канале перекись водорода?

- а) высушивающий эффект
- б) термический эффект
- в) декальцификация дентина
- г) высвобождение активного кислорода
- д) образование кислоты при контакте с распадом

045. Основным свойством ЭДТА является

- а) антисептическое действие
- б) декальцинация дентина
- в) увлажнение канала
- г) усиление режущих свойств эндодонтических инструментов
- д) верно а) и в)

046. При заполнении канала доводить постоянный пломбировочный материал

(при условии полноценной obturation верхушечного отверстия) следует

- а) до режущего края или окклюзионной поверхности зуба
- б) заполнять этим материалом весь объем пульповой камеры
- в) до устья корневых каналов
- г) до средней трети канала
- д) верно а) и б)

047. Серебряные штифты предназначены прежде всего для улучшения герметичности пломбирования

- а) широких каналов
- б) каналов с несформированными верхушками
- в) каналов с резецированными верхушками
- г) хорошо проходимых, но не очень широких каналов с различной степенью изгибов
- д) верно а) и б)

048. Чтобы снизить риск возможности перфорации искривленного канала необходимо

- а) заранее согнуть кончик дрельбора перед введением в канал
- б) выбрать инструмент соответственно толщине канала

- в) вообще отказаться от расширения канала
- г) воспользоваться исключительно только химическими средствами расширения канала
- д) верно б) и г)

ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

001. Временные пломбировочные материалы должны обладать следующими свойствами
- а) механической и химической прочностью, устойчивостью цвета
 - б) иметь цвет, соответствующий цвету эмали, медленно затвердевать
 - в) хорошо прилипать к стенкам полости, не оказывать вредного влияния на пульпу, хорошо вводиться и выводиться из полости, не рассасываться и сохранять постоянство объема в течение нескольких месяцев
 - г) выполнять функцию каналозаполняющих материалов
 - д) быть рентгеноконтрастными
002. Временные пломбировочные материалы применяются с целью
- а) прокладок под постоянные пломбы
 - б) пломбирования корневых каналов
 - в) лечебной прокладки, изоляции нетвердеющих или медленно твердеющих паст от постоянных пломб для повязок
 - г) адгезива
 - д) улучшения свойства постоянных пломб
003. Пульпа может погибнуть после применения силикат-цементных пломб
- а) за счет действия мышьяка, входящего в состав цемента
 - б) за счет плохой прилипаемости
 - в) за счет высокой рассасываемости
 - г) за счет действия кремневой кислоты
 - д) за счет диффузии через пломбу различных вредных веществ из слюны
004. Основные недостатки быстротвердеющей пластмассы - норакрила
- а) значительная усадка и наличие остаточного мономера
 - б) непостоянство цвета и рассасываемость материала
 - в) механическая и химическая неустойчивость
 - г) быстрая потеря свойств материала от времени его изготовления
 - д) высокая чувствительность к влаге
005. Неглубокие полости нецелесообразно пломбировать пластмассами
- а) потому, что под пластмассу необходимо применять прокладку, а при поверхностном кариесе это сделать трудно
 - б) вследствие того, что при малой массе пломбы температура разогрева ее будет явно недостаточная для полноценной полимеризации

- в) вследствие близости эмалево-дентинной границы
- г) в связи с трудностями создания правильной полости
- д) в связи с отсутствием адгезива

006. При использовании пластмасс угол перехода стенки полости в дно закругляется

- а) потому, что пластмассовые пломбы под влиянием холодной и горячей пищи изменяют свой объем и при наличии прямых и тем более острых углов не успевают принять прежнюю форму
- б) потому, что можно при этом вскрыть полость зуба
- в) потому, что прокладка все равно нарушает этот угол
- г) потому, что данные материалы стремятся занять сферическую форму
- д) из-за трудностей при формировании прямого угла

007. Применять фосфат-цемент для постоянных пломб

- а) можно, поскольку этот материал относится к постоянным пломбировочным материалам
- б) нельзя, ибо он быстро рассасывается и механически непрочен
- в) можно в отдельных случаях, например, в зубах, готовящихся под коронку, при пломбировании молочных зубов, если до срока смены зуба осталось не более полугода
- г) нельзя, ибо он токсичен для пульпы
- д) нельзя из-за низких эстетических свойств

008. Можно ли применять комбинированные пломбы?

- а) можно, ибо они сочетают в себе качество цемента (прилипаемость) и амальгам (механическая прочность)
- б) нельзя, потому что они по прочности и рассасываемости хуже цемента и амальгамы
- в) можно, особенно при наложении больших контурных пломб, когда стенки зуба тонкие и могут не выдержать давления от расширения амальгамы
- г) можно только с композитными материалами
- д) можно только с эпоксидом

009. Долговечность цементных пломб зависит

- а) от правильного приготовления полости и технического приготовления цемента, тщательного высушивания полости, изоляции пломбы от влияния слюны и грамотной методики пломбирования
- б) от правильного приготовления пломбировочной массы и изоляции пломбы от слюны
- в) от правильного пломбирования - наложения пломбы 2-3-мя порциями, хорошей конденсацией и пришлифовывания ее к краям полости
- г) от хорошего качества материалов
- д) от включения в состав материалов специальных ингредиентов

010. Правильная методика пломбирования пластмассами
- а) прокладка накладывается только на дно, материал вносится в полость несколькими порциями
 - б) прокладка кладется до эмалево-дентинной границы, материал вводится одной, максимально двумя порциями, тщательно конденсируется и пломба изолируется специальным полиакрилатным лаком
 - в) прокладка накладывается на дно полости, пластмасса тщательно распределяется в полости, особенно у краев ее и оставляется избыток в местах, доступных последующей обработке
 - г) пластмасса должна вводиться в первой фазе полимеризации
 - д) материал должен применяться только с адгезивом
011. Основными недостатками амальгамы следует считать
- а) высокую чувствительность к влаге, изменение объема и возможность хронического микромеркуриализма
 - б) отсутствие адгезии, теплопроводимость и способность вызвать коррозию золотых коронок
 - в) потенциальную возможность вызвать аллергические поражения слизистой оболочки полости рта, парестезии со стороны слизистой оболочки в результате образования микроотоков
 - г) потенциальную возможность вызвать парестезии со стороны слизистой оболочки в результате образования микроотоков
 - д) низкие механические и эстетические свойства
012. Закрывать перфорации в области бифуркации корней лучше
- а) фосфат-цементом с фольгой
 - б) серебряной амальгамой
 - в) гидрооксипатитом
 - г) трикальций фосфатом (ТКФ)
013. Нужно ли промывать серебряную амальгаму?
- а) нужно, ибо она загрязнена окисями металлов, способных окрасить ткани зуба
 - б) нельзя, поскольку она весьма чувствительна к влаге (сильно изменяется объем) и снижается прочность
 - в) не только нужно, но и должно, потому что непромытая амальгама очень медленно кристаллизуется
 - г) нужно, улучшаются прочностные качества амальгамы
 - д) нужно, амальгама становится менее токсичной
014. При лечении глубокого кариеса и отсроченном пломбировании следует применять
- а) искусственный дентин, окись цинка с водой, виноксол
 - б) фосфат-цемент

- в) метод серебрения
- г) пасты с гидратом окиси кальция; цинкэвгенольную пасту
- д) пасту с антибиотиками

015. Композиционные пломбировочные материалы, их основные свойства, отличие их от обычных полимерных материалов, пример

- а) композитные материалы - материалы, имеющие полимерную основу и введенный специально обработанный наполнитель.

Отличаются высокими косметическими, физико-механическими свойствами. Стомадент

- б) полимерный материал с наполнителем, отличается лучшей адгезией

- в) смесь различных полимеров. Не отличается. Акриоксид

- г) смесь акриловой и эпоксидной смолы. Более высокая прочность.

Карбодент, стомадент, эвикрол, Р-30, Р-50, Силюкс

- д) эпоксидный материал с наполнителями. Менее токсичен

016. Укажите отечественный композитный пломбировочный материал и его назначение

- а) стомадент - пломбирование III, IV-V класс

- б) карбодент - пломбирование I-II класс

- в) акрилоксид - пломбирование III-V класс

- г) норакрил-100 - пломбирование I-II класс

- д) витакрил - пломбирование III-V класс

017. Укажите особенности подготовки кариозной полости для композиционного пломбировочного материала.

Какие материалы используют в качестве прокладочных материалов под композиционные пломбировочные материалы?

- а) ящикообразная форма; цинк-эвгенольная паста

- б) формирование адгезивной полости, край полости формируют со скосом под углом в 45° в эмали; иономерный или поликарбоксилатный цемент

- в) край формируют обратноконический для лучшей ретенции; фосфат-цемент

- г) по Блэку, фосфат-цемент

- д) со скосом в 25° ; цинк-эвгенольная паста

018. При пломбировании зубов полимерными материалами применяют матрицы с целью

- а) формирования контуров пломбы

- б) уменьшения количества материала

- в) улучшения прочностных качеств

- г) улучшения цветостойкости

- д) снижения полимеризационной усадки, коэффициента теплового расширения,

улучшения цветостойкости, прочностных качеств, адгезии

019. Укажите моменты, на которые необходимо акцентировать внимание при пломбировании кариозных полостей композиционными материалами, которые влияют на эффективность лечения кариеса
- а) создание целевой полимеризации под давлением, протравка эмали
 - б) покрытие пломбировочного материала воском
 - в) пломбирование под давлением, протравка эмали, использование адгезивной системы; высушивание полости
 - г) хорошее высушивание полости
 - д) обработка полости спиртом
020. Из перечисленных материалов, обладающих наиболее раздражающими действиями на пульпу зуба, является
- а) силицин
 - б) эпакрил
 - в) эвикрол
 - г) цинкполикарбоксилатный цемент
 - д) стомадент
021. При пломбировании амальгамой и композиционными материалами используются деревянные клинья с целью
- а) формирования края пломбы, исключаящего наложение материала на десневой сосочек
 - б) улучшения конденсации амальгамы
 - в) создания условий полимеризации материала под давлением
 - г) не травмирования десневого сосочка матрицей
 - д) уменьшения количества пломбировочного материала
022. Укажите сроки обработки амальгамы после ее наложения
- а) 3-7 дней
 - б) 14 дней
 - в) 12 часов
 - г) 30 дней
 - д) 6 месяцев
023. Корневые каналы с использованием гуттаперчевых штифтов пломбируют
- а) плюггером
 - б) дрельбором
 - в) зондом
 - г) штопфером
 - д) корневой иглой
024. Какими свойствами должны обладать временные пломбировочные материалы?
- а) биологической совместимостью с тканями зуба

- б) механической и химической прочностью, устойчивостью цвета
- в) иметь цвет, соответствующий цвету эмали, медленно затвердевать
- г) хорошо прилипать к стенкам полости, не оказывать вредного влияния на пульпу, хорошо вводиться и выводиться из полости, не рассасываться и сохранять постоянство объема в течение нескольких месяцев
- д) создавать герметизм повязки

025. Можно ли применять фосфат-цемент для постоянных пломб?

- а) можно, поскольку этот материал относится к постоянным пломбировочным материалам
- б) нельзя, ибо он быстро рассасывается
- в) нельзя, так как он механически непрочен
- г) можно в отдельных случаях, например, в зубах, готовящихся под коронку, при пломбировании молочных зубов, если до срока смены зубов осталось не более полугода
- д) нельзя, так как он токсичен

026. При перфорации дна полости в области бифуркации корней целесообразно применять

- а) фосфат-цемент с фольгой
- б) серебряную амальгаму
- в) эпоксидный материал
- г) композиционный материал
- д) иономерный цемент

027. Для лечения глубокого кариеса материалы должны

- а) обладать хорошей пластичностью
- б) обладать быстрым отверждением
- в) обладать хорошей вводимостью
- г) обладать антимикробным и одонтотропным действием
- д) не обладать пористостью, хорошо прилипать к стенкам полости, не давать усадку

028. Отсроченный метод пломбирования применяется

- а) при пломбировании кариозных полостей II-IV классов композиционными материалами химического отверждения с целью уменьшения реактивных изменений в пульпе, развивающихся в ответ на формирование дополнительных площадок
- б) при лечении глубокого кариеса, особенно если предстоит положить амальгаму
- в) при пломбировании композиционными материалами светового отверждения
- г) при пломбировании иономерными цементами V класса

- д) при недостатке времени у врача в связи с обильной саливацией, при использовании цемента и амальгамы

029. При ампутиационном методе лечения пульпитов после девитализации пульпы лучше применять следующие пасты

- а) тимоловую, йодоформную, эвгенол-тимоловую
- б) пасты, содержащие сульфаниламидные препараты, стрептоцид, норсульфазол, антибиотики и кортикостероиды
- в) формалинсодержащие пасты
- г) цинк-эвгеноловую пасту, с гидратом окиси кальция
- д) все вышеперечисленное

030. При методе витальной ампутации следует применять пасты

- а) тимоловую, йодоформную
- б) эвгенол-тимоловую
- в) пасты, содержащие сульфаниламидные препараты,
- г) формалинсодержащие пасты
- д) цинк-эвгеноловую пасту, с гидратом окиси кальция

031. После полной экстирпации пульпы лучше запломбировать корневой канал

- а) фосфат-цементом
- б) резорцин-формалиновой пастой
- в) цинк-эвгеноловой пастой
- г) эндометазоном
- д) кальцитом

032. Эффект мимикрии в композиционных материалах последнего поколения

зависит

- а) от бондинг-системы
- б) от состава и времени протравки
- в) от правильного формирования и пломбирования полости
- г) от формы и размера наполнителя
- д) от времени отверждения

033. Гидроокись кальция вводится в состав паст для заполнения корневых каналов с целью

- а) рентгеноконтрастности
- б) стимуляции дентинно-цементогенеза
- в) стимуляции остеогенеза
- г) противовоспалительной терапии
- д) адекватной биосовместимости материалов

034. Материалы с гидроокисью кальция применяются

- а) при пульпите с целью сохранения корневой пульпы

- б) при верхушечном деструктивном периодонтите
- в) при патологии пародонта
- г) при периодонтите в пожилом возрасте
- д) верно а) и б)

035. Материалы с гидроокисью кальция при пульпите используются

- а) с целью получения дентинного мостика, в месте покрытия с корневой пульпой
- б) с целью сохранения корневой пульпы (метод витальной ампутации пульпы)
- в) для рентгеноконтрастности
- г) с целью антимикробного воздействия на микрофлору корневых каналов
- д) верно а) и б)

036. Можно ли отнести применение гидроокиси кальция при глубоком кариесе

к превентивной эндодонтии?

- а) да, ибо их использование в последнее время относится к профилактической эндодонтии
- б) нет, поскольку этот метод не является профилактическим мероприятием
- в) нет, то как гидроокись кальция - щелочь, а при рН 10-12 может наступить некроз пульпы
- г) нет, поскольку для этой цели используются другие препараты
- д) да, именно гидроокись кальция биологически совместима с здоровым слоем дентина

037. Показаниями к применению стеклоиономерных цемента являются

- а) III и V класс
- б) I класс
- в) II класс
- г) IV класс
- д) восстановление анатомической формы зуба

038. Наиболее важными требованиями, предъявляемыми к материалам для заполнения корневых каналов, являются

- а) биологическая совместимость
- б) антимикробная активность
- в) хорошая вводимость и выводимость из корневого канала
- г) герметизм пломбирования
- д) способность стимуляции остеодинтоцементогенеза

039. Наибольшей биологической совместимостью обладают следующие материалы для заполнения корневых каналов

- а) цинк-оксидэвгеноловая паста
- б) резорцин-формалиновая паста
- в) эвгедент
- г) эндодент
- д) гуттаперчевые штифты

040. Каналозаполняющими материалами, стимулирующими остеодентинно-цементогенез, являются

- а) цинк-оксидэвгеноловая паста
- б) эндометазон
- в) эндодент
- г) эвгедент
- д) кальцит

041. Противовоспалительный (противоотечный) эффект каналозаполняющих паст объясняется введением в их состав

- а) антибиотиков
- б) гормональных препаратов
- в) антисептиков
- г) сульфаниламидных препаратов
- д) гидроокиси кальция

042. Наилучшую герметичность пломбирования канала

- гуттаперчевыми штифтами дает методика
- а) пломбирования твердеющими пастами
- б) простое введение штифта
- в) вертикальной конденсации
- г) пломбирование с помощью плюггера
- д) предварительная подготовка канала эндодонтическим инструментом, затем введение пасты и далее штифта

043. Что лучше сделать при перфорации одного из щечных корней 16, 17, 26, 27?

- а) закрыть перфорацию гидроксилапатитом
- б) закрыть перфорацию фосфат-цементом
- в) закрыть перфорацию иономерным цементом
- г) сделать ампутацию корня или резекцию корня на уровне перфорационного отверстия
- д) удалить зуб

044. Полировать пломбу из амальгамы лучше всего

- а) порошком фосфат-цемента+вода
- б) специальными полировочными пастами
- в) дентин-пастой
- г) порошком дентина+вода
- д) пастой на основе окиси цинка и воды

Эталоны ответов на тестовые занятия:

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

001 - д	006 – г	011 - д	016 - б	021 - д
002 - г	007 – г	012 - а	017 - б	022 - в
003 - д	008 – а	013 - в	018 - в	023 - в
004 - г	009 – д	014 - а	019 - д	024 - б
005 - г	010 – а	015 - б	020 - б	025 - д
				026 - д

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001 - б	003 – б	005 - д	007 - б
002 - в	004 – б	006 - г	008 - в

КАРИЕС ЗУБОВ

001 - в	006 – а	011 - г	016 - б	021 - г
002 - б	007 – г	012 - в	017 - б	022 - б
003 - г	008 – д	013 - а	018 - б	
004 - а	009 – д	014 - в	019 - в	
005 - б	010 – д	015 - г	020 - г	

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПУЛЬПЫ

001 - б	006 – в	011 - б	016 - г	021 - б
002 - а	007 – д	012 - в	017 - в	022 - в
003 - в	008 – в	013 - б	018 - б	023 - г
004 - в	009 – д	014 - г	019 - г	024 - а
005 - в	010 – а	015 - в	020 - в	025 - б
				026 - а

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИОДОНТА

001 - б	011 – д	021 - в	031 - г	041 - д
002 - д	012 – в	022 - в	032 - б	042 - г
003 - а	013 – в	023 - б	033 - в	043 - б
004 - б	014 – б	024 - а	034 - б	044 - г
005 - в	015 – г	025 - б	035 - г	045 - б

006 - б	016 – в	026 - б	036 - б	046 - в
007 - б	017 – в	027 - а	037 - г	047 - г
008 - б	018 – в	028 - г	038 - г	048 - а
009 - г	019 – д	029 - а	039 - б	
010 - г	020 – а	030 - в	040 - д	

ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

001 - в	010 - в	019 - в	028 - б	037 - а
002 - в	011 - б	020 - а	029 - в	038 - а
003 - г	012 - в	021 - а	030 - д	039 - д
004 - а	013 - б	022 - а	031 - г	040 - г
005 - б	014 - г	023 - а	032 - г	041 - б
006 - а	015 - а	024 - а	033 - в	042 - д
007 - в	016 - а	025 - г	034 - д	043 - г
008 - б	017 - б	026 - б	035 - д	044 - д
009 - а	018 - а	027 - г	036 - а	