

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. М.І.ПИРОГОВА**

**Факультет: післядипломної освіти  
Курс: стоматології  
Автор: к.мед.н., доц. Беляєва Л.Г.**

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**Завідувач курсом ФПО Чепель Л.І.**

**“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2023 р.**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ**

**Практичні заняття на кафедрі**

**Тема: Особливості застосування сучасних безметалевих конструкцій в  
клініці ортопедичної стоматології**

**ВІННИЦЯ-2023 р.**

Тривалість заняття: 2 годин

**ТЕМА Особливості застосування сучасних безметалевих конструкцій в клініці ортопедичної стоматології**

**1.1. Актуальність теми:** ортопедичне лікування при відновленні дефектів коронок зубів при найбільш поширених ураженнях ЗЩС. Вивчення етіопатогенезу, клініки дефектів коронкової частини зубів дозволяє лікарю правильно вибрати метод лікування. За умов ортопедичного лікування досягається кращий результат лікування та підбір матеріалів для надання висококваліфікованого лікування в стоматології.

**Загальна мета** — Засвоїти основні методологічні підходи ортопедичного лікування пацієнтів при відновленні дефектів коронкової частини зубів вкладками, вінірами та штучними коронками

<i>Конкретні цілі</i>	<i>Вихідний рівень знань-умінь</i>
<b>Вміти:</b>	
1. Проводити обстеження пацієнта з дефектами твердих тканин зубів	1. Знати показання і протипоказання до заміщення дефектів твердих тканин зубів;
2. Проводити внутрішньосиндромну диференціальну діагностику при руйнуванні твердих тканин зуба;	2. Знати клінічні етапи виготовлення даних конструкцій;
3. Вміти пояснювати результати клінічних та спеціальних (додаткових) методів дослідження у пацієнтів з дефектами твердих тканин зубів;	3. Уміти планувати конструкцію протезів залежно від клінічної ситуації;
4. Правильно вибирати тактику лікування хворого з дефектами твердих тканин зубів;	4. Опанувати навички препарування твердих тканин зубів під дані види протезів;
5. Вміти застосовувати різні технології виготовлення вінірів при лікуванні пацієнтів;	5. Опанувати технологію адгезивної фіксації вінірів;
6. Вміти застосовувати різні технології виготовлення вкладок, коронок при лікуванні пацієнтів;	6. Розвивати творчі здібності в процесі вивчення клінічних аспектів протезування даними видами протезів;
7. Клінічні і лабораторні етапи протезування вкладками;	7. Проводити препарування з урахуванням топографії зон безпеки пульпи. Знеболити та відпрепарувати зуб, отримати відбитки;
8. Технологія виготовлення реставрацій CAD/CAM	8. Планувати ортопедичне лікування та попередню (терапевтичну та

	хірургічну) підготовку.
9. вміти попереджати ускладнення після препарування зубів.	

## 1.2. Задачі для перевірки вихідного рівня знань

### Запитання №1

В клініку ортопедичної стоматології звернувся хворий Т., 23 років з скаргами на естетичний дефект верхнього зубного ряду. Об'єктивно: 25 зуб відсутній, зуби, що обмежують дефект інтактні, стійкі, мають низьку клінічну коронку. Планується виготовлення металокерамічного протезу з опорою на 24 і 26 зуби. Лікар формує уступ під кутом 135. Якою повинна бути ширина створеного кругового уступу?

**\*А** 0,9 мм.

**В.** 0,1 мм.

**С.** 0,5 мм.

**Д.** 1,5 мм.

**Е.** 2,0 мм.

### Запитання №2

У клініці ортопедичної стоматології звернувся хворий А., 30 р., зі скаргами на розрушення 46 зуба. Об'єктивно: ІРОПЗ дорівнює 0,7. На рентгенограмі канали 46 зуба запломбовані до верхівки. Виготовлення якої конструкції показано у даному випадку?

**\*А.** Лита металева коронка.

**В.** Пломбування зуба.

**С.** Виготовлення литої вкладки.

**Д.** Виготовлення пластмасової коронки.

**Е.** Виготовлення куксової вкладки.

### Запитання №3

Пацієнт В. 30 років. Прикус ортогнатичний, глибоке різцеве перекриття: явища

бруксизму, коронки 13, 12, 11, 21, 22, 23 зубів стерті на 1/3. Яку конструкцію доцільно використовувати у даного пацієнта?

- \*А.** Металокерамічні коронки з литою оральною поверхнею.
- В.** Пластмасові коронки.
- С.** Комбіновані штамповані коронки.
- Д.** Металопластмасові повністю облицьовані пластмасою коронки.
- Е.** Вініри.

#### Запитання №4

В клініку ортопедичної стоматології звернувся хворий М., 25 років з скаргами на естетичний дефект верхнього переднього зуба. Об'єктивно: 25 зуб депульпований, зуби, що обмежують дефект інтактні, стійкі, не депульповані. Хворий вимагає високі естетичні вимоги до протезування. Який протез доцільно використати в даному випадку

- \*А.** Вінір
- В.** Металокерамічна коронка
- С.** Металопластмасова коронка
- Д.** Пластмасова коронка
- Е.** Штифтова конструкція

#### Запитання №5

В клініці ортопедичної стоматології звернувся хворий П., 33 р., зі скаргами на розрушення зувальної поверхні 46 зуба. Об'єктивно: ІРОПЗ дорівнює 0,4. На рентгенограмі канали 46 зуба запломбовані до верхівки. Виготовлення якої конструкції показано у даному випадку, якщо пацієнт відмовляється від коронок?

- \*А.** Вкладка
- В.** Металокерамічна коронка
- С.** Виготовлення литого зуба.
- Д.** Виготовлення пластмасової коронки.
- Е.** Виготовлення куксової вкладки.

### **1.3. Джерела інформації для поповнення вихідного рівня знань**

- 1.Н.Г.АБОЛМАСОВ. Н.Н.АБОЛМАСОВ. В.А.БЫЧКОВ, А.АЛЬ-ХАКИМ.  
Ортопедическая  
стоматология.-Смоленск.-2000.-стр.159-219.
- 2В.П.НЕСПРЯДЬКО, М.М.РОЖКО. Ортопедическая стоматология.К.-Книга-  
плюс 2003.-  
стр.175-204.
- 3.А.А.ЩЕРБАКОВ.Е.И.ГАВРИЛОВ.В.Н.ТРЕЗУБОВ.Е.Н.ЖУЛЕВ.  
Ортопедическая  
стоматология.-С.Петербург.-1997.-стр.110-124.
- 4.Е.Н.ЖУЛЕВ.  
.Технологія виготовлення зубних протезів з  
використанням керамічних та композитних матеріалів.Київ-«Здоров'я»,2005.-  
стр.103.
- .8.В.Н.КОПЕЙКИН. Руководство по ортопедической стоматологии.-М.1993.-  
с.129-143.

## **2. ЗМІСТ НАВЧАННЯ**

### ***Система комп'ютерного моделювання і виготовлення реставрацій (CAD / CAM)***

Спочатку системи комп'ютерного моделювання та виготовлення (CAD / CAM) забезпечували менш точну припасування реставрацій в порівнянні з іншими методиками. Проте постійне вдосконалення таких технологій суцільнокерамічних реставрацій збільшує їх популярність. Деякі системи комп'ютерного моделювання та виготовлення забезпечують високу точність припасування реставрацій. Для створення таких реставрацій використовуються різні матеріали: раніше частіше застосовували посилений оксид алюмінію, оксид цирконію і лейцитную кераміку. Деякі CAD / CAM-системи, наприкладЦерек (Сегес), сьогодні широко використовуються в стоматологічних клініках. Розробляється наступне покоління CAD / CAM-систем, що забезпечують можливість створення реставрацій будь-якої форми. Показання до застосування таких систем практично не обмежені. Параметри майбутньої реставрації передаються шляхом сканування або пересиланням відбитків або моделей. В результаті виготовляються чудово припасовані (з точністю до 5 мкм) каркаси реставрацій вже необхідного кольору і прозорості. Дана технологія дуже перспективна, оскільки виключає людський фактор у процесі виготовлення каркаса. Крім того, зубні техніки можуть сконцентруватися цілком на творчій частині роботи

**Переваги:**

1. Висока естетичність.
2. Швидкість роботи.
3. Широкі показання до застосування.
4. Безпека.

**Недоліки:**

1. Висока вартість обладнання.

### *Технологія адгезивної фіксації безметалевих керамічних конструкцій*

**Композиційні цементи**

Великим проривом в розвитку технології конструкцій з безметалевої кераміки стала

поява композитних цементів, що мають ряд значних переваг в порівнянні з цинко- фосфатними, полікарбосилатними і навіть склоіономерними цементами. Вони характеризуються такими властивостями, як висока естетичність, ідентичність оптичним властивостям природних зубів, здатність утворювати хімічний зв'язок з тканинами зубів, модуль еластичності, близький до аналогічного показника тканин природних зубів, стійкість до дії ротової рідини. Адгезивна система фіксації, що застосовується в композитних цементах, дозволила значно зміцнити систему "Зуб + цілнокерамічна конструкція" і розширити сферу застосування безметалевих керамічних коронок, вкладок, вінірів.

**Композиційні цементи:**

Композиційні цементи (КЦ) за своїм хімічним складом і технології застосування

багато в чому подібні до пломбувальних композиційних матеріалів. До переваг КЦ в

порівнянні з іншими фіксувальними матеріалами відносяться: висока міцність і стійкість до навантажень стискання і деформацій на вигин, низька розчинність в середовищі порожнини рота, висока естетичність внаслідок наявності широкого спектру кольорів цементу і відповідність його прозорості тканин зубів. До недоліків слід віднести необхідність забезпечення ідеальної сухості і чистоти робочого поля, складність механічної обробки і видалення надлишків цементу, вірогідність подразливої дії на пульпу. КЦ являються універсальними фіксувальними матеріалами, з широкими можливостями застосування - для фіксації незнімної ортодонтичної апаратури, суцільнолитих коронок і мостоподібних протезів, а також литих культевих вкладок. Але головна сфера застосування КЦ - фіксація внутрішньоканальних штифтів і шин із скловолокна, непрямих композитних реставрацій, безметалевих керамічних конструкцій. За метою застосування КЦ можуть бути постійними і тимчасовими, за способом полімеризації - хімічного затвердіння, світлової

полімеризації (забезпечують нелімітований робочий час), подвійної полімеризації (світловий - за 20-40 сек, і хімічною - 4-6 хв). За формою випуску - найчастіше поставляються у вигляді двох паст; рідше ніж дві в'язкі рідини або порошок з рідиною. За хімічним складом КЦ ідентичні пломбувальним композитам, і є комбінацією з органічної матриці на основі диметакрилатів (BIS - GMA, U - DMA, TG - DMA) і неорганічних часток наповнювача (борсилікатне або кварцове скло). Від пломбувальних матеріалів цементи відрізняються лише меншим відсотковим вмістом і розміром часток наповнювача. Також до складу цементу входять:

- ініціатори полімеризації (хімічною - перекис бензоїлу, і світловий - метилефір бензоїлу, камфероквинон)

- інгібітори (для пролонгації робочого часу матеріалу) полімеризацій

- фотостабілізатори (для поглинання променів УФ-спектру і поліпшення стабільності

- кольору матеріалу)

- барвники, що надають матеріалу колір природних тканин зуба.

У комплект постачання входять сам цемент у вигляді двох паст для автоматичного

або ручного змішування, кондиціонер (32-50 % ортофосфорна кислота), адгезивна система. Деякі КЦ в наборі мають модифікатори кольори, що дозволяють коригувати колір керамічних конструкцій зсередини.

Зв'язок між КЦ і тканинами зуба досягається за рахунок створення гібридного шару

між дентином і фіксувальним матеріалом, що забезпечує хімічний зв'язок і мікромеханічну ретенцію. Технологія адгезивної фіксації передбачає кондиціонування (тотальне протравлення) поверхні препарування, внаслідок чого утворюються мікропори в емалі, віддаляється змащений шар дентину і відкриваються просвіти дентинних каналців. Після на кондиціоновану поверхню наносять адгезивну систему, яка затікає у відкриті каналці і утворює мікроплівку на поверхні дентину; після полімеризації адгезивної системи шар дентину, просочений полімеризованим адгезивом називають гібридним. За хімічним складом адгезив близький до органічної диметакрилатної матриці композитних матеріалів, отже, між КЦ і гібридним шаром утворюється хімічний зв'язок. Тяжі адгезиву, що заповнюють відкриті дентинні каналці, забезпечують мікромеханічну ретенцію пломбувального або фіксувального композиту в дентині. Для створення міцного адгезивного зв'язку між композиційним матеріалом і внутрішньою поверхнею керамічних конструкцій, що фіксуються, як і у випадку з тканинами зуба, потрібна її спеціальна обробка. Вона полягає в попередньому протравленні кераміки плавиковою кислотою (призводить до появи мікропор на поверхні) і подальшому нанесенні на неї сілану (речовини, що відштовхує вологу і покращує змочування протравленої поверхні кераміки адгезивом).

### ***Клінічний етап фіксації керамічних конструкцій***

1. Готову коронку (вкладку, вінір) приміряють в порожнині рота, перевіряючи колір, точність крайового прилягання
2. За допомогою артикуляційного паперу перевіряють оклюзійні і апроксимальні контакти, при необхідності - пришліфовують тонкоабразивними керамічними кругами або алмазними борами, потім полірують керамічними полірами
3. При необхідності робиться корекція кольору конструкції шляхом підфарбовування зовнішньої поверхні керамічними барвниками, або зсередини - композитними модифікаторами кольору. Для правильної оцінки кольору конструкції перед накладенням на зуб слід зволожити її зовнішню і внутрішню поверхні водою або спеціальним водним гелем з набору.
4. Тип композитного цементу підбирають залежно від виду кераміки, з якої виготовлена конструкція : для високопрозорої склокераміки застосовують цементі і чисто світлового, і подвійного твердіння; колір цементу повинен відповідати кольору кераміки. Для виробів на основі зміцненої алюмооксидної кераміки, а також з каркасом з оксиду цирконію або плечової маси (які мають високу опаковість, непрозорість) колір цементу не впливає на колір реставрації в цілому, але матеріал обов'язково повинен мати подвійний механізм полімеризації, оскільки проникнення світла може бути недостатнім в деяких ділянках конструкції (апроксимальних і приясеневих).
5. Для адгезивної фіксації, внутрішню поверхню конструкції обробляють з урахуванням типу кераміки. Алюмооксидна кераміка протравленню не підлягає; шорсткість її поверхні створюють піскоструменевим способом. Звичайна і зміцнена кераміка протравлюються плавиковою кислотою, а склокераміка типу Dikor - біфторидом амонію. Протравлення кераміки призводить до розчинення кремній-вмісних речовин і оголення нерозчинних кристалів, що створює шорстку поверхню для мікроретенції.
6. Після протравлення поверхню просочують сіланом (праймером для кераміки). Силаніація дозволяє збільшити " змочуваність" поверхні адгезивом, який наносять згодом. До встановлення на ложі конструкцію слід захистити від попадання світла щоб уникнути самополімеризації адгезиву.
7. Протезне ложе (препаровані і сусідні зуби) ретельно ізолюють від слини використовуючи валики, кофердам, слиновідсмоктувач. Для опорних зубів рекомендована ретракція ясен нитками. Сухість і чистота робочого поля - запорука успішного результату при застосуванні композитних матеріалів; і навпаки, контамінація робочої області слиною зробить неможливим формування хімічного зв'язку матеріалу з тканинами зуба.



8. Сусідні зуби змащують ізолюючим лаком, або відділяють спеціальною плівкою для захисту від потрапляння протравлювача і щоб уникнути склеювання з цементом. Емаль, а потім дентин кондиціонують за загальноприйнятими правилами, а потім наносять адгезивну систему згідно інструкції виробника. Також існують самопротравлювальні і самоадгезивні композити (напр. MaxSemKerr), у яких кондиціонер і адгезив включені до складу самого цементу.
9. Цемент (і при необхідності - модифікатор кольору) наносять на внутрішню поверхню конструкції, яку потім накладають на ложе. Роблять первинну світлову полімеризацію впродовж 10-20 с. Великі надлишки цементу видаляють зондом або гумовим конусом, з міжзубних проміжків - флосом. Остаточне затвердіння проводять з оральною і вестибулярною поверхонь в теч. 1-2 хв.
10. За допомогою 30-32-х гранних сталевих фінірів або дрібноабразивних (жовтого, білого) алмазних борів видаляють залишки цементу на межах конструкції, потім місце стику конструкції і зуба полірують голівками для кераміки і алмазними полірувальними пастами
11. Пацієнтові дають рекомендації відносно проведення домашньої і професійної гігієни, а також відносно попередження надмірного навантаження на реставрації; призначають термін контрольного огляду.

### ***Термін служби конструкцій***

1. У композитних вінірів термін використання невеликий – 2-4 роки. Крім того, після установки необхідна їх періодична полірування.
2. У керамічних вінірів час використання порівняно довгий, випасти він може лише при серйозних травмах.

### **Теоретичні питання:**

1. Характеристика класифікації дефектів коронкової частини зубів.
2. Індекс ІРОПЗ.
3. Етіопатогенез дефектів коронкової частини зубів.
4. Клінічна характеристика дефектів коронкової частини зубів.
5. Профілактика виникнення дефектів коронкової частини зубів.
6. Методи лікування хворих із дефектами коронкової частини зубів.
7. Ускладнення при лікуванні хворих із дефектами коронкової частини зубів.
8. Попередження ускладнень при лікуванні хворих із дефектами коронкової частини зубів.

9. Матеріали, які використовують при протезуванні уражень твердих тканин зубів.
10. Протезування металічними штампованими коронками.
11. Протезування штучними коронками.
12. Переваги та недоліки протезування різними видами зубних конструкцій.
13. Особливості препарування зубів під різні види коронок.
14. Технологічні особливості виготовлення різних видів естетичних коронок.
15. Клініко-лабораторні етапи виготовлення металоакрилових коронок.
16. Клініко-лабораторні етапи виготовлення металокерамічних коронок.
17. Клініко-лабораторні етапи виготовлення телескопічних коронок

### **3. Основні джерела інформації**

1. Стоматологія: у 2 кн. – Кн. 1 /М.М. Рожко, З.Б. Попович, В.Д. Курєдова та ін.; за ред. проф. М.М. Рожка. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 872 с.
2. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.В., Аль-Хаким А. Ортопедическая стоматология. 8-е изд. – М. – 2011. – С.18-54.
3. Рожко М.М., Неспрядько В.П. Ортопедична стоматологія (підручник). – Київ, Книга плюс. – 2008. – 584 с.
4. Неспрядько В.П., Рожко М.М., Михайленко Т.М., Палійчук І.В. Зубопротезна техніка (підручник). – Київ, Книга плюс. – 2006. – 560 с.

### **4. Допоміжні джерела інформації**

1. Стоматологія: у 2 кн. – Кн. 1 /М.М. Рожко, З.Б. Попович, В.Д. Курєдова та ін.; за ред. проф. М.М. Рожка. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 872 с.
2. Ортопедическая стоматология: учебник / под. ред. проф. И.Ю.Лебедеенко, проф. Э.С. Каливрадзиян. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 640 с.
3. Стоматологія. II том /під ред. проф. Рожка М.М. – Київ: Книга плюс, 2010. – 608 с.
4. Пропедевтика ортопедичної стоматології: підручник / П.С. Фліс, Г.П. Леоненко, І.А. Шинчуковський; за ред. П.С. Фліса. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 328 с.
5. Курс лекцій для лікарів-інтернів за спеціальністю «Стоматологія» / за ред. проф. Рожка М.М. – Івано-Франківськ: видавець Кушнір Г.М., 2009. – 550 с.
6. Зубопротезна техніка: підручник / В.П. Неспрядько, Т.М.Михайленко, І.В.Палійчук та ін.; за ред. проф. М.М. Рожка. – К.: “Книга плюс”, 2006. – 560 с.

### **5. Завдання для перевірки досягнення конкретних цілей навчання**

### Запитання №1

Пацієнт А., 25 років постійно скаржиться на часте випадання пломби з 26 зуба, який є частково зруйнованим в межах емалево-дентинної границі (II клас за Блекум). Який вид протезу необхідно в даному клінічному випадку?

- A. Керамічна вкладка**
- B. Пломба**
- C. Бюгельний протез**
- D. Куксово-коренева вкладка**
- E. Суцільнолита коронка**

### Запитання №2

Больная, 35 лет, обратилась с жалобами на разрушение коронки зуба. Объективно: в 11,21 разрушены с поражением медиального и дистального краев. Перкуссия безболезненна. Прикус нейтральный. Из анамнеза: у пациентки непереносимость пластмассы. Выберите наиболее приемлемый вид конструкции.

- A. Комбіновані коронки по Белкіну**
- B. Штампованные коронки из сплава золота**
- C. Металокерамічні коронки**
- D. Штампованные коронки из серебрено-палладиевого сплава**
- E. Цельнолитые коронки**

### Запитання №3

Женщина, 27 лет, жалуется на постоянное выпадение пломбы в зубе на нижней челюсти справа. Объективно: в 46 на жевательно-аппроксимальной поверхности дефект твердых тканей коронковой части на 1/3. зуб в цвете не изменен, реакция на холодовой раздражитель положительная, быстро проходящая. Какая конструкция показана больной?

- A. Пластмасова коронка**
- B. Комбинированная коронка**
- C. Металокерамічна коронка**
- D. Вкладка**

**Е. Полукоронка**

**Запитання №4**

Хворий С, 37 років звернувся в клініку ортопедичної стоматології зі скаргами на естетичні дефекти передніх зубів.

Об'єктивно: 13,12,11,21,22,23,31,32,33,41,42,43 депульповані, змінені в кольорі. Зуби, що обмежують дефект інтактні, правильної анатомічної форми, з добре вираженим екватором та фісурами, в кольорі не змінений. Який вид протезування є найбільш доцільним у даному випадку?

- А. Бюгельний протез**
- В. Мостоподібний протез**
- С. Металокерамічні коронки**
- Д. Штамповано-паяний мостоподібний протез**

**Е. Вініри**

**Запитання №5**

В клініку ортопедичної стоматології звернувся пацієнт К., 43 р. При обстеженні встановлено діагноз часткова відсутність зубів верхньої щелепи І кл. за Кенеді. З анамнезу відомо, що пацієнтові проводилось лікування з приводу дисфункції СНЩС. Рекомендовано виготовити коронки на весь нижній і верхні зубні ряди. Постановка яких зубів доцільніша у данного пацієнта?

- А. Металопластмасових**
- В. Металокерамічних**
- С. Литих**
- Д. Штампованих**
- Е. Відновлення з допомогою фотокомпозитного матеріалу**

## 6. Технологічна карта (план) практичного заняття

№	Етапи	Час (хв.)	Навчальні посібники		Місце проведення
			Засоби навчання	Устаткування	
1.	Визначення рівня підготовки до заняття	10	Тести для визначення рівня	-	Навчальна кімната
2.	Самостійна робота інтернів:	40		Комп'ютер (ноутбук)	
3.	Аналіз і корекція самостійної роботи інтернів • обговорення хворих • обговорення ситуаційних задач	20			
4.	Тестовий контроль	15	Тести за темою заняття		Навчальна кімната
5.	Обговорення і підведення підсумків заняття	5			

Оцінювання на практичному занятті проводиться стандартизовано. Відповідно до структури практичного заняття оцінюється самостійна робота та поточний тестовий контроль. За кожен з них виставляється окрема оцінка.

### Короткі методичні вказівки до роботи слухачів на практичному занятті

На початку заняття проводиться перевірка та корекція вихідного рівня знань-умінь, шляхом рішення тестових завдань (10 тестів формату А). Після самостійної роботи лікарем-інтерном здійснюється контрольний розбір кожної клінічної ситуації, акцентується увага на припущених помилках, аргументується вірна відповідь (10 тестових завдань для поточного контролю знань-умінь). До активної роботи з обговорення представлених у текстах клінічних ситуацій залучається вся група. Після цього проводиться демонстрація наочності за темою заняття. Потім лікарі-інтерни приступають до самостійної роботи — прийому хворих у клінічній залі (лікувально-діагностичних кабінетах) під контролем викладача.

Лікарі-інтерни залучаються також до консультації хворих; проводять

опитування пацієнтів, уважно вислуховують усі скарги, цілеспрямовано збирають анамнез хвороби й життя, здійснюють огляд та інструментальні методи дослідження, виділяють ведучий клінічний синдром, за допомогою діагностичних алгоритмів проводять диференційну діагностику, аналізують результати додаткових методів досліджень. У результаті клінічного розбору за допомогою викладача й у присутності всієї групи встановлюються попередній та остаточний діагнози, намічається план подальшого обстеження, загального і місцевого лікування. При необхідності виписується направлення на додаткове дослідження, консультацію до іншого фахівця, рецепти, даються рекомендації хворому за методики терапії вдома. Після закінчення прийому хворих лікарі-інтерни заповнюють амбулаторну картку хворого, журнал щоденного обліку. Потім відбувається підсумковий тестовий контроль знань лікарів-інтернів (10 тестів), розбір та корекція допущених помилок.

Наприкінці заняття підводиться підсумок, виставляються оцінки.

<b>Дати затвердження і перегляду методичної розробки</b>	<b>№ протоколу методичного засідання кафедри</b>	<b>Підпис зав. кафедри</b>

**Підпис автора:** \_\_\_\_\_

**7. Еталони відповідей:**

**Запитання №1    A)**

**Запитання №2    C)**

**Запитання №3    D)**

**Запитання №4    E)**

**Запитання №5    B)**