

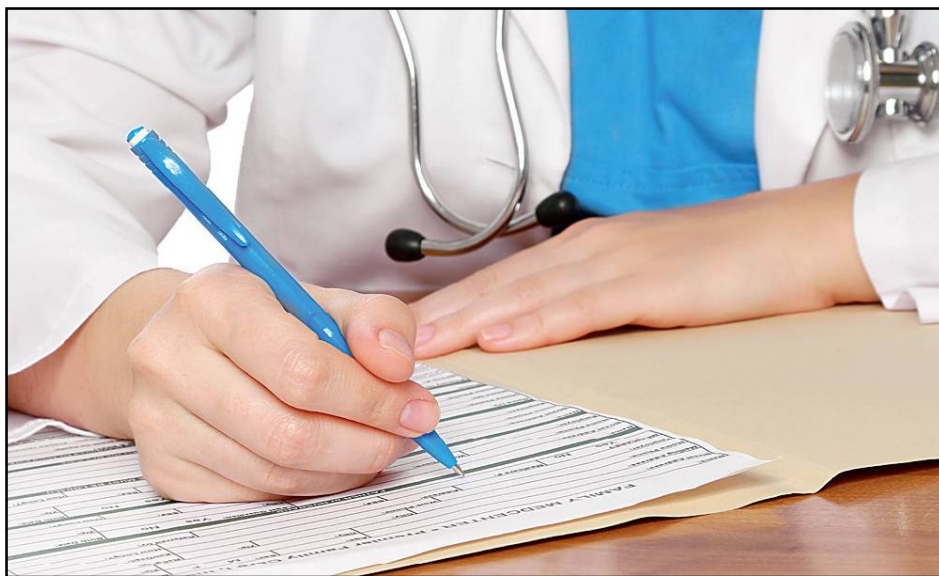
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук» (ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)
Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера – обособленное подразделение
ФИЦ КНЦ СО РАН (НИИ МПС)
Кафедра ординатуры и дополнительного профессионального образования

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Стоматологический факультет
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
Кафедра ортопедической стоматологии
Институт последипломного образования
Кафедра стоматологии ИПО

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации
Стоматологический факультет
Кафедра ортопедической стоматологии

ПОРЯДОК ЗАПОЛНЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ И ЮРИДИЧЕСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Методические рекомендации для врачей-ординаторов, обучающихся
по специальности 31.08.75 – «Стоматология ортопедическая»



Красноярск
2022

УДК 616.314-089.23(07)
ББК 56.68
П59

Авторы: д-р мед. наук, проф. В. Г. Галонский; д-р мед. наук, проф. А. А. Радкевич; канд. мед. наук, доц. Е. В. Мокренко; канд. мед. наук, доц. В. Н. Чернов; А. В. Галонский, И. Ю. Кострицкий; Э. С. Сурдо.

Рецензенты: заведующий кафедрой терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии и стоматологии детского возраста ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова», д-р мед. наук, проф. И. Д. Ушницкий; профессор кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», д-р. мед. наук, проф. Н. С. Нуриева

Порядок заполнения и оформления истории болезни и сопутствующей медицинской и юридической документации в клинике ортопедической стоматологии: методические рекомендации
П59 для врачей-ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.75 – «Стоматология ортопедическая» / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, Е. В. Мокренко [и др.]. – Красноярск : тип. «Литера-принт» ИП Азарова Н. И., 2022. – 75 с.

В методических рекомендация рассмотрены теоретические и практические вопросы особенностей заполнения и оформления медицинской карты стоматологического больного (истории болезни) в клинике ортопедической стоматологии. Представлены типовые образцы медицинской карты (истории болезни в клинике ортопедической стоматологии), сопутствующих медицинских и юридических документов, которые необходимо оформить врачу-стоматологу-ортопеду перед началом практического осуществления медицинских стоматологических манипуляций.

Методические рекомендации предназначены для врачей-ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.75 – «Стоматология ортопедическая»

Утверждено к печати решением Учёного совета НИИ МПС от 23.05.2022 г., протокол №4/1.

УДК 616.314-089.23(07)
ББК 56.68

© ФИЦ КНЦ СО РАН,
КНЦ СО РАН
НИИ МПС, 2022

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

БИК – банковский идентификационный код. Уникальный идентификатор банка, используемый в платёжных поручениях.

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека, вызывающий заболевание СПИДом.

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав.

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения.

ВУЗ – высшее учебное заведение.

ДМС – добровольное медицинское страхование.

ЗАО – закрытое акционерное общество.

ИНН – идентификационный номер налогоплательщика.

ИРОПЗ – индекс разрушения окклюзионной поверхности зубов.

КПП – код причины постановки на учёт кредитной организации. Предназначен для идентификации юридического лица, которое является налогоплательщиком.

МКБ-10 – международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра.

НИИ ИПС – Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера.

ОГРН – основной государственный регистрационный номер, содержащий основную информацию о юридическом лице или индивидуальном предпринимателе.

ОД – оценка диагноза.

ОДМ – оценка диагностических мероприятий.

ОКЛ – оценка качества лечения.

ОЛМ – оценка лечебных мероприятий.

ОКПО – общероссийский классификатор предприятий и организаций.

ОКУД – общероссийский классификатор управленческой документации.

ОМС – обязательное медицинское страхование.

ООО – общество с ограниченной ответственностью. В Российском законодательстве, учреждённое одним или несколькими юридическими и /или физическими лицами хозяйственное общество, уставной капитал которого разделён на доли. Участники общества – учредители – не отвечают по его обязательствам и несут риски убытков связанных с деятельностью общества, в пределах стоимости принадлежащих им долей или акций в уставном капитале общества, но только до тех пор, пока общество не находится в стадии банкротства. При банкротстве общества участники могут понести субсидиарную ответственность по долгам всем имеющимся у них имуществом.

РМА – папиллярно-маргинально альвеолярный индекс.

РФ – Российская федерация.

СНИЛС – страховой номер индивидуального лицевого счёта.

СОПР – слизистая оболочка полости рта.

СССР – Союз Советских Социалистических Республик.

УКЛ – уровень качества лечения.

ФГБНУ – федеральное государственное бюджетное научное учреждение.

ФГБОУ ВО – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования.

ФИЦ КНЦ СО РАН – федеральный исследовательский центр Красноярский научный центр сибирского отделения Российской академии наук.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение. Теоретическое и практическое обоснование проблемы.....	6
Медицинская карта ортопедического стоматологического больного (история болезни). Порядок и схема заполнения.....	15
Типовая форма договора возмездного оказания стоматологических услуг.....	32
Типовая форма согласия на обработку персональных данных пациента на стоматологическом приёме (потребителя стоматологических услуг).....	36
Типовая форма информированного добровольного согласия на получение платных медицинских услуг.....	38
Типовая форма информированного добровольного согласия на ортопедические стоматологические услуги.....	40
Типовая форма акта сдачи-приёмки выполненных стоматологических услуг.....	43
Гарантийные сроки и сроки службы на виды работ при оказании стоматологической помощи (ортопедическая стоматология).....	44
Типовая форма карты контроля качества медицинской стоматологической ортопедической помощи.....	46
Типовая форма ежемесячного отчёта итогов проведения контроля качества лечения в стоматологической клинике на ортопедическом приёме.....	49
Контрольные вопросы	50
Тестовые задания.....	56
Список использованной литературы.....	69
Список дополнительной литературы.....	71
Сведения об авторах.....	74

ВВЕДЕНИЕ.

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Одной из актуальных проблем медицинского образования, с точки зрения педагогики высшей школы и практического здравоохранения, является недостаточное формирование клинического мышления у студентов, позволяющее им всеобъемлюще связать и комплексно оценить важные для конкретной нозологической формы заболевания субъективные и объективные клинические признаки, на фоне общесоматического и психологического статуса пациентов [1, 4, 6, 9]. В данной связи наиболее важным педагогическим элементом обучения будущего врача является формирование клинического мышления в массе студенческой аудитории в целом и у отдельных индивидуумов, способных самостоятельно решать клинико-диагностические задачи, принимать лечебные решения, нести юридическую ответственность за их реализацию и результат в лечебно-профилактических учреждениях после окончания ВУЗа [5, 12, 13]. Данная концепция в целом и частности относится и к выпускникам стоматологических факультетов медицинских ВУЗов, в том числе обучающихся в ординатуре [7].

Клиническое мышление – это комплекс профессиональных и творческих решений вопросов диагностики, лечения и определения прогноза болезни у данного конкретного больного на основе имеющихся знаний, опыта и врачебной интуиции [2, 14, 15]. В контексте вышесказанного, клиническое мышление необходимо рассматривать как один из ключевых компонентов успешности лечебной деятельности будущего врача, которое представляет собой профессиональное, творческое решение вопросов диагностики, лечения и определения прогноза болезни у конкретного больного на основе имеющихся знаний, опыта и врачебной интуиции,

приобретённых в процессе обучения в медицинском ВУЗе [2, 14, 15]. Клиническое мышление, по своей сути, является мышлением продуктивным, одним из элементов обобщения которого являются данные объективного осмотра, результаты проведенных дополнительных методов исследования, требующие от врача соответствующих базовых теоретических знаний и прикладных мануальных навыков. Общий анализ и синтез знаний и навыков позволит клиницисту грамотно сформулировать диагноз и спрогнозировать адекватную дорожную карту посещения смежных специалистов, консультации которых необходимы для окончательной постановки диагноза, определения тактики лечения и его прогноза [1, 3, 11]. Вышеизложенные принципы не противоречат общеклинической практике ведения стоматологических больных в поликлинических условиях, в том числе на ортопедическом стоматологическом приёме.

Формирование адекватного клинического мышления у обучающихся складывается из двух основных составляющих компонентов педагогического процесса в медицинском университете:

1. Теоретического лекционного курса, формирующего фундаментальный концептуальный подход к изучаемой проблеме, дающего основополагающие базовые знания дисциплины, возможные вектора расхождений и несогласованности научных достижений по проблеме и запросам практического здравоохранения, а так же личностной интеллектуальной возможности лектора (заведующего кафедрой, профессора и доцента кафедры), с учётом его большого клинического практического опыта, в консультативной помощи решения сложных и спорных клинических задач и случаев [11].
2. Практических занятий (в том числе производственной практики), позволяющих на практике закрепить полученные теоретические знания, отработать ряд диагностических и клинических практических манипуляций лично студентами или врачами-ординаторами, наблюдая

или непосредственно самостоятельно участвуя в их реализации, под руководством и осуществлением направляющей мануальной практической наставнической помощи обучающимся преподавателями кафедры или практическими врачами [8, 10]. В том числе с возможностью отработки практических навыков на фантомах в соответствии с алгоритмом конкретной манипуляции на основании чек-листов в условиях профильного кафедрального и/или межкафедрального симуляционного центра.

Адекватный синтез теории и практики педагогического процесса, с практическим осуществлением эффективной реализации обучающимися технологий на аккредитационных испытаниях выпускников стоматологов, возможен только после качественной постановки клинического мышления у обучающихся, формирующего осознанную последовательность практических действий по постановке диагноза, назначения соответствующему диагнозу конкретного вида лечения и его последующей практической реализации (в решении ситуационных задач), а также осуществления практического алгоритма той или иной медицинской стоматологической манипуляции (при прохождении каждой из аккредитационных станций).

Первой проблемой формирования клинического мышления, как профессиональной компетенции у обучающихся стоматологического профиля является то, что специфика педагогического процесса у будущих стоматологов имеет больший вектор направленности в сторону постановки и реализации практических мануальных навыков в связи с тем, что в целом стоматология как специальность – это результат конкретных рукотворных действий специалиста на основании теоретического обоснования в решении стоматологических проблем пациентов. При этом следует отметить ярко выраженную массовую потребность населения в медицинской помощи по достаточно простым для специалистов, часто встречающимся нозологическим формам, имеющим устоявшиеся подходы, принципы,

стандарты и алгоритмы в лечении, которые в современных условиях объединяют всеобъемлющим общим термином – «протоколы лечения». В данной связи проблема качественного освоения фундаментального лекционного курса, в которых лекторами приводятся сложные клинические ситуации, казуистические случаи, озвучиваются диагностические и тактические ошибки и осложнения лечения, обучающимися воспринимаются как менее важные и второстепенные. Все вышесказанное в совокупности, формирует значительный педагогический пробел в формировании клинического мышления у студентов стоматологического профиля, в большей степени формируя мануальный техницизм по изучаемым базовым стоматологическим дисциплинам, который в практической работе способствует формированию жалоб и судебных исков со стороны пациентов.

Второй проблемой формирования клинического мышления, как профессиональной компетенции у обучающихся стоматологического профиля является то, что в современных условиях институт интернатуры отсутствует как таковой, а ординатура является малодоступной основной массе выпускников. В предыдущие годы обучения интернатура и ординатура являлись качественным связующим звеном в процессе профессиональной адаптации выпускников к практической деятельности, когда начинающий специалист под руководством опытного наставника плавно входил в практическую деятельность специальности и на протяжении 1–2 лет осуществлял осознанное интегрирование полученных теоретических знаний в процессе обучения в ВУЗе к реализации в практической деятельности. При этом следует отметить, что адаптация молодого специалиста, его введение в практику здравоохранения, происходили плавно и психологически безболезненно для обучающегося, в связи с наличием постоянного контроля и помощи со стороны руководителя (куратора обучающегося по той или иной постдипломной программе подготовки специалиста) [4, 7, 12].

На наш взгляд, эффективным элементом педагогической подготовки выпускников стоматологического профиля, позволяющим на ранних этапах после ВУЗовского обучения, в ординатуре формировать клиническое мышление и осуществлять практическую взаимосвязь между полученными теоретическими знаниями и их практической реализацией, являются разработанные на кафедре ординатуры и дополнительного профессионального образования НИИ медицинских проблем Севера (НИИ МПС) – обособленного подразделения ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук» (ФИЦ КНЦ СО РАН), совместно с сотрудниками профильных стоматологических кафедр ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, методические рекомендации для обучающихся по специальности 31.08.75 – «Стоматология ортопедическая» врачей-ординаторов, имеющие следующие преимущества:

1. Наличие всех необходимых паспортно-анамнестических данных пациента в перечне, что исключает ошибки заполнения данного раздела амбулаторной истории болезни, как администратором, так и врачом-стоматологом-ортопедом.
2. Наличие сведений по имеющимся льготам у пациента и их конкретная детализация, что дополнительно информирует специалиста о пациенте.
3. Минимальные временные затраты по её заполнению в связи с тем, что необходимо подчеркнуть предложенные варианты клинико-диагностических критериев.
4. Наличие всех необходимых сопроводительных документов, которые требуется заполнить перед началом ортопедической стоматологической манипуляции (согласие на обработку персональных данных, анкета об

общем состоянии здоровья, информированное согласие на проведение процедур, соответствующих нозологии выявленного заболевания, лист-вкладыш – «Визуальный скрининг онкопатологии челюстно-лицевой области» и т.д.).

5. Строгая логически-дидактическая структура заполнения медицинской документации у конкретного больного.
6. Возможность авторского дополнения клинико-диагностических критериев в сложных клинических ситуациях в существующих пустых строках, в зависимости от места и/или характера проявлений нозологии или в случаях необходимости отражения в медицинской карте индивидуальных особенностей проведённого лечения.
7. Отражение в учебной медицинской карте больного клинически значимых ориентиров, нозологий и их классификаций не только в виде текстового материала, но и в виде наглядных иллюстраций, помогающих врачу-ординатору изучить, освоить и закрепить на практике многообразие клинических проявлений, как в рамках одной нозологии, так и в огромном их многообразии, взаимосвязи и взаимообусловленности.
8. Перечень всех необходимых клинически значимых классификаций с позиции практической деятельности, признаков и сопутствующих проявлений, позволяющий на практике создавать логико-дидактические связи между теоретической и практической составляющей обучения путём их сопоставления и проецирования на реальный клинический опыт, что ведёт к лучшему усвоению ранее прослушанного на лекционном и семинарском курсе материала врачами-ординаторами до момента допуска их к практической деятельности.
9. Наличие в карте упорядоченного алгоритма сбора, как анамнестических данных, так и данных объективного осмотра, позволяющих обучающемуся врачу-ординатору следовать созданной

последовательности, формируя психологическую уверенность и снижая шанс «впасть в ступор» перед пациентом, а так же формируя чёткую и логичную основу для усвоения последовательности осмотра и последующей её модификации в условиях динамичного развития современной медицины.

10. Наличие в карте упорядоченного алгоритма описания лечебных манипуляций по всем клиничко-нозологическим формам, исключая формирование ошибок в заполнении медицинской документации и отработывая у специалиста требуемый алгоритм клиничко-лабораторных этапов изготовления того или иного вида ортопедической стоматологической конструкции.

Все вышеперечисленные преимущества позволяют рассматривать разработанную учебно-методическую технологию по формированию клинического мышления у врачей-ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.75 – «Стоматология ортопедическая», с использованием разработанных методических рекомендаций «Порядок заполнения и оформления истории болезни и сопутствующей медицинской и юридической документации в клинике ортопедической стоматологии», как эффективное средство обучения. Это достигается за счёт наличия в амбулаторной карте ортопедического стоматологического больного достаточного количества теоретической клинически прикладной информации, необходимой в практической деятельности специалиста, многократное повторение которой в результате работы с пациентами в процессе производственной практики способствует её «механическому запоминанию» обучающимися – процессу запоминания, основанному установлению внешних ассоциаций, связывающих стимулы только по смежности, и «осмысленному запоминанию» обучающимися – основанному на обобщенных и систематизированных ассоциациях, отражающих наиболее существенные стороны и отношения предметов. Также нельзя недооценивать

роль данного метода и средства обучения в формировании деонтологического поведения практикующего врача-стоматолога-ортопеда, путём подробного сбора анамнеза болезни и жизни пациента, в том числе субъективных проявлений заболевания, при помощи метода расспроса (интервьюирования), и необходимой адаптации поведения врача-ординатора в соответствии с психотипом больного в результате длительных взаимоотношений типа «Врач-пациент» для наиболее эффективного и результативного лечения. Обучающийся врач-ординатор, как и врач любой другой специальности, должен обладать развитым клиническим мышлением для успешного ведения врачебной деятельности [8, 10]. Именно клиническое мышление позволяет решать сложные клинические задачи, минимизировать количество врачебных ошибок, а так же формировать связи между субъективным ощущением болезни пациентом, данными объективных и дополнительных методов исследования, врачебной интуицией и клиническим опытом. Как справедливо замечает Ю. К. Абаев (2008), клиническому мышлению нельзя научиться по учебникам и руководствам, формирование клинического мышления происходит исключительно в процессе общения преподавателя и студента, а так же врача-ординатора непосредственно с больным [1]. Аналогичную точку зрения имеют и ряд других учёных-педагогов высшей медицинской школы [5, 16]. Однако нельзя упускать ключевой аспект, заключающийся в том, что работа врача-стоматолога с больным состоит из преимущественно мануальной деятельности. Данный факт позволяет нам судить о необходимости применения особых методов и средств обучения, обеспечивающих возможность объединения знаний, полученных обучающимся во время лекционного и семинарских курсов и соответствующих практических умений, которые позволяют проводить необходимые диагностические мероприятия и лечебные процедуры, в процессе производственной практики путём проведения лечебной работы с пациентом с использованием

дополнительных средств обучения и специальных методик обучения. Именно такой подход к педагогической деятельности в высшей медицинской школе для обучения врачей-ординаторов позволяет с уверенностью говорить о созданной основе для дальнейшего формирования клинического мышления в процессе уже профессиональной деятельности врача-стоматолога-ортопеда, а так же для уверенного прохождения специализированной аккредитации будущих специалистов.

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ОРТОПЕДИЧЕСКОГО
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ).
ПОРЯДОК И СХЕМА ЗАПОЛНЕНИЯ**

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма №043/у (дополненная)
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. №1030

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
Стоматологического больного (ортопедический приём)
№ _____ « _____ » 20 ____ г.**

Фамилия, имя, отчество _____

Пол: муж. жен. **Дата рождения:** число _____ месяц _____ год _____

Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

район _____ **город** _____ **населённый пункт** _____

улица _____ **дом** _____ **квартира** _____

телефон _____

Местность: городская, сельская

Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке, не состоит в зарегистрированном браке

Образование: *профессиональное:* высшее, среднее специальное; *общее:* среднее, основное, начальное

Занятость: работает, проходит военную или приравненную к ней службу, пенсионер, студент, не работает

Место работы, профессия, должность _____

Полис ОМС: серия _____ № _____

Наименование страховой медицинской организации _____

Документ, удостоверяющий личность: паспорт серия _____ № _____

Выдан _____

_____ **дата выдачи** _____

Код категории льготы по льготному зубному протезированию: (404 – ветераны труда федерального значения, 402 – реабилитированные, 401 – труженики тыла).

Жалобы:

Эстетические: нарушение цвета зуба, нарушение формы зуба, нарушение положения зуба в зубном ряду, разрушение коронковой части зуба, отсутствие зубов во фронтальном отделе, стираемость зубов, снижение высоты нижней трети лица, заеды в углах рта, западение мягких тканей губ,

опущение углов рта, нарушение краевого прилегания искусственных коронок, рецессия десневого края, изменение цвета десневого края в проекции контакта с краем ортопедической конструкции, дефект эстетического покрытия искусственных коронок.

Морфологические: дефект коронковой части зуба (частичный, полный), частичное отсутствие зубов, полное отсутствие зубов, патологическая стираемость зубов, патологическая подвижность зубов, деформация зубного ряда, оголение шеек и корней зубов, аномалия прикуса, наличие дефекта челюсти, наличие дефекта нёба.

Функциональные: боли в зубе, в том числе под коронкой, нарушение жевания, глотания, речи, дыхания, попадание содержимого полости рта в полость носа и верхнечелюстной синус, затруднённое открывание рта, чрезмерное открывание рта, открывание рта, сопровождающееся звуковыми и болезненными ощущениями со стороны ВНЧС, смещение нижней челюсти при открывании рта, нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов верхней и нижней челюстей, болезненность в жевательных мышцах, ночное или дневное скрежетание зубами, болезненные ощущения под базисом съёмного протеза, ощущения жжения слизистой оболочки полости рта под базисом съёмного протеза, ощущения жжения языка и слизистой оболочки полости рта, поломка зубного протеза.

Анамнез болезни (*Anamnesis morbi*) – начало заболевания, динамика симптомов с момента начала заболевания до момента обращения, с какими факторами пациент связывает данное заболевание, какие исследования, какое лечение проводилось и каковы его результаты.

- Развитие заболевания связывает с: осложнениями кариеса, пародонтита, пародонтоза, травмами, операциями на челюстно-лицевой области, другими причинами _____
- Дата последнего лечения зуба по поводу кариеса, осложнённого кариеса _____
- Зубы удалялись постепенно, одномоментно _____
- Дата последнего удаления зуба _____
- Дата операции на челюстно-лицевой области _____
- Проводилась ли ранее анестезия при лечении или удалении зубов (да, нет), её эффективность (удовлетворительная, неудовлетворительная)

- Протезируется (впервые, повторно), пользуется съёмными, несъёмными протезами, срок пользования _____ лет, эффективность ранее выполненного протезирования _____ (удовлетворительная, неудовлетворительная)
- Причины неудовлетворенности протезированием (эстетика, окклюзия, нарушение фиксации, боли) _____

Анамнез жизни (*Anamnesis vitae*) – перенесённые ранее заболевания, существующая хроническая патология со стороны различных органов и систем органов, операции, травмы, а также условия жизни пациента.

- Сердечно-сосудистые заболевания _____
- Сердечные инфаркты, операции на сердце _____
- Нарушения мозгового кровообращения _____
- Заболевания крови _____
- Заболевания почек _____
- Заболевания желудочно-кишечного тракта, печени _____
- Заболевания легких _____
- Заболевания суставов _____
- Заболевания щитовидной железы _____
- Вирусный гепатит, ВИЧ _____
- Эпилепсия _____
- Сахарный диабет _____
- Заболевания придаточных пазух носа _____
- Психические расстройства _____
- Лучевое лечение, химиотерапия _____
- Лекарственная зависимость, наркомания _____
- Аллергии, непереносимость лекарственных веществ _____
- Профессиональные вредности (кислотное, щелочное производство; производство, связанное с вибрацией, запылённостью – шахтёры и т.д.; профессии, связанные с чрезмерными физическими нагрузками – грузчики, спортсмены тяжёлоатлеты) _____
- Беременность /для женщин/ (укажите срок) _____
- Наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя) _____
стаж вредной привычки _____

Особенности преморбидной личности (нормальный субъект, без отчётливой выраженности отдельных черт; тревожно-мнительный, со склонностью к сомнениям; демонстративный; истерический; возбудимый; пассивный; безвольный; внушаемый; замкнутый, необщительный) _____

Внешний осмотр

1. Тип лица (конический, обратноконический, квадратный, округлый)
2. Состояние кожных покровов лица (цвет, тургор, наличие сыпи, рубцов)
3. Выраженность подбородочной и носогубной складок (умеренно выражены, сглажены, углублены)
4. Характер смыкания губ (губы смыкаются без напряжения, напряжены)
5. Углы рта (опущены, не опущены), имеются звезды (да, нет)
6. Положение подбородка (прямое, смещён в сторону, выступает вперёд, западает назад)
7. Конфигурация лица (не изменена, изменена за счёт коллатерального отёка _____ области, за счёт рубцовой деформации _____ области)
8. Высота нижней трети лица (не изменена, уменьшена, увеличена)

Открытие рта

1. Амплитуда открывания рта определяется по расстоянию между режущими краями резцов, при их отсутствии – между вершинами альвеолярных гребней (в полном объёме – в норме открывание рта возможно на ширину трёх средних пальцев пациента (около 40–50 мм), ограниченная до _____ мм)
2. Характер открывания рта (свободный безболезненный, болезненный)
3. Характер движений н/ч (плавное, толчкообразное)
4. Наличие смещения н/ч при открывании рта (отсутствуют, вправо, влево)
5. Характер ассиметричного движения н/ч при открывании рта (девиация, дефлексия)

	Девиация – отклонение нижней челюсти при открывании рта от движения по средней линии, с её возвращением на прямолинейную изначальную ось в завершающей стадии.		Дефлексия – отклонение нижней челюсти при открывании рта от движения по средней линии, без возвращения на прямолинейную ось в конце завершающей стадии.
---	--	---	---

Пальпаторное исследование челюстно-лицевой области

1. Лимфатические узлы: околоушные узлы, затылочные, сосцевидные, поднижнечелюстные, подбородочные, лицевые лимфатические узлы (не пальпируются, пальпируются увеличенными, размером до _____ мм, слабоболезненные, болезненные, плотные, эластичные, размягчённые,

неспаянные между собой, спаянные между собой, спаянные с окружающими тканями, кожа над лимфатическими узлами не изменена, кожа над лимфатическими узлами изменена (гиперемирована, синюшна, наличие свищевых выводных протоков).

2. Пальпация мимических мышц: затылочно-лобная мышца (*m. Occipito frontalis*); мышца, наморщивающая бровь (*m. corrugator supercili*); круговая мышца глаза (*m. orbicularis oculi*); ушные мышцы (*m. auriculares*); носовая мышца (*m. nasalis*); малая скуловая мышца (*m. zygomaticus minor*), большая скуловая мышца (*m. zygomaticus major*); щёчная мышца (*m. buccinator*); мышца смеха (*m. risorius*); круговая мышца рта (*m. orbicularis oris*); мышца, поднимающая верхнюю губу (*m. levator labii superioris*); мышца, поднимающая угол рта (*m. levator anguli oris*); мышца, опускающая угол рта (*m. depressor anguli oris*); мышца, опускающая нижнюю губу (*m. depressor labii inferioris*); подбородочная мышца (*m. mentalis*)(безболезненна, болезненная)
3. Пальпация жевательных мышц: жевательная мышца(*m. masseter*); височная мышца (*m. temporalis*); медиальная крыловидная мышца (*m. pterygoideus medialis*); латеральная крыловидная мышца (*m. pterygoideus lateralis*) (безболезненна, болезненная)
4. Данные пальпации головок н/ч (движение головок плавные, толчкообразные)
5. Оценка характера движения головки нижней челюсти справа (без патологии, определяется хруст, крепитация, щёлканье)
6. Оценка характера движения головки нижней челюсти слева (без патологии, определяется хруст, крепитация, щёлканье)

Оценка состояния полости рта:

1. Состояние слизистой оболочки полости рта:

1.1. Цвет (бледно-розовый, гиперемированная, цианотинная)

1.2. Увлажнённость (влажная, умеренно влажная, сухая)

1.3. Наличие патологических морфологических элементов поражения

СОПР:

- Первичных (пятно, узелок (папула), узел, бугорок, пузырьёк (везикула), пузырь, гнойничёк, волдырь, киста, абсцесс, локализованные на СОПР проекции протезного ложа в месте расположения _____ зубов, других анатомических областей полости рта _____)
- Вторичных (афты, эрозия, язва, трещина, корка, чешуйка, рубец, пигментация, лихенезация, вегитация, локализованные на СОПР проекции протезного ложа в месте расположения _____ зубов, других анатомических областей полости рта _____)

- Наличие опухолевых и опухоподобных образований на СОПР (папиломы, гемангиомы, фибромы, эпюлис, подозрение на малегнизированную язву и др.) _____, локализованные на СОПР проекции протезного ложа в месте расположения _____ зубов, других анатомических областей полости рта _____)
2. Саливация (нормальная, обильная, скудная)
 3. Индекс гигиены полости рта по Ю. А. Федорову – В. В. Володкиной (хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный, плохой, очень плохой)

Индекс гигиены по Ю. А. Федорову - В. В. Володкиной (1968)

Методика исследования: вестибулярную поверхность 43, 42, 41, 31, 32, 33 зубов после предварительного высушивания обрабатывают р-ром Шиллера–Писарева. Оценку гигиенического состояния полости рта проводят через 1 минуту после окрашивания по пятибалльной шкале: 5 баллов – окрашивание всей поверхности клинической коронки зуба, 4 балла – окрашивание $\frac{3}{4}$ поверхности клинической коронки зуба, 3 балла – окрашивание $\frac{1}{2}$ поверхности клинической коронки зуба, 2 балла – окрашивание $\frac{1}{4}$ поверхности клинической коронки зуба, 1 балл – окрашивание отсутствует. Исследование можно выполнять на поверхности зубных протезов. Для оценки характера зубного налёта у пациента, складывают коды, полученные при осмотре каждого из окрашенных зубов, и сумму делят на 6. Формула для расчёта: ИГ = сумма баллов / сумма исследуемых зубов (6)	Оценка результатов	
	Величина индекса:	Уровень гигиены:
	1,1–1,5	хороший
	1,6–2,0	удовлетворительный
	2,1–2,5	неудовлетворительный
	2,6–3,4	плохой
	3,5–5,0	очень плохой

Зубная формула (по системе ВОЗ)

Условные обозначения: С - кариес Р - пульпит Рt - периодонтит П - пломбированный К - корень О - отсутствует К - коронка И - искусственный зуб Ш - штифтовый зуб Им - имплантант																
	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

Индекс разрушения окклюзионной поверхности зубов (ИРОПЗ) по В. Ю. Миликевичу (1985)

Премоляры 	I класс по Блэку								
	II класс по Блэку								
Моляры 	I класс по Блэку								
	II класс по Блэку								
ИРОПЗ		0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9
Способ восстановления разрушенной поверхности		Пломбирование. Литые вкладки различной конструкции					Профилактические коронки		Штифтовые культевые конструкции

Вид прикуса:

Физиологический – ортогнатический, прямой, бипрогнатический, опистогнатический

Патологический – прогнатический, прогенический, перекрестный, глубокий, открытый, фиксированный, не фиксированный

Обследование зубных рядов:

1. Форма зубных рядов:

1.1. Верхней челюсти (эллипсоидная, параболическая, трапецевидная и др.) _____

1.2. Нижней челюсти (эллипсоидная, параболическая, трапецевидная и др.) _____

2. Положение отдельных зубов в зубном ряду _____

Классификация дефекта зубного ряда (по Кеннеди, 1923)

1. Класс – двусторонний концевой дефект зубного ряда	в/ч	н/ч		
2. Класс – односторонний концевой дефект зубного ряда	в/ч	н/ч		
3. Класс – включённый дефект в боковом участке зубного ряда	в/ч	н/ч		
4. Класс – включённый дефект во фронтальном участке зубного ряда	в/ч	н/ч		
	1 класс	2 класс	3 класс	4 класс

Классификация дефекта зубного ряда (по Е. И. Гаврилову, 1968)

1. Класс – концевые дефекты (односторонние и двусторонние)	В/ч	Н/ч	1 класс	
2. Класс – включённые дефекты (боковые – односторонние, двусторонние и фронтальные)	В/ч	Н/ч	2 класс	
3. Класс – комбинированные дефекты	В/ч	Н/ч	3 класс	
4. Класс – челюсти с одиночно сохранившимися зубами	В/ч	Н/ч	4 класс	

3. Наличие некариозных поражений твёрдых тканей зубов (гипоплазия, флюороз, клиновидный дефект, патологическая стираемость, кислотный некроз, лучевой некроз, несовершенный амелогенез, несовершенный дентиногенез) _____
4. Зондирование зубов _____
безболезненное, болезненное
5. Перкуссия _____ (вертикальная, _____ горизонтальная _____) зубов: _____
безболезненная, болезненная
6. Реакция _____ на _____ температурные _____ раздражители _____ зубов: _____
безболезненная, болезненная

Классификация патологической стираемости зубов

Классифицируемый признак	Клиническое проявление	
Стадии развития	I стадия (физиологическая) – в пределах эмали; II стадия (переходная) – в пределах эмали и частично дентина; III стадия (повышенная) – в пределах дентина	
Степени убыли твёрдых тканей	по М. Г. Бушану (1972) I степень – незначительное истирание эмали бугров и режущего края (на 1/3 высоты коронки) II степень – обнажение дентина вследствие истирания эмали на буграх и режущем крае (от 1/3 до 2/3 высоты коронки) III степень – истирание эмали и дентина от уровня полости зуба до десны (на 2/3 и более высоты коронки)	
Клинические формы патологической стираемости зубов в зависимости от глубины поражения твёрдых тканей зубов	по А. Л. Грозовскому (1979) I форма – горизонтальная; II форма – вертикальная; III форма – смешанная	
Клинические формы патологической стираемости зубов в зависимости от распространённости патологического процесса	по В. Ю. Курляндскому (1962) I форма – локализованная II форма – генерализованная	
	по Е. И. Гаврилову (1978) I форма – очаговая II форма – разлитая	
Клинические формы патологической стираемости зубов в зависимости от компенсаторно-приспособительной реакции жевательного аппарата*	по Е. И. Гаврилову (1978) I форма – некомпенсированная II форма – компенсированная III форма – субкомпенсированная	

* – компенсаторно-приспособительные реакции жевательного аппарата при патологической стираемости зубов определяются отсутствием или наличием

гипертрофии альвеолярной части (вакантной гипертрофии) в зоне патологической стираемости зубов, приводящей к зубоальвеолярному удлинению. Может встречаться при локализованных (очаговых) формах патологической стираемости зубов с наличием или отсутствием контактов между антагонистами и при генерализованных (разлитых) формах патологической стираемости зубов без снижения или со снижением окклюзионной высоты (высоты нижней трети лица).

Оценка состояния пародонта:

1. состояние дёсен (воспаление, атрофия) _____
2. оценка десневого кармана (глубина _____), гноетечение _____

Индекс РМА (в модификации Parma, 1960)

Количественная оценка: Р – окрашивался десневой сосочек (1 балл); М – окрашивалась краевая десна (2 балла); А – окрашивается альвеолярная десна (3 балла). Индекс выражали в процентном отношении и рассчитывали по формуле: $RMA = (\sum / 3 \times n) \times 100\%$, где $\sum$ – сумма высших оценок воспаления десны; 3 – коэффициент усреднения; n – кол-во обследованных зубов у пациента.	Интерпретация результатов:	
	30% и менее	лёгкая степень гингивита
	31–60%	средняя степень тяжести гингивита
	61% и выше	тяжёлая степень тяжести гингивита

Одонтопародонтограмма (по В. Ю. Курляндскому, 1953)

Атрофия костной альвеолярной отростка:	Норма (коэффициент) функциональной выносливости пародонта жевательной группы зубов верхнего зубного ряда справа (N)=11,5					Норма (коэффициент) функциональной выносливости пародонта фронтальной группы зубов верхнего зубного ряда (N)=7,5					Норма (коэффициент) функциональной выносливости пародонта жевательной группы зубов верхнего зубного ряда слева (N)=11,5					Норма (коэффициент) функциональной выносливости пародонта всего верхнего зубного ряда (N) = 30,5
на % и более	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
на %	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	
на %	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	
на %	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5
норма (N)	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0
Подвижность зубов (степень)																
Зубная формула	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Подвижность зубов (степень)	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Подвижность зубов (степень)																
норма (N)	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0
на %	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,75	0,75	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5
на %	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,5	0,5	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0
на %	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,25	0,25	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5
на % и более	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Норма (коэффициент) функциональной выносливости пародонта жевательной группы зубов нижнего зубного ряда справа (N)=11,5					Норма (коэффициент) функциональной выносливости пародонта фронтальной группы зубов нижнего зубного ряда (N)=7,5					Норма (коэффициент) функциональной выносливости пародонта жевательной группы зубов нижнего зубного ряда слева (N) = 11,5					

Подвижность зубов (по А. И. Евдокимову):

I степень – подвижность зуба в вестибуло-оральном (щёчно-язычном) направлении.

II степень – подвижность зуба в вестибуло-оральном (щёчно-язычном) и мезио-дистальном направлениях.

III степень – подвижность зуба в вестибуло-оральном (щёчно-язычном), мезио-дистальном и вертикальном направлениях.

(по Д. А. Энтину (1953) дополнительно выделяют IV степень – присоединение вращательных движений зуба вокруг своей оси, в клинической практике данный показатель не учитывается)

Формы вторичных деформации зубных дуг при отсутствии зубов-антагонистов (феномен Попова-Годона по В. А. Понамарёвой, 1950)

1. Форма – выдвижение зуба с альвеолярным отростком без обнажения цемента корня _____ зубы
2. Форма – выдвижение зуба сопровождается обнажением цемента корня
 - 2.1. Группа – отмечается видимое увеличение альвеолярного отростка _____ зубы
 - 2.2. Группа – цемент сместившихся зубов обнажён более $\frac{1}{2}$ длины корня, увеличение альвеолярного отростка отсутствует (произошла атрофия костной ткани) _____ зубы

Классификация атрофии альвеолярных гребней беззубой верхней челюсти по Шредеру (1927)

1. Тип – хорошо сохранившийся альвеолярный гребень, хорошо выражены верхнечелюстные бугры, высокий нёбный свод. Переходная складка, места прикрепления мышц и складок слизистой оболочки расположены относительно высоко	
2. Тип – средняя степень атрофии альвеолярного гребня. Альвеолярный гребень и бугры верхней челюсти ещё сохранены, нёбный свод чётко выражен. Переходная складка расположена несколько ближе к вершине альвеолярного гребня, чем при первом типе.	
3. Тип – значительная атрофия верхнечелюстных костей. Альвеолярные гребни и бугры отсутствуют, нёбо плоское. Переходная складка расположена в одной горизонтальной плоскости с твёрдым нёбом	

Нёбный торус (отсутствует, имеет место)

Нёбный торус (torus palatinus), син. валик нёбный – костное возвышение по обе стороны от срединного нёбного шва, покрытое истончённой слизистой оболочкой. Является одним из вариантов анатомической нормы строения нёба, вносящим специфику в изготовление полных съёмных зубных протезов	<i>Наиболее часто встречающиеся формы нёбного торуса (Трезубов В. Н., 1966)</i>
а) Локализация нёбного торуса	

(фронтальный – расположенный в передней трети твёрдого нёба, центральный – расположенный в центральной части твёрдого нёба, задний – расположенный в задней трети твёрдого нёба, тотальный – занимающий большую часть твёрдого нёба) б) Форма нёбного торуса (овальная, ланцетовидная, эллипсовидная, округлая, овоидная, с перетяжкой в виде песочных часов, неправильной формы)	овальная ланцетовидная эллипсовидная округлая овоидная неправильной формы с перетяжкой в виде песочных часов
---	--

Формы вестибулярного ската альвеолярного отростка верхней челюсти

1. Отлогая	
2. Отвесная	
3. С навесами	

Классификация атрофии альвеолярных гребней беззубых нижних челюстей по Келлеру

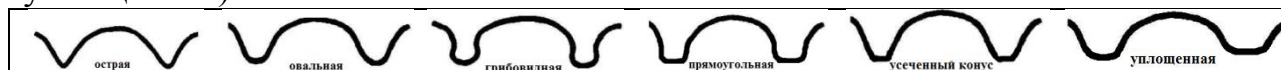
1. Тип – незначительно и равномерно атрофированный альвеолярный гребень. Места прикрепления мышц и складок слизистой оболочки расположены у основания альвеолярной части. 2. Тип – выраженная, но равномерная атрофия альвеолярного гребня. Места прикрепления мышц расположены почти на уровне вершины альвеолярного гребня. 3. Тип – выраженная атрофия альвеолярного гребня в боковых отделах при относительно сохранившемся альвеолярном гребне во фронтальном отделе. 4. Тип – выраженная атрофия альвеолярного гребня во фронтальном отделе при относительной его сохранности в боковых отделах	
---	--

Классификация беззубых челюстей для в/ч и н/ч (по И. М. Оксману, 1962)

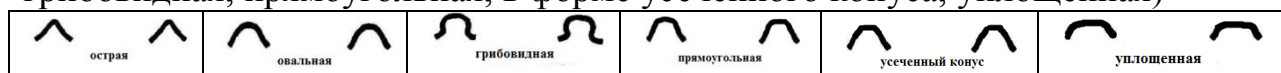
1. Тип – высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные бугры, выраженный свод нёба и высокое прикрепление переходной складки.
2. Тип – средняя атрофия.

3. Тип – резкая, но равномерная атрофия, расположение переходной складки совпадает с альвеолярным гребнем.
4. Тип – неравномерная атрофия

Форма гребня альвеолярного отростка верхней челюсти (острая, овальная, грибовидная, прямоугольная, в форме усечённого конуса, уплощённая)



Форма альвеолярной части нижней челюсти (острая, овальная, грибовидная, прямоугольная, в форме усечённого конуса, уплощённая)



Взаимоотношения альвеолярных дуг верхней и нижней челюсти:

- а) Ортогнатическое
- б) Умеренно прогеническое
- в) Резко прогеническое
- г) Прогнатическое

Податливость слизистой по Суппле (1 класс – «податливая», 2 класс – «плотная», 3 класс – «рыхлая», 4 класс – «истончённая, наличие болтающегося гребня»)

«Болтающийся гребень» – наличие подвижных тяжей слизистой оболочки беззубого альвеолярного отростка, расположенных продольно и легко смещающихся при незначительном давлении слепочной массой, которые могут ущемляться при наложении съёмного протеза. Расположенный в проекции отсутствующих _____ зубов на верхней челюсти, смещающийся до _____ мм, расположенный в проекции отсутствующих _____ зубов нижней челюсти, смещающийся до _____ мм.

Наличие экзостозов – костных выступов на альвеолярном отростке (наличие, отсутствуют)

- а) Локализация экзостозов (в проекции отсутствующих _____ зубов, с вестибулярной стороны, с оральной стороны, на вершине альвеолярного отростка)
- б) Болезненность экзостозов при пальпации (безболезненная, слабо болезненная, резко болезненная)

Язык:

- размер (норма, микроглоссия, макроглоссия) _____
- форма (круглая, овальная, V - образная, омёгообразная) _____
- прикрепление уздечки языка (норма, короткая) _____
- тонус мышц языка (умеренный, повышен, понижен)

Данные специальных методов обследования:

а) R-графия зубов опорных: _____

б) R-графия ВНЧС: _____

в) Данные томографии и телерентгенографии ВНЧС: _____

г) Изучение диагностических моделей челюстей _____

Потеря жевательной эффективности по Н. И. Агапову (1956)*: _____ %

Коэффициенты в ЕД	X	5	6	4	4	3	1	2	2	1	3	4	4	6	5	X	Сумма ЕД	Всего:	
Верхняя челюсть	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	25 + 25	50	100
Нижняя челюсть	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	25 + 25	50	
Коэффициенты в ЕД	X	5	6	4	4	3	1	2	2	1	3	4	4	6	5	X	Сумма ЕД	Всего:	

* Недостаток – не учитываются зубы мудрости

Потеря жевательной эффективности по И. М. Оксману (1969): _____ %

Коэффициенты в ЕД	3	5	6	3	3	2	1	2	2	1	2	3	3	6	5	3	Сумма ЕД	Всего:	
Верхняя челюсть	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	25 + 25	50	100
Нижняя челюсть	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	25 + 25	50	
Коэффициенты в ЕД	4	5	6	3	3	2	1	1	1	1	2	3	3	6	5	4	Сумма ЕД	Всего:	

Диагноз:

1. Дефект твёрдых тканей _____ зубов (K02.9 – кариес зубов неуточнённый)
2. Частичная вторичная адентия в/ч _____ класса по Кеннеди, н/ч _____ класса по Кеннеди (K08.1 – потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни)
3. Вторичная деформация зубного ряда (феномен Попова-Годона) (корпусное перемещение, медиальный наклон, зубоальвеолярное выдвижение) в проекции _____ зубов (по В. А. Понамарёвой 1 форма, 2 форма, 2.1. группа, 2.2. группа)
4. Патологическая стираемость зубов, локализованная в проекции _____ зубов в/ч, _____ зубов н/ч, генерализованная в/ч, н/ч, компенсированная, некомпенсированная. (K03.0 – повышенное стирание зубов)

5. Хронический парадонтит локализованный в проекции _____ зубов в/ч, _____ зубов н/ч, генерализованный (K05.3 – хронический парадонтит).
6. Парадонтоз (K05.4 – парадонтоз).
7. Полная вторичная адентия в/ч _____ класса по Шредеру, н/ч _____ класса по Келлеру (K08.1 – потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни), атрофия альвеолярных отростков челюстей (K08.2 – атрофия беззубого альвеолярного отростка).
8. Дисфункция ВНЧС (K07.6 – болезни ВНЧС) _____
9. Врождённая адентия (гиподентия, олигодентия, полная первичная адентия) (K00.0 – адентия) в/ч _____ н/ч _____
10. Дефект челюстно-лицевой области (послеоперационный, посттравматический, врождённого генеза) (M95.2 – другие приобретенные деформации головы) _____

План подготовки полости рта к протезированию (санация полости рта перед зубным протезированием):

1. Профессиональная гигиена полости рта (снятие мягких и твёрдых зубных отложений) _____
2. Комплексное лечение заболеваний пародонта _____
3. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта _____
4. Лечение зубов _____
5. Ортодонтическое лечение _____
6. Удаление зубов (корней зубов) _____
7. Специальная подготовка перед зубным протезированием:
 - 7.1. Депульпирование зубов _____
 - 7.2. Восстановление культи зуба с использованием терапевтических методов _____
 - 7.3. Удаление экзостозов челюстных костей _____
 - 7.4. Хирургическое формирование протезного ложа _____
 - 7.5. Резекция верхушек корней зубов _____
 - 7.6. Другие хирургические вмешательства _____

План ортопедического лечения:

Условные обозначения: К - коронка И – искусственный зуб Ш - штифтовый зуб ЧСПП – частичный съёмный пластинчатый протез ПСПП –полный съёмный пластинчатый протез Б/П – бюгельный протез - расположение седла и кламмер 																
	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

1. Культевые штифтовые вкладки на зубы: _____
2. Одиночные коронки (м/кер, ц/литые, пластмассовые) на зубы: _____
3. Мостовидный протез (м/кер, ц/литой) с опорами на зубы: _____
4. Частичный съёмный протез на в/ч (зубы пластмассовые, фарфоровые) с кламмерами на зубы: _____
 н/ч (зубы пластмассовые, фарфоровые) с кламмерами на зубы: _____
5. Полный съёмный протез на в/ч, н/ч (зубы пластмассовые, фарфоровые)
6. Бюгельный протез в/ч, опорно-удерживающими кламмерами на зубы: _____
 н/ч с опорно-удерживающими кламмерами на зубы: _____
7. Шинирующий бюгельный протез на в/ч при заболеваниях пародонта _____
 н/ч при заболеваниях пародонта _____
8. Прочие конструкции (назвать) _____

С предложенной ортопедической конструкцией ознакомлен, согласен, претензий не имею _____
 (подпись пациента)

Что сделано	Дата	Врач
1. Обследование пациента и оформление документов первичного пациента		
2. Снятие несъёмной ортопедической конструкции.		
3. Подготовка (препарирование) корневых каналов зубов под культевые штифтовые вкладки. Моделировка восковой репродукции вкладки в полости рта. Наложение временной пломбы.		
4. Проверка и припасовка металлической культевой штифтовой вкладки на корни зубов _____ Мед. обработка корневых каналов _____		

Фиксация штифтовых вкладок на цемент: _____ Данные контр. R-граммы _____ 5. Препарирование зубов: _____ Получение оттисков с в/ч и н/ч _____ для изготовления коронок: штампованных, цельнолитых, металло-керамических, _____ метало-пластмассовых, пластмассовых и др. 6. Определение центральной окклюзии (центрального соотношения челюстей). 7. Припасовка коронок (вписать каких) _____ зубы. Мед обработка _____ Фиксация на цемент _____ 8. Проверка и припасовка каркаса металлокерамического, цельнолитого мостовидного протеза. Определение цвета зубов № _____ 9. Проверка и припасовка металлокерамического мостовидного протеза с опорными коронками: _____ 10. Фиксация мостовидного протеза на цемент: _____ 11. Снятие анатомических слепков для изготовления индивидуальных ложек. 12. Припасовка индивидуальных ложек на в/ч и н/ч. Снятие функциональных слепков массой (вписать какой). 13. Определение центрального соотношения челюстей. Определение цвета зубов № _____ Форма зубов _____ 14. Проверка конструкции протезов (пластинчатых, бюгельных) и постановки зубов на восковом или жёстком базисе. 15. Припасовка и наложение съёмных (пластинчатых, бюгельных) протезов на в/ч и н/ч. Дан совет о правилах пользования зубными протезами. 16. Коррекция съёмных протезов в области (вписать) _____		
---	--	--

Диспансерное наблюдение:

Дата осмотра (год, месяц) _____

Группа 1 – (отсутствие 16/26, 46/36 зубов)

Группа 2 – (патологическая стираемость)

Группа 3 – (заболевание пародонта)

Группа 4 – (полное отсутствие зубов)

Эпикриз и прогноз ортопедического стоматологического лечения: В результате ортопедического лечения изготовлена(ы) ортопедическая(ие) конструкция(ии) в виде: _____

Восстановлена жевательная функция и эстетический оптимум зубочелюстного аппарата. Даны практические рекомендации по уходу за зубными протезами.

УКЛ (контроль качества лечения)

1 – степень _____

2 – степень _____

3 – степень _____

Врач-стоматолог-ортопед

Ф.И.О. _____

Зубной техник

Ф.И.О. _____

**Заведующий отделением
ортопедической стоматологии**

Ф.И.О. _____

ТИПОВАЯ ФОРМА ДОГОВОРА ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Договор
возмездного оказания стоматологических услуг № ____ от
«__» _____ 20__ г.

ООО «Стоматология», именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице ген. директора Иванова Ивана Ивановича, действующее на основании устава, лицензии, постановления Правительства РФ №27 от 03.01.96 г. «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», с одной стороны, и _____

_____, именуемый в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, с другой стороны, заключили договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется по желанию Заказчика оказать стоматологические услуги в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, сертифицированных и разрешенных лицензией, а также листом согласования стоматологической услуги, прилагаемым к настоящему договору.

1.2. Заказчик обязуется добровольно оплатить Исполнителю оказанные последним услуги.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Провести осмотр Заказчика дежурным врачом-стоматологом. При необходимости направить на осмотр и консультацию к другим специалистам.

2.1.2. Результаты осмотра, выводы, возможные осложнения оформить в «медицинскую карту стоматологического больного» ф. 043/у и лист согласования, который является неотъемлемой частью настоящего Договора, и довести до сведения Заказчика.

2.1.3. Ознакомить Заказчика с планом и стоимостью лечения. При изменении плана и стоимости лечения проинформировать заказчика и предоставить дополнительную услугу с его согласия.

2.1.4. Исполнитель гарантирует выполнение всех манипуляций, диагностических и лечебных вмешательств в чётком соответствии с требованиями, регламентируемыми МЗ РФ, и объективным состоянием здоровья Заказчика на момент оказания стоматологической услуги.

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Ознакомиться с правилами оказания платных медицинских услуг, правами и обязанностями пациентов («Правила предоставления платных

медицинских услуг населению медицинским учреждением», утверждены Правительством РФ от 13.01.96, №27), размещенных на стенде в кабинете.

2.2.2. Заполнить предложенную анкету для оценки общего состояния здоровья Заказчика, внимательно изучив её и отметив все имеющиеся отклонения в состоянии своего здоровья.

2.2.3. Чётко выполнять требования и рекомендации лечащих врачей.

2.2.4. Немедленно извещать лечащего врача об изменении состояния здоровья в процессе лечения или после его окончания, о принимаемых лекарственных препаратах.

2.2.5. Извещать через администратора о невозможности плановой явки на приём к врачу не позднее, чем за 12 часов.

2.2.6. Своевременно оплачивать предоставляемые услуги по согласованному плану лечения и действующему прейскуранту, на момент оказания стоматологической услуги, согласно представленному расчёту стоимости оказываемой услуги.

2.2.7. Если невозможность исполнения услуги возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает (возникновение побочных аллергических реакций и др.), Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные расходы.

2.3. Права сторон:

2.3.1. Исполнитель может заменить лечащего врача Заказчика по личной просьбе, по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость) при условии наличия у Исполнителя соответствующего специалиста.

2.3.2. Исполнитель может отказаться от дальнейшего лечения зубов, если осуществляемые или предполагаемые действия в рамках данного лечения не соответствуют медицинским требованиям и показаниям и могут вызвать нежелательные последствия.

2.3.3. Исполнитель вправе по медицинским показаниям изменять план, объём и стоимость лечения, такие изменения должны быть в разумные сроки согласованы с Заказчиком.

2.3.4. При грубых нарушениях Заказчиком врачебных назначений, некорректном поведении по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданиях на приём, явке Заказчика в клинику в состоянии алкогольного и наркотического опьянения и других обстоятельствах, которые могут негативно отражаться на качестве проведённого лечения, Исполнитель вправе отказать Заказчику в оказании стоматологических услуг до устранения этих обстоятельств. Если эти обстоятельства не будут устранены в разумные сроки, то вступает в силу п. 2.2.7. настоящего договора.

2.3.5. Заказчик вправе в любое время отказаться от услуг исполнителя при условии оплаты Исполнителю фактически понесённых расходов.

2.3.6. Заказчик имеет право на получение полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья, об объёме оказанной помощи, используемых материалах, их действии, побочных проявлениях.

2.3.7. Заказчик имеет право получить ксерокопии всей медицинской документации о состоянии своего здоровья и проведенном лечении при условии оплаты расходных материалов и затраченного дополнительного труда персонала.

3. Ответственность сторон:

3.1. Исполнитель несёт ответственность:

3.1.1. За качество используемых материалов.

3.1.2. За качество выполнения технологий диагностики, лечения и профилактики, разрешенных на территории РФ.

3.1.3. За соблюдения назначенных сроков исполнения услуги.

3.2. В случае наступления осложнений, побочных реакций, ухудшение первоначально достигнутого результата вследствие невыполнения Заказчиком рекомендаций врача Исполнитель ответственности не несёт.

3.3. Заказчик несёт ответственность за достоверность предоставляемой информации, чёткое выполнение рекомендаций врача, своевременную оплату предоставленных стоматологических услуг.

4. Порядок оплаты:

4.1. Оплата выполненных услуг (обследование, лечение, протезирование и т.д.) производится согласно действующему прейскуранту на день оказания услуги. Общая стоимость стоматологических услуг составляет _____ рублей.

4.2. Предварительная оплата (аванс) за курс лечения специалиста составляет _____ рублей и вносится Заказчиком при назначении на лечение.

4.3. Дальнейшая оплата вносится Заказчиком поэтапно, в день завершения этапа оказания услуг.

4.4. Окончательная оплата стоматологических услуг производится по завершении оказания услуг с учетом внесённого аванса.

4.5. Особые условия: _____

5. Порядок разрешения споров:

5.1. Все споры и/или разногласия между Исполнителем и Заказчиком, вытекающие из настоящего договора или в связи с ним, разрешаются путём переговоров между сторонами.

5.2. В случае невозможности достижения согласия сторон споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством.

6. Срок действия договора:

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и заканчивается выполнением сторонами обязательств по Договору.

7. Прочие условия

7.1. ЗАКАЗЧИК информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов стоматологической помощи без взимания платы в муниципальных учреждениях здравоохранения, и подписав этот договор, даёт свое согласие на получение стоматологической помощи у ИСПОЛНИТЕЛЯ на платной основе.

7.2. Текст и форма этого договора являются исключительной собственностью Исполнителя и не могут быть использованы Заказчиком, либо третьими лицами в целях извлечения прибыли.

7.3. Исполнитель устанавливает гарантийный срок на качество оказываемых услуг – 1 год. Объем и условия гарантии определяются Исполнителем и фиксируются в листе согласования услуги, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

7.4. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах: один экземпляр вручается Заказчику, другой – хранится у Исполнителя в течение 1 года.

8. Приложения к Договору

8.1. В качестве неотъемлемой части к настоящему Договору прилагаются:

- ✓ Лист согласования стоматологической услуги с пациентом к ф. 043/у.
- ✓ Анкета состояния здоровья стоматологического пациента (1 экземпляр Исполнителя).
- ✓ Акт сдачи-приёмки выполненных стоматологических услуг (1 экземпляр Исполнителя).

ИСПОЛНИТЕЛЬ:	ЗАКАЗЧИК:
ООО «Стоматология» 660000 г. Красноярск, пр-т им. газеты «Красноярский рабочий» дом. 00, пом. 00 Лицензия №ЛО-24-01-000000 ОГРН: 0000000000000 ИНН: 0000000000 КПП: 000000000 р/сч 00000000000000000000 в ЗАО АИКБ «Енисейский объединенный банк» Красноярский филиал, г. Красноярск к/с 00000000000000000000 БИК 000000000 тел. 000-00-00 Ген. директор ООО «Стоматология» М.П. _____/Иванов И. И./	Ф.И.О. _____ _____ Адрес: _____ _____ Контактный телефон _____ Паспорт: _____ № _____ Кем и когда выдан _____ Дата: _____ Подпись: _____

ТИПОВАЯ ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ (ПОТРЕБИТЕЛЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ)

Стоматологическая клиника ООО «Стоматология»

Согласие на обработку персональных данных пациента (потребителя услуг) ООО «Стоматология»

Я, нижеподписавшийся _____,
проживающий (ая) по адресу _____
паспорт _____, выдан _____,
дата выдачи _____ г.

Представитель пациента (потребителя услуг) _____
проживающий по адресу: _____,
паспорт _____, дата выдачи «__» _____ г.,
действующий на основании _____
от _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку ООО «Стоматология», 660000, г. Красноярск, пр-т. им. газеты «Красноярский рабочий», д. 00 пом. 00 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных

(документов) по ОМС (договоров ДМС), при осуществлении платных медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС), при осуществлении платных медицинских услуг на обмен (приём и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ 20____ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручён лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных. _____

ТИПОВАЯ ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Приложение к договору № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

Информированное добровольное согласие на получение платных услуг

Я, _____
(Ф.И.О.)

информирован(а) о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я информирован(а) о том, что мой отказ от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объёмов медицинской помощи, предоставляемых мне без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

Я согласен (согласна) на получение платных медицинских услуг _____

в связи с (нужное подчеркнуть):

а) отсутствием показаний на госпитализацию по условиям бесплатного оказания гражданам медицинской помощи,

б) отсутствием требуемого вида услуг в программе бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

в) желанием получить услуги на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию, включая в том числе:

установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень ЖНВЛС, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

г) желанием получить медицинские услуги анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

д) оказанием медицинских услуг гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской

Федерации, не проживающим постоянно на её территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

е) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

_____ « ____ » _____ 20__ г.
Подпись пациента / законного представителя

Расписался в моём присутствии:

Врач _____
Должность, ФИО, подпись

ТИПОВАЯ ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛУГИ

Информированное добровольное согласие пациента на ортопедические стоматологические услуги

Я, _____,
в соответствии с Законодательством РФ об охране здоровья граждан, имею
право на информированное и добровольное согласие на лечение, в связи, с
чем уполномочиваю врача-стоматолога-ортопеда _____
провести ортопедическое лечение зубов или (и) зубных рядов челюстей.

Настоящий документ содержит необходимую мне информацию для
того, чтобы я имел (а) возможность ознакомиться с предлагаемым лечением
и мог (могла) отказаться от него, либо дать согласие на проведение лечения.

Врач-стоматолог-ортопед поставил мне диагноз:

_____ и указал на необходимость проведения ортопедического стоматологического
лечения. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения
подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого
протезирования.

Меня ознакомили с альтернативными вариантами протезирования,
которые в моём случае будут иметь меньший клинический успех
(длительность службы зубного протеза, эстетические, гигиенические,
функциональные качества протеза, профилактика заболеваний пародонта и
дальнейшее разрушение жевательного органа). Последствиями отказа от
протезирования могут быть: перелом зуба при отказе покрытия зуба
коронкой, или накладкой после проведённого эндодонтического лечения,
прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение
эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функций речи,
прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата
зубовосстановительного прикуса, заболевания жевательных мышц и
височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания
желудочно-кишечного тракта, невропатология.

Врач-стоматолог-ортопед понятно объяснил мне необходимость строго
следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые
необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы
уменьшить вероятность переделки протеза. Хотя предложенное
протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье,
тем не менее, я понимаю, что протезирование является вмешательством в
биологический организм и как любое медицинское вмешательство не может

иметь 100% гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа. Зубочелюстная система человека в течение всей жизни подвергается инволюционному развитию (как при наличии зубного протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твёрдых тканей зубов. Поэтому через какое-то время (которое зависит от скорости протекания иволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны) возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача-стоматолога и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом-стоматологом-ортопедом и записанному в медицинской карте стоматологического больного).

Я осведомлён о возможных осложнениях во время анестезии, при приёме анальгетиков и антибиотиков. Я указал в «анкете состояния здоровья стоматологического пациента» о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что нет 100% гарантии совпадения ожидаемого мною результата с действительным результатом, так как представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью. Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Врач-стоматолог-ортопед объяснил мне, что на оказанные мне стоматологические услуги устанавливается гарантийный срок – 1 год. Мне гарантируется устранение всех недостатков по выполненным работам, если они не вызваны чрезмерными физическими нагрузками, травмами, или являются следствием нарушения мной прямых указаний и рекомендаций врача. Условия гарантии не распространяются на работы с молочными зубами, на конструкции с использованием имплантантов, при заболеваниях пародонта средней и тяжёлой степени, при низком уровне резистентности зубов.

Прочие условия: _____

Я внимательно ознакомился с настоящим Приложением и понимаю, что оно является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Подпись: _____ Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.
Паспорт: Серия _____ № _____
Кем и когда выдан _____

ТИПОВАЯ ФОРМА АКТА СДАЧИ-ПРИЁМКИ ВЫПОЛНЕННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Исполнитель: ООО «Стоматология», 660000 г. Красноярск, пр-т им. газеты «Красноярский рабочий» дом. 00, пом. 00, тел. 000-00-00
Лицензия №ЛО-24-01-000000, выдана Министерством здравоохранения Красноярского края 00 января 20__ г.
ОГРН: 0000000000000, ИНН: 0000000000, КПП: 0000000000
р/сч 00000000000000000000 в ЗАО АИКБ «Енисейский объединенный банк» Красноярский филиал, г. Красноярск, к/с 00000000000000000000, БИК 0000000000

Акт сдачи-приёмки выполненных стоматологических услуг № _____
от «___» _____ 20__ г.

Мы, нижеподписавшиеся, заказчик _____
и от лица исполнителя – генеральный директор ООО «Стоматология» Иванов Иван Иванович, составили настоящий акт в том, что стоматологические услуги выполнены в соответствии с договором № _____ от «___» _____ 20__ г. Стоимость выполненных работ составляет _____

Сумма прописью

Стоматологические услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объёму, качеству и срокам оказания стоматологических услуг не имеет.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:	ЗАКАЗЧИК:
ООО «Стоматология» 660000 г. Красноярск, пр-т им. газеты «Красноярский рабочий» дом. 00, пом. 00 Лицензия №ЛО-24-01-000000 ОГРН: 0000000000000 ИНН: 0000000000 КПП: 0000000000 р/сч 00000000000000000000 в ЗАО АИКБ «Енисейский объединенный банк» Красноярский филиал, г. Красноярск к/с 00000000000000000000 БИК 0000000000 тел. 000-00-00 Ген. директор ООО «Стоматология» М.П. _____/Иванов И. И./	Ф.И.О. _____ Адрес: _____ Контактный телефон _____ Паспорт: _____ № _____ Кем и когда выдан _____ Дата: _____ Подпись: _____

**ГАРАНТИЙНЫЕ СРОКИ И СРОКИ СЛУЖБЫ НА ВИДЫ РАБОТ ПРИ
ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
(Бутова В. Г. с соавт., 2005)**

№ п/п	Наименование	Срок гарантии	Срок службы
2.1	<i>Вкладки</i>		
2.1.1	Из металла	1 год	2 года
2.1.2	Из металлокерамики	1 год	2 года
2.1.3	Из фарфора	1 год	2 года
2.1.4	Из пластмассы	6 месяцев	1 год
2.2	Виниры	9 месяцев	1,5 года
2.3	<i>Коронки</i>		
2.3.1	Из пластмассы	9 месяцев	1 год
2.3.2	Из металлокерамики	1 год	2 года
2.3.3	Из фарфора	1 год	1,5 года
2.3.4	Из композиционного материала	9 месяцев	1,5 года
2.4	<i>Штампованные коронки</i>		
2.4.1	Из стали	1 год	2 года
2.4.2	Из серебряно-палладиевого сплава	1 год	1 год
2.4.3	Из золота	1 год	1,5 года
2.5	<i>Штампованные коронки с пластмассовой облицовкой</i>		
2.5.1	Из стали	6 месяцев	1 год
2.5.2	Из серебряно-палладиевого сплава	6 месяцев	1 год
2.5.3	Из золота	6 месяцев	1 год
2.6	<i>Коронки цельнолитые</i>		
2.6.1	Из КХС	1 год	2 года
2.6.2	Из серебряно-палладиевого сплава	1 год	2 года
2.6.3	Из золота	1 год	1 год
2.7	Коронки цельнолитые с облицовкой	6 месяцев	1 год
2.8	Адгезивные протезы	1 год	1 год
2.9	<i>Мостовидные протезы</i>		
2.9.1	<i>Паяные</i>		
2.9.1.1	Из стали	1 год	2 года

2.9.1.2	Из серебряно-палладиевого сплава	1 год	2 года
2.9.1.3	Из золота	1 год	2 года
2.9.2	<i>Цельнолитые</i>		
2.9.2.1	Из КХС	1 год	2 года
2.9.2.1	Из серебряно-палладиевого сплава	1 год	2 года
2.9.2.3	Из золота	1 год	2 года
2.9.3	<i>Цельнолитые мостовидные протезы с облицовкой</i>		
2.9.3.1	Из пластмассы	6 месяцев	1 год
2.9.3.2	Из композиционного материала	6 месяцев	1 год
2.9.4	<i>Мостовидные протезы из металлокерамики</i>	1 год	2 года
2.10	<i>Бюгельные протезы</i>	1 год	2 года
2.11	<i>Частичные съёмные пластиночные протезы</i>	1 год	2 года
2.12	<i>Полные съёмные пластиночные протезы</i>	1 год	2 года
2.13	Напыление	3 месяца	6 месяцев

Примечание:

1. При неудовлетворительной гигиене полости рта сроки гарантии и службы на все виды протезирования уменьшаются на 50%.
2. При нарушении графиков профилактических осмотров, предусмотренных планом лечения, гарантия аннулируется.
3. При протезировании на имплантаты сроки гарантии и службы определяются в соответствии с конструкцией протеза и общим состоянием организма. При наличии системных заболеваний организма у пациента гарантии не предоставляются.

ТИПОВАЯ ФОРМА КАРТЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Карта контроля качества медицинской стоматологической ортопедической помощи

Ф.И.О. (пациента) _____

Адрес _____

Диагноз клинический _____

Ф.И.О. (врача) _____

Дата экспертизы _____

№	Критерии Оценки	Уровень	Штрафные баллы
ОДМ			
1.	Жалобы		
1.1	- не описаны		- 0,05
1.2	- описаны не полностью		- 0,03
2	Анамнез заболевания		
2.1	- не описан		- 0,05
2.2	- описан не полно		- 0,03
3	Объективные данные		
3.1	Внешний осмотр		
	- не описан		- 0,07
	- описан не полно		- 0,05
3.2	Осмотр полости рта		
	- не описано состояние опорных зубов		- 0,1
	- состояние опорных зубов описано не полно		- 0,05
	- не описано состояние слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта		- 0,05
	- состояние слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта описано не полно		- 0,03
	- не описана зубная формула		- 0,05
	- не описано состояние альвеолярного отростка		- 0,07

	- не описана состояние прикуса		- 0,05
	- не описано состояние имеющихся протезов		- 0,03
	- не описано прикрепление уздечек преддверия полости рта и языка		- 0,03
3.3	Инструментальное обследование		
	- не проведено зондирование зуба(ов)		- 0,05
	- не проведена перкуссия зуба(ов)		- 0,05
3.4	Рентгенодиагностика		
	- не проведена, но была необходима		- 1,0
	- неверное описание R-граммы		- 0,07
4	Консультации специалистов		
	- не проведены, но были необходимы		- 0,03
ОД			
1	Диагноз основной		
	- не установлен		- 1,0
	- не соответствует объективным данным		- 1,0
	- формулировка не соответствует принятой терминологии		- 0,4
2	Диагноз сопутствующий		
	- не установлен		- 0,25
	- не соответствует объективным данным		- 0,25
ОЛМ			
1	Анестезия		
	- не проведена, но была необходима		- 0,1
2	Выбор конструкции протеза		
	- нет описания конструкции		- 1,0
	- конструкция описано не полно		- 0,2
	- конструкция выбрана не верно		- 1,0
3	Этапы изготовления протеза		
	- нет описания		- 1,0
	- нарушена последовательность этапов		- 0,1
	- неполно описаны манипуляции на этапах изготовления		- 0,16
4	Сдача протеза		
	- необоснованно увеличены сроки изготовления протеза		- 0,15
	- не проведена коррекция, но была необходима		- 0,2
	- нет описания рекомендаций по пользованию и уходу за протезом		- 0,07
ОКР			
1	Не восстановлена функция жевания		- 1,0

2	Нарушены требования эстетики изготовления протеза		- 1,0
УКЛ			
	Критерии, снижающие УКЛ до «0»		
	- нечитабельные амбулаторные карты		

ИТОГИ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ ООО «СТОМАТОЛОГИЯ»

за _____ 2022 год.

Проведена экспертиза _____ амбулаторных карт

Очное освидетельствование _____ пациентов по законченным случаям лечения

Среднее значение УКЛ по стоматологической клинике _____

Наиболее часто встречающиеся ошибки, приводящие к снижению УКЛ

Стоматологический ортопедический приём Ф.И.О. врача	Жалобы не описаны или описаны неполно	Анамнез описан или описан неполно	Нет описания состояния опорных зубов или описаны неполно	Нет описания внешнего осмотра или описан не полно	Не описана зубная формула	Не описан вид прикуса	Не описано состояние имеющихся протезов	Не проведена перкуссия, зондирование зубов	Не проведено рентген-обследование	Неверное описание рентгенограммы	Диагноз не установлен	Диагноз описан не полно	Не описана конструкция протезов	Конструкция протеза описана не полно	Не описаны этапы изготовления протезов	Неполно описаны манипуляции на этапах изготовления	Не восстановлена функция жевания	Проверено амбулаторных карт	УКЛ
	ОДМ 1а; 1б	ОДМ 2а; 2б	ОДМ 3.2а; 3.2б	ОДМ 3.1а; 3.1б	ОДМ 3.2д	ОДМ 3.2ж	ОДМ 3.2з	ОДМ 3.3а; 3.3б	ОДМ 3.4а	ОДМ 3.4б	ОД 1а.в	ОД 1г	ОЛМ 2а	ОЛМ 2б	ОЛМ 3а	ОЛМ 3в	ОКР 1		

Мероприятия. Проведенные с целью повышения УКЛ в стоматологической клинике ООО «Стоматология»:

1. Заполнено _____ карт контроля качества медицинской стоматологической помощи на амбулаторные карты, УКЛ которых составил менее 0.9
2. Проведено очное освидетельствование _____ пациентов по законченным случаям.
3. На еженедельных планерках врачам клиники указаны причины снижения УКЛ, разобраны случаи некачественного лечения.
4. В рабочем порядке проводятся личные беседы с врачами по правильному заполнению амбулаторных карт и отчётной документации.
5. Консультации пациентов по осложненным клиническим случаям проводятся по мере необходимости.

Главный врач ООО «Стоматология»

Иванов И. И.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение понятию – «клиническое мышление».
2. Из каких основных двух составляющих компонентов педагогического процесса в медицинском университете формируется адекватное клиническое мышление у обучающихся.
3. Какие проблемы формирования клинического мышления, как профессиональной компетенции у обучающихся стоматологического профиля, существуют в настоящее время.
4. Какие группы жалоб должен выявить врач-стоматолог-ортопед у пациента в процессе клинического обследования.
5. На какие важные моменты для ортопедического стоматологического лечения должен обратить внимание врач-стоматолог-ортопед в процессе сбора анамнеза болезни (*anamnesis morbi*).
6. На какие важные моменты для ортопедического стоматологического лечения должен обратить внимание врач-стоматолог-ортопед в процессе сбора анамнеза жизни (*anamnesis vitae*).
7. На какие важные моменты для ортопедического стоматологического лечения должен обратить внимание врач-стоматолог-ортопед в процессе внешнего осмотра.
8. Дайте определение понятию «девиация».
9. Дайте определение понятию «дефлексия».
10. Какие группы лимфатических узлов должен пропальпировать врач-стоматолог-ортопед в процессе клинического обследования пациента на ортопедическом стоматологическом приёме.
11. Какие мимические мышцы должен пропальпировать врач-стоматолог-ортопед в процессе клинического обследования пациента на ортопедическом стоматологическом приёме.

12. Какие жевательные мышцы должен пропальпировать врач-стоматолог-ортопед в процессе клинического обследования пациента на ортопедическом стоматологическом приёме.
13. Какие варианты нормы и патологии в движениях головок височно-нижнечелюстных суставов может диагностировать в процессе клинического исследования.
14. Какие первичные элементы поражения СОПР может диагностировать врач-стоматолог-ортопед в процессе клинического обследования полости рта.
15. Какие вторичные элементы поражения СОПР может диагностировать врач-стоматолог-ортопед в процессе клинического обследования полости рта.
16. Опишите методику проведения и клиническую интерпретацию результатов индекса гигиены по Ю. А. Фёдорову – В. В. Володкиной (1968).
17. Опишите методику проведения и клиническую интерпретацию результатов индекса разрушения окклюзионной поверхности зубов (ИРОПЗ) по В. Ю. Миликевичу (1985).
18. Какие виды физиологического прикуса может диагностировать врач-стоматолог-ортопед при клиническом осмотре полости рта и оценки диагностических моделей челюстей.
19. Какие виды патологического прикуса может диагностировать врач-стоматолог-ортопед при клиническом осмотре полости рта и оценки диагностических моделей челюстей.
20. Приведите классификацию дефектов зубного ряда по Кеннеди (1923).
21. Приведите классификацию дефектов зубного ряда по Е. И. Гаврилову (1968).
22. Опишите клинические проявления стадий развития патологической стираемости зубов.

23. Опишите степени убыли твёрдых тканей зубов по М. Г. Бушану (1972).
24. Опишите клинические формы патологической стираемости зубов в зависимости от глубины поражения твёрдых тканей зубов по А. Л. Грозовскому (1979).
25. Опишите клинические формы патологической стираемости зубов в зависимости от распространённости патологического процесса по В. Ю. Курляндскому (1962).
26. Опишите клинические формы патологической стираемости зубов в зависимости от распространённости патологического процесса по Е. И. Гаврилову (1978).
27. Опишите клинические формы патологической стираемости зубов в зависимости от компенсаторно-приспособительной реакции жевательного аппарата по Е. И. Гаврилову (1978).
28. Опишите технологию выполнения и клиническую характеристику интерпретацию полученных результатов проведения индекса РМА (в модификации Parma, 1960).
29. Для каких клинических целей на ортопедическом стоматологическом приёме используют одонтопародонтограмму по В. Ю. Курляндскому (1953).
30. Приведите клиническую интерпретацию оценки подвижности зубов по А. И. Евдокимову.
31. Приведите клиническую интерпретацию оценки подвижности зубов по Д. А. Энтину (1953).
32. Опишите формы вторичных деформации зубных дуг при отсутствии зубов-антагонистов (феномен Попова-Годона) по В. А. Понамарёвой (1950).
33. Опишите классификацию атрофии альвеолярных гребней беззубой верхней челюсти по Шредеру (1927).

34. Каким образом наличие нёбного торуса может сказываться на результатах полного съёмного зубного протезирования на верхней челюсти.
35. Опишите наиболее часто встречающиеся формы нёбного торуса по В. Н. Трезубову (1966).
36. Опишите встречающиеся в клинической практике варианты формы вестибулярного ската альвеолярного отростка верхней челюсти.
37. Опишите классификацию атрофии альвеолярных гребней беззубых нижних челюстей по Келлеру.
38. Опишите классификацию беззубых челюстей для верхней челюсти и нижней челюсти по И. М. Оксману (1962).
39. Опишите встречающиеся в клинической практике формы гребня альвеолярного отростка верхней челюсти.
40. Опишите встречающиеся в клинической практике формы гребня альвеолярной части нижней челюсти.
41. Опишите характеристику податливости слизистой по Суппле, используемую в клинической практике при полном съёмном зубном протезировании.
42. Дайте определению понятию «болтающийся гребень» и опишите его влияние на качественные результаты полного съёмного зубного протезирования.
43. Дайте определению понятию «экзостоз» и опишите его влияние на качественные результаты полного съёмного зубного протезирования.
44. Опишите методику статической оценки потери жевательной эффективности по Н. И. Агапову (1956).
45. Опишите методику статической оценки потери жевательной эффективности по И. М. Оксману (1969).

46. Приведите код по МКБ-10, кодирующих варианты клинического диагноза «Дефект твёрдых тканей зубов, подлежащий ортопедическому стоматологическому лечению».
47. Приведите код по МКБ-10, кодирующих варианты клинического диагноза «Частичная вторичная адентия верхней и/или нижней челюсти, подлежащая ортопедическому стоматологическому лечению».
48. Приведите код по МКБ-10, кодирующих варианты клинического диагноза «Патологическая стираемость зубов, подлежащая ортопедическому стоматологическому лечению».
49. Приведите код по МКБ-10, кодирующих варианты клинического диагноза «Хронический пародонтит, подлежащий ортопедическому стоматологическому лечению».
50. Приведите код по МКБ-10, кодирующих варианты клинического диагноза «Пародонтоз, подлежащий ортопедическому стоматологическому лечению».
51. Приведите код по МКБ-10, кодирующих варианты клинического диагноза «Полная вторичная адентия верхней и/или нижней челюсти, подлежащая ортопедическому стоматологическому лечению».
52. Приведите код по МКБ-10, кодирующих варианты клинического диагноза «Дисфункция ВНЧС, подлежащая ортопедическому стоматологическому лечению».
53. Какие аспекты должны быть отражены в разделе амбулаторной карты (истории болезни) ортопедического стоматологического больного – эпикриз и прогноз ортопедического стоматологического лечения.
54. Дайте характеристику ступеней УКЛ – контроля качества ортопедического стоматологического лечения, которые осуществляются руководством стоматологической поликлиники.

55. Приведите перечень типового набора медицинской и юридической документации, которую необходимо заполнить врачу-стоматологу-ортопеду перед началом ортопедического стоматологического лечения.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ.

01. ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) раздел стоматологии, занимающийся восстановлением морфологии и функции зубов, зубных рядов и челюстей
- 2) раздел стоматологии, занимающийся изучением, профилактикой и лечением врожденных и приобретенных дефектов органов зубочелюстной системы
- 3) раздел стоматологии, занимающийся изучением этиологии, патогенеза и клинических проявлений заболеваний органов зубочелюстной системы, разрабатывающий методы их профилактики, диагностики и лечения при помощи протетических, аппаратурных и аппаратурно-хирургических методов
- 4) раздел стоматологии, занимающийся изучением, профилактикой и лечением морфологических и функциональных нарушений органов зубочелюстной системы в результате стоматологических заболеваний и их последствий

Правильный ответ – 3

02. В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) протетические
- 2) функциональные, протетические
- 3) аппаратурные, аппаратурно-хирургические, протетические, функциональные
- 4) протетические, аппаратурные

Правильный ответ – 3

03. КТО И КОГДА ПРЕДЛОЖИЛ ОТТИСК ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

- 1) Амбруаз Паре (1697)
- 2) Пурман (1711)
- 3) Дюшато (1774)
- 4) Шротт (1864)
- 5) Блек (1850)

Правильный ответ – 2

04. В КАЧЕСТВЕ ОТТИСКНОГО МАТЕРИАЛА ГИПС БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН

- 1) в 1774 г.
- 2) 1829 г.
- 3) 1840 г.

4) 1856 г.

Правильный ответ – 3

05. КТО И КОГДА ПРЕДЛОЖИЛ ФАРФОР ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

1) Пурман (1711)

2) Дюшато (1774)

3) Блек (1861)

4) Шротт (1884)

Правильный ответ – 2

06. ИДЕЯ ПОЛУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОТТИСКА ПРИНАДЛЕЖИТ

1) Бонвиллю

2) Гизи

3) Фошару

4) Уилсону

5) Шротту

Правильный ответ – 5

07. КТО И В КАКОМ ГОДУ НАПИСАЛ ПЕРВЫЙ УЧЕБНИК ПО ЗУБОПРОТЕЗНОЙ ТЕХНИКЕ В РОССИИ

1) А. Дементьев (1886)

2) И. Хрущев (1884)

3) А. Соболев (1829)

4) И. Алтухов (1910)

Правильный ответ – 2

08. КТО НАПИСАЛ ПЕРВЫЙ УЧЕБНИК ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В НАШЕЙ СТРАНЕ

1) А. И. Бетельман, Б. Н. Бынин

2) В. Ю. Курляндский

3) И. М. Оксман, Е. И. Гаврилов

4) Н. А. Астахов, Е. М. Гофунг, А. Я. Катц

Правильный ответ – 4

09. НОРМАТИВ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В РАСЧЕТЕ НА 10000 НАСЕЛЕНИЯ

1) 0,25

2) 0,5

3) 1,0

4) 1,5

5) 2,0

Правильный ответ – 3

10. ОПТИМАЛЬНАЯ НАГРУЗКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА, ВЫРАЖЕННАЯ ЧИСЛОМ ПОСЕЩЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ В ДЕНЬ, СОСТАВЛЯЕТ

1) 7,0

2) 10,0

3) 12,0

4) 14,0

5) 16,0

Правильный ответ – 3

11. ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ-ОРТОПЕД ПО НОРМАТИВАМ ДОЛЖЕН ПРИНЯТЬ В ЧАС

1) 0,5 пациента

2) 1,0 пациента

3) 1,5 пациента

4) 2,0 пациента

5) 2,5 пациента.

Правильный ответ – 4

12. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ, ПО Н.А. АГАПОВУ, ЯВЛЯЕТСЯ ПОТЕРЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

1) свыше 10%

2) свыше 15%

3) свыше 20%

4) свыше 25%

5) свыше 50%

Правильный ответ – 5

13. СРЕДНИЕ СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

1) 1 год

2) 3 года

3) 5 лет

4) 7 лет

5) 10 лет

Правильный ответ – 2

14. В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО (ФУНКЦИОНАЛЬНОГО) ПОКОЯ ЗУБНЫЕ РЯДЫ

1) сомкнуты

- 2) разобщены на 0,5–1,0 мм
- 3) разобщены на 2,0–4,0 мм
- 4) разобщены на 4,0–6,0 мм

Правильный ответ – 3

15. КОЭФФИЦИЕНТ ДЖОНСОНА–ВЕБЕРА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1) абсолютной силы жевательных мышц
- 2) жевательного давления
- 3) выносливости пародонта
- 4) усилий при раздроблении различной пищи

Правильный ответ – 1

16. ОСНОВНОЙ ЗУБНОЙ ПРИЗНАК ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЛЮБОГО ВИДА ПРИКУСА

- 1) резцовые линии совпадают между собой
- 2) резцовые линии совпадают с центральной линией лица
- 3) максимальное количество контактов зубов-антагонистов
- 4) зубные ряды смыкаются по I классу Энгля

Правильный ответ – 3

17. НАИБОЛЬШУЮ ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ КОРНЕЙ ИМЕЕТ

- 1) нижний первый моляр
- 2) верхний первый моляр
- 3) нижний второй моляр
- 4) верхний второй моляр

Правильный ответ – 2

18. НАИМЕНЬШУЮ ПЛОЩАДЬ ПОВЕРХНОСТИ КОРНЯ ИМЕЕТ

- 1) нижний боковой резец
- 2) верхний боковой резец
- 3) нижний центральный резец
- 4) верхний центральный резец

Правильный ответ – 3

19. ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ СХЕМЕ FDI 44-Й ЗУБ – ЭТО

- 1) второй премоляр нижней челюсти справа
- 2) первый премоляр нижней челюсти справа
- 3) центральный резец нижней челюсти слева
- 4) второй премоляр верхней челюсти справа
- 5) первый премоляр нижней челюсти слева

Правильный ответ – 2

20. МЕТОД СУБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) осмотр
- 2) пальпацию
- 3) опрос
- 4) рентгенографическое исследование
- 5) изучение диагностических моделей

Правильный ответ – 3

21. ПРИКУС – ЭТО ВИД СМЫКАНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ОККЛЮЗИИ

- 1) центральной
- 2) боковой левой
- 3) боковой правой
- 4) передней
- 5) дистальной

Правильный ответ – 1

22. ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ СХЕМЕ FDI 11-Й ЗУБ – ЭТО

- 1) первый моляр верхней челюсти справа
- 2) центральный резец верхней челюсти слева
- 3) центральный резец верхней челюсти справа
- 4) второй моляр нижней челюсти справа
- 5) клык нижней челюсти слева

Правильный ответ – 3

23. ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ СХЕМЕ FDI 35-Й ЗУБ – ЭТО

- 1) второй премоляр нижней челюсти слева,
- 2) первый премоляр нижней челюсти справа,
- 3) центральный резец верхней челюсти справа,
- 4) второй моляр нижней челюсти справа,
- 5) клык нижней челюсти слева

Правильный ответ – 1

24. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ

- 1) зубными
- 2) зубными и мышечными
- 3) зубными, мышечными и суставными
- 4) зубными, мышечными, суставными и лицевыми

Правильный ответ – 3

25. РАЗНИЦА ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОКОЯ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ И ПРИ СМЫКАНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ

1) 0,5–1,0 мм

2) 2,0–4,0 мм

3) 5,0–7,0 мм

4) 6,0–8,0 мм

Правильный ответ – 2

26. СМЫКАНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ МАКСИМАЛЬНЫМ ФИССУРО-БУГОРКОВЫМ КОНТАКТОМ, ПОЛОЖЕНИЕМ ГОЛОВОК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ОСНОВАНИЯ СКАТОВ СУСТАВНЫХ БУГОРКОВ, РАВНОМЕРНЫМ СОКРАЩЕНИЕМ МЫШЦ, ПОДНИМАЮЩИХ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ, НАЗЫВАЕТСЯ ОККЛЮЗИЕЙ

1) передней

2) боковой

3) центральной

4) ретрузионной

5) принужденной

Правильный ответ – 3

27. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ В СРЕДНЕМ РАВНА

1) 0,01–0,03 мм

2) 0,05–0,1 мм

3) 0,1–0,5 мм

4) 1 мм

Правильный ответ – 1

28. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) клинический

2) рентгенологический

3) биометрический

4) изучение диагностических моделей

Правильный ответ – 1

29. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ

1) внешний осмотр

2) обследование полости рта

3) осмотр зубных рядов

4) сбор анамнеза

Правильный ответ – 4

30. МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ПОСЛОЙНОГО ИЗУЧЕНИЯ ФОРМЫ, СТРУКТУРЫ И ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ВНЧС НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) телерентгенографией
- 2) томографией
- 3) панорамной рентгенографией
- 4) ортопантомографией

Правильный ответ – 2

31. СКОЛЬКО СТЕПЕНЕЙ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ РАЗЛИЧАЮТ ПО ЭНТИНУ

- 1) две
- 2) три
- 3) четыре
- 4) пять

Правильный ответ – 3

32. НОРМОЙ В ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) несущественные морфологические отклонения от оптимума
- 2) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы
- 3) несущественные функциональные отклонения от оптимума
- 4) полноценное пережевывание пищи

Правильный ответ – 2

33. ПАТОЛОГИЕЙ НАЗЫВАЮТСЯ

- 1) выявленные субъективные признаки болезни
- 2) выявленные объективные признаки болезни
- 3) относительно устойчивое состояние органа, отклоненное от нормы имеющее биологически отрицательное значение для организма
- 4) совокупность выявленных субъективных и объективных признаков болезни

Правильный ответ – 3

34. СЕМИОТИКА ИЛИ СИМПТОМАТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ – ЭТО

- 1) учение о признаках болезней и патологических состояний
- 2) комплекс объективных методов обследования больного
- 3) сбор анамнеза
- 4) выяснение симптомов, этиологии, патогенеза и течения болезни

Правильный ответ – 1

35. ДИАГНОЗОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) выяснение симптомов, этиологии и патогенеза заболевания

- 2) краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании, выраженное с помощью медицинских терминов, обозначающих название болезни
- 3) выяснение характера морфологических и функциональных нарушений с помощью объективных методов обследования
- 4) изменения, выявленные с помощью субъективных и объективных методов обследования

Правильный ответ – 2

36. ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ СТРАДАЕТ

- 1) 50% населения земного шара
- 2) 60% населения земного шара
- 3) 75% населения земного шара
- 4) 85% населения земного шара

Правильный ответ – 3

37. К ПЕРВОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА ПО КЕННЕДИ ОТНОСИТСЯ

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) двухсторонний включенный дефект в боковом отделе
- 4) включенный дефект в переднем отделе
- 5) односторонний включенный дефект в боковом отделе

Правильный ответ – 2

38. КО ВТОРОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА ПО КЕННЕДИ ОТНОСИТСЯ

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) двухсторонний включенный дефект в боковом отделе
- 4) включенный дефект в переднем отделе
- 5) односторонний включенный дефект в боковом отделе

Правильный ответ – 1

39. К ЧЕТВЕРТОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА ПО КЕННЕДИ ОТНОСИТСЯ

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) двухсторонний включенный дефект в боковом отделе
- 4) включенный дефект в переднем отделе
- 5) односторонний включенный дефект в боковом отделе

Правильный ответ – 4

40. К ЧЕТВЕРТОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА ПО ГАВРИЛОВУ ОТНОСИТСЯ

- 1) включенный дефект в боковом отделе
- 2) односторонний концевой дефект
- 3) двухсторонний концевой дефект
- 4) включенный дефект в переднем отделе
- 5) одиночно стоящий зуб

Правильный ответ – 5

41. ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОЕ УДЛИНЕНИЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) на верхней челюсти
- 2) на нижней челюсти
- 3) на обеих челюстях одинаково
- 4) преимущественно в области передних зубов
- 5) преимущественно в области боковых зубов

Правильный ответ – 1

42. ДЕФОРМАЦИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРОГРЕССИРУЕТ БЫСТРЕЕ У ЛЮДЕЙ

- 1) среднего возраста
- 2) пожилого возраста
- 3) молодых
- 4) всех возрастных групп одинаково

Правильный ответ – 3.

43. Е. И. ГАВРИЛОВ В СВОЮ КЛАССИФИКАЦИЮ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ВКЛЮЧИЛ

- 1) включенные дефекты
- 2) включенные и концевые дефекты
- 3) включенные, концевые и комбинированные дефекты
- 4) включенные, концевые, комбинированные дефекты и одиночно стоящий зуб

Правильный ответ – 4

44. У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФОРМАЦИИ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБНОГО РЯДА СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1) депульпированию зубов и их укорочению
- 2) удалению переместившихся зубов
- 3) ортодонтическому методу
- 4) аппаратурно-хирургическому методу

Правильный ответ – 4

45. ПРИ МАЦЕРАЦИИ КОЖИ УГЛОВ РТА БОЛЬНОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОТЕЗИРОВАТЬ

- 1) протезом с пластмассовыми зубами
- 2) протезом с фарфоровыми зубами
- 3) протезом с пластмассовыми зубами, изготовленным с учётом восстановления высоты нижней трети лица
- 4) протезом с фарфоровыми зубами, изготовленным с учётом восстановления высоты нижней трети лица

Правильный ответ – 4

46. ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА, РЕЗКО УМЕНЬШЕННЫЕ РАЗМЕРЫ ТЕЛА ЧЕЛЮСТИ И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ БУГРОВ, ПЛОСКОЕ НЁБО И ШИРОКИЙ ТОРУС – ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ

- 1) атрофии челюсти по второму типу классификации Шредера
- 2) атрофии челюсти по третьему типу классификации Келлера
- 3) атрофии челюсти по пятому типу классификации Дойникова
- 4) атрофии челюсти по третьему типу классификации Шредера
- 5) атрофии челюсти по четвертому типу классификации Курляндского

Правильный ответ – 4

47. ВЫБЕРИТЕ ТРЕТИЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО КЕЛЛЕРУ

- 1) альвеолярная часть сохранена в переднем отделе и значительно атрофирована в боковых отделах
- 2) равномерная сильно выраженная атрофия альвеолярной части
- 3) альвеолярная часть атрофирована незначительно и равномерно
- 4) альвеолярная часть сохранена в боковых отделах и значительно атрофирована в переднем отделе

Правильный ответ – 1

48. СУППЛЕ ПРЕДЛОЖИЛ КЛАССИФИКАЦИЮ

- 1) оттисковых материалов
- 2) методов получения оттисков
- 3) форм скатов альвеолярных частей
- 4) типов слизистой оболочки полости рта

Правильный ответ – 4

49. КЛАССИФИКАЦИЯ ШРЕДЕРА ОТНОСИТСЯ

- 1) к дефектам зубных рядов
- 2) беззубым верхней и нижней челюстям
- 3) беззубой верхней челюсти
- 4) беззубой нижней челюсти

Правильный ответ – 3

50. ТОНКАЯ АТРОФИРОВАННАЯ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА С МАЛОЙ ПОДАТЛИВОСТЬЮ, ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ЧАЩЕ У ЛЮДЕЙ АСТЕНИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ, ОТНЕСЕНА СУПЛЕ

- 1) к первому типу
- 2) второму типу
- 3) третьему типу
- 4) четвёртому типу

Правильный ответ – 2

51. ПРИ ПРИПАСОВКЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ГЕРБСТ РЕКОМЕНДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1) семь проб
- 2) пять проб
- 3) четыре пробы
- 4) три пробы

Правильный ответ – 3

52. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВТОРОЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕЛЛЕРА

- 1) незначительной равномерной атрофией альвеолярного отростка; прикрепление мышц и складок слизистой оболочки определяется у основания альвеолярного отростка
- 2) выраженной равномерной атрофией альвеолярного отростка; места прикрепления мышц расположены на уровне альвеолярного гребня
- 3) атрофия альвеолярного отростка больше выражена в боковых отделах, а в переднем отделе нижней челюсти альвеолярный отросток еще сохранен
- 4) значительной атрофией альвеолярного отростка в переднем отделе при относительной сохранности его в боковых отделах нижней челюсти

Правильный ответ – 2

53. КАКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ВТОРОГО ТИПА ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОКСМАНА

- 1) средне выраженная атрофия альвеолярных отростков верхней или нижней челюстей, сохранившиеся бугры верхней челюсти, нёбо средней глубины. Уздечки и тяжи слизистой оболочки прикрепляются между основанием и вершиной гребня альвеолярного отростка
- 2) высокие альвеолярные отростки и бугры верхней челюсти, выраженный свод нёба. Переходная складка, точки прикрепления уздечек и щёчных тяжей расположены ближе к основанию альвеолярных отростков

3) резкая равномерная атрофия альвеолярных отростков на верхней и нижней челюстях, уплощенное нёбо, уздечки и тяжи слизистой оболочки прикрепляются почти у вершины альвеолярного гребня

4) неравномерная атрофия альвеолярных отростков в различных отделах, указывающая на разновременное удаление зубов

Правильный ответ – 1

54. ХАРАКТЕРИСТИКА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ТРЕТЬЕГО КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ СУППЛЕ

1) слизистая оболочка, покрывающая альвеолярные отростки и нёбо – тонкая, атрофичная, естественные складки прикрепляются ближе к вершине альвеолярного отростка

2) альвеолярные отростки хорошо выражены, покрыты слегка подвижной слизистой оболочкой. Естественные складки слизистой оболочки как на верхней, так и на нижней челюстях достаточно удалены от вершины альвеолярного отростка

3) высота альвеолярных отростков снижена, слизистая оболочка рыхлая

4) слизистая оболочка альвеолярных отростков легко смещается при пальпации. При наличии значительной атрофии альвеолярного отростка наблюдается «болтающийся» гребень

Правильный ответ – 3

55. ВЫНОСЛИВОСТЬ ПАРОДОНТА К НАГРУЗКЕ ПО ОДОНТОПАРОДОНТОГРАММЕ В. Ю. КУРЛЯНДСКОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) в кг

2) кг/см²

3) условных единицах

4) мм

Правильный ответ – 3

56. АВТОРОМ КЛАССИФИКАЦИИ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

1) Грозовский

2) Копейкин,

3) Курляндский

4) Дойников

Правильный ответ – 1

57. У БОЛЬНЫХ, ПРОТЕЗИРОВАННЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ, В ПОЛОСТИ РТА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

1) металлический привкус

- 2) кровоточивость дёсен
- 3) обложенный язык
- 4) гингивит

Правильный ответ – 1

58. ИНДЕКС Ю. А. ФЕДОРОВА – В. В. ВОЛОДКИНОЙ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1) распространённость кариеса зубов
- 2) интенсивность кариеса зубов
- 3) наличие заболеваний пародонта
- 4) степень атрофии десны
- 5) уровень гигиены полости рта

Правильный ответ – 5

59. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА Ю. А. ФЕДОРОВА – В. В. ВОЛОДКИНОЙ ОКРАШИВАЮТСЯ

- 1) вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов
- 2) вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов
- 3) язычные поверхности первых постоянных моляров
- 4) вестибулярные поверхности первых постоянных моляров

Правильный ответ – 1

60. КОЛИЧЕСТВО ОКРАШИВАЕМЫХ ЗУБОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНДЕКСА Ю. А. ФЕДОРОВА – В. В. ВОЛОДКИНОЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 6
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 2

Правильный ответ – 1

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абаев, Ю. К. Особенности и противоречия клинического мышления врача / Ю. К. Абаев // Медицинские новости. – 2008. – № 16. – С. 6–13.
2. Андронов, В. П. Профессиональное мышление врача и возможности его формирования / В. П. Андронов // Психологическая наука и образование. – 1999. – Т. 4, № 2. – С. 33–45.
3. Кобринский, Б. А. Логика аргументации в принятии решений в медицине / Б. А. Кобринский // НТИ. Серия № 2. – 2001. – № 9. – С. 1–8.
4. Корнилова, Т. В. Интеллект и творчество студентов в условиях инновационного обучения / Т. В. Корнилова // Национальный психологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 107–109.
5. Клиническое мышление: проблемы формирования и возможности развития / А. Г. Мингаирова, Е. Б. Павлинова, Н. Ю. Власенко [и др.] // Медицинский альманах. – 2017. – № 2 (47). – С. 27–30.
6. Кудашов, В. И. Философия современного медицинского образования / В. И. Кудашов // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 4 (70). – С. 103–107.
7. Марков, Б. П. Клиническое мышление в ортопедической стоматологии. Тактические особенности в оценке клинической картины и постановки диагноза : учебное пособие для системы послевузовского образования / Б. П. Марков, Е. С. Ирошникова, В. Ю. Кабанов. – Москва : МГМСУ, 2004. – 53 с.
8. Романцов, М. Г. Формирование профессиональных компетенций и становление компетентностного подхода при обучении в медицинском вузе / М. Г. Романцов, Е. Г. Храмцова, И. Ю. Мельникова // Высшее образование сегодня. – 2015. – № 7. – С. 2–10.
9. Рябова, Т. В. Совершенствование клинического мышления и системного принятия решения в медицинском образовании / Т. В. Рябова, А. Е.

Сахарова // Образование и саморазвитие. – 2011. – № 3 (25). – С. 139–144.

10. Современные подходы в подготовки врачей-стоматологов / Р. Г. Галиев, Р. Т. Буляков, Э. И. Галиева [и др.] // Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании. Вузовская педагогика : материалы конференции. – Красноярск, 2016. – С. 125–128.
11. Тетенев, Ф. Ф. Значение теории диагностики для формирования научного клинического мышления / Ф. Ф. Тетенев, Т. Н. Бодрова, О. В. Калинина // Современные проблемы науки и образования. – 2009. – № 6 (часть 2). – С. 44–45.
12. Филатова, Ю. С. Факторы, влияющие на формирование клинического мышления будущего врача на этапе обучения в интернатуре / Ю. С. Филатова, Н. В. Яльцева // От истоков к современности. 130 лет организации психологического общества при Московском университете : сборник материалов юбилейной конференции: в 5 томах. – Москва, 2015. – С. 383–386.
13. Формирование клинического мышления – существенная составляющая последиplomной подготовки врачей первичного звена / Б. В. Головский, Я. Б. Ховаева, Е. Н. Бурдина, С. Ю. Ховаев // Клиническая медицина. – 2015. – Т. 93, № 10. – С. 74–78.
14. Хурса, Р. В. О клиническом мышлении и преподавании клинических дисциплин / Р. В. Хурса // Медицинский журнал. – 2004. – № 2 (8). – С. 106–108.
15. Царегородцев, Г. И. О развитии клинического мышления у будущих врачей / Г. И. Царегородцев, Е. А. Кротков, Ю. И. Афанасьев // Терапевтический архив. – 2005. – Т. 77, № 1. – С. 77–80.
16. Шлычков, А. В. Клиническое мышление и врачевание / А. В. Шлычков // Международный журнал экспериментального образования. – 2010. – № 7. – С. 143–144.

СПИСОК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бутова, В. Г. Экспертиза качества стоматологической помощи (практическое руководство) / В. Г. Бутова, В. Л. Ковальский. – Москва : Издательский Дом «STBOOK», 2005. – 192 с.
2. Временное (провизорное) зубное протезирование : учебное пособие / В. Г. Галонский, В. Н. Чернов, С. В. Кунгуров [и др.] ; Красноярский медицинский университет. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2019. – 45 с.
[http://krasgmu.ru/index.php?page\[common\]=elib&cat=catalog&res_id=101986](http://krasgmu.ru/index.php?page[common]=elib&cat=catalog&res_id=101986)
3. Галонский, В. Г. Потребительский экстремизм в стоматологии. Этиология, патогенез, методы превентивной медицинской и юридической профилактики (часть 1) / В. Г. Галонский, В. В. Алямовский, Н. В. Тарасова // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера : сборник статей межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 100-летию стоматологической службы Республики Саха (Якутия). – Якутск, 2020. – С. 37–64.
<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43079901>
4. Галонский, В. Г. Потребительский экстремизм в стоматологии. Этиология, патогенез, методы превентивной медицинской и юридической профилактики (часть 2) / В. Г. Галонский, В. В. Алямовский, Н. В. Тарасова // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера : сборник статей межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 100-летию стоматологической службы Республики Саха (Якутия). – Якутск, 2020. – С. 65–93.
<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43079900>

5. Голинский, Ю. Г. Проблема гарантийных сроков в ортопедической стоматологии / Ю. Г. Голинский. – Санкт-Петербург : Человек, 2014. – 32 с.
6. Депульпирование витальных опорных зубов при специальной подготовке полости рта к зубному протезированию : учебно-методическое пособие / В. Г. Галонский, Н. В. Тарасова, В. В. Алямовский, В. Н. Чернов, А. В. Градобоев ; Красноярский медицинский университет. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2019. – 94 с.
[http://krasgmu.ru/index.php?page\[common\]=elib&cat=catalog&res_id=106399](http://krasgmu.ru/index.php?page[common]=elib&cat=catalog&res_id=106399)
7. Клиническая ситуация в ортопедической стоматологической практике. Вопросы терминологии / В. Г. Галонский, В. В. Алямовский, Н. В. Тарасова, А. В. Градобоев // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера : сборник статей межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 60-летию ГАУ РС (Я) «Якутский специализированный стоматологический центр». – Якутск, 2019. – С. 79–82.
<https://elibrary.ru/item.asp?id=39113463>
8. Конфликтные клинические ситуации в ортопедической стоматологии : монография / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, В. В. Алямовский [и др.]. – Красноярск : Ситалл, 2020. – 238 с.
9. Потребительский экстремизм в стоматологии. Методы медицинской и юридической профилактики : учебное пособие для слушателей системы доп. проф. образования / сост. В. Г. Галонский, В. В. Алямовский, Н. В. Тарасова [и др.]; Красноярский медицинский университет. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 78 с.
[http://krasgmu.ru/index.php?page\[common\]=elib&cat=catalog&res_id=88832](http://krasgmu.ru/index.php?page[common]=elib&cat=catalog&res_id=88832)

10. Проблема депульпирования витальных зубов при протезировании металлокерамическими протезами – мнения за и против / В. Г. Галонский, Н. В. Тарасова, В. В. Алямовский, А. В. Градобоев. – DOI: 10.33925/1683-2981-2019-17-1-8-15 // Эндодонтия today. – 2019. – Т. 17, № 1. – С. 8–16.
<http://www.dentoday.ru/products/107/3264/#page08>;
<https://elibrary.ru/item.asp?id=37844621>
11. Учебная медицинская карта (история болезни) ортопедического стоматологического больного : методические указания для обучающихся к клиническим практическим занятиям по специальности 31.05.03 Стоматология / сост. В. Г. Галонский, А. А. Майгуров, Д. В. Киприн [и др.] ; Красноярский медицинский университет. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 23 с.
[http://krasgmu.ru/index.php?page\[common\]=elib&cat=catalog&res_id=83334](http://krasgmu.ru/index.php?page[common]=elib&cat=catalog&res_id=83334)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Галонский Владислав Геннадьевич – д.м.н., профессор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, адрес: г. Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1., тел. +7(391)-212-89-22; e-mail: gvg73@bk.ru; профессор кафедры ординатуры и дополнительного профессионального образования Научно-исследовательского института медицинских проблем Севера (НИИ МПС) – обособленного подразделения ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук» (ФИЦ КНЦ СО РАН), адрес: г. Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 3Г; e-mail: gvg73@bk.ru
orcid.org/0000-0002-4795-1722; eLIBRARY Author ID: 543170

Радкевич Андрей Анатольевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии Института последипломного образования ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России; адрес: г. Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1., тел. +7(391)-224-31-44; e-mail: radkevich.andrey@yandex.ru; ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского института медицинских проблем Севера (НИИ МПС) – обособленного подразделения ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук» (ФИЦ КНЦ СО РАН), адрес: г. Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 3Г; e-mail: radkevich.andrey@yandex.ru
orcid.org/0000-0002-3527-5878; eLIBRARY AuthorID: 417993

Мокренко Евгений Владимирович – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России; адрес: г.

Иркутск, 664003, ул. Красного Восстания 1, Президент общественной организации «Ассоциация стоматологов Иркутской области» (АСИО). тел. +7(3952)-24-06-88; e-mail: e.mokrenko@ismu.baikal.ru
orcid.org/0000-0002-4286-3993; eLIBRARY Author ID: 387086

Чернов Владимир Николаевич – к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России; адрес: г. Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1., тел. +7(391)-220-23-09; e-mail: chernovortstom@mail.ru
orcid.org/0000-0002-2006-2802; eLIBRARY Author ID: 1045191

Галонский Александр Владиславович – юрист, магистр Юридического института ФГБОУ ВО «Красноярский государственный аграрный университет»; e-mail: galonskiq@gmail.com

Кострицкий Игорь Юрьевич – ассистент кафедры ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России; адрес: г. Иркутск, 664003, ул. Красного Восстания 1., тел. +7(3952)-24-06-88; e-mail: kostrit@mail.ru
orcid.org/0000-0002-6062-5155; eLIBRARY Author ID: 907615

Сурдо Эльвира Сергеевна – ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России; адрес: г. Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка 1., тел. +7(391)-212-89-22; e-mail: elvira_surdo@mail.ru
orcid.org/0000-0003-2070-936X; eLIBRARY Author ID: 728104

Типография ИП Азарова Н. Н.
Издательство «ЛИТЕРА-принт»
Г. Красноярск. ул. Гладкова, 6
Т. 295-03-04
Подписано в печать 30.05.2022. Заказ № 18344
Тираж 500 экз.