



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(СПбГУ)

П Р И К А З

07.11.2024

№ 15011/1

О методическом обеспечении
государственной итоговой аттестации
в 2025 году (СМ.5059.*)

В соответствии с Правилами обучения по основным образовательным программам бакалавриата, специалитета, магистратуры и среднего профессионального образования в Санкт-Петербургском государственном университете, утвержденными приказом от 29.01.2016 № 470/1 (с последующими изменениями и дополнениями), приказом от 03.07.2018 № 6616/1 «Об утверждении форм программ государственной итоговой аттестации» (с последующими изменениями и дополнениями) и в целях методического обеспечения государственной итоговой аттестации по основным образовательным программам в 2025 году

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить программу государственной итоговой аттестации в форме государственного экзамена по основной образовательной программе специалитета СМ.5059.* «Стоматология» по специальности 31.05.03 «Стоматология» (Приложение № 1).
2. Утвердить программу государственной итоговой аттестации в форме выпускной квалификационной работы по основной образовательной программе специалитета СМ.5059.* «Стоматология» по специальности 31.05.03 «Стоматология» (Приложение № 2).
2. И. о. начальника Управления маркетинга и медиакоммуникаций Огородниковой П. В. обеспечить размещение настоящего приказа на сайте СПбГУ в разделе «Методическое обеспечение государственной итоговой аттестации в 2025 году» не позднее одного рабочего дня с даты издания настоящего приказа.
3. За разъяснением содержания настоящего приказа обращаться посредством сервиса «Виртуальная приемная» на сайте СПбГУ к заместителю первого проректора по стратегическому развитию и партнерству – начальнику Управления образовательных программ.
4. Предложения по изменению и/или дополнению настоящего приказа направлять на адрес электронной почты org@spbu.ru.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Основание: протокол заседания учебно-методической комиссии по УГСН 30.00.00
Фундаментальная медицина и по УГСН 31.00.00 Клиническая медицина, и по УГСН

32.00.00 Медицина науки о здоровье и профилактическая медицина, и по УГСН 34.02.01
Сестринское дело от 30.09.2024 № 05/2.1/30-03-12.

Заместитель первого проректора
по стратегическому развитию и партнерству –
начальник Управления образовательных программ



М. А. Соловьева

Приложение № 1

УТВЕРЖДЕНА
приказом заместителя
первого проректора
по стратегическому развитию
и партнерству –
начальником Управления
образовательных программ
от 07.11.2024 № 15011/1

**Программа государственной итоговой аттестации
в форме государственного экзамена
по основной образовательной программе СМ.5059* «Стоматология»
уровень образования: специалитет**

1. Общие положения

1.1. Государственный экзамен в соответствии с требованиями действующего образовательного стандарта проводится для проверки выполнения государственных требований к уровню и содержанию подготовки выпускников и уровня их подготовленности к решению как теоретических, так и практических профессиональных задач.

1.2. Целью государственного экзамена является определение уровня подготовленности выпускников и проверка сформированности компетенций, предусмотренных учебным планом основной образовательной программы в соответствии с требованиями действующего образовательного стандарта.

1.3. Объем государственной итоговой аттестации, учебный период и сроки государственной итоговой аттестации указаны в актуальном учебном плане и календарном учебном графике.

1.4. Язык проведения государственного экзамена: русский.

**2. Перечень примерных вопросов, выносимых на государственный экзамен,
оценочные средства (виды и примеры контрольных заданий)**

2.1. Перечень клинических задач, выносимых на государственный экзамен:

Клиническая задача № 1

В БСМП машиной скорой помощи доставлен больной К., 53 лет. При осмотре врачом выявлено:

Жалобы: на боль и припухлость в правой подчелюстной области. Боли усиливаются при открывании рта. Затруднен прием пищи.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II стадии.

Развитие настоящего заболевания: накануне больной был избит. Сознание не терял. После травмы появилась боль в нижней челюсти справа, кровотечение изо рта, на следующий день припухлость в левой подчелюстной области.

Объективно: асимметрия лица за счет отека правой подчелюстной области. Кожа синюшного цвета. Справа отмечается положительный симптом Венсана. При пальпации отмечается локальная болезненность в области правого угла нижней челюсти.

В полости рта: открывание рта ограничено до 3 см. Прикус нарушен: межрезцовая средняя линия смещена влево на половину ширины центрального резца. Зубы смыкаются только в области левых моляров. В переднем и боковом отделах нижней челюсти слева смыкание зубов отсутствует. Имеется разрыв слизистой оболочки за 48 зубом.

Зубная формула

<i>O</i>	<i>O</i>	<i>П</i>	<i>С</i>								<i>П</i>			<i>O</i>	<i>O</i>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	<i>С</i>	<i>O</i>									<i>O</i>	<i>O</i>	<i>К</i>	<i>O</i>	<i>O</i>

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Поставьте Ваш диагноз.
2. Какой основной механизм смещения отломков при переломах?
3. Перечислите методы фиксации при переломах нижней челюсти.
4. Выберите метод иммобилизации данному больному.
5. Какая тактика в отношении 48 зуба?

После выписки пациент обратился в терапевтическое отделение стоматологической поликлиники.

Жалобы: на боль ноющего характера в области зубов верхней челюсти справа, которая возникает во время приема пищи. Приступ боли длится достаточно долго.

Развитие настоящего заболевания: боль беспокоит около полугода. Самопроизвольных и ночных болей пациент в последнее время не отмечает.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Зубная формула: (см. выше).

На медиальной поверхности 15 зуба определяется кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином. При зондировании дна кариозной полости определяется сообщение с полостью зуба, болезненность и кровоточивость. По данным электроодонтодиагностики установлено, что электровозбудимость 15 зуба варьировала в пределах от 40 до 50 мкА.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте Ваш диагноз.
2. Опишите слизистую оболочку.
3. Выберите рациональный метод лечения данного заболевания и укажите правильную последовательность этапов лечения.
4. Можно ли провести лечение 15 зуба в одно посещение?
5. Что используют для расширения труднопроходимых корневых каналов?
6. Что применяют при пломбировании корневых каналов в качестве силеров?

Пациент обратился в ортопедическое отделение с жалобами на неудовлетворительную эстетику в связи с потемнением коронки 24 зуба.

Объективно: Зубная формула: (см. выше).

Десна в области 24 зуба без патологических изменений. На окклюзионно-медиально-дистальной поверхности 24 зуба имеется пломба, контактный пункт отсутствует. Перкуссия отрицательная.

На рентгенограмме: патологические изменения в области апекса 24 зуба не определяются. Корневой канал запломбирован гомогенно на всем протяжении.

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте Ваш диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.
3. Перечислите клинические этапы протезирования металлокерамической коронкой.

Клиническая задача № 2

Пациентка Г., 60 лет, направлена из поликлиники на консультацию в отделение Городской больницы.

Жалобы: на боль в области верхней челюсти, выделения из носа слева, чувство тяжести, головную боль.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: аллергия на новокаин – коллапс.

Развитие настоящего заболевания: боль в области верхней челюсти отмечалась и в прошлом, затем уменьшилась. 3 месяца назад появились сукровичные выделения из левого носового хода, которые через 2 недели сменились слизисто-гнойными. Больная никуда не обращалась, лечилась местными прогреваниями. 1 месяц назад появились тупые, ноющие боли, локализующиеся в левой подглазничной области, иррадиирующие в зубы, височную область, ухо, глаз. Отмечает разлитые головные боли, сопровождающиеся чувством тяжести. 3 дня назад появилось кровотечение из носа, слезотечение.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,6°C. АД – 120/80 мм рт. ст.

Асимметрия лица за счет припухлости тканей у внутреннего угла глаза, нижнего века, левой щечной области. Из левого носового хода имеется слизисто-гнойное отделяемое со зловонным запахом и примесью крови. В левой подчелюстной области пальпируются 2 увеличенных лимфоузла диаметром 2,0-3,0 см.

В полости рта: открывание рта свободное.

Зубная формула

<i>O</i>	<i>O</i>		<i>C</i>				<i>O</i>		<i>O</i>				<i>C</i>	<i>O</i>	<i>O</i>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>K</i>				<i>O</i>	<i>O</i>			<i>C</i>	<i>C</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>

Высота прикуса фиксирована. Определяется муфтообразное утолщение альвеолярного отростка в области 24, 25, 26, 27, 28 зубов, припухлость преддверия рта в данной области.

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
2. Поставьте Ваш диагноз.
3. Из какой ткани развивается рак верхнечелюстной пазухи?
4. Какие ранние клинические симптомы рака верхней челюсти Вы знаете?
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать рак верхнечелюстной пазухи?
6. При подозрении на рак верхнечелюстной пазухи проводят цитологическое исследование. Что берут на исследования?

Больной направлен в стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта.

Жалобы: на кратковременную боль в области зубов нижней челюсти слева и верхней челюсти справа и слева во время приема пищи.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: аллергия на новокаин – коллапс. Пациентка курит в течении 30 лет.

Развитие настоящего заболевания: боль появилась около полугода назад.

Объективно: на окклюзионных поверхностях 15, 26 зубов, на медиальной поверхности 35 зуба и на дистальной поверхности 34 зуба определяются глубокие полости, дно и стенки плотные, пигментированные. При зондировании определяется незначительная болезненность. Перкуссия безболезненна. Реакция на холод – кратковременная.

По данным электроодонтодиагностики установлено, что электровозбудимость 15, 26, 34 и 35 зубов варьировала в пределах от 8 до 12 мкА.

В области всех зубов имеются зубные отложения плотной консистенции, налет «курильщика». Глубина пародонтальных карманов составляет в среднем 4-5 мм. Патологическая подвижность зубов I-II степени.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте Ваш диагноз.

2. Укажите правильную последовательность реставрации зубов при данном заболевании с применением светоотверждаемого пломбировочного материала.
3. Для чего необходимо использовать матрицу?
4. Что можно рекомендовать для устранения кариесогенной ситуации?
5. Какой анестетик Вы будете использовать при лечении данных зубов?
6. Каким индексом определяется интенсивность поражения зубов кариесом?
7. Какое пародонтологическое лечение показано больной?

Пациент направлен в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники для решения вопроса о непосредственном протезировании в связи с предстоящей операцией.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Особенности методики непосредственного протезирования после односторонней резекции верхней челюсти по И.М. Оксману.
2. Отдаленное протезирование после резекции половины верхней челюсти. Технология изготовления пустотелой obtурирующей части.

Клиническая задача № 3

Больной А., 54 лет, доставлен в приемный покой Городской больницы машиной скорой помощи. Был приглашен дежурный врач.

Жалобы: на головную боль, кровотечение изо рта, боль и припухлость в области лица, невозможность сомкнуть челюсти. Отмечает кратковременную потерю сознания, рвоту.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь I стадии.

Развитие настоящего заболевания: 3 часа назад был избит.

Объективно: больной в сознании. Отмечается асимметрия лица за счет выраженного отека щек, подглазничных областей, век. Глазные щели закрыты. В области век, подглазничных областей, щек – кровоподтеки. В левой щечной области имеется рана с неровными краями, линейной формы, проходящая через все слои, сообщающаяся с полостью рта, длиной до 4 см. При пальпации определяется деформация носа, по нижнему краю правой орбиты – неровность контура. В этих отделах пальпация болезненна. Открывание рта болезненно, прикус нарушен. Определяется патологическая подвижность верхней челюсти. Симптом нагрузки на крючки крыловидных отростков положительный.

В полости рта: открывание рта до 2 см.

Зубная формула

<i>O</i>	<i>O</i>	<i>C</i>	<i>П</i>	<i>П</i>				<i>П</i>	<i>П</i>		<i>П</i>	<i>П</i>	<i>П</i>	<i>O</i>	<i>O</i>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<i>O</i>	<i>O</i>						<i>O</i>					<i>П</i>	<i>П</i>	<i>C</i>	<i>O</i>

Определяется подвижность 11, 12, 21, 22 зубов I-II степени.

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Консультацию каких специалистов необходимо назначить?
3. В какое отделение должен быть госпитализирован больной?
4. Что является основным симптомом перелома верхней челюсти?
5. Какие основные жалобы при переломе верхней челюсти?
6. Какой синоним перелома верхней челюсти по Лефору I, II, III?
7. Какие хирургические методы иммобилизации при переломах верхней челюсти Вы знаете?

После выписки пациент обратился в стоматологическую поликлинику.

Жалобы: на кратковременную боль от холодного и сладкого в области зубов верхней и нижней челюсти. Зубы чистит нерегулярно.

Анамнез заболевания: боль появилась около двух месяцев назад.

Объективно: внешний осмотр без особенностей. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: в области фиссур 37 и 16 зубов определяются неглубокие кариозные полости с размягченным, слабопигментированным дентином. Нависающая эмаль на некотором протяжении изменена в цвете. При зондировании в области стенок полостей определяется незначительная болезненность. В области всех зубов имеются отложения мягкого зубного налета.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте диагноз. Оцените характер поражения по течению.
2. Какой основной фактор, деминерализующий эмаль зуба?
3. Ваша тактика лечения данных зубов.
4. Является ли при данной патологии зубной налет кариесогенным?
5. Укажите правильную последовательность при пломбировании зубов с применением светоотверждаемого композиционного материала.
6. Что является показанием к проведению реминерализующей терапии зубов?

После проведенного лечения пациент обратился в ортопедическое отделение с целью протезирования.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Составьте план ортопедического лечения данного пациента.
2. Назовите хирургическо-ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти.
3. Перечислите требования, предъявляемые к корню зуба, используемого под штифтовую конструкцию.

Клиническая задача № 4

Больной М., 42 лет, доставлен машиной скорой помощи в приемный покой городской больницы. Приглашен дежурный врач.

Жалобы: на острую разлитую боль в области нижней челюсти слева, болезненную припухлость левой подчелюстной области и щеки, ограничение открывания рта, повышение температуры тела до 38,5°C, общую слабость, нарушение сна и аппетита.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: пищевая аллергия на цитрусовые.

Развитие настоящего заболевания: 4 дня назад появились ноющие боли и боли при накусывании, на следующий день – припухлость в левой подчелюстной области. Температура тела повысилась до 38°C. Открывание рта стало ограниченным. В течение следующих суток перечисленные симптомы нарастали.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 39°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 100 уд. в мин. АД – 140/90 мм рт. ст. Легкие: дыхание везикулярное. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Имеется асимметрия лица за счет отека мягких тканей в нижних отделах левой щечной области. В левой подчелюстной области пальпируется болезненное увеличение лимфатических узлов. Кожа гиперемирована, не собирается в складку. При пальпации отмечается утолщение тела нижней челюсти слева. Определяется парестезия в области кожи нижней губы, подбородка слева.

В полости рта: открывание рта ограничено до 3 см.

Зубная формула

<i>O</i>	<i>П</i>	<i>П</i>		<i>R</i>			<i>П</i>	<i>П</i>			<i>П</i>	<i>П</i>			<i>O</i>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<i>O</i>	<i>П</i>	<i>П</i>	<i>П</i>									<i>П</i>	<i>R</i>	<i>П</i>	<i>O</i>

Слизистая переходной складки в области 38, 37, 36 зубов гиперемирована и отечна, при пальпации отмечается болезненность. Коронка 36 зуба разрушена, вертикальная перкуссия болезненная. Определяется подвижность I—II степени 37, 36 зубов.

Имеются корни 14 и 36 зубов; культия 14 зуба выступает над десной на высоту 3 мм.

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Что является причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей?
3. Назовите объективные признаки, характерные для клиники острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти.
4. Что необходимо сделать в день обращения при остром одонтогенном остеомиелите?
5. Что необходимо сделать с причинным зубом при остром одонтогенном остеомиелите?
6. Какие признаки наиболее характерны для данной флегмоны?
7. К какому специалисту необходимо направить пациента после выписки?

Пациент находится на лечении в отделении БСМП.

Жалобы: на общую слабость, жжение в языке, дискомфорт при приеме пищи.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, температура тела 37,1°C. Регионарные лимфатические узлы в правой подчелюстной области слегка увеличены и болезненны.

В полости рта: слизистая оболочка полости рта бледная, слабо увлажнена. На спинке языка определяется атрофия нитевидных и грибовидных сосочков (язык гладкий, полированный и малинового цвета). Эпителий дорсальной и вентральной поверхностей языка истончен.

Клинический анализ крови: Нб – 104 г/л; Ег – 4,3×10; Ц. п. – 1,4; СОЭ – 4 мг/л; Тг – 228 тыс. в 1 мл; L – 4,9×10; п/я – 2,5%; с/я – 60%; эоз. – 2%; баз. – 0,5%; лимф. – 28%; мон. – 7%.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. С чем дифференцируют данное заболевание?
3. Каким лечением является медикаментозное лечение заболевания в первую очередь?
4. Назовите лечебные мероприятия при данном заболевании.
5. Нужно ли включать ферменты в схему обработки очагов поражения в полости рта?
6. Относится ли это заболевание к предраку?

Через месяц после выписки пациент обратился в ортопедическое отделение.

Жалобы: на эстетическую неудовлетворенность в связи с отломом коронковой части 14 зуба.

Объективно: (см. выше).

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.
3. Выберите оптимальный вариант конструкции, обоснуйте свой выбор.

Клиническая задача № 5

Больной Т., 34 лет, обратился в стоматологическую поликлинику.

Жалобы: на кровоточивость и болезненность десен, общую слабость и повышение температуры тела до 38,1 С.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: больной страдает хроническим гайморитом, неделю назад перенес грипп.

Объективно: кожные покровы бледные. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Гнилостный запах изо рта.

В полости рта: открывание рта свободное. Прикус прямой.

Зубная формула

<i>О</i>	<i>П</i>	<i>К</i>		<i>R</i>	<i>К-И</i>			<i>О</i>	<i>П</i>	<i>К</i>		<i>n</i>	<i>П</i>	<i>О</i>	
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	<i>К</i>	<i>П</i>	<i>К</i>							<i>R</i>	<i>П</i>	<i>R</i>	<i>П</i>	<i>О</i>	

Имеется стальной мостовидный протез с односторонней опорой на 13 и литым зубом вместо 12 (протез больного эстетически не удовлетворяет, он хотел бы его заменить).

Слизистая оболочка полости рта бледная, умеренно увлажнена, язык обложен. Полость рта не санирована. По десневому краю в области боковых зубов верхней и нижней челюстей определяется эрозивная поверхность, покрытая грязно-серым налетом, резкая болезненность и кровоточивость десны.

ИГ по Федорову-Володкиной – 4,6 балла.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести дополнительно для уточнения диагноза?
3. Что будет преобладать в бактериоскопическом анализе?
4. Какое общее лечение необходимо провести?
5. Какое обезболивание предпочтительнее при местном лечении данного пациента?
6. Какой метод Вы будете использовать при снятии зубных отложений у данного пациента?

Пациент направлен в хирургическое отделение для санации полости рта.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Что входит в зону обезболивания при туберальной анестезии?
2. Блокада каких ветвей наступает при инфраорбитальной анестезии?
3. Какая зона обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии?
4. Назовите зону обезболивания при анестезии у большого небного отверстия.
5. Назовите зону обезболивания при анестезии у резцового отверстия?
6. Что является анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриворотным способом?
7. Блокада каких ветвей происходит при торусальной анестезии?

Пациент обратился в ортопедическое отделение с целью замены консольного протеза верхней челюсти справа и замещения дефектов зубного ряда.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Какими конструкциями протезов можно заменить мостовидный протез с односторонней опорой?
3. Выберите оптимальный вариант конструкции и обоснуйте свой выбор.

Клиническая задача № 6

Больная В., 57 лет, обратилась к челюстно-лицевому хирургу в отделение неотложной помощи городской стоматологической поликлиники.

Жалобы: на припухлость в околоушной области слева и справа, сухость во рту, нарушение вкусовых ощущений и жжение, не исчезающее во время приема пищи.

Развитие настоящего заболевания: впервые обнаружила симметричные слабо болезненные выбухания мягких тканей в обеих околоушно-жевательных областях около пяти лет назад, они не увеличивались. Через некоторое время припухлости постепенно прошли. В течение пяти лет подобные припухания появлялись несколько раз. Последний раз появились около одной недели назад. Больная пользуется несъемными протезами.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: в течение многих лет страдает язвой желудка, калькулезным холециститом с периодическими обострениями. Отмечается бессонница, плаксивость. Наблюдается у психоневролога в связи с психоэмоциональной депрессивностью, развившейся на фоне канцерофобии.

Объективно: определяется двухстороннее увеличение околоушных слюнных желез, больше справа, где железа достигает размеров 5,0×6,0 см. Левая несколько меньше размером, плотноэластической консистенции. Поверхность ее бугристая, безболезненная. Кожа над ней в цвете не изменена.

В полости рта: открывание рта свободное. Прикус – глубокое резцовое перекрытие имеются штампованно-паяные мостовидные конструкции из стали, в местах паек – большое количество окисной пленки.

Зубная формула

О	П	К-	И	И	-К	П				К-	И	И	-К	П	П
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
О	П	К-	И	-К		П					П	К-	И	-К	О

Слизистая оболочка полости рта сухая, ярко-красного цвета. На спинке языка налет серо-белого цвета, налет легко снимается при поскабливании. Слизистая языка атрофирована, сосочки сглажены. Гигиена полости рта неудовлетворительная.

При массировании околоушных слюнных желез из протоков выделяется небольшое количество мутной слюны с примесью слизи.

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Поставьте Ваш диагноз.
2. Назовите хронические воспалительные заболевания слюнных желез.
3. Чем характеризуется хронический паренхиматозный сиалоаденит?
4. Чем характеризуется хронический интерстициальный сиалоаденит?
5. Когда проводится оперативное вмешательство при хронических сиалоаденитах?

Пациентка направлена в стоматологическую поликлинику на консультацию к терапевту-стоматологу.

Жалобы: (см. выше).

Развитие настоящего заболевания: неприятные ощущения в полости рта появились около месяца назад после перенесенного ОРВИ. Для лечения пациентка применяла ротовые ванночки с отваром ромашки.

Объективно: (см. выше).

Проведено бактериоскопическое исследование соскоба из полости рта. Выявлены почкующиеся бластоспоры Кандида.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Какую природу имеет данное заболевание?
2. Какой форме заболевания соответствует клиническая картина?
3. Какая цель лечения?

4. Чем обусловлена сухость в полости рта?
5. Когда проводят забор материала для бактериоскопического исследования?

Пациентка направлена в ортопедическое отделение на консультацию.

Объективно: (см. выше).

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.
3. Перечислите клинические этапы протезирования выбранной конструкцией протеза.

Клиническая задача № 7

Больная Р., 35 лет, обратилась к хирургу-стоматологу в Городскую стоматологическую поликлинику.

Жалобы: на ухудшение общего состояния и снижение работоспособности, повышение температуры тела, боли в нижней челюсти справа, чувство онемения нижней губы справа.

Развитие настоящего заболевания: больной чувствует себя в течение 3-х дней, когда на фоне простуды появились боли ноющего характера в области нижней челюсти справа. К врачу-стоматологу не обращалась, самостоятельно принимала анальгин и полоскала полость рта раствором соды.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь I степени, аллергия к пенициллину, на клубнику и рыбу.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Отмечается асимметрия лица за счет умеренного отека правой щечной области. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,4°C. Пульс слабого наполнения и напряжения, 92 удара в минуту.

В полости рта: открывание рта до 3,5 см.

Зубная формула

<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>K</i>					<i>K</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<i>O</i>	<i>П</i>	<i>R</i>	<i>П</i>	<i>П</i>			<i>O</i>				<i>П</i>	<i>K</i>	<i>И</i>	<i>K</i>	<i>O</i>

Слизистая альвеолярного отростка в области 46 зуба муфтообразно утолщена, гиперемирована, отечна, при пальпации болезненна. Коронковая часть 46 зуба разрушена, имеются корни. При надавливании на них из-под десневого края выделяется гной.

Определяется стертость вестибулярной поверхности резцов нижней челюсти, боль от температурных раздражителей (холод).

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Что является причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей?
2. Назовите объективные признаки, характерные для клиники острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти.
3. Что характерно для острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти?
4. Какие остеотропные препараты используют для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти?
5. В чем заключается оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти?

Пациентка направлена на лечение в отделение Городской больницы. Там получила консультацию терапевта-стоматолога.

Жалобы: на боль под языком. Боль усиливается при приеме пищи и разговоре. В последнее время увеличилось слюноотделение. Пациентка обрабатывала участки поражения облепиховым маслом, улучшения не отмечает.

В полости рта: на слизистой оболочке дна полости рта имеется болезненная эрозия

неправильной формы, застойно-красного цвета, размером 2,0×1,0 см. Слизистая оболочка вокруг эрозии не изменена. Отмечается повышенная саливация. *Симптом Никольского – положительный.*

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Как расположен морфологический элемент при данном заболевании?
3. Мази какого действия используют для местного лечения данного заболевания?
4. Что покажет исследование мазков-отпечатков?
5. Какие патологические процессы имеют место при этом заболевании?
6. Назовите основные средства общего лечения при данном заболевании.

После выписки пациентка обратилась к ортопеду-стоматологу.

Жалобы: на нарушение функции жевания в связи с отсутствием зубов верхней челюсти.

Объективно: атрофия беззубого альвеолярного отростка верхней челюсти средней степени выраженности, небо средней глубины.

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Клиническая задача № 8

Больной Л, 65 лет, обратился к стоматологу-терапевту.

Жалобы: на необычный вид языка, невозможность приема острой и горячей пищи.

Развитие настоящего заболевания: считает себя больным в течение месяца, когда впервые обратил внимание на жжение в языке при приеме пряной, горячей пищи.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: страдает в течение 15 лет гиперацидным гастритом, язвой 12-перстной кишки. Аллергологический анамнез не отягощен. Пациент курит.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, лицо симметричное. Кожные покровы лица и шеи физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены, плотноэластической консистенции, безболезненны. Высота нижней трети лица уменьшена, носогубные и подбородочные складки ярко выражены.

В полости рта: открывание рта свободное.

Зубная формула

<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>K</i>					<i>K</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<i>O</i>	<i>П</i>	<i>R</i>	<i>П</i>	<i>П</i>			<i>O</i>				<i>П</i>	<i>K</i>	<i>И</i>	<i>K</i>	<i>O</i>

Атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти равномерная, средней степени выраженности. Небо средней глубины, торус выражен. Атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти равномерная, слабо выраженная.

На слизистой оболочке боковых поверхностей языка на фоне гиперемии и отека просматриваются очаги серовато-белого цвета размером 2-3 мм, сливающиеся в кольца и полукольца. При поскабливании очагов налет не снимается. Симптом Никольского не определяется.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Что имеет значение для постановки диагноза?
3. Назовите патологические процессы, сопровождающие первичный элемент.
4. Что используют для регуляции пролиферации и дифференцировки клеток эпителия?
5. К каким предракам относится это заболевание?

Через 3 месяца больной был доставлен в хирургическое отделение БСМП с

диагнозом: прободная язва 12-перстной кишки. Был прооперирован. На 6-й день для проведения консультации был вызван дежурный врач.

Жалобы: на припухлость правой слюнной железы, сухость во рту.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38°C. При внешнем осмотре определяется асимметрия лица за счет отека правой околоушно-жевательной и щечной областей. Подчелюстные лимфоузлы справа увеличены. Открывание рта до 2,5 см. Слизистая правой щеки гиперемирована, отечна.

В полости рта: зубная формула (см. выше).

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Поставьте Ваш диагноз.
2. Что играет ведущую роль в развитии острого сialoadенита?
3. Охарактеризуйте клиническую картину острого сialoadенита.
4. Какая слюна при остром сialoadените?
5. В чем заключается лечение острого сialoadенита?
6. Какой препарат стимулирует слюноотделение?
7. Какой препарат подавляет слюноотделение?

После выписки пациент обратился в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники с целью протезирования.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите конструкцию протеза.
3. Перечислите клинические этапы протезирования выбранной конструкцией протеза.

Клиническая задача № 9

Больная Б., 37 лет, обратилась в стоматологическую поликлинику.

Жалобы: на сухость губ, чувство стягивания, шелушение.

Развитие настоящего заболевания: аллергологический анамнез не отягощен. Профессия пациентки связана с длительным пребыванием на открытом воздухе.

Объективно: поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до размеров лесного ореха, плотноэластической консистенции, умеренно болезненны, не спаяны с окружающими тканями.

В полости рта: открывание рта свободное. Прикус ортогнатический.

Зубная формула

	<i>C</i>	<i>П</i>				<i>П</i>	<i>П</i>	<i>П</i>	<i>C</i>		<i>П</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>C</i>	<i>O</i>
<i>18</i>	<i>17</i>	<i>16</i>	<i>15</i>	<i>14</i>	<i>13</i>	<i>12</i>	<i>11</i>	<i>21</i>	<i>22</i>	<i>23</i>	<i>24</i>	<i>25</i>	<i>26</i>	<i>27</i>	<i>28</i>
<i>48</i>	<i>47</i>	<i>46</i>	<i>45</i>	<i>44</i>	<i>43</i>	<i>42</i>	<i>41</i>	<i>31</i>	<i>32</i>	<i>33</i>	<i>34</i>	<i>35</i>	<i>36</i>	<i>37</i>	<i>38</i>
	<i>П</i>	<i>C</i>	<i>C</i>								<i>C</i>	<i>П</i>	<i>П</i>	<i>П</i>	<i>C</i>

Красная кайма нижней губы гиперемирована и инфильтрирована, покрыта мелкими чешуйками. Слизистая оболочка и кожа около губ без патологических изменений. Определяются множественные кариозные полости и пломбы, наблюдается умеренное количество мягкого зубного налета.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Что необходимо включить в комплекс лечебных мероприятий?
3. Какие мази назначают для профилактики предраковых заболеваний красной каймы губ?
4. Назовите облигатные предраки красной каймы губ.
5. Назовите признаки озлокачествления патологического процесса в полости рта.

Через 4 месяца пациентка обратилась на консультацию к хирургу-стоматологу.

Жалобы: на сниженную чувствительность верхней губы слева, нарушение носового дыхания слева, снижение слуха в левом ухе. Больная связывает данные жалобы с периодически возникающими ноющими болями в области левых верхних зубов в течение 2-х лет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,8°C.

В полости рта: имеются корни 25, 26 зубов. Слизистая альвеолярного отростка левой верхней челюсти гиперемирована, отечна. Пальпация передней стенки альвеолярного отростка левой верхней челюсти в области клыковой ямки болезненна.

При электроодонтометрии зубов верхней челюсти слева выявлено снижение электровозбудимости.

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Поставьте Ваш диагноз.
2. Назовите признаки, характерные для анамнеза острого одонтогенного гайморита.
3. Назовите признаки, характерные для острого одонтогенного гайморита.
4. Необходимо ли при одонтогенном гайморите удаление «причинного» зуба?
5. Какие исследования являются обязательными для установления диагноза «острый одонтогенный гайморит»?

Пациентка обратилась в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники.

Жалобы: на эстетическую неудовлетворенность в связи с изменением формы и цвета фронтальных зубов верхней челюсти.

Объективно: естественные контуры коронок 12, 11, 21 и 22 зубов утрачены, цвет коронок – серый. 3 года назад было проведено лечение зубов по поводу осложненного кариеса.

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения данной пациентки.
3. Перечислите конструкции протезов для замещения дефектов коронок передних зубов.

Клиническая задача № 10

Больная С., 53 лет, обратилась в стоматологическую поликлинику.

Жалобы: на жгучие боли в области щеки справа и общую слабость.

Развитие настоящего заболевания: боль появилась неделю назад. Принимала парацетамол.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Регионарные лимфатические узлы справа болезненные.

На гиперемированной и отечной коже лица справа в области щеки определяются эрозии, покрытые корочками желтого цвета, пальпация резко болезненна.

В полости рта: Открывание рта свободное.

Зубная формула

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	П	0	П	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
0	0	0	П	0					0	П	0	0	0	0	0	

На слизистой оболочке щеки справа на фоне очагов гиперемии определяются располагающиеся в виде цепочки эрозии с фестончатыми краями. Эрозии покрыты фибринозным налетом.

Общий анализ крови: лейкоциты $3,8 \times 10^9/л$; СОЭ – 24 мм/л.

Данные цитологического исследования препаратов, полученных с очагов поражения: наличие гигантских многоядерных клеток.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие патологические процессы в эпителии имеют место при данной патологии?
3. На что направлены лечебные мероприятия?
4. Что включает общее лечение заболевания?
5. Что применяют для местного лечения данного заболевания?
6. Показана ли плановая санация полости рта в данный момент?

Через 4 месяца пациентка обратилась на консультацию в ЧЛО БСМП.

Жалобы: на периодически возникающие резкие стреляющие боли в правой половине лица, особенно при раздражении некоторых точек на слизистой правой щеки, которые больная старается прикрыть. Длительность болей 2-3 секунды.

Объективно: лицо симметричное. При давлении на проекцию ментального отверстия справа отмечается резкая болезненность. Пальпация слизистой правой щек вызывает новый приступ.

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что такое курковые зоны?
3. Что является основным симптомом неврита тройничного нерва?
4. Что является основным симптомом невралгии тройничного нерва?
5. Чем характеризуется клиническая картина невралгии тройничного нерва?
6. Чем характеризуется клиническая картина неврита тройничного нерва?

Пациентка обратилась в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники за консультацией по вопросу проведения имплантации зубов (пациентку не устраивает низкая функциональная эффективность съемных протезов и неустойчивость их при жевании).

Объективно: пациентка пользуется съемными протезами 12 лет, последнюю пару протезов изготовили около года назад, протезы в удовлетворительном состоянии. В полости рта: высота прикуса фиксирована; атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти умеренно выражена, неравномерная, небо глубокое, торус не выражен, форма отростка грибовидная. Слизистая оболочка беззубого альвеолярного отростка бледно-розовая, умеренно-податливая. Атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти равномерная, средней степени выраженности, форма его гребневидная.

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Показания и противопоказания к имплантации у данной пациентки.
2. Методы обследования больного перед имплантацией.
3. Конструкции имплантатов, которые показаны для беззубых челюстей.

Клиническая задача № 11

Больной У., 44 лет, обратился к терапевту-стоматологу.

Жалобы: на острую приступообразную боль в области 17 зуба. Сильные болевые приступы появились накануне ночью. Зуб беспокоит давно, к врачу не обращался. Пациент боится лечить зубы, просит сделать обезболивание.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: хронический бронхит, гипертоническая болезнь – II ст.

Объективно: внешний осмотр без особенностей. Общее состояние удовлетворительное. АД=160/95 мм рт. ст. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: открывание рта свободное.

Зубная формула

	C	K	П				R			K	K	O	K	
--	---	---	---	--	--	--	---	--	--	---	---	---	---	--

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0		П										0	0	0	0

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. На дистальной поверхности 17 зуба – пломба, определяется нарушение краевого прилегания пломбы; на медиальной поверхности в пришеечной области - глубокая кариозная полость с размягченным дентином грязно-серого цвета, при зондировании определяется сообщение с полостью зуба, резкая болезненность.

По данным ЭОМ: 17 - электровозбудимость варьировала в пределах от 35 до 40 мкА.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Рациональный метод лечения при данной клинической ситуации.
3. Какому анестетику отдается предпочтение в данной клинической ситуации.
4. Для чего необходима предварительная рентгенография?

Через 3 дня пациент поступил в отделение ЧЛХ.

Жалобы: на боли в правой половине головы, затрудненное открывание рта, припухлость правого виска, повышение температуры до 38,5°C.

Развитие настоящего заболевания: 3 дня назад в стоматологической поликлинике было проведено лечение 17 зуба под анестезией. После анестезии, со слов больного, появилась припухлость, которая вначале ничем себя не проявляла, на следующий день появились вышеперечисленные жалобы. Обратился к хирургу-стоматологу и был направлен в отделение ЧЛХ.

Объективно: при внешнем осмотре определяется выраженная асимметрия лица за счет отека правой височной, околоушно-жевательной, щечной областей в виде «песочных часов», верхнего и нижнего век правого глаза. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Открывание рта до 1 см.

В полости рта: Слизистая оболочка правой щеки отечна, видны отпечатки зубов. Переходная складка гиперемирована, отечна, сглажена, при пальпации болезненна. 17 зуб запломбирован. Перкуссия болезненна.

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите границы подвисочной ямки.
3. Перечислите клинические признаки, характерные для флегмоны подвисочной и крылонебной ямок.
4. Оперативный доступ при лечении флегмоны подвисочной области.
5. Тактика лечения в данной ситуации.

После выписки пациент обратился в ортопедическое отделение.

Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи в связи с отсутствием боковых зубов нижней челюсти слева.

Объективно: атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти равномерная, резко выраженная. Форма альвеолярного отростка нижней челюсти в области отсутствующих зубов гребневидная.

Зубная формула: (см. выше).

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите способы имплантации.
3. Перечислите материалы, используемые для изготовления имплантатов.

Клиническая задача № 12

Больной У., 44 лет, обратился в стоматологическую поликлинику.

Жалобы: на боль в правой половине лица, усиливающуюся при наклоне головы;

слабость, одностороннюю головную боль, снижение аппетита. 3 дня назад повысилась температура тела до 37,5°.

Развитие настоящего заболевания: считает себя больным около трех месяцев. Периодически отмечает «припухлость» десны и появление свищевого хода в области верхней челюсти справа. 17 зуб лечен два года назад по поводу осложненного кариеса.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь – II ст.

Объективно: лицо симметричное. Кожа лица в цвете не изменена. Пальпация в области передней стенки гайморовой пазухи болезненна.

В полости рта: открывание рта свободное.

Зубная формула

О	П	П	О	О				О				О	О	П		О
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
	П	О											О	О	О	

Имеется скученность зубов в переднем отделе нижней челюсти, деформация зубного ряда верхней челюсти – зубо-альвеолярное выдвигание 16, 26 и 27 зубов. Атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти равномерная, резко выраженная. При пальпации десны соответственно проекции корней 17 зуба определяется симптом вазопареза, умеренная болезненность.

На окклюзионной поверхности 17 зуба дефект пломбы, нарушено краевое прилегание, зуб изменен в цвете. Перкуссия болезненна.

Передняя риноскопия: гиперемия слизистой, гной.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие признаки характерны для острого одонтогенного гайморита?
3. Необходимо ли удаление причинного зуба при одонтогенном гайморите?
4. Какие следования необходимы для установления диагноза «острый одонтогенный гайморит»?

Пациент направлен на консультацию к терапевту-стоматологу.

Жалобы: объективно: (см. выше).

Значения ЭОД 17 зуба 80-100 мкА.

На Rg: небный корневой канал запломбирован не на всем протяжении, в щечно-медиальном и в щечно-дистальном корневых каналах пломбировочный материал не прослеживается. Определяется разрежение костной ткани с нечеткими и неровными контурами размером 0,3×0,4 см.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Опишите слизистую оболочку.
3. Перечислите методы лечения при данной патологии.
4. Назовите показания и противопоказания к эндодонтическому лечению.
5. Как определить длину корневого канала?

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.
3. Перечислите клинические этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции.

Клиническая задача № 13

Больная Р., 26 лет, на 4 месяце беременности обратилась в стоматологическую поликлинику.

Жалобы: на кратковременную боль от температурных раздражителей в области 16

зуба.

Развитие настоящего заболевания: боль появилась около месяца назад.

Объективно: лицо симметричное. Кожные покровы в цвете не изменены.

В полости рта: открывание рта свободное.

Зубная формула

<i>O</i>	<i>П</i>	<i>C</i>		<i>O</i>				<i>O</i>			<i>C</i>		<i>П</i>		<i>O</i>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	<i>П</i>	<i>П</i>													<i>O</i>

Слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная, чистая.

На окклюзионно-медиальной поверхности 16 зуба кариозная полость средней глубины, выполненная размягченным слабо пигментированным дентином. Зондирование болезненно.

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Назовите основные клинические проявления одонтогенной кисты?
2. Как выглядит радикулярная киста на рентгенограмме?
3. Назовите кисты неодонтогенного происхождения.
4. Что необходимо учитывать при планировании операции по имплантации?
5. Назовите показания и противопоказания к проведению имплантации; из какого материала изготавливаются имплантаты?
6. Какие виды имплантатов Вы знаете?

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Можно ли проводить плановую санацию полости рта данной пациентке?
3. Какой анестетик Вы будете использовать при лечении данной пациентки?
4. Какие противопоказания к применению анестетиков с вазоконстрикторами?

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.
3. Перечислите клинические этапы изготовления выбранной Вами ортопедической конструкции.

Клиническая задача № 14

Больная Т., 46 лет, обратилась в стоматологическую поликлинику по месту жительства.

Жалобы: на кровоточивость десен, периодическое появление боли ноющего характера, не связанной с приемом пищи, на десне образуются гнойнички. Зубы чистит мягкой щеткой 2 раза в день.

В анамнезе: Хронический гипоацидный гастрит, хронический холецистит.

Объективно: лицо симметричное, углубление носогубных и подбородочной складок. Верхняя губа и передние зубы верхней челюсти выступают вперед, диастемы и тремы; «раздавленные» зубные ряды.

В полости рта: открывание рта свободное. Прикус - глубокое резцовое перекрытие (2/3 высоты коронок).

Зубная формула

								<i>R</i>							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<i>П</i>	<i>П</i>														<i>П</i>

Высокое прикрепление уздечки верхней губы, ретракция десны в пределах 3-4 мм. Десна на всем протяжении отечна и гиперемирована с синюшным оттенком. Определяются

пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм, подвижность зубов - I-II степени. В области 46-47 зубов - пародонтальный карман глубиной 6,0-6,5 мм с серозно-гнойным отделяемым, подвижность III степени. Обильные минерализованные зубные отложения. Имеются тремы и диастемы.

На ортопантомограмме: деструкция альвеолярного отростка более чем на 1/2 межзубной перегородки; в области 46, 47 зубов - полное отсутствие костной ткани, зубы смещены.

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Методы хирургического лечения при данной клинической ситуации.
3. Этапы подготовки к хирургическому лечению.
4. Какие лекарственные препараты применяют местно при обострении заболевания?

Пациентка направлена на консультацию к терапевту-стоматологу.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Назовите классификацию заболеваний пародонта.
2. На фоне каких общих заболеваний возникают заболевания пародонта?
3. Показания, противопоказания и принцип проведения лоскутных операций.
4. Перечислите наиболее часто применяемые способы физиотерапевтического лечения при заболеваниях пародонта.

Пациентка направлена на консультацию в ортопедическое отделение.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Составьте план ортопедического лечения данной пациентки.
2. Какие конструкционные материалы используются для изготовления шин-протезов?
3. Клинические этапы протезирования дугowymi шинирующими протезами.

Клиническая задача № 15

В стоматологическую поликлинику обратился пациент Р., 33 лет.

Жалобы: на постоянную боль в области верхней челюсти слева пульсирующего характера, головную боль, недомогание.

Развитие настоящего заболевания: 4 дня назад после переохлаждения появилась длительная ноющая боль, боль при накусывании на 24 зуб. Постепенно интенсивность боли нарастала. К врачу не обращался. Накануне вечером боль в зубе уменьшилась, появились припухлость щеки и боль в области челюсти, повышение температуры тела до фебрильных цифр. Ночью спал плохо. Ранее зуб был лечен.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, температура тела 37,3°C. Определяется припухлость мягких тканей лица в левой подглазничной и щечной областях, кожа над припухлостью в цвете не изменена. При пальпации припухлость мягкая, собирается в складку, безболезненна. При пальпации определяется болезненное уплотнение. Поднижнечелюстной лимфатический узел слева увеличен, подвижен, безболезнен.

В полости рта: открывание рта свободное.

Зубная формула

<i>O</i>	<i>O</i>	<i>II</i>	<i>II</i>		<i>R</i>		<i>II</i>	<i>R</i>	<i>II</i>	<i>II</i>	<i>II</i>				<i>O</i>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

П	П		О							О		П
---	---	--	---	--	--	--	--	--	--	---	--	---

Слизистая оболочка преддверия полости рта в области 23, 24 зубов отечна, гиперемирована. По переходной складке определяется инфильтрат, при пальпации - резко болезненное уплотнение с размягчением в центре.

24 – под пломбой. При перкуссии определяется незначительная болезненность, подвижность зуба – I степени.

На рентгенограмме: 24 – корневые каналы запломбированы гомогенно, на всем протяжении, имеется выведение пломбировочного материала в периапикальную область; в периапикальной области – разрежение костной ткани с четкими контурами (около 0,5 см в диаметре).

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите метод лечения с учетом данных клиники и рентгенографии. Решите вопрос о целесообразности консервативного лечения. Какие препараты могут использоваться для консервативного лечения?
3. Определите место лечения данного пациента.
4. Какие лекарственные препараты применяют для облегчения прохождения корневых каналов?

Пациент направлен на консультацию к хирургу-стоматологу.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Ваш диагноз.
2. Каковы причины развития периостита?
3. Перечислите типичные клинические признаки периостита.
4. С чем необходимо дифференцировать периостит?

Больной обратился к ортопеду-стоматологу.

Жалобы: на эстетическую неудовлетворенность в связи с отсутствием коронковой части 13 зуба.

Развитие настоящего заболевания: Зуб ранее лечен по поводу неосложненного кариеса, при приеме жесткой пищи коронковая часть зуба вместе с пломбой отломилась, со слов больного.

Объективно: над десной выступает культя зуба (размером до 3,0 мм). Перкуссия и зондирование 13 зуба безболезненны.

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения данного пациента.
3. Показания к протезированию мостовидными конструкциями.

Клиническая задача № 16

В терапевтическое отделение стоматологической поликлиники обратился пациент В., 19 лет.

Жалобы: на боль и припухлость верхней губы, повышение температуры до 37,2°C.

Развитие настоящего заболевания: накануне вечером была травма лица (ушиб клюшкой).

Объективно: выраженный отек в области верхней губы и левой подглазничной области. Кожа обычной окраски, собирается в складку. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: открывание рта свободное. Патологии прикуса нет.

Зубная формула

								П	П	О	П	О
--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
О	П	П	П	П								О	П		О

Гиперемия и отек слизистой оболочки полости рта в области фронтальных зубов. Симптом вазопареза – положительный. Имеется отлом коронки 22 зуба, пульпа обнажена, ярко-красного цвета, при зондировании определяется болезненность; подвижность – I степени, при перкуссии – повышенная чувствительность. В области 31 и 41 зубов имеется «скол» эмали, полость зуба не вскрыта, при зондировании определяется повышенная чувствительность, перкуссия безболезненна.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для решения вопроса об объеме и характере лечебного вмешательства?
3. Выберите рациональный метод лечения 22 и 41, 31 зубов.
4. Перечислите этапы лечения 22 зуба.

Пациент направлен на консультацию к хирургу-стоматологу.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Методы обследования при травматических повреждениях зубов.
2. Хирургическое лечение травматических повреждений зубов.

После терапевтического и хирургического лечения пациент обратился в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники.

Жалобы: на эстетическую неудовлетворенность.

Объективно: (см. выше).

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения данного пациента.

Клиническая задача № 17

Больная Д., 48 лет, обратился в стоматологическую поликлинику.

Жалобы: на постоянную боль и жжение слизистой оболочки альвеолярного гребня справа, боль усиливается во время еды и при разговоре.

Развитие настоящего заболевания: боль беспокоит около месяца. Заболевание связывает с недавним наложением в полости рта дугового протеза (врач информировал о необходимости явки на коррекцию протеза, но пациент на прием не явился). Пациент много курит.

Объективно: внешний осмотр без особенностей. Общее состояние больного удовлетворительное. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа болезненны, увеличены и подвижны. В области тела нижней челюсти слева при пальпации определяется плотное округлое слегка болезненное образование, спаянное с костью до 2 см в диаметре.

В полости рта: Открывание рта свободное.

Зубная формула

О	К	О	О	К		П	П	Р	П	П					О	
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
О	О	О	О	О	П							П	К	О	К	О

Включенный дефект зубного ряда нижней челюсти замещен штампованно-паяным мостовидным протезом из стали с нитрид-титановым покрытием, концевые дефекты зубного ряда нижней челюсти замещены бюгельным протезом с двумя опорно-удерживающими кламмерами 1 типа. Протезы находятся в удовлетворительном состоянии,

справа вестибулярная граница бюгельного протеза расширена.

На слизистой оболочке в области отсутствующих моляров нижней челюсти справа имеется дефект в пределах собственной слизистой оболочки с неровными краями. На дне грязно-серый некротический налет. Слизистая оболочка вокруг дефекта гиперемирована и слегка отечна. При пальпации в основании дефекта определяется незначительное уплотнение и болезненность. В области всех зубов имеются отложения зубного камня рыхлой консистенции грязно-желтого цвета.

ИГ (по Федорову-Володкиной) = 3,6 балла.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Как называется данный дефект слизистой оболочки?
2. Заболевание по течению является острым или хроническим?
3. Относится ли данное заболевание к предраку (облигатному или факультативному)?
4. Перечислите клинические признаки озлокачествления данного дефекта слизистой оболочки.
5. Что включает лечение данной патологии?

Пациент направлен на консультацию в ортопедическое отделение.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. На Ваш взгляд, какие ортопедические конструкции являются наиболее оптимальными для замещения концевых дефектов зубного ряда нижней челюсти у данного больного?
2. Виды соединения кламмера с бюгельным протезом.

После коррекции протеза и проведенного лечения пациент направлен на консультацию к хирургу-стоматологу.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Поставьте Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести?
3. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести?
4. Тактика лечения при остеомиелите челюстей.

Клиническая задача № 18

Пациент Т., 46 лет, обратился к терапевту-стоматологу.

Жалобы: на появление болезненных язвочек в области губы и языка; боль и жжение, усиливающиеся при приеме пищи.

Развитие настоящего заболевания: пациент отмечает периодичность появления подобных язвочек в полости рта на протяжении 7-8 лет в осенне-весенний период.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Подчелюстные лимфоузлы увеличены до размеров лесного ореха, болезненны при пальпации и подвижны.

В полости рта: Открывание рта свободное. Прикус: глубокое резцовое перекрытие (1/2 высоты коронки). Определяются диастемы и тремы в области зубов нижней челюсти, вертикальная стертость — 34, 33, 43 и 44 зубов.

Зубная формула

	O	O		R		R	R	R	O		O	O	O	O	O
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	O	O										Π	O	Π	Π

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. На кончике языка, а также

в области переходных складок и губ определяются эрозии овальной формы с венчиком гиперемии (диаметром 0,3-0,5 см). Эрозии покрыты легко снимающимся фибринозным налетом; при пальпации мягкие и болезненные.

Пациенту назначены дополнительные методы исследования:

Кожная реакция к аллергенам гемолитического стрептококка (+++), кишечной палочке (++++), энтерококку (+).

Реакция лейкоцитолита: повреждение нейтрофилов крови более 10%.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Исходя из данной клинической ситуации поставьте диагноз.
2. Средства для местного лечения данной патологии.
3. Что должно включать общее лечение данного пациента?
4. Возможно ли озлакоствление данной патологии?

Пациент направлен в хирургический кабинет с целью санации полости рта.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Показания к удалению зубов.
2. Возможные осложнения, возникающие во время операции удаления зубов.
3. Ваша тактика лечения.

Жалобы: на эстетическую неудовлетворенность в связи с отсутствием передних зубов.

Объективно: (см. выше).

Вопросы ортопеда-стоматолога:

3. Поставьте диагноз.
4. Составьте план ортопедического лечения, обоснуйте Ваш выбор.
5. Перечислите клинические этапы протезирования металлокерамической коронкой.

Клиническая задача № 19

Пациентка М., 65 лет, обратилась в хирургическое стоматологическое отделение стоматологической поликлиники с целью консультации.

Жалобы: на сухость, жжение во рту при приеме «острой» пищи. Пациентка подозревает наличие у нее злокачественной опухоли.

Развитие настоящего заболевания: в течении 5 лет находится под наблюдением стоматолога по поводу лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. Поэтому периодически лечилась консервативными методами.

Анамнез жизни: более 15 лет страдает хроническим гастритом, колитом, калькулезным холециститом.

Аллергологический анамнез: страдает полиаллергией (пищевой, лекарственной, в частности, на новокаин, лидокаин).

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс – 64 уд/мин. Температура тела – 36,4°C. АД – 160/90 мм рт. ст.

В заднем отделе правой щечной области имеются бугристые утолщения слизистой оболочки, возвышающиеся над поверхностью, с выраженным ороговением.

В области зубов нижней челюсти: десна на всем протяжении отечна и гиперемирована с синюшным оттенком. ЗДК – до 7 мм.

33, 43, 45 зубы подвижны (III ст.), 31, 32, 41, 42 зубы – 4 степень подвижности.

Рентгенологически: резорбция костной ткани более 1/2 длины корней зубов.

В полости рта:

Зубная формула

<i>О</i>	<i>О</i>	<i>К</i>	<i>К</i>	<i>П</i>	<i>С</i>	<i>С</i>	<i>П</i>	<i>П</i>	<i>П</i>	<i>П</i>	<i>П</i>	<i>К</i>	<i>К</i>	<i>К</i>	<i>К</i>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
O	O	C?	III		III	IV	IV	IV	IV	III		O	O	O	O

Гематологическое исследование: гемоглобин – 97%, цв. п. – 0,9, лейкоциты – 5600, нейтрофилы – 64%, лимфоциты – 17%, СОЭ – 13 мм/ч.

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Поставьте диагноз основного и сопутствующего заболевания.
2. Ваша тактика лечения.
3. Обоснуйте выбор хирургического метода лечения заболевания пародонта.

Пациентка направлена на санацию полости рта.

Жалобы: на периодические боли при еде в нижней челюсти справа.

Объективно: на зубах верхней и нижней челюсти большое количество минерализованных зубных отложений.

15, 16, 26, 27 – под штампованными коронками. Рентгенологически: корневые каналы запломбированы не на полную рабочую длину, в периапикальной области – расширение периодонтальной щели.

46 – определяется глубокая кариозная полость на окклюзионной поверхности, заполненная большим количеством размягченного дентина. Рентгенологически: 46 – кариозная полость в проекции полости зуба, в области апексов корней изменений не наблюдается.

Реакция на температурные раздражители более 5 минут ЭОМ – 30 мкА.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Исходя из данной клинической ситуации, поставьте диагноз.
2. План санации полости рта с учетом общесоматических особенностей пациентки.

Пациентка направлена в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз (классификация по Кеннеди).
2. Выберите виды ортопедических конструкций с учетом заболевания пародонта.
3. Требования к шинирующим конструкциям.

Клиническая задача № 20

Пациентка Ф., 54 лет, обратилась в хирургическое стоматологическое отделение стоматологической поликлиники с целью консультации.

Жалобы: на наличие новообразования и боль в области языка слева, иррадиирующую в ухо. Боль постоянного характера, умеренной интенсивности, больше беспокоит в ночное время, нарушает нормальный сон. Боль усиливается при разговоре, приеме пищи.

Развитие настоящего заболевания: периодически прикусывала язык слева. Три месяца тому назад появился «нарост» на боковой поверхности языка в месте травмы его краем разрушенного зуба, медленно увеличивающийся в размере. Спустя месяц в центре «нароста» возникла язвочка, стали беспокоить боли.

Анамнез жизни: считает себя практически здоровой, курит с 18 лет, алкоголь употребляет регулярно в умеренном количестве.

Эпид. анамнез: 2 года назад болела гепатитом С в тяжелой форме.

Аллергологический анамнез: неотягощен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс – 74 уд/мин, ритмичный. Температура тела – 36,8°C. АД – 150/80 мм рт. ст.

В области левой половины языка, на границе задней и средней трети, экзофитное образование с инфильтрацией подлежащих тканей. В центре образования – язва с «омозолелыми» краями. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта:

Зубная формула

				<i>C?</i>		<i>O</i>				<i>O</i>			<i>R</i>		
<i>18</i>	<i>17</i>	<i>16</i>	<i>15</i>	<i>14</i>	<i>13</i>	<i>12</i>	<i>11</i>	<i>21</i>	<i>22</i>	<i>23</i>	<i>24</i>	<i>25</i>	<i>26</i>	<i>27</i>	<i>28</i>
<i>48</i>	<i>47</i>	<i>46</i>	<i>45</i>	<i>44</i>	<i>43</i>	<i>42</i>	<i>41</i>	<i>31</i>	<i>32</i>	<i>33</i>	<i>34</i>	<i>35</i>	<i>36</i>	<i>37</i>	<i>38</i>
<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>										<i>R</i>		

Гематологическое исследование: гемоглобин – 99 г/л, эритроциты – 4,2 млн, цв.п. – 0,9, лейкоциты – 9500, нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 9%, СОЭ – 28 мм/ч.

Гистологическое исследование: Высоккодифференцированный плоскоклеточный рак.

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Исходя из данной клинической ситуации, можно поставить диагноз
2. Причины развития заболевания.
3. Ваша тактика лечения.

Пациентка направлена на санацию полости рта.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: 26, 36 – коронковая часть разрушена до уровня десны.

Рентгенологически: корневые каналы свободны от пломбировочного материала, в периапикальной области – очаги разрежения костной ткани с четкими контурами, округлой формы, около 5 мм в диаметре.

14 – определяется глубокая кариозная полость на окклюзионной поверхности, заполненная большим количеством размягченного дентина. *Рентгенологически:* 14 – кариозная полость в проекции полости зуба.

Реакция на температурные раздражители длительная. ЭОМ=30 мкА.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Исходя из данной клинической ситуации, можно поставить диагноз
2. План санации полости рта.
3. Исходя из анамнеза выберите рациональный метод лечения 26, 36 зубов.

Пациентка направлена в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз (классификация по Кеннеди).
2. Выберите виды ортопедических конструкций с учетом основного заболевания.

Клиническая задача № 21

Больной А., 65 лет, обратился в стоматологическую поликлинику.

Жалобы: на боль в правой подчелюстной области при приеме пищи, снижение вкуса, а также прогрессирующую убыль твердых тканей в области фронтальных зубов. Боль при чистке зубов.

Развитие настоящего заболевания: впервые боль в правой подчелюстной области появилась полгода назад во время приема пищи.

Перенесенные сопутствующие заболевания: диффузный зоб II степени, тиреотоксикоз (лечение заболевания щитовидной железы не проводилось). Больной раздражителен, страдает одышкой, быстро утомляется.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. При внешнем осмотре отмечается сероватый оттенок кожи, экзофтальм. Носогубные складки умеренно выражены, высота нижней трети лица уменьшена.

В правой подчелюстной области пальпируется безболезненная, плотная, увеличенная в размерах поднижнечелюстная слюнная железа.

В полости рта: открывание рта свободное. Высота прикуса фиксирована, снижена.
Зубная формула

О	О	О	О	О			П	П			О	О	О	О	О
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
О	О	О	П								П	П	О	О	О

На верхней челюсти имеется частичный съемный пластиночный протез, изготовленный около семи лет назад. Протез плохо фиксируется в связи с удалением опорного зуба. Протезом на нижней челюсти больной почти не пользуется по причине отсутствия привыкания. Имеется выраженная атрофия альвеолярных отростков челюстей.

Слизистая оболочка полости рта и в области устья выводного протока без воспалительных изменений. На спинке языка определяется глубокая складка. При бимануальном исследовании по ходу выводного протока правой поднижнечелюстной слюнной железы определяется небольшое ограниченное болезненное уплотнение размером около 0,5 см. Из выводного протока слюна не выделяется.

Эмаль в области фронтальных зубов тусклая, на вестибулярной поверхности 12, 11, 22, 23, 43 и 32 зубов полости овальной формы в пределах эмали размером 2×3 мм, с гладким блестящим дном, зондирование слегка болезненное. Температурная проба (холод) вызывает незначительную и кратковременную болевую реакцию.

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите дополнительный метод исследования для диагностики конкремента слюнной железы.
3. Назовите основной клинический признак калькулезного сиалоаденита.
4. Назовите основной метод лечения слюнно-каменной болезни.
5. Назовите основной хирургический метод лечения слюнно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы.

Пациент направлен на консультацию к терапевту-стоматологу.

Жалобы: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. К какому специалисту необходимо направить пациента?
3. Что характерно для данного заболевания?
4. Что рекомендовано данной пациентке?

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Каким протезом лучше заменить дефекты зубного ряда верхней челюсти?
3. Методы фиксации частичных съемных протезов.

Клиническая задача № 22

Больная П., 35 лет, обратилась в стоматологическую поликлинику.

Жалобы: на постоянную ноющую боль в области нижней челюсти слева, усиливающуюся при пережевывании пищи.

Развитие настоящего заболевания: подобная боль возникала ранее. Пациентка к врачу не обращалась. Принимала анальгин и «полоскала рот горячей водой».

Перенесенные сопутствующие заболевания: аллергия на цитрусовые.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,2°C. Подчелюстные лимфатические узлы слева при пальпации болезненны, увеличены и подвижны.

В полости рта: открывание рта свободное. Прикус ортогнатический.

Зубная формула

<i>O</i>								<i>II</i>	<i>II</i>					<i>O</i>			<i>O</i>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
	<i>II</i>	<i>II</i>		<i>II</i>		<i>II</i>							<i>II</i>				

По переходной складке в области 36 и 37 зубов слизистая оболочка отечна и гиперемирована, при пальпации отмечается болезненность. На окклюзионно-дистальной поверхности 36 зуба имеется дефект пломбы, зуб в цвете изменен. Перкуссия болезненна. 36 зуб – подвижность I степени. 38 зуб прорезался частично.

После проведения дополнительных методов исследования пациентке поставлен диагноз: хронический апикальный периодонтит 36 зуба. Проведено лечение: удалена пломба и распад пульпы из корневых каналов 36 зуба, проведена механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, временное пломбирование гидроокисью кальция. Назначена явка на дальнейшее лечение через 2 недели.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Правильно ли поставлен диагноз?
2. С чем следует проводить дифференциальную диагностику данного заболевания?
3. Что определяется на рентгенограмме данного заболевания?
4. Рациональное лечение данной ситуации.
5. Что используют для медикаментозной обработки корневого канала?

При повторном посещении терапевт-стоматолог направил пациентку на консультацию к хирургу-стоматологу.

Жалобы: на боль в левой половине нижней челюсти, ограничение при открывании рта, боль при глотании, повышение температуры тела до 37,7°C, слабость.

Развитие настоящего заболевания: Периодические ноющие боли в области 38 зуба, ограничение открывания рта отмечает в течение года. После горячих внутривидео ванночек эти явления пропадали. Около недели назад появилась болезненная припухлость в области десны, ограничение открывания рта, стало болезненным глотание. Симптомы нарастали, повысилась температура тела до 38°C, появилась слабость.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура тела 37,8°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Асимметрия лица за счет отека, инфильтрата левой подчелюстной области. Кожа гиперемирована, не собирается в складку, определяется флюктуация. Открывание рта до 1 см.

В полости рта: Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области 36, 37 и 38 зубов и в ретромолярной области гиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации, полость 36 зуба вскрыта. Зондирование безболезненное. Перкуссия слегка болезненна. Подвижность 36 и 37 зубов II степени. 38 зуб прорезался частично (медиальные бугры). Остальная часть покрыта слизистой. При надавливании на нее выделяется гной.

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Ваша тактика лечения.
3. Какими инструментами удаляют третий нижний моляр?

После проведенного лечения пациент обратился к врачу-ортопеду.

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.
3. Показания к протезированию штифтовыми конструкциями.

2.2. Государственный экзамен может включать следующие виды контрольных заданий: кейс-задачи.

2.3. Примеры контрольных заданий:

Билет № 1

Больной М., 42 лет, доставлен машиной скорой помощи в приемный покой городской больницы. Приглашен дежурный врач.

Жалобы: На острую разлитую боль в области нижней челюсти слева, болезненную припухлость левой подчелюстной области и щеки, ограничение открывания рта, повышение температуры тела до 38,5°C, общую слабость, нарушение сна и аппетита.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: Пищевая аллергия на цитрусовые.

Развитие настоящего заболевания: 4 дня назад появились ноющие боли и боли при накусывании, на следующий день – припухлость в левой подчелюстной области. Температура тела повысилась до 38°C. Открывание рта стало ограниченным. В течение следующих суток перечисленные симптомы нарастали.

Объективно: Состояние средней тяжести. Температура тела 39°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 100 уд. в мин. АД – 140/90 мм рт. ст. Легкие: дыхание везикулярное. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Имеется асимметрия лица за счет отека мягких тканей в нижних отделах левой щечной области. В левой подчелюстной области пальпируется болезненное увеличение лимфатических узлов. Кожа гиперемирована, не собирается в складку. При пальпации отмечается утолщение тела нижней челюсти слева. Определяется парестезия в области кожи нижней губы, подбородка слева.

В полости рта: Открывание рта ограничено до 3 см.

Зубная формула

<i>O</i>	<i>II</i>	<i>II</i>		<i>R</i>			<i>II</i>	<i>II</i>			<i>II</i>	<i>II</i>			<i>O</i>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<i>O</i>	<i>II</i>	<i>II</i>	<i>II</i>									<i>II</i>	<i>R</i>	<i>II</i>	<i>O</i>

Слизистая переходной складки в области 38, 37, 36 зубов гиперемирована и отечна, при пальпации отмечается болезненность. Коронка 36 зуба разрушена, вертикальная перкуссия болезненная. Определяется подвижность I—II степени 37, 36 зубов.

Имеются корни 14 и 36 зубов; культи 14 зуба выступают над десной на высоту 3 мм.

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Что является причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей?
3. Назовите объективные признаки, характерные для клиники острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти.
4. Что необходимо сделать в день обращения при остром одонтогенном остеомиелите?
5. Что необходимо сделать с причинным зубом при остром одонтогенном остеомиелите?
6. Какие признаки наиболее характерны для данной флегмоны?
7. К какому специалисту необходимо направить пациента после выписки?

Пациент находится на лечении в отделении БСМП.

Жалобы: На общую слабость, жжение в языке, дискомфорт при приеме пищи.

Объективно: Общее состояние больного удовлетворительное, температура тела 37,1°C. Регионарные лимфатические узлы в правой подчелюстной области слегка увеличены и болезненны.

В полости рта: Слизистая оболочка полости рта бледная, слабо увлажнена. На спинке языка определяется атрофия нитевидных и грибовидных сосочков (язык гладкий,

полированный и малинового цвета). Эпителий дорсальной и вентральной поверхностей языка истончен.

Клинический анализ крови: Hb – 104 г/л; Eг – 4,3×10⁹; Ц. п. – 1,4; СОЭ – 4 мг/л; Тг – 228 тыс. в 1 мл; L – 4,9×10⁹; п/я – 2,5%; с/я – 60%; эоз. – 2%; баз. – 0,5%; лимф. – 28%; мон. – 7%.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. С чем дифференцируют данное заболевание?
3. Каким лечением является медикаментозное лечение заболевания в первую очередь?
4. Назовите лечебные мероприятия при данном заболевании.
5. Нужно ли включать ферменты в схему обработки очагов поражения в полости рта?
6. Относится ли это заболевание к предраку?

Через месяц после выписки пациент обратился в ортопедическое отделение.

Жалобы: на эстетическую неудовлетворенность в связи с отломом коронковой части 14 зуба.

Объективно: (см. выше).

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.
3. Выберите оптимальный вариант конструкции, обоснуйте свой выбор.

Билет № 2

В БСМП машиной скорой помощи доставлен больной К., 53 лет. При осмотре дежурным врачом выявлено:

Жалобы: На боль и припухлость в правой подчелюстной области. Боли усиливаются при открывании рта. Затруднен прием пищи.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь II стадии.

Развитие настоящего заболевания: накануне больной был избит. Сознание не терял. После травмы появилась боль в нижней челюсти справа, кровотечение изо рта, на следующий день припухлость в левой подчелюстной области.

Объективно: Асимметрия лица за счет отека правой подчелюстной области. Кожа синюшного цвета. Справа отмечается положительный симптом Венсана. При пальпации отмечается локальная болезненность в области правого угла нижней челюсти.

В полости рта: Открывание рта ограничено до 3 см. Прикус нарушен: межрезцовая средняя линия смещена влево на половину ширины центрального резца. Зубы смыкаются только в области левых моляров. В переднем и боковом отделах нижней челюсти слева смыкание зубов отсутствует. Имеется разрыв слизистой оболочки за 48 зубом.

Зубная формула

<i>О</i>	<i>О</i>	<i>П</i>	<i>С</i>								<i>П</i>			<i>О</i>	<i>О</i>
<i>18</i>	<i>17</i>	<i>16</i>	<i>15</i>	<i>14</i>	<i>13</i>	<i>12</i>	<i>11</i>	<i>21</i>	<i>22</i>	<i>23</i>	<i>24</i>	<i>25</i>	<i>26</i>	<i>27</i>	<i>28</i>
<i>48</i>	<i>47</i>	<i>46</i>	<i>45</i>	<i>44</i>	<i>43</i>	<i>42</i>	<i>41</i>	<i>31</i>	<i>32</i>	<i>33</i>	<i>34</i>	<i>35</i>	<i>36</i>	<i>37</i>	<i>38</i>
	<i>С</i>	<i>О</i>									<i>О</i>	<i>О</i>	<i>К</i>	<i>О</i>	<i>О</i>

Вопросы хирурга-стоматолога:

1. Поставьте Ваш диагноз.
2. Какой основной механизм смещения отломков при переломах?
3. Перечислите методы фиксации при переломах нижней челюсти.
4. Выберите метод иммобилизации данному больному.
5. Какая тактика в отношении 48 зуба?

После выписки пациент обратился в терапевтическое отделение стоматологической поликлиники.

Жалобы: На боль ноющего характера в области зубов верхней челюсти справа, которая возникает во время приема пищи. Приступ боли длится достаточно долго.

Развитие настоящего заболевания: Боль беспокоит около полугода. Самопроизвольных и ночных болей пациент в последнее время не отмечает.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: (см. выше).

Объективно: (см. выше).

Зубная формула: (см. выше).

На медиальной поверхности 15 зуба определяется кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином. При зондировании дна кариозной полости определяется сообщение с полостью зуба, болезненность и кровоточивость. По данным электроодонтодиагностики установлено, что электровозбудимость 15 зуба варьировала в пределах от 40 до 50 мкА.

Вопросы терапевта-стоматолога:

1. Поставьте Ваш диагноз.
2. Опишите слизистую оболочку.
3. Выберите рациональный метод лечения данного заболевания и укажите правильную последовательность этапов лечения.
4. Можно ли провести лечение 15 зуба в одно посещение?
5. Что используют для расширения труднопроходимых корневых каналов?
6. Что применяют при пломбировании корневых каналов в качестве силеров?

Пациент обратился в ортопедическое отделение.

Жалобы: На неудовлетворительную эстетику в связи с потемнением коронки 24 зуба.

Развитие настоящего заболевания: Два года назад проводилось лечение зуба по поводу осложненного кариеса.

Объективно: Зубная формула: (см. выше).

Десна в области 24 зуба без патологических изменений. На окклюзионно-медиально-дистальной поверхности 24 зуба имеется пломба, контактный пункт отсутствует. Перкуссия отрицательная.

На рентгенограмме: патологические изменения в области апекса 24 зуба не определяются. Корневой канал запломбирован гомогенно на всем протяжении.

Вопросы ортопеда-стоматолога:

1. Поставьте Ваш диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.
3. Перечислите клинические этапы протезирования металлокерамической коронкой.

3. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену, перечень литературы для подготовки к государственному экзамену

3.1. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену:

Подготовка к государственной итоговой аттестации проводится самостоятельно. Предэкзаменационные консультации проводятся научно-педагогическими работниками, участвующими в реализации основной образовательной программы.

3.2. Перечень литературы и электронных библиотечно-информационных ресурсов для подготовки к государственному экзамену:

3.2.1. Перечень литературы:

1) Терапевтическая стоматология. Национальное руководство: национальное руководство / Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского; Стоматологическая ассоциация Москвы). – 2-е изд., перераб. и доп. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 883 с.

2) Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство [Текст]: руководство / С.В. Аверьянов [и др.]; под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 890 с.

- 3) Терапевтическая стоматология. Болезни зубов: учебник. В трех частях. Ч.1 / Под ред. проф. Е.А. Волкова, проф. О.О. Янушевича. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 168 с.
- 4) Терапевтическая стоматология. Болезни пародонта: учебник. В трех частях. Ч.2 / Под ред. проф. Г.М. Барера. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 224 с.
- 5) Ортопедическая стоматология: национальное руководство / Под ред. проф. И.Ю. Лебедеико, проф. С.Д. Арутюнова, проф. А.Н. Ряховского. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 819 с.
- 6) Кузьмина Э.М. Профилактическая стоматология: учебник / Э.М. Кузьмина, О.О. Янушевич. – М.: Практическая медицина, 2017. – 544 с.
- 7) Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций: учебник / Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 639 с.
- 8) Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: национальное руководство / Под ред. проф. А.А. Кулакова, проф. Т.Г. Робустовой, проф. А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 922 с.
- 9) Хирургическая стоматология: учебник для студентов стоматолог. фак. мед. вузов / [Т.Г. Робустова, В.В. Афанасьев, Э.А. Базикян и др.]; Под ред. Т.Г. Робустовой. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2011. – 687 с.
- 10) Бичун А. Б. Неотложная помощь в стоматологии / А.Б. Бичун, А.В. Васильев, В.В. Михайлов. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 319 с.

3.2.2. Перечень информационных ресурсов, к которым обеспечивается доступ обучающихся при формировании профессиональных компетенций:

Консультант студента – Издательская группа ГЭОТАР-Медиа
<http://cufts.library.spbu.ru/CRDB/SPBGU/resource/252>

4. Методика и критерии оценки государственного экзамена

4.1. Форма проведения государственного экзамена:

Устная

4.2. Продолжительность государственного экзамена: на подготовку к ответу отводится не более 40 минут. Продолжительность собеседования составляет не менее 20 мин. на одного аттестуемого. При поведении государственного экзамена в устной форме членам экзаменационной комиссии (ГЭК) предоставляется право задавать выпускнику дополнительные вопросы в пределах образовательной программы.

4.3. Методика и критерии оценки государственного экзамена:

Проведение междисциплинарного экзамена проходит в виде итогового собеседования, в ходе которого оценивается умение решать конкретные профессиональные задачи, охватывающие основные разделы специальности. Для проведения междисциплинарного экзамена утверждается состав ГЭК в соответствии с нормативными документами СПбГУ.

Собеседование состоит из одного билета, который включает кейс-задачи из разных блоков. Собеседование включает ответ на все вопросы предложенных для решения кейсов, а также при необходимости, дополнительных вопросов, заданных членами ГЭК.

Критерии оценивания собеседования:

Оценка «отлично»:

Ставится обучающемуся, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения практических задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины; обучающийся безошибочно определяет метод рентгенологического исследования на предоставленной для интерпретации рентгенограмме, дает характеристику соответствующему синдрому, определяет предположительный диагноз, пути дифференциальной диагностики и варианты дополнительных методик исследования.

Оценка «хорошо»:

Ставится обучающемуся, обнаружившему полное знание программного материала, но допускающему незначительные ошибки в классификации нозологических форм, постановке диагноза, плане дополнительной диагностики, которые легко исправляет после наводящих вопросов. Если обучающийся, интерпретируя задачу, путается в определении конкретного синдрома, но после наводящих вопросов отвечает правильно, не дает полной характеристики метода исследования, заключение формулирует правильно.

Оценка «удовлетворительно»:

Ставится обучающемуся, обнаружившему средний уровень знания основного программного материала, но допустившему погрешности при его изложении, недостаточно владеющий современными классификациями и вследствие этого неправильно формулирует диагноз. Затрудняется в достаточном объеме определить пути проведения дополнительной диагностики, определяет правильные направления лечения, но назначает их в неадекватном объеме. При формулировании заключения не точно называет метод исследования, не знает методики его проведения, затрудняется в формулировании характерных признаков данной патологии, но правильно формулирует заключение.

Оценка «неудовлетворительно»:

Ставится обучающемуся, допустившему при ответе на вопросы задачи множественные ошибки принципиального характера, неправильно поставлен диагноз, после собеседования на наводящие вопросы ответить не может. Не может дать заключение о предположительном диагнозе.

После заслушивания всех обучающихся и на основе их ответов проводится заседание ГЭК. Заседание проводится закрыто. Решения комиссий принимаются простым большинством голосов от числа лиц, входящих в состав комиссий и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель комиссии обладает правом решающего голоса. ГЭК принимает решение по следующей системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

4.4. Соответствие оценки СПбГУ и оценки ECTS при применении абсолютной шкалы оценивания:

Оценка СПбГУ при проведении ГИА в форме государственного экзамена или защиты выпускной квалификационной работы	Оценка ECTS
отлично	A
хорошо	B
хорошо	C
удовлетворительно	D
удовлетворительно	E
неудовлетворительно	F

В целях учета ситуации крайней необходимости формы программ ГИА дополнены пунктом о возможности проведения ГИА исключительно с применением дистанционных технологий по решению уполномоченного должностного лица.

5. Процедура проведения государственного экзамена

5.1. Государственная итоговая аттестация для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья проводится с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

5.2. Проведение государственного экзамена осуществляется в соответствии с Правилами обучения по основным образовательным программам бакалавриата, специалитета, магистратуры и среднего профессионального образования в Санкт-

Петербуржском государственном университете, утвержденными приказом от 29.01.2016 № 470/1 (с последующими изменениями и дополнениями).

5.3. В ситуации крайней необходимости в целях защиты жизни и здоровья обучающихся, научно-педагогических работников и сотрудников, обеспечивающих проведение государственной итоговой аттестации, по решению уполномоченного должностного лица государственная итоговая аттестация может проводиться исключительно с применением дистанционных технологий.

Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНА
приказом заместителя
первого проректора
по стратегическому развитию
и партнерству –
начальником Управления
образовательных программ
от 07.11.2024 № 15011/1

**Программа государственной итоговой аттестации
в форме защиты выпускной квалификационной работы
по основной образовательной программе СМ.5059* «Стоматология»
уровень образования: специалитет**

1. Общие положения

1.1. Выпускная квалификационная работа (далее – ВКР) представляет собой выполненную обучающимся работу, демонстрирующую уровень подготовленности выпускника к самостоятельной профессиональной деятельности.

1.2. ВКР является самостоятельным исследованием обучающегося, выполненным под руководством назначенного ему научного руководителя, в соответствии с установленными требованиями.

1.3. Целью защиты ВКР является определение уровня подготовленности выпускников и проверка сформированности компетенций, предусмотренных учебным планом основной образовательной программы в соответствии с требованиями действующего образовательного стандарта.

1.4. Объем государственной итоговой аттестации, учебный период и сроки государственной итоговой аттестации указаны в актуальном учебном плане и календарном учебном графике.

1.5. Язык подготовки и защиты ВКР: язык реализации образовательной программы.

2. Требования к структуре и содержанию ВКР

2.1. Выпускная квалификационная работа (ВКР) должна содержать:

- титульный лист;
- оглавление;
- перечень условных обозначений и символов;
- введение;
- основная часть;
- заключение;
- выводы;
- список литературы;
- приложения (при необходимости).

2.1.1. Введение должно содержать актуальность и новизну выбранной темы, оценку современного состояния решаемой проблемы, цель выполнения работы, задачи, которые необходимо решить для достижения цели работы, и практическое значение результатов выпускной квалификационной работы.

2.1.2. Основная часть работы делится на главы, подглавы. Каждая подглава должна содержать законченную информацию.

Глава 1 (обзор литературы) содержит аналитический обзор литературы, в ней излагается современное состояние проблемы, дается ее критическая оценка.

Глава 2 содержит описание использованного материала и применяемых методик исследования.

Глава 3 содержит результаты исследования. Автор работы отвечает за полноту и достоверность представленной информации, соблюдая нормы научной этики. Обязательны ссылки на источники цитирования. В отдельной подглаве излагаются результаты, полученные непосредственно автором.

2.1.3. Заключение должно содержать итоги работы, подведенные на основании решенных в ходе исследования задач. В заключении необходимо отметить преимущества, связанные с реализацией предложений, охарактеризовать перспективы дальнейшего развития работ в этой области, представить практические рекомендации.

2.1.4. Выводы должны не просто констатировать факты проведения работ по тем или иным направлениям, а отражать основные научные результаты и акцентировать их новизну.

2.1.5. Список литературы включает все источники, которыми обучающийся пользовался при написании выпускной квалификационной работы. Отсутствие в выпускной квалификационной работе ссылок на современные источники считается грубой ошибкой, поскольку показывает незнание современных работ по выбранной тематике. Литература и авторы в списке приводятся в порядке цитирования.

2.1.6. В приложения включаются материалы, связанные с написанием выпускной квалификационной работы. В тексте на все приложения должны быть ссылки. Приложения располагаются в порядке ссылок на них в тексте. Объем приложений не ограничивается. При наличии опубликованных тезисов докладов, научных статей по теме исследования в приложение должны быть включены их копии.

2.2. ВКР должна включать в себя:

- систематизацию, закрепление и расширение теоретических и практических знаний по специальности и применение этих знаний при решении конкретных практических задач;
- развитие навыков ведения самостоятельной работы и овладение методикой исследования при решении разрабатываемых в выпускной квалификационной работе проблем и вопросов;
- выяснение степени профессиональной подготовленности выпускника для самостоятельной работы.

2.3. В ВКР должны быть отображены:

- достаточный уровень общенаучной и специальной подготовки выпускника, его способность и умение применять теоретические и практические знания при решении конкретных задач, стоящих перед специалистом в современных условиях;
- умение разработать программу исследования, включающую формулировку проблемы, определение объекта, предмета, задач и методов исследования;
- способность к анализу источников по теме с обобщениями и выводами, сопоставлениями и оценкой различных точек зрения;
- умение систематизировать и анализировать полученные собственные научные данные.
- умение работать с литературой;
- умение выделять проблему и определять методы её решения;
- умение последовательно излагать существо рассматриваемых вопросов;
- владение соответствующим понятийным и терминологическим аппаратом;
- приемлемый уровень языковой грамотности, включая владение функциональным стилем научного изложения.

2.4. Ответственность за достоверность сведений, изложенных в ВКР, всецело лежит на авторе.

3. Требования к порядку выполнения и оформления ВКР

3.1. Требованием при подготовке ВКР в соответствии с общепринятыми этическими и правовыми нормами является добросовестное цитирование. Выполнение данного требования отражается в отзыве научного руководителя ВКР на основании результатов проверки ВКР на объем заимствования, в т.ч. содержательного выявления неправомерных заимствований.

3.2. Титульный лист ВКР оформляется в соответствии с формой титульного листа, утвержденной приказом проректора по учебно-методической работе от 03.07.2018 № 6616/1 «Об утверждении формы программы государственной итоговой аттестации».

3.3. Научный руководитель выпускной квалификационной работы:

- согласовывает план и график выполнения выпускной квалификационной работы;
- рекомендует обучающемуся необходимую основную литературу, справочные и нормативные документы и другие источники по теме;
- проводит систематические консультации;
- проверяет выполнение работы (по частям и в целом);
- готовит письменный отзыв на выпускную квалификационную работу. В отзыве научный руководитель отмечает степень самостоятельности исполнителя при выполнении работы, наличие элементов исследования, обоснованность полученных результатов, достоинства, недостатки работы.

Рецензент оценивает выпускную квалификационную работу по форме и по содержанию. В рецензии отражаются следующие вопросы:

- актуальность темы выпускной квалификационной работы;
- степень и полнота соответствия собранных материалов цели и задачам исследования;
- качество обработки материала;
- соответствие содержания и оформления работы предъявленным требованиям;
- обоснованность сделанных выводов и предложений;
- теоретическая и практическая значимость выполненного исследования;
- конкретные замечания по содержанию, выводам, рекомендациям, оформлению работы с указанием разделов и страниц;
- рекомендации по оценке выпускной квалификационной работы.

3.4. Оформление текста ВКР:

3.4.1. Текст выпускной квалификационной работы набирается в редакторе MSWord на листах формата А4 (210×297 мм) книжной ориентации. Для набора используется шрифт Times New Roman, 14 кегль, через 1,5 межстрочный интервал.

3.4.2. Страницы ВКР должны иметь следующие поля: верхнее и нижнее – 20 мм, левое – 30 мм, правое – 15 мм. Страницы ВКР нумеруются сплошной нумерацией в автоматическом режиме, кроме титульного листа. Следующая за ним страница имеет номер «2». Номер страницы располагают в правом нижнем углу листа.

3.4.3. В оглавлении последовательно перечисляются все заголовки ВКР с указанием номера страницы, на которой помещен каждый заголовок. Все заголовки в оглавлении записывают строчными буквами (первая - прописная). Последнее слово каждого заголовка соединяют отточием с соответствующим номером страницы, на которой расположен заголовок. Слово «оглавление» записывают в виде заголовка (симметрично тексту) прописными буквами.

3.4.4. Принятые в работе малораспространенные сокращения, условные обозначения, символы и специфические термины должны быть представлены в виде отдельного списка. Если они повторяются в работе менее трех раз, отдельный список не составляется, а расшифровку дают непосредственно в тексте при первом упоминании.

3.4.5. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием сверху справа страницы слова «Приложение» и его обозначения. Приложение должно иметь заголовок, который размещают симметрично относительно текста с прописной буквы

отдельной строкой без точки в конце предложения. Если в выпускной квалификационной работе имеется несколько приложений, их нумеруют последовательно арабскими цифрами (без знака №). Например: Приложение 1, Приложение 2 и т.д.

3.4.6. Иллюстративный материал в составе ВКР может быть представлен фотографиями, чертежами, графиками и т.д. Все рисунки должны иметь сквозную нумерацию. Допускается сквозная нумерация в пределах одного раздела. В тексте на каждый рисунок даются ссылки в формате «рис. XX» и необходимые пояснения. В подрисуночных надписях используют формат «Рисунок XX-Наименование». Рисунки должны быть понятными и информативными.

3.4.7. Таблицы, используемые в ВКР, размещают сразу после их упоминания. Таблицы нумеруют сквозной нумерацией либо в пределах раздела. Каждая таблица должна иметь свой заголовок в формате «Таблица XX» (справа), на следующей строке по центру располагается «Наименование». В ссылках по тексту слово «таблица» не сокращается.

3.4.8. Объем ВКР не менее 50 страниц.

Рекомендуемые объёмы:

- «Введение» – 3-5 страниц текста.
- Глава 1 (обзор литературы) – до 10 страниц текста.

3.5. Заимствование любого текста из любого источника допускается только при наличии библиографической ссылки, а при буквальном заимствовании следует кавычками и сноской-цитатой выделять текст, не принадлежащий автору выпускной квалификационной работы.

3.6. В ходе выполнения ВКР допускается использование инструментов / элементов / средств искусственного интеллекта / нейросетей при соблюдении следующих условий:

3.6.1. в ВКР изложена целесообразность и аргументированное обоснование использования инструментов / элементов / средств искусственного интеллекта / нейросетей;

3.6.2. инструменты / элементы / средства искусственного интеллекта / нейросетей выступают в качестве вспомогательного инструмента для получения промежуточных результатов исследования, в частности для автоматизированного поиска и подбора используемых источников информации, сбора, обобщения, систематизации и стандартной обработки больших массивов данных, для составления диаграмм, схем, графиков, таблиц, библиографических списков и указателей, создания и технической обработки графических изображений, иллюстраций, моделей;

3.6.3. результаты, полученные с использованием инструментов / элементов / средств искусственного интеллекта / нейросетей, подвергнуты обучающимся проверке на достоверность, самостоятельной обработке, анализу, оценке и авторской переработке с целью включения их в ВКР с осуществлением личного творческого вклада в результаты исследования.

При оформлении ВКР факт использования инструментов / элементов / средств искусственного интеллекта / нейросетей фиксируется с указанием наименования конкретных инструментов / элементов / средств искусственного интеллекта / нейросетей, ссылки на них в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», описания методик и протоколов работы с ними, сформулированных в их адрес заданий и полученных с их помощью результатов, а также частей ВКР, в которых они нашли отражение.

4. Методика и критерии оценки ВКР

4.1. Вид ВКР: выполняется в виде научно-исследовательской работы.

4.2. Продолжительность защиты ВКР: в устной форме (доклад не более 10 минут). Защита ВКР осуществляется под аудио- и/или видеозапись в соответствии Правилами обучения по основным образовательным программам бакалавриата, специалитета, магистратуры и среднего профессионального образования в Санкт-Петербургском

государственном университете, утвержденными приказом от 29.01.2016 № 470/1 (с последующими изменениями и дополнениями).

4.3. Методика и критерии оценки ВКР:

4.3.1. К защите ВКР допускаются обучающиеся, завершившие полный курс обучения по основной образовательной программе, успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом, и представившие ВКР в установленном порядке.

4.3.2. После заслушивания выступлений всех обучающихся и на основе их ответов, отзывов научных руководителей и рецензий (с учетом соблюдения обучающимися требований к порядку оформления ВКР) проводится закрытое обсуждение оценки ВКР. Решения об оценивании ВКР принимаются простым большинством голосов членов экзаменационной комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии. При равном числе голосов председатель комиссии обладает правом решающего голоса. Экзаменационная комиссия принимает решение об оценивании ВКР по следующей системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Решение оформляется в виде протокола заседания ГЭК.

4.3.3. Критерии оценки выпускной квалификационной работы:

4.3.3.1. Оценка ВКР по формальным признакам:

А. Полнота раскрытия темы ВКР:

- соответствие темы ВКР ее содержанию;
- логика построения и качество стилистического изложения ВКР;
- наличие собственного материала исследования;
- использование пакетов прикладных программ;
- наличие концептуального, комплексного, системного подхода;
- научное и практическое значение выводов, содержащихся в ВКР;
- использование иностранной литературы в оригинале, международных стандартов по теме исследования;

по теме исследования;

- наличие публикаций по теме исследования.

Б. Качество оформления ВКР:

- соответствие объема ВКР рекомендуемым требованиям;
- соответствие оформления таблиц, графиков, формул, ссылок, рисунков, списка использованной литературы требованиям образовательного стандарта и ГОСТов;
- замечания и рекомендации рецензента;

4.3.3.2. Оценка квалификации выпускника в процессе защиты:

• иллюстративность излагаемого в процессе защиты материала (наличие слайдов, дополнительного иллюстративного материала);

- логика построения доклада;
- аргументированность и обоснованность ответов на вопросы.

Оценка «отлично»:

• научно обоснованы и четко сформулированы цель и задачи выпускной квалификационной работы и их выполнение, нашедшее отражение в выводах. Убедительно показаны актуальность и новизна исследования;

- достаточно полно раскрыта значимость работы, выполненной автором;
- список литературы в достаточной степени отражает информацию, имеющуюся в литературе по теме исследования. В тексте имеются ссылки на современные источники литературы как отечественных, так и зарубежных авторов;

• демонстрация основных положений избранной темы клиническими примерами (в том числе иллюстративный материал) или статистическими выкладками;

• наличие в работе экспериментального компонента: освоение и использование диагностической исследовательской лабораторной или инструментальной методики (описание их, схематическое представление, примеры исполнения, фотоиллюстрации);

- содержание выпускной работы должно последовательно и логично в виде мультимедийной презентации, отражающей структурность представления (титул, актуальность, цель, задачи, оценка данных литературы, материалы и методы исследования, данные собственных исследований, иллюстративность собственных исследований – таблицы, графики, рисунки, фото, и проч., - четкие подразделы, оформление слайдов, выделение заголовков и основных мыслей), соблюдение регламента, уверенные ответы на вопросы, поставленные членами ГЭК.

Оценка «хорошо»:

- хорошо выполненный обзор литературы;
- отличный обзор, но нет собственных клинических или научно-статистических данных;
- отличный обзор, есть собственные данные, но нет анализа или обсуждения полученных результатов;
- нет экспериментального компонента (не освоена исследовательская методика);
- хороший доклад в виде мультимедийной презентации, соблюдение регламента, уверенные ответы на вопросы.

Оценка «удовлетворительно»:

- плохо выполненный обзор литературы;
- удовлетворительный обзор, но нет собственных клинических или научно-статистических данных;
- некорректная формулировка цели и задач работы или их невыполнение, отсутствие отражения в выводах;
- нет анализа или обсуждения полученных результатов;
- работа доложена неубедительно, несоблюдение регламента, не на все предложенные вопросы даны удовлетворительные ответы.

Оценка «неудовлетворительно»:

- выпускная работа имеет много замечаний в отзывах руководителя, рецензента, работа доложена неубедительно, непоследовательно, нелогично, ответы на поставленные задачи практически отсутствуют;
- ВКР не представлена в положенные сроки.

4.3.4. Решением ГЭК могут быть особо отмечены работы, представляющие теоретическую либо практическую значимость.

4.3.5. ВКР, в которой отсутствует раздел с результатами, полученными непосредственно автором, может иметь максимальную оценку «хорошо».

5. Процедура защиты ВКР

5.1. ВКР подлежит размещению обучающимся в системе информационной поддержки образовательного процесса в порядке, предусмотренном соответствующим регламентом, в соответствии с Правилами обучения по основным образовательным программам бакалавриата, специалитета, магистратуры и среднего профессионального образования в Санкт-Петербургском государственном университете, утвержденными приказом от 29.01.2016 № 470/1 (с последующими изменениями и дополнениями).

5.2. Государственная итоговая аттестация для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья проводится с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

5.3. Защита ВКР осуществляется в соответствии с Правилами обучения по основным образовательным программам бакалавриата, специалитета, магистратуры и среднего профессионального образования в Санкт-Петербургском государственном университете, утвержденными приказом от 29.01.2016 № 470/1 (с последующими изменениями и дополнениями).

5.4. В ситуации крайней необходимости в целях защиты жизни и здоровья обучающихся, научно-педагогических работников и сотрудников, обеспечивающих проведение государственной итоговой аттестации, по решению уполномоченного должностного лица государственная итоговая аттестация может проводиться исключительно с применением дистанционных технологий.