

федеральное государственное  
бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Волгоградский государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации



**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации  
по дисциплинам.**

Наименование дисциплины: **Стоматология общей практики**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.72 Стоматология общей практики.**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-стоматолог**

Кафедра: **Кафедра стоматологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Для обучающихся 2023 года поступления

Форма обучения – очная

Волгоград, 2023

**Разработчики:**

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Македонова Ю.А.	Зав. кафедрой	д.м.н./доцент	Стоматологии Института НМФО
2.	Гаврикова Л.М.	доцент	к.м.н./доцент	Стоматологии Института НМФО
3.	Афанасьева О.Ю.	доцент	к.м.н./доцент	Стоматологии Института НМФО
4.	Дьяченко Д.Ю.	ассистент	к.м.н.	Стоматологии Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики» рассмотрен на заседании кафедры протокол № 10 от «25» мая 2023 года

Заведующий кафедрой стоматологии Института НМФО,  
д.м.н., доцент



Ю.А. Македонова

Рецензент: заведующий кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, к.м.н., доцент Михальченко Д.В.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики» согласован с учебно-методической комиссией НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от «29» 08 2023 года

Председатель УМК



М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.Л. Науменко

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики» утвержден на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 1 от «29» 08 2023 года

Секретарь Ученого совета



В.Д. Заклякова

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕ-  
ЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛО-  
ГИЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p><b><i>Б1.Б.6.1</i></b> Раздел I «Карисология и заболевания твердых тканей зуба»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Оборудование терапевтического кабинета врача-стоматолога.</li><li>2. Гигиенические требования, предъявляемые к стоматологическому кабинету.</li><li>3. Рабочее место врача-стоматолога.</li><li>4. Основные принципы асептики, инфекционный контроль в терапевтической стоматологии.</li><li>5. Эргономика и деонтологические принципы при лечении кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов.</li><li>6. Учетно-отчетная документация.</li><li>7. Количественные показатели работы врача.</li><li>8. Качественные показатели работы врача. Сущность и значение основных методов обследования.</li><li>9. Методика проведения основных методов обследования.</li><li>10. Схема истории болезни стоматологического больного.</li><li>11. Методика проведения дополнительных методов обследования.</li><li>12. Методы оценки гигиенического состояния полости рта.</li><li>13. Оценка функционального состояния эмали.</li><li>14. Показатели интенсивности и распространённости кариеса.</li><li>15. Методы термометрии и электроодонтодиагностики. Сущность, методика проведения.</li><li>16. Рентгендиагностика в стоматологии. Сущность, виды и значение в диагностике кариеса.</li><li>17. Определение кариеса</li><li>18. Понятия: интенсивность кариеса, прирост интенсивности кариеса, распространённость</li><li>19. Современные представления возникновения кариеса.</li><li>20. Классификации кариеса.</li><li>21. Основные патологоанатомические изменения при кариесе.</li><li>22. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение кариеса зубов.</li><li>23. Дополнительные методы обследования для диагностики кариеса.</li><li>24. Дифференциальная диагностика кариеса.</li><li>25. Сущность реминерализующей терапии, методика ее проведения.</li><li>26. Этапы препарирования кариозной полости при кариесе.</li><li>27. Требования к сформированной полости.</li><li>28. Постоянные пломбировочные материалы, применяемые при лечении кариеса.</li><li>29. Ошибки при препарировании кариозной полости.</li><li>30. Выбор тактики лечения в зависимости от глубины кариозной полости.</li><li>31. Зубные отложения. Образование, способы выявления зубных отложений. Индексы гигиены Федорова-Володкиной, Грина-Вермиллиона.</li><li>32. Этапы профессиональной гигиены полости рта.</li><li>33.</li><li>34. Значение общей терапии кариеса зубов в комплексе лечебных мероприятий и показания к применению.</li><li>35. Пути повышения минерализующей функции ротовой жидкости.</li><li>36. Классификация некариозных поражений зубов.</li><li>37. Некариозные поражения, возникающие до прорезывания зубов-аномалии размера и формы зубов, симптомы позднего врожденного сифилиса. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</li><li>38. Гипоплазия, гиперплазия. Этиопатогенез, патанатомия, клиника,</li></ol>
--	--

	<p>диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>39. Эндемический флюороз. Этиопатогенез, патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>40. Изменение цвета зубов в процессе их формирования. Этиопатогенез, клиника, лечение.</p> <p>41. Пигментация зубов и налёты. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>42. Клиновидный дефект. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>43. Эрозия зубов. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>44. Патологическая стираемость твердых тканей зубов. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика</p> <p>45. Некроз твердых тканей зуба. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>46. Гиперестезией тканей зуба?</p> <p>47. Классификация травматических поражений зубов.</p> <p>48. Тактика врача при травме зуба.</p>
<p><b>Б1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<p>49. Анатомия полости зуба и корневых каналов резцов верхней и нижней челюсти.</p> <p>50. Анатомия полости зуба и корневых каналов клыков верхней и нижней челюсти.</p> <p>51. Особенности формирования полости доступа во фронтальных зубах верхней и нижней челюсти.</p> <p>52. Анатомия полости зуба и корневых каналов премоляров верхней и нижней челюсти.</p> <p>53. Особенности формирования полости доступа в премолярах верхней челюсти.</p> <p>54. Анатомия полости зуба и корневых каналов моляров верхней и нижней челюсти челюсти.</p> <p>55. Особенности формирования полости доступа в молярах верхней челюсти.</p> <p>56. Строение пульпы. Основные функции пульпы зуба. Возрастные изменения в пульпе.</p> <p>57. Классификации пульпита МГМСУ, МКБ-10.</p> <p>58. Этиологические факторы и патогенез пульпита. Изменения в пульпе при острых формах пульпита.</p> <p>59. Клинические симптомы при острых пульпитах.</p> <p>60. Дифференциальная диагностика острых пульпитов.</p> <p>61. Этиологические факторы и патогенез пульпита. Изменения в пульпе при хронических формах пульпита.</p> <p>62. Клинические симптомы хронического гангренозного пульпита.</p> <p>63. Клинические симптомы хронического гипертрофического пульпита.</p> <p>64. Дифференциальная диагностика хронических форм пульпита. Основные и дополнительные методы исследования при диагностике острых и хронических форм пульпита.</p> <p>65. Показания к биологическому методу лечения пульпита. Методика проведения. Лекарственные препараты, применяемые для обработки кариозной полости при биологическом методе лечения пульпита и их механизм действия.</p> <p>66. Лечебные прокладки при биологическом методе лечения пульпита и механизм их действия.</p> <p>67. Критерии эффективности лечения пульпита биологическим методом. Отдаленные результаты и прогноз лечения пульпита биологическим методом</p> <p>68. Показания и противопоказания к ампутиационному методу лечения. Методика проведения и критерии оценки эффективности витально-ампутиационного метода лечения пульпита.</p> <p>69. Отдаленные результаты и прогноз лечения пульпита витально-ампутиационным методом.</p>

	<p>70. Показания и противопоказания к витально-экстирпационному методу лечения.</p> <p>71. Средства, применяемые для обезболивания пульпы.</p> <p>72. Методика проведения диатермокоагуляции пульпы. На каком этапе лечения проводится ДТК.</p> <p>73. Показания к девитальной экстирпации.</p> <p>74. Препараты, применяемые для некротизации пульпы, механизм их действия.</p> <p>75. Методика девитальной экстирпации пульпы.</p> <p>76. Лечение труднопроходимых корневых каналов. Средства для химического расширения и ирригации корневого канала</p> <p>77. Современные пломбировочные материалы для заполнения каналов различных групп зубов.</p> <p>78. Оценка эффективности экстирпационных методов лечения пульпита. Отдаленные результаты и прогноз лечения пульпита экстирпационными методами.</p> <p>79. Классификация верхушечного периодонтита.</p> <p>80. Симптоматика острого верхушечного периодонтита в стадии интоксикации. Основные патоморфологические процессы характерные для острого верхушечного периодонтита в стадии интоксикации.</p> <p>81. Клинические проявления характерные для острого верхушечного периодонтита в стадии экссудации. Основные патоморфологические процессы характерные для острого периодонтита в стадии экссудации.</p> <p>82. Дифференциальная диагностика острого верхушечного периодонтита.</p> <p>83. Возможные пути оттока экссудата из верхушечного периодонта.</p> <p>84. Патогенез хронического верхушечного периодонтита. Иммунологические механизмы в патогенезе хронического периодонтита.</p> <p>85. Хронический периодонтит как очаг хронической инфекции организма.</p> <p>86. Патологическая анатомия, клиника хронического фиброзного периодонтита.</p> <p>87. Патологическая анатомия, клиника хронического гранулирующего периодонтита.</p> <p>88. Патологическая анатомия, клиника хронического гранулематозного периодонтита.</p> <p>89. Дифференциальная диагностика хронического периодонтита.</p> <p>90. Цель, задачи и методы лечения острого и хронического верхушечного периодонтита.</p> <p>91. Показания и противопоказания для медикаментозного лечения периодонтита.</p> <p>92. Антисептическая обработка корневых каналов, механизм действия лекарственных препаратов.</p> <p>93. Односеансный метод лечения хронических форм периодонтита. Показания. Этапы лечения. Возможные исходы хронического периодонтита. Отдаленные результаты и прогноз лечения.</p> <p>94. Основные этапы эндодонтического лечения. Методы измерения рабочей длины корневого канала. Методика инструментальной обработки корневого канала (препарирование полости зуба и корневых каналов).</p> <p>95. Медикаментозные препараты, применяемые в эндодонтии (ирригация и дезинфекция корневых каналов). Временная obturation корневого канала.</p> <p>96. Материалы для постоянного пломбирования корневых каналов. Выбор пломбировочного материала.</p> <p>97. Методы пломбирования корневых каналов.</p> <p>98. Ошибки и осложнения, возникающие при эндодонтическом лечении. Способы профилактики и устранения ошибок и осложнений. Диспансеризация. Оценка эффективности проводимой терапии</p>
--	---

**Б1.Б.6.3**  
Раздел 3  
«Пародонтология»

99. Анатомо-физиологические особенности тканей пародонта.
100. Методы обследования при заболеваниях пародонта. Основные методы диагностики.
101. Основные методы обследования больных с заболеваниями пародонта: внешний осмотр, осмотр полости рта (преддверия полости рта, десны - папиллярной, маргинальной, альвелярной; зубов, формы зубных рядов, прикуса, дна полости рта, языка).
102. Основные методы обследования больных с заболеваниями пародонта: зондирование клинических карманов и определение их глубины.
103. Дополнительные методы обследования больных с заболеваниями пародонта: специальные методы обследования в клинической пародонтологии. Пародонтальные индексы.
104. Рентгенологическое обследование тканей пародонта. Функциональные и лабораторные методы обследования.
105. Классификация заболеваний пародонта.
106. Роль экзогенных и эндогенных факторов в развитии заболеваний пародонта.
107. Пародонтопатогенные микроорганизмы и значимость зубной бляшки, налета и зубного камня в развитии болезней пародонта.
108. Значение общего состояния организма и роль сопутствующих заболеваний в развитии заболеваний пародонта.
109. Определение гингивита. Распространенность гингивита.
110. Роль местных и общих факторов в этиопатогенезе гингивита.
111. Острый гингивит (K05.0): патологическая анатомия, клиника, диагностика.
112. Хронический гингивит (K05.1): патологическая анатомия, клиника, диагностика.
113. Гингивит язвенный (A69.10): патологическая анатомия, клиника, диагностика.
114. Утолщенный фолликул (гипертрофия сосочка, гипертрофия десны (K06.1): патологическая анатомия, клиника, диагностика.
115. Дифференциальная диагностика различных видов гингивита.
116. Определение пародонтита.
117. Патологическая анатомия пародонтита.
118. Клиника пародонтита (K05.2, K05.3).
119. Методы определения десневого пародонтального кармана, подвижности зубов.
120. Клинико-рентгенологическая характеристика пародонтита легкой, средней и тяжелой степени, абсцедирования, стадии ремиссии.
121. Дифференциальная диагностика пародонтита.
122. Определение пародонтоза (K05.4).
123. Этиологические факторы пародонтоза. Патологическая анатомия пародонтоза.
124. Клиническая картина пародонтоза (K05.4).
125. Диагностика и дифференциальная диагностика пародонтоза.
126. Рецессия десны. (K06.0). Типы. Патогенез рецессии десны.
127. Роль местных и общих факторов в развитии рецессии десны (K06.0).
128. Клинические проявления идиопатических, опухолей и опухолевидных заболеваний пародонта (K05.5). Гистологические и рентгенологические изменения, происходящие при данных заболеваниях (K05.5).
129. Дифференциальная диагностика идиопатических, опухолей и опухолевидных заболеваний пародонта (K05.5).
130. Принципы лечения заболеваний пародонта.
131. Этапы комплексного лечения заболеваний пародонта. Составление плана лечения.
132. Терапевтические методы лечения заболеваний пародонта.
133. Ортопедические и ортодонтические методы лечения заболеваний пародонта.
134. Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта.

	<p>135. Местное и общее лечение гингивита: острый гингивит (K05.0), хронический гингивит (K05.1).</p> <p>136. Методы комплексного лечения больных пародонтитом.</p> <p>137. Основные требования к лечению воспалительных заболеваний пародонта. Методы этиотропной и патогенетической терапии пародонтита.</p> <p>138. Цель и задачи общего лечения пародонтита. Основные принципы выбора средств общего воздействия на организм при различных видах поражения пародонта.</p> <p>139. Лечение пародонтоза. Показания и противопоказания к применению физиотерапевтических процедур.</p> <p>140. Методы лечения рецессии десны.</p> <p>141. Профилактика заболеваний пародонта. Роль гигиены полости рта в профилактике заболеваний пародонта.</p> <p>142. Выбор индивидуальной гигиены полости рта при заболеваниях пародонта.</p>
<p><b>Б1.Б.6.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой полости рта и губ»</p>	<p>143. Анатомо-морфологическое строение слизистой оболочки полости рта.</p> <p>144. Основные и дополнительные методы обследования при заболеваниях слизистой оболочки полости рта.</p> <p>145. Первичные морфологические элементы поражения: инфильтративные и экссудативные.</p> <p>146. Вторичные элементы поражения.</p> <p>147. Акантоз, акантолиз. Патоморфологические элементы, которыми они проявляется на слизистой.</p> <p>148. Гиперкератоз и паракератоз. Проявления на слизистой при этих процессах.</p> <p>149. Спонгиоз, вакуольная дистрофия, баллонизирующая дегенерация. Каким патоморфологическим элементам сопутствуют эти процессы.</p> <p>150. Схема оформления документации на больного с заболеваниями слизистой оболочки полости рта</p> <p>151. Классификация заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ (ММСИ), МКБ-10.</p> <p>152. Механическая травма слизистой. Этиология. Клинические проявления механической травмы.</p> <p>153. Дифференциальная диагностика механической травмы со сходными заболеваниями.</p> <p>154. Принципы лечения механических повреждений слизистой.</p> <p>155. Клинические проявления химической травмы слизистой. Дифференциальная диагностика химической травмы со сходными заболеваниями.</p> <p>156. Принципы лечения химических повреждений слизистой.</p> <p>157. Гальванические стоматиты. Этиопатогенез, клиника, лечение.</p> <p>158. Лучевая болезнь, проявления в полости рта, лечение.</p> <p>159. Лейкоплакия. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диф. диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.</p> <p>160. Ранние клинические признаки озлокачивания различных форм лейкоплакии. Гистологические изменения при различных формах лейкоплакии.</p> <p>161. Герпетическая инфекция (острый и хронический рецидивирующий герпес, опоясывающий лишай). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>162. Лечение герпетической инфекции (местное и общее).</p> <p>163. Профилактика герпетической инфекции.</p> <p>164. ВИЧ-инфекция. Этиология, патогенез, клинические проявления в полости рта. Пути заражения.</p>

	<p>165. Дифференциальная диагностика ВИЧ - инфекции с другими заболеваниями СОПР. Лечение и профилактика ВИЧ - инфекции. Меры защиты врача - стоматолога.</p> <p>166. Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>167. Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта (кандидоз). Элементы поражения. Клиника и дифференциальная диагностика. Меры защиты врача - стоматолога.</p> <p>168. Лечение и профилактика грибковых поражений слизистой оболочки полости рта.</p> <p>169. Проявление специфических инфекций (сифилис) в полости рта. Этиология, патогенез, клиника, лечение.</p> <p>170. Возбудители сифилиса. Особенности клинического течения. Особенности проявления в полости рта. Роль цитологического метода в диагностике заболеваний.</p> <p>171. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>172. Проявление специфических инфекций (туберкулёз) в полости рта. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>173. Возбудители туберкулеза. Особенности клинического течения. Особенности проявления в полости рта. Роль цитологического метода в диагностике заболеваний.</p> <p>174. Роль эндогенных факторов в этиологии аллергии. Наиболее часто встречающиеся проявления аллергии в полости рта.</p> <p>175. Ангионевротический отёк Квинке, крапивница. Этиопатогенез, клиника, лечение.</p> <p>176. Лекарственная аллергия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Особенности лечения аллергических состояний в современных условиях, профилактика.</p> <p>177. Многоформная экссудативная эритема. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Синдром Стивенса-Джонсона</p> <p>178. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>179. Роль эндогенных факторов в этиологии ХРАС. Роль пищевого фактора в этиологии ХРАС. Наиболее частая локализация очагов поражения. Особенности профилактики и диспансеризации больных с ХРАС.</p> <p>180. Изменение слизистой оболочки полости рта при заболеваниях крови и кроветворной системы. Лейкозы - определение заболевания, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>181. Агранулоцитоз - определение, этиология, клинические формы, дифференциальная диагностика, картина крови, лечение.</p> <p>182. Болезнь Аддисона - Бирмера определение заболевания, клиника, изменения в крови, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>183. Гипохромная железодефицитная анемия - определение заболевания, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>184. Идиопатическая тромбоцитопения /болезнь Верльгофа/ - определение заболевания, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>185. Эритремия (болезнь Вакеза) - определение заболевания, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>186. Изменение слизистой оболочки полости рта при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, симптоматическое лечение, профилактика.</p> <p>187. Изменение слизистой оболочки полости рта при заболеваниях эндокринной системы (сахарный диабет, болезнь Иценко-Кушинга, Аддисона). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика,</p>
--	--



	<p>ка, симптоматическое лечение, профилактика.</p> <p>188. Пузырчатка. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>189. Красный плоский лишай. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика.</p> <p>190. Принципы общего лечения КПЛ. Местное лечение больных КПЛ (медикаментозное и физиотерапевтическое).</p> <p>191. Красная волчанка. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>192. Аномалии и заболевания языка. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>193. Стомалгия, глоссалгия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Физиотерапевтическое лечение.</p> <p>194. Самостоятельные заболевания губ. Эксфолиативный, glandулярный хейлит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>195. Актинический, метеорологический хейлит. Контактный хейлит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>196. Симптоматические хейлиты. Атопический, экзематозный хейлит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>197. Контактный аллергический хейлит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>198. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта. Этиологические факторы, предрасполагающие к развитию предраковых заболеваний. Классификация предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Болезнь Боуэна.</p> <p>199. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта. Бородавчатый предрак красной каймы губ.</p> <p>200. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы. Хронические рецидивирующие трещины губ, пат.анатомия, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение.</p> <p>201. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта. Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти, Пат.анатомия, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение.</p>
<p><b>Б1.Б.6.5</b> Раздел 5 «Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно - лицевой области»</p>	<p>202. Премедикация и потенцированное обезболивание в стоматологии.</p> <p>203. Инфильтрационная анестезия.</p> <p>204. Торусальная анестезия.</p> <p>205. Резцовая анестезия.</p> <p>206. Мандибулярная анестезия.</p> <p>207. Неотложная помощь при развитии общих осложнений местного обезболивания.</p> <p>208. Хирургические методы лечения хронических периодонтитов.</p> <p>209. Этиология и патогенез одонтогенных воспалительных процессов.</p> <p>210. Периостит челюстей. Клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение.</p> <p>211. Остеомиелиты челюстей. Клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение.</p> <p>212. Принципы топической диагностики абсцессов и флегмон.</p>
<p><b>Б1.Б.6.6</b> Раздел 6 «Приобретенные дефекты зубов, зубных рядов и зубочелюстной системы»</p>	<p>213. Ортопедические методы лечения частичных дефектов коронковой части зуба. Коронки: виды, показания, клинические этапы изготовления.</p> <p>214. Ортопедические методы лечения полных дефектов коронковой части зуба. Показания и противопоказания, клинические этапы изготовления штифтовой конструкции.</p> <p>215. Классификация дефектов зубных рядов.</p> <p>216. Показания к применению мостовидных протезов. Клинико-</p>

	<p>лабораторные этапы изготовления мостовидных протезов.</p> <p>217. Показания к использованию частичных съемных пластиночных протезов. Клинико-лабораторные этапы изготовления. Виды осложнений.</p> <p>218. Классификация беззубых челюстей.</p> <p>219. Клинико-лабораторные этапы изготовления протезов при полном отсутствии зубов.</p>
<p><b>Б1.Б.6.7</b> Раздел 7 «Профилактика и лечение стоматологических заболеваний в детском возрасте»</p>	<p>220. Современные представления об этиологии и патогенезе кариеса зубов у детей. Роль различных факторов риска в возникновении кариеса молочных постоянных зубов в детском возрасте.</p> <p>221. Классификация кариеса у детей по Т. Ф. Виноградовой.</p> <p>222. Зависимость клинического течения и особенностей лечения кариеса постоянных зубов у детей от степени активности кариозного процесса и стадии формирования корней.</p> <p>223. Влияние хронического периодонтита на процессы формирования и рассасывание корней, на общее состояние организма, на развитие фолликула постоянных зубов.</p> <p>224. Показания к выбору консервативного лечения периодонтитов молочных зубов у детей. Прогноз. Диспансеризация.</p> <p>225. Характеристика современных предметов и средств индивидуальной гигиены полости рта. Показания к их применению.</p> <p>226. Экзогенная безлекарственная и лекарственная профилактика кариеса зубов у детей. Современные экзогенные медикаментозные средства, методика использования. Метод глубокого фторирования эмали.</p> <p>227. Роль зубных отложений в патологии твердых тканей зубов и пародонта. Способы выявления.</p> <p>228. Роль зубных отложений в патологии твердых тканей зубов и пародонта. Способы выявления.</p> <p>229. Индексная оценка интенсивности кариеса зубов. Методика проведения.</p> <p>230. Методика витального окрашивания зубов.</p> <p>231. Особенности препарирования кариозных полостей с учетом локализации и пломбирочного материала.</p> <p>232. Методы оценки состояния твердых тканей зуба.</p> <p>233. Медикаментозная обработка кариозной полости. Материалы, методика проведения.</p> <p>Вопросы 227-232 <sup>1</sup>.</p> <p><sup>1</sup> Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности «31.08.72 Стоматология общей практики» на 2022 -2023 учебный год</p>

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Кариесология и заболевания твердых тканей зуба»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Принципы организации работы терапевтического отделения стоматологической поликлиники. Учетно-отчетная и финансовая документация.</li> <li>2. Качественные показатели работы врача-стоматолога. Критерии оценки его работы.</li> <li>3. Современные представления о причинах возникновения и механизме развития кариеса зубов. Распространенность. Интенсивность. Прирост интенсивности. Классификация кариеса зубов.</li> <li>4. Профилактика кариеса. Гигиена полости рта, ее лечебно-профилактическое значение.</li> <li>5. Обезболивание в терапевтической стоматологии. Показа-</li> </ol>
---	--

	<p>ния и противопоказания к применению местного обезбо- ливания. Сравнительная характеристика местных анесте- тиков.</p> <p>6. Современные реставрационные материалы. Классифика- ция, показания к применению.</p> <p>7. Методика реставрации зубов современными пломбироч- ными материалами. Ошибки и осложнения при ре- старации зубов фотополимеризующимися материалами.</p> <p>8. Адгезивные облицовки (виниры). Классификация, пока- зания и противопоказания. Препарирование зуба под ад- гезивные облицовки. Прямой и комбинированный методы изготовления виниров из светоотверждаемых композитов.</p> <p>9. Некариозные поражения, возникающие до прорезывания зубов (гипоплазия, флюороз). Этиология, клиника, лече- ние, профилактика.</p> <p>10. Некариозные поражения, возникающие после прорезыва- ния зубов (клиновидный дефект, эрозия эмали, патологиче- ская стираемость). Этиология, клиника, лечение, про- филактика.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<p>11.Анатомо-физиологические особенности строения пульпы. Функции пульпы. Эндодонт, взаимоотношение основных элементов в пульпарно-дентинном комплексе.</p> <p>12.Острый пульпит. Классификация. Этиология, патогенез, патоанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>13.Хронический пульпит. Классификация Этиология, пато- генез, патоанатомия, клиника, дифференциальная диагно- стика, лечение.</p> <p>14.Методы лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профи- лактика.</p> <p>15.Анатомо-физиологические особенности строения перио- донта. Функции периодонта.</p> <p>16.Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, патоанатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>17.Хронические очаги инфекции полости рта. Их роль в па- тогенезе стоматологических и общесоматических заболе- ваний. Деструктивные формы хронического верхушечно- го периодонтита. Патоанатомия. Иммунологические аспек- ты. Современные методы лечения деструктивных форм периодонтита.</p> <p>18.Эндодонтический инструментарий. Классификация, назначение, стандартизация. Инструментальная обработка (препарирование) корневого канала. Методика. Медика- ментозная обработка корневого канала.</p> <p>19.Пломбирование корневого канала. Пломбирочные ма- териалы для корневых каналов. Штифты, методы плом- бирования штифтами.</p> <p>20.Ошибки и осложнения эндодонтического лечения.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Пародонтология»</p>	<p>21.Анатомо-физиологические особенности пародонта. Функции пародонта. Десневая жидкость, ее роль в физиологии и патологии тканей пародонта в свете последних научных достижений.</p> <p>22.Кутикула, пелликула, зубной налет, зубная бляшка, зубной камень. Их роль при патологии зубов и болезней пародонта. Способы выявления зубных отложений. Методы удаления зубных отложений. Профилактика их образования. Оценка гигиенического состояния полости рта.</p> <p>23.Классификация заболеваний пародонта. Современные представления об этиологии и патогенезе заболеваний пародонта.</p> <p>24.Гингивит. Классификация. Этиопатогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>25.Пародонтит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.</p> <p>26.Пародонтоз. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения.</p> <p>27.Методы обследования больных с патологией пародонта.</p> <p>28.Комплексные методы лечения больных с воспалительными заболеваниями пародонта. Депульпирование зубов при заболеваниях пародонта. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. Понятие о направленной регенерации тканей пародонта.</p> <p>29.Диспансеризация больных с заболеваниями пародонта. Профилактика заболеваний пародонта. Методы и средства. Роль гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний пародонта.</p> <p>30.Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта. Показания, противопоказания.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Б 1.Б.6.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой полости рта и губ»</p>	<p>31.Анатомо-физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта. Функции.</p> <p>32.Слюна, ротовая жидкость: состав, свойства, физиологическое значение, связь антимикробных и других факторов слюны с этиопатогенезом развития кариеса и других заболеваний полости рта, возможности использования параметров ротовой жидкости для прогноза возникновения кариеса.</p> <p>33.Микрофлора полости рта. Физиологическая роль. Изменение состава микроорганизмов под влиянием различных факторов, участие микроорганизмов в патологических процессах полости рта. Иммунные системы полости рта.</p> <p>34.Стоматиты травматического происхождения. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>35.Лейкоплакия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация.</p> <p>36.Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта (простой герпес, опоясывающий лишай, ящур, герпангина). Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. ВИЧ-инфекция.</p>

	<p>37.Кандидоз. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>38.Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>39.Заболевания губ. Хейлиты. Классификация. Этиология, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>40.Предраки. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика.</p>
<p><b>Б1.Б.6.5</b> Раздел 5 «Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно - лицевой области»</p>	<p>41.Клинико - фармакологическая характеристика местных анестетиков.</p> <p>42.Операция удаления зуба. Показания, противопоказания, методика проведения.</p> <p>43.Общие и местные осложнения во время и после удаления зуба, их профилактика и лечение.</p> <p>44.Операции гемисекции, ампутации корня, коронорадикулярной сепарации. Показания, противопоказания, методика проведения.</p> <p>45.Острый одонтогенный периостит челюсти. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>46.Одонтогенный остеомиелит челюсти. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>47.Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p>
<p><b>Б1.Б.6.6</b> Раздел 6 «Приобретенные дефекты зубов, зубных рядов и зубочелюстной системы»</p>	<p>48. Оттисковые материалы и материалы для фиксации коронок.</p> <p>49. Вкладки и штифтовые конструкции. Показания, особенности подготовки канала корня зуба, клинические этапы изготовления.</p> <p>50. Современные конструкции мостовидных протезов. Показания, особенности препарирования, клинические этапы изготовления.</p> <p>51. Частичные съемные протезы. Показания, выбор конструкции, клинические этапы изготовления, методы фиксации частичных съемных протезов.</p> <p>52. Классификация беззубых челюстей. Методы фиксации протезов. Адаптация к полным съемным протезам.</p>
<p><b>Б1.Б.6.7</b> Раздел 7 «Профилактика и лечение стоматологических заболеваний в детском возрасте»</p>	<p><b>53.</b> Особенности клиники, диагностики, лечения и профилактики кариеса молочных и постоянных зубов.</p> <p><b>54.</b> Особенности клиники, диагностики и лечения пульпита и периодонтита молочных и постоянных зубов.</p> <p><b>55.</b> Особенности клиники, диагностики и лечения заболеваний пародонта у детей.</p> <p><b>56.</b> Особенности клиники, диагностики и лечения заболеваний слизистой полости рта у детей.</p> <p><b>57.</b> Профилактика кариеса зубов.</p> <p><b>58.</b> Гигиена полости рта.</p>

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Кариесология и за- болевания твердых тканей зуба»</p>	<p>1. Площадь стоматологического кабинета должна составлять минимально на одно кресло (м<sup>2</sup>):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 18</li><li>2) 16,5</li><li>3) 15</li><li>4) 14</li></ol> <p>2. Высота потолка в стоматологическом кабинета должна быть не менее (м):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 4,5</li><li>2) 3,3</li><li>3) 3,0</li><li>4) 2,8</li><li>5) 2,0</li></ol> <p>3. Коэффициент отражения света с поверхностей стен в стоматологическом кабинете не должен быть ниже (%):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 10</li><li>2) 20</li><li>3) 30</li><li>4) 40</li><li>5) 50</li></ol> <p>4. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 125°С - 45 мин</li><li>2) 160°С-40 мин</li><li>3) 180°С-45 мин</li><li>4) <b>180°С-60 мин</b></li><li>5) 200°С-90 мин</li></ol> <p>5.Целью использования аппарата «Ассистина» является:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) стерилизация наконечников</li><li>2) <b>предстерилизационная очистка и смазывание наконечников</b></li><li>3) дезинфекция боров</li><li>4) дезинфекция эндодонтического инструментария</li><li>5) стерилизация боров</li></ol> <p>6. Стерильный стол сохраняет стерильность в течение (часов):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 1-2</li><li>2) 2-4</li><li>3) 3-6</li><li>4) 4-10</li><li>5) 10-12</li></ol> <p>7. Обследование стоматологического больного начинают с:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) осмотра полости рта;</li><li>2) <b>внешнего осмотра больного;</b></li><li>3) пальпирования лимфатических узлов;</li><li>4) рентгенологического обследования.</li></ol>
---	---

	<p>8. Основной метод обследования стоматологического больного:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) рентгенологический;</li><li>2) <b>клинический;</b></li><li>3) цитологический;</li><li>4) лабораторный.</li></ol> <p>9. Сбор анамнеза у стоматологического больного начинают с</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) осмотра полости рта;</li><li>2) <b>выяснения жалоб;</b></li><li>3) анамнеза жизни;</li><li>4) анамнеза болезни.</li></ol> <p>10. Сообщение с полостью зуба выявляют с помощью</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) пальпации;</li><li>2) перкуссии;</li><li>3) выяснения жалоб;</li><li>4) <b>зондирования.</b></li></ol> <p>11. Интенсивность поражения кариесом определяется индексом</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) <b>КПУ;</b></li><li>2) ГИ;</li><li>3) ПМА.</li></ol> <p>12. Оценить функциональное состояние эмали позволяют индексы:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>а) КПУ;</li><li>б) ТЭР-тест;</li><li>в) КОСРЭ-тест;</li><li>г) гигиенический индекс по Грину-Вермильону.</li></ol> <p>13. Метод витального окрашивания выявляет очаги деминерализации эмали</p> <ol style="list-style-type: none"><li>а) при эрозии эмали;</li><li>б) <b>при кариесе в стадии белого пятна;</b></li><li>в) при гипоплазии эмали.</li></ol> <p>14. Электровозбудимость пульпы при воспалении</p> <ol style="list-style-type: none"><li>а) возрастает;</li><li>б) снижается;</li><li>в) не изменяется.</li></ol> <p>15. Экзогенный фактор возникновения кариеса:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) наследственные и соматические заболевания</li><li>2) кислотоустойчивость эмали</li><li>3) <b>легкоусваиваемые углеводы</b></li><li>4) высокая резистентность эмали</li><li>5) резидентная флора</li></ol> <p>16. Пелликула зуба образуется за счет:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) коллагена</li><li>2) кератина</li></ol>
--	--

- 3) скопления микроорганизмов и углеводов
  - 4) **гликопротеидов слюны**
  - 5) слущенного эпителия
17. Иммунные зоны зуба:
- 1) фиссуры и углубления на зубах
  - 2) пришеечная треть видимой коронки зуба
  - 3) жевательные поверхности зубов
  - 4) **бугры, экватор и вестибулярные поверхности зубов**
  - 5) режущий край
18. Одним из факторов, приводящих к возникновению кариеса, является(-ют-)ся:
- 1) резидентная флора
  - 2) нерастворимые белки
  - 3) **кариесогенная флора**
  - 4) высокая резистентность эмали
  - 5) растворимые белки
19. Кариес в стадии пятна характеризуется:
- 1) некрозом эмали
  - 2) нарушением формирования эмали
  - 3) поверхностной деминерализацией
  - 4) **подповерхностной деминерализацией**
  - 5) гиперминерализацией
20. Начальные повреждения эмали возникают при pH:
- 1) 3,5-4,5
  - 2) 4,5-5,5
  - 3) 5,5-6,5
  - 4) 6,5-7,5
  - 5) 8,5-10,5
21. Дифференциальный диагноз кариеса дентина (среднего кариеса) проводится с:
- 1) кариесом в стадии пятна
  - 2) хроническим фиброзным пульпитом
  - 3) глубоким кариесом
  - 4) острым диффузным пульпитом
  - 5) обострением хронического пульпита
22. Для пломбирования кариозной полости II класса по Блеку применяют:
- 1) микрофильные композиционные материалы;
  - 2) амальгамы;
  - 3) поликарбоксилатный цемент.
23. Для пломбирования кариозной полости III класса по Блеку применяют:
- 1) **микрофильные композиционные материалы;**
  - 2) амальгамы;
  - 3) поликарбоксилатный цемент.



24. План обследования пациентов с наследственными нарушениями развития зубов требует включения:

- 1) осмотра полости рта
- 2) клинического анализа крови
- 3) генеалогического метода (метода родословных)
- 4) рентгенологического метода
- 5) биохимического анализа крови

25. Наличие меловидных пятен на вестибулярной поверхности зуба отмечается при:

- 1) местной гипоплазии эмали
- 2) системной гипоплазии эмали
- 3) кариеса в стадии пятна
- 4) флюорозе зубов
- 5) **все ответы верны**

26. Окрашивание зубов при травме обусловлено действием:

- 1) меди
- 2) железа
- 3) **билирубина**
- 4) биливердина
- 5) серебра

27. Показания для отбеливания зубов

- 1) наличие зубного налета
- 2) наличие зубного камня
- 3) девитальные зубы
- 4) эрозия эмали
- 5) клиновидные дефекты

28. Местные абсолютные противопоказания к отбеливанию зубов:

- 1) «тетрациклиновые зубы»
- 2) изменения цвета зубов из-за травмы
- 3) эрозия эмали
- 4) гипоплазия эмали
- 5) флюороз

29. Для профессионального отбеливания зубов применяют:

- 1) 3% перекись водорода
- 2) 6% перекись водорода
- 3) 10% перекись карбамида
- 4) 15% перекись карбамида
- 5) 25% перекись водорода

30. Повышение чувствительности дентина связывают с:

- 1) открытием дентинных канальцев
- 2) увеличением диаметра дентинных канальцев
- 3) раздражением нервных окончаний
- 4) уменьшением внеклеточной концентрации калия вокруг нервного волокна
- 5) **все вышеперечисленное**

<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<p>31. Наиболее частый путь инфицирования пульпы:  1) по артериолам (гематогенное инфицирование)  2) <b>по дентинным канальцам из кариозной полости</b>  3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана  4) по лимфатическим сосудам  5) травматическое повреждение пульпы</p> <p>32. Вскрытие полости зуба интактного первого премоляра нижней челюсти производят в области:  1) валика  2) фиссуры впереди валика  3) фиссуры позади валика  4) щечного бугра  5) язычного бугра</p> <p>33. Гидроокись кальция обладает в основном действием:  1) противовоспалительным  2) реминерализующим  3) антисептическим  4) повышает рН в очаге воспаления  5) <b>одонтотропным</b></p> <p>34. Ампутация пульпы проводится:  1) острым бором  2) гладилкой  3) <b>экскаватором</b>  4) кюреткой  5) скальпелем</p> <p>35. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5 см соответствует рентгенологической картине:  1) хронического фиброзного периодонтита  2) <b>хронического гранулематозного периодонтита</b>  3) хронического гранулирующего периодонтита  4) кистогранулемы  5) хронического гангренозного пульпита</p> <p>36. Для кистогранулемы характерен признак:  1) четкие контуры очага деструкции на рентгенограмме до 5 мм  2) отсутствие костной структуры в очаге деструкции  3) расширение периодонтальной щели  4) очаг деструкции с нечеткими контурами  5) сужение периодонтальной щели</p>

	<p>7. Остановить кровотечение из корневых каналов можно:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) сухой тампонадой</li><li>2) <b>аминокапроновой кислотой</b></li><li>3) ортофосфорной кислотой</li><li>4) гидроксидом кальция</li><li>5) гемостатической губкой</li></ol> <p>38. Механизм действия мышьяковистой пасты:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) кератопластический</li><li>2) мумифицирующий</li><li>3) кровоостанавливающий</li><li>4) <b>девитализирующий</b></li><li>5) антисептический</li></ol> <p>39. Лечение пульпита может проводиться в одно посещение в случае:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) непроходимых корневых каналов</li><li>2) частично проходимых каналов зуба</li><li>3) аллергической реакции на анестетики</li><li>4) <b>хорошо проходимых корневых каналов</b></li><li>5) плохого самочувствия больного</li></ol> <p>40. Для профилактики заапикальной гематомы применяется:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) лазеротерапия</li><li>2) капрофер</li><li>3) аминокапроновая кислота</li><li>4) каустинерв</li><li>5) <b>диатермокоагуляция</b></li></ol> <p>41. Зона гранулемы, характеризующаяся активностью остеобластов и фибробластов:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) зона некроза</li><li>2) зона контаминации</li><li>3) зона раздражения</li><li>4) зона стимуляции</li><li>5) зона распада и деминерализации</li></ol> <p>42. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ЭОД</li><li>2) реопародонтография</li><li>3) <b>рентгенография</b></li><li>4) реоплетизмография</li><li>5) температурная проба</li></ol> <p>43. Общую интоксикацию организма в большей степени вызывает:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) хронический фиброзный периодонтит</li><li>2) <b>хронический гранулирующий периодонтит</b></li><li>3) хронический гранулематозный периодонтит</li><li>4) кистогранулема</li><li>5) хронический гангренозный пульпит</li></ol>
--	--

<p>44. Первым этапом эндодонтической техники «Stepback» (шаг назад) является:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) введение в корневой канал К-файла №35 на глубину 16 мм</li><li>2) определение временной рабочей длины</li><li>3) прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и определение рабочей длины</li><li>4) инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала</li><li>5) введение в корневой канал пульпэкстрактора</li></ol> <p>45. Основным действующим веществом препаратов для химического расширения корневых каналов является:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 3% раствор гипохлорита натрия</li><li>2) <b>этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)</b></li><li>3) оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)</li><li>4) смесь соляной и серной кислот</li><li>5) раствор перекиси водорода</li></ol> <p>46. При проведении антисептической обработки сильнодействующие препараты (камфарафенол, крезолфен и т.д.):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) вводят в корневой канал на ватной турунде или бумажном штифте под временную повязку</li><li>2) оставляют на хорошо отжатом ватном тампоне в устье корневого канала под временную повязку</li><li>3) выводят за верхушку корня на бумажном штифте</li><li>4) оставляют на обильно смоченном ватном тампоне в устье корневого канала</li><li>5) не используют</li></ol> <p>47. Рабочая длина корня при удалении некротизированной пульпы или распада:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) равна рентгенологической длине корня</li><li>2) на 0,5 мм меньше</li><li>3) на 1,0 мм меньше</li><li>4) на 1,5 мм меньше</li><li>5) на 2 мм меньше</li></ol> <p>48. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным, если:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>а) канал запломбирован не полностью</li><li>б) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом</li><li>в) <b>канал запломбирован полностью</b></li><li>г) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку</li><li>д) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку корня</li></ol> <p>49. Благоприятным исходом лечения хронического гранулирующего периодонтита является:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>а) хронический пульпит</li></ol>
---

- б) удаление зуба
- в) **переход в фиброзную форму**
- г) переход в кистогранулему
- д) физиологическое выздоровление

50. Удаление инфицированного предентина со стенок канала зуба рекомендуется проводить:

- 1) корневой иглой
- 2) пульпоэкстрактором
- 3) **К-файлом**
- 4) каналонаполнителем
- 5) экскаватором

51. Для удаления коронковой пульпы в молярах используют:

- 1) плагер
- 2) **экскаватор**
- 3) спредер
- 4) корневую иглу
- 5) файлы

52. Требования, предъявляемые к препарированию верхушки корневого канала:

- 1) верхушечная треть канала не подвергается обработке
- 2) верхушка корня не обрабатывается инструментально, только медикаментозно
- 3) верхушка расширена
- 4) формируется апикальный уступ
- 5) проводится резекция верхушки

53. Первый этап техники «Step back» («шаг назад»):

- 1) формирование апикального упора
- 2) прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и определение рабочей длины
- 3) инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала
- 4) заключительное выравнивание стенок корневого канала
- 5) инструментальная обработка средней и верхней частей корневого канала

54. Йодсодержащие препараты для медикаментозной обработки каналов:

- 1) хлорамин Т, хлоргексидин
- 2) протеолитические ферменты
- 3) гидроокись меди-кальция
- 4) **бетадин, йодиол**
- 5) перекись водорода

55. Препарат для медикаментозной обработки каналов с выраженной активностью в отношении анаэробных микроорганизмов:

- 1) диклофенак натрия
- 2) **метронидазол**
- 3) гипохлорит натрия

	<p>4) фурациллин 5) перекись водорода</p> <p>56. Ошибкой в лечении пульпита методом девитальной экстирпации является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>наложение мышьяковистой пасты без вскрытия полости зуба</b></li> <li>2) закрытие кариозной полости искусственным дентином</li> <li>3) наложение мышьяковистой пасты на вскрытую полость зуба</li> <li>4) адекватное обезболивание</li> <li>5) проведение некроэктомии</li> </ol> <p>57. Преобладающей микрофлорой инфекционного периодонтита являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стафилококки</li> <li>2) стрептококки</li> <li>3) вейлонеллы</li> <li>4) лактобактерии</li> <li>5) простейшие</li> </ol> <p>58. Причиной острой травмы периодонта может быть:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) грубая эндодонтическая обработка канала</li> <li>2) вредные привычки</li> <li>3) скученность зубов</li> <li>4) травматическая окклюзия</li> <li>5) употребление мягкой пищи</li> </ol> <p>59. Появление боли при накусывании при остром периодонтите в стадии интоксикации связано:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) накоплением молочной кислоты в тканях</li> <li>2) развитием ацидоза</li> <li>3) отеком соединительной ткани</li> <li>4) увеличением проницаемости сосудов</li> <li>5) скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта</li> </ol> <p>60. Симптом вазопареза определяется при обследовании пациентов с:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хроническим фиброзным периодонтитом</li> <li>2) хроническим гранулирующим периодонтитом</li> <li>3) хроническим гранулематозным периодонтитом</li> <li>4) острым периодонтитом в фазе интоксикации</li> <li>5) хроническим гангренозным пульпитом</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Пародонтология»</p>	<p>61. Полярография тканей пародонта позволяет определить:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) содержимое пародонтальных карманов</li> <li>2) уровень резорбции альвеолярной кости</li> <li>3) регионарную гемодинамику в пародонте</li> <li>4) парциальное давление кислорода в тканях</li> <li>5) интенсивность и распространенность воспалительных изменений</li> </ol> <p>62. Причиной воспаления в пародонте является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>микробная зубная бляшка и травма тканей пародонта</b></li> <li>2) травма тканей пародонта и нарушение обмена веществ</li> </ol>

- 3) уменьшение секреции слюны и эндокринная патология
- 4) чрезмерное потребление мягкой пищи и нарушение обмена веществ
- 5) нависающий край пломбы зуба и чрезмерное потребление мягкой пищи

63. Отсутствие контактного пункта между зубами может привести к пародонтиту:

- 1) локализованному**
- 2) генерализованному
- 3) ювенильному
- 4) быстро прогрессирующему
- 5) верно и 2) и 4)

64. Промывание пародонтального кармана осуществляют:

- 1) при проведении ротовой ванны
- 2) для нанесения лечебной повязки
- 3) активным полосканием полости рта
- 4) антисептическим раствором при помощи шприца с затупленной иглой**
- 5) при проведении орошения

65. Лечебную повязку наносят для:

- 1) изолирования просвета пародонтального кармана
- 2) продления действия лекарственного препарата
- 3) изоляции микроорганизмов кармана с целью предотвращения генерализации инфекции
- 4) прекращения оттока из пародонтального кармана

66. Аппликацию целесообразно проводить при местном лечении:

- 1) фиброматоза дёсен
- 2) пародонтальной кисты
- 3) катарального гингивита
- 4) хронического пародонтита
- 5) язвенного гингивита

67. Изолирующую повязку накладывают для:

- 1) прекращения оттока из пародонтального кармана
- 2) защиты послеоперационной раны и сохранения кровяного сгустка
- 3) при подготовке к физиотерапии
- 4) изоляции микроорганизмов кармана с целью предотвращения генерализации инфекции
- 5) при подготовке к хирургическому лечению

68. Основным этиологическим фактором пародонтита является:

- 1) микробный зубной налет (микробная бляшка)
- 2) зубной налет курильщика
- 3) плотный зубной налет
- 4) наддесневой зубной камень
- 5) поддесневой зубной камень

69. Пародонтит - заболевание:

1. воспалительное
2. воспалительно-дистрофическое
3. дистрофическое
4. опухолевидное
5. инфекционное

70. Воспаление межзубной и маргинальной десны характерно для:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

71. О наличии пародонтального кармана судят:

- 1) по погружению зонда на глубину менее 3 мм
- 2) по обнаружению поверхности корня зуба
- 3) по погружению зонда на глубину 3 мм и более
- 4) независимо от глубины кармана
- 5) по кровоточивости десны

72. При обнажении поверхности корня зуба на 6 мм и кармане в 5 мм следует предположить:

- 1) язвенно-некротический гингивит
- 2) пародонтит тяжелой степени
- 3) пародонтоз тяжелой степени
- 4) гипертрофический гингивит фиброзной формы
- 5) фиброматоз десны

73. Короткие уздечки губ и мелкое предверие полости рта рецессию десны:

- 1) уменьшают
- 2) увеличивают
- 3) не изменяют
- 4) исправляют
- 5) затрудняют

74. Пародонтоз следует дифференцировать с:

- 1) катаральным гингивитом
- 2) гипертрофическим гингивитом отечной формы
- 3) гипертрофическим гингивитом фиброзной формы
- 4) пародонтитом
- 5) пародонтитом в стадии ремиссии

75. Контрольное обследование послеоперационной области после кюретажа целесообразно провести через:

- 1) 1 неделю
- 2) 10 дней
- 3) 1 месяц
- 4) 6 месяцев
- 5) 1 год



76. Противопоказания к лоскутной операции:

- 1) пародонтальный карман 4 мм
- 2) фуркационный дефект альвеолярной кости III класса
- 3) «ложный» карман
- 4) герпетический гингивостоматит
- 5) все вышеперечисленное

77. Антибактериальные препараты и антибиотики применяют местно для:

- 1) усиления генерации активных форм кислорода и азота, приводящего к гибели клеточных мембран
- 2) повышения уровня циркулирующих иммунных комплексов в крови и угнетения их элиминации
- 3) бактерицидного и бактериостатического воздействия на пародонтопатогены
- 4) угнетения синтеза простагландинов и стабилизации клеточных мембран
- 5) снижения агрессивного действия микроорганизмов

78. Стероидные противовоспалительные препараты для лечения патологии пародонта применяют:

- 1) местно
- 2) системно
- 3) в виде орошений
- 4) для приготовления изолирующих повязок
- 5) для ротовых ванн

79. Кюретаж пародонтального кармана обеспечивает удаление:

- 1) наддесневого и поддесневого зубного камня
- 2) поддесневого зубного камня и грануляций
- 3) **поддесневого зубного камня, грануляций и десневого эпителия**
- 4) наддесневого зубного камня и десневого эпителия

80. Пародонтальную повязку применяют для:

- 1) шинирования зубов перед операцией
- 2) шинирования зубов после операции
- 3) **защиты кровяного сгустка от внешних воздействий после кюретажа**
- 4) заполнения кармана во время гингивэктомии
- 5) верно 1) и 2)

81. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 4 мм:

- 1) кюретаж карманов или операция «открытый кюретаж»
- 2) операция «открытый кюретаж»
- 3) лоскутная операция
- 4) гингивотомия
- 5) гингивэктомия

82. Специализированная помощь больным с патологией пародонта включает этапы:

- 1) профессиональную гигиену, медикаментозное и хирургическое лечение,
- 2) базовую терапию, хирургическое лечение, поддерживающую терапию и динамическое наблюдение
- 3) коррекцию гигиены полости рта, удаление зубных отложений, поддерживающую терапию и динамическое наблюдение
- 4) инструментальное удаление зубных отложений, лечение кариеса и некариозных поражений, хирургическое лечение

83. Плановое хирургическое лечение начинают:

- 1) после удаления зубных отложений
- 2) после завершения базового лечения
- 3) в случае появления гнойного экссудата
- 4) при неотложных показаниях к удалению зуба

84. Лечебные мероприятия, проводимые при пародонтите:

- 1) обучение гигиене полости рта
- 2) обучение гигиене полости рта, удаление зубных отложений
- 3) обучение гигиене полости рта, удаление зубных отложений, кюретаж пародонтальных карманов
- 4) обучение гигиене полости рта, удаление зубных отложений, кюретаж пародонтальных карманов, назначение физиотерапии

85. После операций на пародонте физиотерапию можно назначить:

- 1) сразу после операции
- 2) спустя 2 нед после операции
- 3) спустя 1 мес после операции
- 4) спустя 2 мес после операции
- 5) спустя полгода после операции

86. Укажите план лечения, наиболее эффективный при хроническом генерализованном катаральном гингивите:

- 1) антисептическая обработка полости рта, удаление зубных отложений, полирование поверхности зубов фторсодержащими препаратами, противовоспалительная терапия десен, замена пломб и коронок по показаниям, лечение у ортодонта по показаниям;
- 2) антисептическая обработка полости рта, снятие над- и поддесневых зубных отложений, кюретаж, противовоспалительная терапия десен, лечение у ортодонта и ортопеда;
- 3) антисептическая обработка полости рта, удаление зубных отложений, полирование поверхности зубов фторсодержащими препаратами, противовоспалительное лечение десен, включая склерозирующие препараты;
- 4) инъекции в десну биологически активных веществ;
- 5) обработка зубов фторсодержащими препаратами.

87. Укажите план лечения острого язвенного гингивита:

- 1) обезболивание, антисептическая обработка, аппликации растворов ферментов, аппликации препаратов, улучшающих эпителизацию;
- 2) антисептическая обработка, противовоспалительная терапия,

	<p>воздействие кератолитических препаратов;</p> <p>3) антисептическая обработка, аппликации растворов ферментов, повязки с кортикостероидами;</p> <p>4) введение антибиотиков;</p> <p>5) снятие зубных отложений и воздействие препаратами, улучшающими эпителизацию.</p> <p>88. При заболеваниях пародонта целью избирательного пришлифовывания является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нормализация прикуса;</li> <li>2) устранение преждевременных окклюзионных контактов, приводящих к травматической окклюзии;</li> <li>3) восстановление анатомической формы зубов;</li> <li>4) устранение воспалительного процесса;</li> <li>5) эстетические показания.</li> </ol> <p>89. Клиническим признаком пародонтального кармана является погружение измерительного инструмента между поверхностью зуба и тканями пародонта от края десны в апикальном направлении на глубину (мм):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1 и более;</li> <li>2) 2 и более;</li> <li>3) 3 и более;</li> <li>4) 4 и более;</li> <li>5) 5 и более.</li> </ol> <p>90. Очаги остеосклероза и остеопороза в теле челюстных костей при пародонтозе сопровождаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) резорбцией кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки без снижения ее высоты</li> <li>2) резорбцией кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки и снижением ее высоты</li> <li>3) сохранением целостности кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки без снижения ее высоты у всех зубов</li> <li>4) сохранением целостности кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки и равномерным снижением ее высоты у всех зубов</li> <li>5) сохранением целостности кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки и равномерным снижением ее высоты у отдельных зубов</li> </ol>
<p><b>Б1.Б.6.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой полости рта и губ»</p>	<p>91. Многослойный плоский эпителий слизистой оболочки полости рта в норме ороговеивает на:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мягком небе</li> <li>2) дне полости рта</li> <li>3) щеках</li> <li>4) губах</li> <li>5) твердом небе</li> </ol> <p>92. Ограниченное изменение цвета слизистой оболочки - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) бугорок</li> <li>2) рубец</li> <li>3) гнойничок</li> <li>4) узелок</li> </ol>

5) **пятно**

93. Патологические процессы, происходящие в эпителии при образовании клеток Тцанка:

- 1) паракератоз
- 2) гиперкератоз
- 3) акантоз
- 4) **акантолиз**
- 5) гранулез

94. Симптом Никольского определяется при патологическом процессе в слизистой оболочке рта:

- 1) акантозе
- 2) **акантолизе**
- 3) гиперкератозе
- 4) паракератозе
- 5) папилломатозе

95. Пузырек - первичный морфологический элемент поражения при:

- 1) плоском лишае
- 2) **простом герпесе**
- 3) лейкоплакии
- 4) пузырьчатке
- 5) сифилисе

96. Ороговевающие элементы поражения свойственны:

- 1) пузырьчатке
- 2) кандидозу
- 3) простому герпесу
- 4) ящуре
- 5) **лейкоплакии**

97. Утолщение клеток шиповатого слоя:

- 1) спонгиоз
- 2) гиперкератоз
- 3) акантоз
- 4) баллонизирующая дегенерация
- 5) акантолиз

98. Декубитальная язва вызвана фактором:

- 1) физическим
- 2) химическим
- 3) **механическим**
- 4) трофическим
- 5) радиологическим

99. Признаки озлокачествления травматической язвы:

- 1) изменение размеров язвы
- 2) блюдцеобразная форма язвы
- 3) эозинофилия
- 4) **уплотнение краев и дна язвы**
- 5) изменение цвета окружающих тканей

100. Имеют тенденцию к озлокачествлению язвы:

- 1) трофическая
- 2) сифилитическая
- 3) **туберкулезная**

**4) травматическая**

5) афта Сеттона

101. Возможные осложнения, возникающие после наложения мышьяковистой пасты:

- 1) декубитальная язва
- 2) трофическая язва
- 3) щелочной некроз
- 4) кислотный некроз
- 5) деминерализация тканей зуба

102. Антидотом мышьяка является:

- 1) раствор бикарбоната натрия
- 2) раствор марганцево-кислого калия
- 3) 3% раствор гипохлорита натрия
- 4) **унитиол**
- 5) 3% раствор перекиси водорода

103. Первичный элемент поражения при остром герпетическом стоматите носит название:

- 1) афта
- 2) корка
- 3) папула
- 4) эрозия
- 5) **пузырек**

104. Острый герпетический стоматит следует дифференцировать с:

- 1) атопическим хейлитом
- 2) гиперпластическим кандидозом
- 3) атрофическим кандидозом
- 4) десквамативным глосситом
- 5) аллергическим (медикаментозным) стоматитом

105. Возбудитель хронического рецидивирующего герпетического стоматита:

- 1) актиномицеты
- 2) палочка Леффлера
- 3) дрожжеподобные грибы
- 4) **вирус простого герпеса**
- 5) фузоспирохета Венсана

106. При герпесе патологический процесс в эпителии называется:

- 1) акантозом
- 2) гиперкератозом
- 3) паракератозом
- 4) папилломатозом
- 5) **баллонирующей дегенерацией**

107. Симптомы, характерные для опоясывающего лишая:

- 1) регионарный лимфаденит, болезненные эрозии на гиперемизованном фоне слизистой оболочки
- 2) **невралгическая боль, высыпания по ходу нервных стволов на коже и слизистой оболочке**
- 3) одиночный пузырь на слизистой оболочке с геморрагическим содержанием
- 4) одиночные округло-овальные эрозии с венчиком гиперемии
- 5) обширные сливающиеся эрозии, обрывки пузырей, отек, корки на губах

бах и коже

108. Заболевание, как правило, четко связанное с ВИЧ-инфекцией:

- 1) плоская лейкоплакия
- 2) **волосистая лейкоплакия**
- 3) веррукозная лейкоплакия
- 4) эрозивная лейкоплакия

109. Маркерным заболеванием полости рта, сопровождающим ВИЧ-инфекцию, является:

- 1) плоский лишай
- 2) хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- 3) хронический рецидивирующий герпетический стоматит
- 4) многоформная экссудативная эритема
- 5) глоссалгия

110. Дифференциальную диагностику сифилиса в полости рта проводят с:

- 1) плоским лишаем
- 2) десквамативным глосситом
- 3) глоссалгией
- 4) невралгией тройничного нерва
- 5) **верно 1) и 2)**

111. Дифференциальную диагностику язвенно-некротического гингивита Венсана проводят с:

- 1) острым герпетическим стоматитом
- 2) ВИЧ-инфекцией
- 3) сахарным диабетом
- 4) глоссалгией
- 5) **верно 1) и 2)**

112. Средства местного лечения язвенно-некротического гингивита Венсана:

- 1) раствор 0,05% хлоргексидина
- 2) гель метрогил-дента
- 3) трипсин
- 4) индометациновая мазь
- 5) **верно 1), 2) и 3)**

113. Налет при кандидозе состоит из:

- 1) смешанной флоры полости рта, клеток эпителия
- 2) единичных грибов Candida, клеток эпителия и фибрина
- 3) лептотрихий, вейлонелл, фибрина, клеток эпителия
- 4) почкующихся форм бластоспор, дрожжевого псевдомицелия, фибрина, клеток эпителия, лейкоцитов
- 5) фузобактерий, единичных грибов Candida, фибрина и десквамированных клеток эпителия

114. Острый псевдомембранозный кандидоз дифференцируют с:

- 1) острым герпетическим стоматитом
- 2) лейкоплакией
- 3) невритом язычкового нерва
- 4) многоформной экссудативной эритемой
- 4) язвенно-некротическим стоматитом

115. К противогрибковым препаратам относят:

	<p>1) метронидазол  2) <b>флуконазол</b>  3) тиосульфат натрия  4) тетрациклин  5) гистаглобулин</p> <p>116. Тяжелая форма многоформной экссудативной эритемы:  1) синдром Бехчета  2) афтоз Сеттона  3) синдром Шегрена  4) синдром Розенталя  5) <b>синдром Стивенса-Джонсона</b></p> <p>117. При многоформной экссудативной эритеме элементы поражения на коже:  1) пятно, папула, «кокарда»  2) волдырь, пузырь, «кокарда»  3) эрозия, чешуйка, трещина  4) папула, волдырь, «кокарда»  5) пятно, пузырь, «кокарда»</p> <p>118. Десквамативный глоссит - это результат нарушений:  1) гематопозитических  2) нервно-трофических  3) психогенных  4) сердечно-сосудистых  5) венозного оттока</p> <p>119. Синдром Мелькерссона-Розенталя включает:  1) складчатый язык и десквамативный глоссит  2) <b>складчатый язык и макрохейлит</b>  3) складчатый язык и макроглоссит  4) складчатый язык и ромбовидный глоссит  5) складчатый язык и эксфолиативный хейлит</p> <p>120. Сочетание эрозивной формы плоского лишая с сахарным диабетом и гипертонической болезнью - это синдром:  1) <b>Гриншпана</b>  2) Мелькерссона-Розенталя  3) Бехчета  4) Стивенса-Джонсона  5) Шегрена</p> <p>121. Патологические процессы в эпителии при красной волчанке:  1) гиперкератоз  2) акантолиз  3) атрофия  4) акантоз  5) <b>верно 1) и 3)</b></p>
<p><b>Б1.Б.6.5</b>  Раздел 5  «Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно - лицевой области»</p>	<p>122. Лидокаин относится:  1) к амину  2) к эфиру  3) <b>к амиду</b>  4) к производному изохинолина  5) к ацмантильному радикалу</p> <p>123. Какой из местных анестетиков является эфиром парааминобензой-</p>

ной кислоты:

- 1) азакаин
- 2) совкаин
- 3) новокаинамид
- 4) новокаин**
- 5) мезокаин

124. Чувствительные ветви языкоглоточного нерва иннервируют:

- 1) слизистую оболочку ретромолярной области
- 2) слизистую оболочку миндалин и дужек мягкого нёба**
- 3) слизистую оболочку задней части носовой полости
- 4) моляры нижней челюсти
- 5) моляры верхней и нижней челюсти

125. Блуждающий нерв - это какая пара черепно-мозговых нервов:

- 1) V пара
- 2) VII пара
- 3) IX пара
- 4) X пара**
- 5) XII пара

126. Подъязычный нерв иннервирует мышцы:

- 1) всего языка**
- 2) соответствующей половины языка
- 3) передней части языка
- 4) задней части языка
- 5) дно полости рта

127. Инструмент для удаления третьих моляров верхней челюсти:

- 1) прямые щипцы
- 2) прямой элеватор
- 3) S-образные щипцы с шипом
- 4) штыковидные щипцы**
- 5) штыковидный элеватор

128. Щипцы для удаления корней резцов верхней челюсти:

- 1) клювовидные
- 2) штыковидные**
- 3) S-образные сходящиеся
- 4) S-образные с шипом справа
- 5) S-образные несходящиеся

129. Основными критериями для оказания стоматологической хирургической помощи лицам с сопутствующими заболеваниями в условиях поликлиники являются:

- 1) выбор обезболивания**
- 2) пол
- 3) время суток
- 4) опыт врача
- 5) стоимость лечения

130. Проведите предоперационную медикаментозную подготовку лицам пожилого возраста при удалении зубов по экстренным показаниям:

- 1) морфиноподобные препараты
- 2) снотворные
- 3) седативные**
- 4) нейролептики



	<p>5) наркотические анальгетики</p> <p>131. Под онкологической настороженностью понимают знание:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>ранних симптомов заболевания</b></li> <li>2) препаратов для лечения</li> <li>3) профессиональных вредностей</li> <li>4) допустимых доз лучевой терапии</li> <li>5) расположения онкологических служб</li> </ol>
<p><b>Б1.Б.6.6</b> Раздел 6 «Приобретенные дефекты зубов, зубных рядов и зубочелюстной системы»</p>	<p>132. Основное преимущество цельнолитых мостовидных протезов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эстетичность</li> <li>2) простота изготовления</li> <li>3) <b>прочность, надежность</b></li> <li>4) быстрое привыкание пациента к протезу</li> <li>5) скорость изготовления</li> </ol> <p>133. Удерживание протеза в полости рта в покое и при разговоре – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>фиксация</b></li> <li>2) стабилизация</li> <li>3) артикуляция</li> <li>4) абфракция</li> <li>5) ретенция</li> </ol> <p>134. При изготовлении цельнолитой коронки зуб препарируется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>конусовидной формы</b></li> <li>2) цилиндрической формы</li> <li>3) прямоугольной формы</li> <li>4) трапециевидной формы</li> <li>5) форма не имеет значения</li> </ol> <p>135. При подготовке зубов под несъемный мостовидный протез боковым стенкам опорных зубов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>придается параллельность</b></li> <li>2) придается конусность</li> <li>3) внимание не придается</li> <li>4) не придается параллельность</li> <li>5) придается скос под углом 45°</li> </ol> <p>136. При препарировании зуба под штампованную коронку уступ формируется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) супрагингивально</li> <li>2) на уровне края десны</li> <li>3) субгингивально на вестибулярной поверхности</li> <li>4) субгингивально по всему периметру шейки зуба</li> <li>5) <b>не формируется</b></li> </ol> <p>137. При изготовлении литых коронок разборную модель изготавливают для:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) точности литья коронки</li> <li>2) удобства моделировки и припасовки коронки</li> <li>3) предотвращения усадки металла</li> <li>4) <b>дублирования модели из огнеупорного материала</b></li> <li>5) литья коронки на гипсовом штампе</li> </ol> <p>138. Создание чрезмерной конусности культи зуба при препарировании под металлокерамическую коронку обуславливает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) травму пародонта</li> <li>2) <b>ослабление фиксации протеза</b></li> </ol>

	<p>3) затрудненное наложение протеза  4) эстетический дефект в области шейки зуба  5) снижение жевательной эффективности</p> <p>139. Односторонний дистально неограниченный (концевой) дефект зубного ряда (по классификации Кеннеди) относится к классу:  1) первому  <b>2) второму</b>  3) третьему  4) четвертому  5) пятому</p> <p>140. Промежуточная часть мостовидного протеза при отсутствии зубов 22 и 23 имеет форму:  1) седловидную  2) промывную  <b>3) касательную</b>  4) ступенчатую  5) диаторическую</p> <p>141. Показанием к изготовлению штифтового зуба является:  1) отлом угла режущего края зуба  2) разрушение корня зуба на 1/2  3) кариозная полость I класса по Блэку  4) <b>разрушение коронки зуба на уровне десны</b>  5) подвижность зуба второй степени</p> <p>142. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба, равный 0,9, является показанием к изготовлению:  1) вкладки  2) полукоронки  3) <b>штифтового зуба</b>  4) экваторной коронки  5) телескопической коронки</p> <p>143. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба, равный 0,45, является показанием к изготовлению:  1) <b>вкладки</b>  2) полукоронки  3) штифтового зуба  4) экваторной коронки  5) телескопической коронки</p> <p>144. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:  1) <b>атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки</b>  2) изменение характера движений нижней челюсти  3) увеличение амплитуды движений нижней челюсти  4) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх  5) появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава</p>
<p><b>Б1.Б.6.7</b>  Раздел 7  «Профилактика и лечение стоматологических заболеваний в детском возрасте»</p>	<p>145. К эндогенным факторам риска возникновения кариеса зубов относятся:  1) частое употребление легко ферментируемых углеводов  2) наличие ортодонтических конструкций  3) низкая скорость секреции слюны  4) <b>наличие системных хронических заболеваний</b>  5) неудовлетворительная гигиена полости рта.</p>

146. Деминерализация эмали начинается в её слое:

- 1) поверхностном
- 2) **подповерхностном**
- 3) среднем
- 4) глубоком
- 5) одновременно во всех слоях.

147. Дентин при медленном течении кариеса:

- 1) светлый, влажный, легко удаляется экскаватором
- 2) светлый, влажный, удаляется экскаватором с трудом
- 3) пигментированный, легко удаляется экскаватором
- 4) **пигментированный, удаляется экскаватором с трудом**
- 5) светлый, при зондировании плотный.

148. Дентин при активном течении кариеса:

- 1) **светлый, влажный, легко удаляется экскаватором**
- 2) светлый, влажный, удаляется экскаватором с трудом
- 3) пигментированный, легко удаляется экскаватором
- 4) пигментированный, удаляется экскаватором с трудом
- 5) светлый, при зондировании плотный.

149. На первых постоянных молярах у детей в сменном прикусе кариес возникает:

- 1) на буграх
- 2) в пришеечной области
- 3) на контактных поверхностях
- 4) на вестибулярной поверхности
- 5) **в фиссурах и ямках.**

150. К местным методам фторидпрофилактики относится:

- 1) употребление фторированного молока
- 2) **покрытие зубов фторлаком**
- 3) приём фторидсодержащих таблеток
- 4) фторирование питьевой воды
- 5) фторирование соли

151. Основным методом профилактики воспалительных заболеваний пародонта является:

- 1) **эффективное удаление зубных отложений (индивидуальная и профессиональная гигиена полости рта)**
- 2) сокращение употребления легко ферментируемых углеводов
- 3) санация полости рта
- 4) регулярное применение фторидсодержащих зубных паст
- 5) рациональное протезирование

152. Показанием к проведению герметизации фиссур является:

- 1) **узкие глубокие фиссуры на жевательной поверхности**
- 2) страх стоматологического вмешательства у пациента
- 3) кариозное поражение фиссур
- 4) интактность зубов более двух лет с момента прорезывания
- 5) пигментация фиссур.

153. Причина возникновения острого герпетического стоматита у маленьких детей:

- 1) сопутствующие заболевания
- 2) **утрата пассивного иммунитета**
- 3) аллергия организма

	<p>4) несоблюдение гигиены сосок, игрушек 5) контакт с домашними животными.</p> <p>154. Причиной травматической эрозии слизистой оболочки нижней поверхности кончика языка у детей первых месяцев жизни чаще является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) соски</li> <li>2) игрушки с острыми гранями</li> <li>3) средства гигиены полости рта новорождённых</li> <li>4) <b>преждевременно прорезавшиеся зубы</b></li> <li>5) резиновые рожки на бутылочках.</li> </ol> <p>155. При кандидозе на слизистой полости рта выявляют:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>белый творожистый налёт</b></li> <li>2) фибринозный налёт</li> <li>3) папулы округлой или овальной формы</li> <li>4) пятна Филатова-Коплика.</li> <li>5) гранулы Фордайса</li> </ol> <p>156. Для лечения пиодермии применяют мазь:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 0,25% оксолиновая</li> <li>2) 2% теброфеновая</li> <li>3) <b>2% неомициновая</b></li> <li>4) 1% клотримазол</li> <li>5) 1% гидрокортизоновая</li> </ol> <p>157. Для ускорения заживления афт при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите применяют:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) флореналевую мазь</li> <li>2) мазь ацикловир</li> <li>3) мазь клотримазол</li> <li>4) гидрокортизоновую мазь</li> <li>5) <b>масло шиповника.</b></li> </ol> <p>162. Афты Беднара встречаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>у детей первых месяцев жизни</b></li> <li>2) у детей 2-3 лет</li> <li>3) у дошкольников</li> <li>4) у подростков</li> <li>5) в любом возрастном периоде</li> </ol>
--	---

### Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б 1.Б.6.1</b></p> <p>Раздел 1 «Кариесология и заболевания твердых тканей зуба»</p>	<p><b>Задача № 1.</b></p> <p>На прием к стоматологу обратился пациент 22 лет с жалобами на наличие пятен на передних зубах. Чистит зубы нерегулярно. При осмотре отмечается наличие меловидных пятен в пришеечной области на зубах 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, поверхность эмали в области пятен шероховатая, блеск эмали отсутствует. Индекс гигиены полости рта РНР = 1,8.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оцените состояние гигиены полости рта.</li> <li>2. Назовите заболевание, которому может соответствовать данная клиническая картина.</li> <li>3. Дополнительные методы, необходимые для подтверждения диагноза.</li> </ol>
--	--

4. Укажите фактор риска возникновения данного заболевания.
5. Предложите комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

#### **Задача № 2.**

Пациент 28 лет, обратился в клинику с жалобами на откол пломбы и кратковременные боли от термических раздражителей в 21 зубе.

Объективно: 21 – откол пломбы, после снятия пломбы глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба (апроксимально-медиальная поверхность с нарушением целостности режущего края), зондирование дна кариозной полости болезненно.

1. Дообследуйте пациента и поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите этапы лечения данного заболевания.
4. К какому классу классификации кариозных полостей по Блэку относится эта кариозная полость?
5. Каковы особенности препарирования кариозной полости в данном случае?
6. Какие материалы используются для наложения лечебной и изолирующей прокладок? Обоснуйте выбор пломбирочных материалов для наложения лечебной и изолирующей прокладок.

#### **Задача № 3.**

У пациентки 43 лет, в течение суток отмечается боль в области 46 зуба. Боль началась внезапно ночью, приступы боли непродолжительные (10-15 минут), боль усиливается от температурных раздражителей. Две недели назад 46 зуб был лечен, наложена пломба из композиционного материала; из анамнеза было выявлено, что пациентка жаловалась на боли от температурных раздражителей, которые быстро проходили.

1. Назовите наиболее вероятные ошибки, которые врач мог допустить при диагностике и лечении 46 зуба ранее, приведшие к развитию осложнения.
2. Перечислите заболевания, с которыми проводится дифференциальная диагностика глубокого кариеса.
3. Назовите особенности лечения глубокого кариеса.

#### **Задача № 4.**

Пациент 50 лет, обратился в клинику с жалобами на кратковременные боли при приеме пищи в области жевательной группы зубов верхней челюсти справа.

Объективно: 17 – кариозная полость на контактно-медиальной поверхности, средних размеров, не сообщающаяся с полостью зуба, зондирование, перкуссия, термодиагностика безболезненны. В 16 зубе на контактно-дистальной поверхности глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, зондиро-

вание болезненно по дну.

1. Дообследуйте пациента.
2. Поставьте диагноз.
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика в этой клинической ситуации?
4. Перечислите этапы лечения 17 и 16 зубов.

#### **Задача № 5.**

При рентгенологическом обследовании у больного М., 25 лет в области 4.4; 4.5; было обнаружено в периапикальных тканях, ближе к верхушке 4.5; очаг разряжения костной ткани диаметром 3мм x 3мм округлой формы. Периодонтальная щель без изменений, непрерывность кортикальной пластинки не нарушена. 4.4; 4.5 запломбированы по поводу среднего кариеса. Жалоб со стороны этих зубов больной не предъявляет. Перкуссия безболезненная, слизистая оболочка в области 4.4; 4.5; бледно-розового цвета.

- Поставьте диагноз;
- Проведите дифференциальную диагностику;
- Уточните план обследования.

#### **Задача № 6.**

Больной Р., 21 год, обратился с жалобами на неприятный запах изо рта. При обследовании выявлено большое количество мягкого зубного налета, в области нижних фронтальных зубов с язычной поверхности определяется зубной камень в межзубных промежутках. ИГ по Грину-Вермилиону составляет 2,2 балла.

Дайте характеристику гигиене полости рта данного больного, дайте оценку гигиеническому индексу и общей гигиене полости рта.

#### **Задача № 7.**

К стоматологу обратился пациент В. 20 лет с жалобами на болезненность и кровоточивость десен при чистке зубов. Зубы чистит не регулярно.

При осмотре: имеется большое количество мягких и твердых зубных отложений, наличие меловидных пятен в пришеечной области на зубах 1.1, 1.2, 1.3, 1.4. Поверхность эмали в области пятен шероховатая, блеск эмали отсутствует. Индекс гигиены полости рта по Грину-Вермильону – 2,5.

1. Оцените состояние гигиены полости рта.
2. Назовите заболевание, которому может соответствовать данная клиническая картина.
3. Дополнительные методы необходимые для подтверждения диагноза.
4. Укажите фактор риска возникновения данного заболевания.

	<p>5. Укажите способы удаления зубных отложений при проведении профессиональной гигиены.</p> <p>6. Подберите средства индивидуальной гигиены полости рта данному пациенту.</p> <p>Предложите комплекс лечебно-профилактических мероприятий</p> <p><b>Задача № 8.</b></p> <p>Задача № 1. Пациенту П. (18 лет) был поставлен диагноз «кариес дентина». Кариозная полость I класса по Блэку была отпрепарирована под проводниковой анестезией. Во время препарирования врач обнаружил на дне кариозной полости сообщение с полостью зуба. Какую ошибку допустил врач? Что следует сделать для исправления ситуации?</p> <p><b>Задача № 9.</b></p> <p>Пациент обратился с жалобами на выпадение пломбы 36. Жалобы на боли отсутствовали. Клинически: 36 глубокая кариозная полость, зондирование безболезненно. Зуб изменен в цвете. Врач поставил диагноз «кариес дентина». Какие ошибки допустил врач во время лечения и диагностики?</p> <p><b>Задача № 10.</b></p> <p>Больной В., 48 лет, обратился в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области 26 зуба, припухлость десны около зуба. Из анамнеза: зуб лечил в другой клинике, под анестезией была поставлена пломба. Назовите возможные ошибки при диагностике и лечении данного зуба.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<p><b>Задача № 11.</b></p> <p>Пациент 48 лет жалуется на острую самопроизвольную боль, приступообразного характера, усиление боли в ночное время, боль от всех видов раздражителей, долго не проходящую после их устранения, иррадиирующую в подглазничную область справа.</p> <p>Объективно: 14 – коронка зуба интактна, маргинальная часть десны цианотична, при зондировании определяется глубокий пародонтальный карман; пальпация безболезненна, слегка болезненна вертикальная перкуссия 14. При воздействии термических раздражителей возникает боль, переходящая в приступ.</p> <p>1)Дообследуйте пациента. 2)Поставьте диагноз. 3)Составьте план лечения.</p> <p><b>Задача № 12.</b></p> <p>У пациента К. 25 лет, два месяца назад появилась</p>

кариозная полость в 24. При попадании в кариозную полость пищи возникала непродолжительная боль, которая исчезала в течение нескольких минут после полоскания рта. За помощью к стоматологу не обращался. Накануне ночью появились сильные болевые приступы кратковременного характера, не связанные с действием раздражителя, боль усиливается от температурных раздражителей, долго не проходит после устранения раздражителя. Объективно: при осмотре зубов верхней челюсти слева на медиальной поверхности 24 отмечается глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином светлого цвета, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно в одной точке, при проведении температурной пробы холодной водой отмечается резкая болевая реакция, не проходящая после удаления раздражителя. Перкуссия 24 безболезненная.

1. Назовите причины воспаления пульпы в данной клинической ситуации.
2. Перечислите дополнительные методы диагностики для постановки диагноза.
3. Поставьте диагноз.
4. С чем проводится дифференциальная диагностика данного заболевания?

#### **Задача № 13.**

Пациентка 45 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на наличие кариозной полости в 25, на боли от температурных раздражителей, которые приобретают ноющий характер и не исчезают после устранения раздражителя. Боль также возникает в ответ на попадание в кариозную полость пищи при жевании. Приступ длится достаточно долго, боль остается еще некоторое время и после освобождения полости от пищевых остатков. За помощью к врачу не обращалась, хотя кариозный процесс появился около восьми месяцев назад. Объективно: слизистая оболочка десны в области 25 не изменена, пальпация в проекции вершины корня 25 безболезненна. 25 в цвете не изменен, на дистальной поверхности имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование кариозной полости болезненно в точке сообщения с полостью зуба, пульпа кровоточит.

1. Какой предварительный диагноз Вы можете поставить?
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями пульпы зуба проводится дифференциальная диагностика этой формы пульпита?
4. Какой окончательный диагноз Вы поставите?

#### **Задача № 14.**

Пациент 40 лет, жалуется на изменение цвета 14,



кроме того, иногда отмечается чувство неловкости и болезненности при приеме горячей пищи. Зуб ранее болел - около года назад возникали приступообразные боли. За помощью к стоматологу не обращался, через несколько дней острая боль уменьшилась, а затем практически исчезла.

Объективно: контуры лица не изменены, в 14 на контактной поверхности глубокая кариозная полость, при зондировании полости обнаруживается широкое сообщение с полостью зуба. В устьях корневых каналов отмечается боль при зондировании, перкуссия зуба безболезненная, пальпация слизистой оболочки десны в области проекции верхушки корня безболезненна.

1. Какой предварительный диагноз Вы можете поставить?
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями пульпы зуба проводится дифференциальная диагностика этой формы пульпита?
4. Какой окончательный диагноз Вы поставите?
5. Какие изменения имеются патанатомически при данной форме пульпита?

#### **Задача № 15.**

Больной М., 24 года, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающую боль от всех видов раздражителей, на наличие кариозной полости в 26 зубе. Объективно: кариозная полость по I классу, зондирование болезненно в одной точке. Дополнительное обследование – ЭОД 30 мА.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Выберите метод лечения и обоснуйте его.
- 3) Назовите последовательность этапов лечения.
- 4) Какие препараты можно применять для лечения?

#### **Задача № 16.**

Больной М., 24 года, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающую ноющую боль от всех видов раздражителей, на наличие кариозной полости в 1.2 зубе. Объективно: кариозная полость по III классу, зондирование болезненно в одной точке. Дополнительное обследование – ЭОД 45 мА.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Выберите метод лечения и обоснуйте его.
- 3) Назовите последовательность этапов лечения.
- 4) Какие препараты для пломбирования каналов предпочтительно использовать и почему?

#### **Задача № 17.**

Больной Ц., 38 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли, усиливающиеся от всех видов раздражителей в зубе 3.7. Больной страдает астмой и ревматизмом.

Кариозная полость на жевательной поверхности.

- 1) Какой диагноз можно предположить?
- 2) Выберите оптимальный метод лечения данного больного.
- 3) Назовите этапы лечения.

**Задача № 18.**

Пациент Н., 33 года, жалобы на постоянные боли, ноющего характера в 15 зубе, усиливающиеся при накусывании. Анамнез: 5 дней назад в 15 зуб была наложена мышьяковистая паста. В назначенный срок больной на прием не явился. Боли при накусывании появились 3 дня назад.

Объективно: слизистая оболочка десны в области 15 зуба без изменений. На жевательной поверхности 15 зуба временная пломба. Перкуссия 15 зуба болезненная. Показания ЭОД= 100 мкА. На рентгенограмме 15 зуба патологических изменений в периапикальных тканях нет.

1. Перечислите заболевания, вероятные при этой симптоматике.
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите диф. диагностику.
4. Перечислите антидоты мышьяковистой пасты.

**Задача № 19.**

Пациент А., 23 лет обратился с жалобами на изменение цвета коронки 22 зуба. Анамнез: 22 зуб лечен по поводу осложненного кариеса 1,5 года назад. После лечения зуб не болел. Объективно: вестибулярная поверхность коронки 22 зуба имеет серый оттенок, слизистая оболочка в области проекции верхушки 22 зуба бледно-розового цвета, перкуссия безболезненная. После удаления пломбы полость зуба широко раскрыта, устье канала закрыто пломбировочным материалом. На рентгенограмме корневой канал 22 зуба прослеживается на всем протяжении. Пломбировочный материал заполняет только устьевую часть канала. В области верхушки корня очаг деструкции костной ткани с не четкими контурами размером 1-2 мм.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф. диагностику.
3. План и этапы лечения.

**Задача № 20.**

Больной 37 лет. Жалобы на деформацию верхней губы. 21 зуб интактный, коронка изменена в цвете, ранее была травма. На рентгенограмме - очаг разряжения костной ткани в области проекции верхушки корня 21, 22 зубов круглой формы с четкими границами до 2,0 см. в размере. Диагноз: радикулярная киста верхней челюсти в области 21, 22 зубов.

1. Какова тактика врача?
2. Обоснуйте план лечения.

**Задача № 21.**

Пациент М. 18 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта, неприятный запах изо рта, общую слабость, головную боль, повышенную температуру тела 38,6 градусов. Болен 3 дня. При внешнем осмотре: бледные кожные покровы. При пальпации: регионарные лимфатические узлы увеличенные, болезненные, подвижные. Гнилостный запах изо рта. В полости рта: неудовлетворительная гигиена, обильный наддесневой зубной камень, гиперемия, некроз межзубных сосочков, десневого края вокруг зубов 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, кровоточивость и резкая болезненность десны при прикосновении инструментом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.

**Задача № 22.**

Пациент Л., 19 лет, обратилась с жалобами на кровоточивость и разрастание десны в области передних зубов нижней челюсти, неудовлетворительный внешний вид при улыбке и разговоре. Впервые заметила кровоточивость десны 5 лет назад, последние 3 года изменилась форма десны, появилось ощущение дискомфорта. В поликлинике по месту жительства врач порекомендовал пользоваться мягкой зубной щеткой, полоскать полость рта настоями трав. Состояние ухудшилось: кровоточивость десны усилилась. В детстве перенесла ветряную оспу и другие детские инфекции, в настоящее время считает себя практически здоровой. При внешнем осмотре отделы лица симметричные, поднижнечелюстные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны. Осмотр полости рта: зубные ряды интактны, скученность зубов в переднем отделе нижней челюсти. На зубах обильный мягкий налет. На язычной поверхности резцов и клыков нижней челюсти зубной камень. Цианоз десневых сосочков и края десны у передних зубов нижней челюсти. Десневые сосочки отечны, перекрывают коронки зубов на 1/3, при зондировании отмечается кровоточивость десны; клинический карман 4—5 мм; зубодесневое соединение не нарушено. В остальных отделах челюстей десна без изменений.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные этиологические факторы данного заболевания.
3. Назовите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

**Задача № 23.**

Больной Н. 32 лет. Считает себя здоровым. Обратился с жалобами на зуд десен, обнажение шеек зубов, боль от терм

ческих раздражителей. Из анамнеза выяснено медленное, течение 10 лет, прогрессирование этих симптомов.

Объективно: слизистая десны на всем протяжении бледная, анемичная, десневых карманов нет, ретракция десны 43 и 3 до 1/2 длины корня. Отмечаются клиновидные дефекты в 43, 44, 33, 34 зубах.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование, дайте подробное описание его результатов.
3. С каким заболеванием тканей пародонта необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие клинические данные свидетельствуют о дистрофическом процессе?

#### **Задача № 24.**

Пациентка К., 27 лет, обратилась в клинику с жалобами на повышенную чувствительность и оголение корней зубов. Молодая женщина была обеспокоена по поводу прогрессирующего, по ее словам, «оголения корней зубов». При клиническом осмотре было выявлено генерализованная рецессия десны глубиной 3-5 мм, мелкое преддверие полости рта от 2 до 3 мм, вестибулярное положение клыков на верхней челюсти и тонкая слизистая оболочка. Пациентка сказала, что пользуется жесткой зубной щеткой. Около 6 месяцев назад пациентка закончила лечение у врача-ортодонта, после чего «десна начала уходить».

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика врача - терапевта.

#### **Задача № 25.**

Пациентка, 44 года. Обратилась в стоматологическую клинику для лечения зубов и протезирования. При осмотре было выявлено: Генерализованная патологическая стираемость зубов; спазм жевательной мускулатуры; патологические процессы в тканях пародонта, пародонтальные карманы глубиной 5-7 мм; снижение высоты нижнего отдела лица и межжюккюзюонной высоты; мелкое преддверие полости рта 3 мм; уздечка верхней губы низко прикреплена и широкая, вплетается в межзубной сосочек; неудовлетворительная эстетика, рецессия десны; множественные клиновидные дефекты.

1. Составьте план лечения.

#### **Задача № 26.**

Пациент Р. 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 1.1, 2.1, 3.1, кровоточивость десен, выделение гноя, боль, неприятный запах изо рта, частые случаи припухлости десны, который сопровождаются болью и повышением температуры тела

до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щек без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойной отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм. Патологическая подвижность зубов I-II степени.

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.

2. Назовите данные анамнеза, которые необходимо выяснить для уточнения диагноза.

3. Назовите методы обследования для уточнения диагноза.

4. Наметьте план лечебных мероприятий.

#### **Задача № 27.**

Пациент Ш., 38 лет, обратился с жалобами на кровоточивость десны, неприятный запах изо рта, подвижность зубов. Кровоточивость десны отмечает с юношеского возраста, за стоматологической помощью обращался по поводу лечения кариеса и для протезирования, лечение по поводу патологии пародонта не проводилось. Считает себя практически здоровым. Опасные вирусные инфекции и непереносимость лекарственных препаратов отрицает.

При осмотре конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны. В полости рта: тесное положение (скученность) зубов 32, 31, 41, 42; десна в этом участке отечна, гиперемирована (РМА в области резцов нижней челюсти 75 %). Определяется зубной камень и микробный налет (ОН1-S 2,45 балла). Пародонтальные карманы в области резцов нижней челюсти 5 мм. На указанных зубах нависающие края пломб по III классу. Кариозные полости в зубах 15, 16, 26 КПУ=10 (К=3, П=5, У=2). На контактной внутривисочной рентгенограмме в области зубов 32, 31, 41, 42 определяется воспалительная резорбция межальвеолярных перегородок со снижением их высоты до 1/2 длины корней (PI 0,8 балла).

1) Определите диагноз заболевания.

2) Проведите дифференциальную диагностику.

3) Перечислите симптомы заболевания.

4) Обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5) Составьте план лечения.

#### **Задача № 28.**

Пациент Р. 27 лет, обратился с жалобами на отсутствие зубов, их подвижность, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах изо рта, частые случаи припухлости десны, которые сопровождаются бо-

	<p>лю и повышением температуры тела до 37,9° С. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Пародонтальные карманы 6—9 мм. Патологическая подвижность зубов I— III степени.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Назовите группы заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.</li> <li>2) Установите предполагаемый диагноз.</li> <li>3) Какие методы диагностики необходимо применить для уточнения диагноза?</li> <li>4) Какой план лечебных мероприятий следует определить?</li> </ol> <p><b>Задача № 29.</b></p> <p>Больная С., 25 лет, обратилась с жалобами на периодически возникающую кровоточивость дёсен, усиливающуюся при чистке зубов, что беспокоит больную уже в течение 3 лет. В анамнезе – хронический гастрит в течение 5 лет.</p> <p>При объективном осмотре полости рта выявлено: отёк и гиперемия с цианозом межзубных десневых сосочков и маргинальной десны, кровоточащей при дотрагивании до неё зондом. Имеется мягкий зубной налёт в области шеек зубов, отложения наддесневого зубного камня. Гигиеническое состояние полости рта удовлетворительное. Гигиенический индекс Фёдорова-Володкиной равен 2,5 баллам. Проба Шиллера-Писарева положительная, при этом окрасились все десневые сосочки и маргинальная десна в области большинства зубов.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте диагноз.</li> <li>2) Определите степень тяжести заболевания.</li> <li>3) Составьте план обследования и лечения больной.</li> </ol> <p><b>Задача № 20.</b></p> <p>Больной 50 лет, жалуется на кровоточивость десен, подвижность зубов 2 степени, пародонтальные карманы 6-7 мм, частое появление абсцессов на деснах, плохое самочувствие с периодическим повышением температуры тела. Кровоточивость десен появилась 10 лет назад, но за последние 3 года усилилась, появилась подвижность зубов, гноетечение из карманов.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Составьте план обследования больного.</li> <li>▪ Поставьте диагноз.</li> <li>▪ Наметьте план комплексного лечения.</li> </ul>
<p><b>Б1.Б.6.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой полости рта и губ»</p>	<p><b>Задача № 31.</b></p> <p>Пациент 43 лет обратился к стоматологу с жалобами на шероховатость, чувство стянутости и неприятные ощущения от приёма горячей пищи в углах рта. Жевание затруднено из-за отсутствия некоторых жевательных зубов. Иногда во рту появляется металлический привкус.</p> <p>Жалобы пациент связывает с протезированием искусственными коронками зубов 11, 12, 13, 14, 21, 22,23, 24 три года назад. К стоматологу не обращался, так как не</p>

было болевых ощущений.

При внешнем осмотре: пациент пониженной упитанности, конфигурация лица нарушена из-за снижения высоты нижней трети лица. Слизистая оболочка губ, преддверия и полости рта нормального цвета, достаточно увлажнена. Язык покрыт сероватым налётом, на боковых поверхностях имеются отпечатки зубов. На слизистой оболочке в углах рта обнаружены очаги серо-белого цвета в виде бляшек, возвышающихся над окружающей слизистой оболочкой. Очаги размером 1,5/ 2,0 см при поскабливании не снимаются. При пальпации очагов болезненности и уплотнения в основании не определяется.

Прикус ортогнатический. Зубы 14, 13, 23, 24 покрыты искусственными металлическими коронками, а 11, 12, 21, 22- с пластмассовой облицовкой. Отсутствуют зубы 18,17,16,15, 26, 25, 31, 37, 38, 48, 46, 45. Имеются кариозные полости в зубах 34 и 44, дефекты пломб из амальгамы в зубах 35, 36 и 47. Коронка зуба 28 значительно разрушена, пальпация по переходной складке слегка болезненна. Индекс гигиены 2,3 балла, состояние пародонта соответствует клинической картине хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести. Подвижность зубов 32,41,42 – второй степени. В настоящее время страдает хроническим гиперацидным гастритом, шесть лет назад перенёс холецистэктомию, после операции отказался от острой и жирной пищи. Курит с 15 лет, алкоголь употребляет умеренно.

1. Какой диагноз можно предположить в данной ситуации.
2. Назовите признаки озлокачествления.
3. Назовите средства для общего и местного лечения данного заболевания.
4. Какой метод лечения нужно рекомендовать при неэффективном терапевтическом лечении.

### **Задача № 32.**

Больной Э., 40 лет обратился к врачу с жалобами на жжение в полости рта и обильное слюноотделение.

Анамнез: после употребления молока у больного через 2-е суток повысилась температура до 38-39°C, общая слабость, боль в суставах и мышцах.

Объективно: СОПР гиперемирована, отечна. На СОПР афтоподобные элементы со светлым содержимым, окружённые ободком гиперемии. Подобные патологические элементы на коже лица вблизи крыльев носа.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Назначьте противовирусные препараты;
5. Ваши рекомендации по профилактике данного заболевания.

**Задача № 33.**

Пациент 41 года обратился с жалобами на жжение, сухость в полости рта. Болен в течение нескольких недель. Отмечает постоянную слабость, ночную потливость. Сифилофобия.

При *осмотре*: тревожен, кожные покровы бледные. Лимфатические узлы всех регионарных групп увеличены более 1 см.

На слизистой оболочке мягкого неба, щек. на гиперемизированном фоне - большое количество творожистого налета. В соскобе - почкующиеся бластоспоры Кандида. В анализе крови - анемия, лейкопения.

1. Поставьте диагноз.

**Задача № 4.**

Пациент М. 18 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта, неприятный запах изо рта, общую слабость, головную боль, повышенную температуру тела – 38,6 градусов. Болен 3 дня. При внешнем осмотре: бледные кожные покровы. При пальпации: регионарные лимфоузлы увеличенные, болезненные, подвижные. Гнилостный запах изо рта. В полости рта: неудовлетворительная гигиена, обильный наддесневой зубной камень, гиперемия, некроз межзубных сосочков, десневого края вокруг зубов 1.1,1.2,1.3,2.1,2.2,2.3, кровоточивость и резкая болезненность десны при прикосновении инструментом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план общего лечения.
5. Составьте план местного лечения.

**Задача № 35.**

Пациентка 72 лет предъявляет жалобы на периодическое появление корочек в углах рта в течение 2 мес.

В анамнезе гипертоническая болезнь; носит съемные пластиночные протезы на верхней и нижней челюстях в течение 5 лет.

Высота нижней трети лица снижена. В выраженных кожных складках в углах рта справа и слева слабомокнущие эрозии, окруженные тонкими серыми чешуйками. Красная кайма губ сухая.

Слизистая оболочка протезного ложа на верхней челюсти гиперемизирована, сухая, слабо болезненная. Налет отсутствует. Гигиеническое состояние съемных протезов неудовлетворительное. Для лечения применялись отвары ромашки и шалфея, без эффекта.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования и лечения.



**Задача № 36.**

Пациентка К. 23 года, обратилась к стоматологу с жалобами на наличие язвы на кончике языка, чувство дискомфорта во время разговора и еды. Образование на языке появилось 1,5 месяца назад. Регионарные лимфатические узлы увеличены, безболезненны, плотно эластичные, малоподвижные. При осмотре полости рта: на кончике языка имеется безболезненная язва 2,5x2 см. овальной формы с плотными краями и дном.

1. Определите дополнительные методы исследования, необходимые для постановки диагноза.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Укажите причину заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Тактика врача - стоматолога при определении лечения.

**Задача № 37.**

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

1. Установите диагноз, назначьте лечение.

**Задача № 38.**

Пациент 35 лет обратился с жалобами на боль в полости рта при приеме раздражающей пищи, извращение вкуса. Считает себя больным около 2 лет, когда впервые появились эти симптомы. В анамнезе ахилесский гастрит в течение 5 лет. Год назад присоединился хронический панкреатит. По профессии компьютерщик-программист. По этой специальности работает 12 лет, за компьютером проводит ежедневно 8—10 ч. Бледность, сухость кожных покровов. Из анамнеза выяснено, что пациент жалуется на расслаивание ногтей, выпадение волос. Красная кайма губ сухая, заеды. Язык ярко гиперемирован. Гиперемия неоднородная (пятнами). На боковой поверхности языка видны отпечатки зубов. Сосочки языка значительно атрофированы. Красные пятна и полосы на слизистой оболочке щек. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное, обильные отложения мягкого зубного налета и зубного камня (больной щадит сли-

зистую оболочку, плохо чистит зубы). Явления катарального гингивита. В зубах 36, 46 кариозные полости.

1. Установите диагноз. Что является причиной данного заболевания.
2. Назначьте дополнительное обследование. Какие данные лабораторных анализов необходимы для подтверждения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Наметьте план лечения.

#### **Задача № 39.**

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

1. С какими заболеваниями возможно провести дифференциальную диагностику?
2. При каком системном заболевании характерны такие изменения в полости рта?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Выберете тактику лечения врачом-стоматологом.
5. Каков прогноз заболевания?

#### **Задача № 40.**

Мужчина, 49 лет, работает строителем, обратился в клинику с жалобами на сухость, чувство «стягивания» и шелушения нижней губы. Пациент имеет привычку ее облизывать и скусывать чешуйки.

При осмотре нижняя губа гиперемирована, слегка инфильтрирована, сухая, покрыта мелкими полупрозрачными чешуйками. Кожа и слизистая оболочка губы не изменены.

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. С какими заболеваниями проводится диффе-

	<p>ренциальная диагностика? 4.Определите план лечения данного пациента.</p>
<p><b>Б1.Б.6.5</b> Раздел 5</p>	<p><b>Задача № 41.</b> Родители пациента М., возрастом 15 лет, страдающего болезнью Дауна обратились в поликлинику по поводу санации полости рта их сыну. После осмотра, который сопровождался значительными трудностями, удалось установить, что пациенту необходимо лечить множественный кариес зубов и удалить пять разрушенных зубов по поводу хронического периодонтита.</p> <p>Какой вид обезболивания Вы выберете для проведения санации полости рта у данного пациента?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. инфильтрационное обезболивание,</li> <li>2. проводниковое обезболивание,</li> <li>3. <b>общее обезболивание.</b></li> </ol> <p>В каких условиях и кем должно проводиться данный вид обезболивания?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в амбулаторно-поликлинических условиях врачом-стоматологом,</li> <li>2. <b>в условиях стационара анестезиологом-реаниматологом.</b></li> </ol> <p><b>Задача № 42.</b> Больной, 47 лет, предъявляет жалобы на сильные пульсирующие боли в области твердого неба, усиливающиеся при приеме пищи, разговоре, появление припухлости твердого неба в области 1.3,1.2,1.1.</p> <p>Из анамнеза: считает себя больным в течение четырех дней, когда заболел 1.3. За медицинской помощью обратился после того, когда в области твердого неба появилась припухлость.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,3С. Со стороны полости рта: 1.1,1.2,1.3 под пломбами, перкуссия 1.2 резко болезненна. В переднем отделе твердого неба определяется воспалительный инфильтрат овальной формы, резко болезненный при пальпации, в центре которого имеется участок флюктуации, слизистая оболочка над очагом гиперемирована, отмечается незначительный отек окружающих тканей.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>3. Назовите топографическую анатомию твердого неба, анатомические образования, находящиеся на нем, пути распространения инфекции.</li> <li>5. Назовите оперативный доступ и последователь-</li> </ol>

ность действий при флегмонах данной локализации.

#### **Задача № 43.**

Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное образование под кожей в нижнем отделе щеки справа.

Анамнез: Более года периодически во время еды возникала боль в 4.6 зубе. 2 месяца назад под кожей щеки справа появилось безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось. Кожа над ним стала красной.

При осмотре: в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.

На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разряжения костной ткани, неправильной формы, без чётких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.

#### **Вопросы**

1. Установите диагноз заболевания.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?
4. Определите план лечения.
5. Прогноз заболевания?

#### **Задача № 44.**

У больного 60 лет на красной кайме нижней губы справа определяется эрозия овальной формы 0,5-1,0 см, поверхность гладкая, как бы полированная, интенсивно красного цвета. Из анамнеза установлено, что больной житель сельской местности, работа не в помещении. Данный очаг поражения периодически самостоятельно исчезает и снова появляется на том же месте и так продолжается более 1,5 лет.

#### **Вопросы:**

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.

#### **Ответы:**

1. Предварительный диагноз - абразивный преканцерозный хейлит Манганотти.
2. Лечение начинается с применения средств, стимулирующих эпителизацию эрозий, устранения раздражающих факторов внешней среды (холод, чрезмерная инсоляция и др.). При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения необходимо хирургическое лечение (криотерапия, хирургическое иссечение).

**Задача № 45.**

Пациент Ж., 38 лет, явился с жалобами на отсутствие 3.5, 3.6, 3.7 зубов, затрудненное пережевывание пищи, косметический дефект. При обследовании выявлено: 3.4 и 3.8 зубы интактные. 3.5, 3.6, 3.7 отсутствуют.

1. Определите возможность изготовления мостовидного протеза с опорой на 3.4, 3.8 зубы.
2. Опишите показания к изготовлению цельнолитых мостовидных протезов.
3. Перечислите существующие требования к опорным зубам при изготовлении мостовидных протезов.
4. Назовите материалы, применяемые при изготовлении мостовидных протезов.
5. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых мостовидных протезов.

**Ответы.**

1. Не показано изготовление мостовидного протеза с опорой на 3.8 и 3.4 зубы, так как протяженность тела протеза более двух зубов. Протез такой протяженности вызовет перегрузку опорных зубов и их скорую утрату.
2. Показания к изготовлению – дефекты зубных рядов с отсутствием не более двух зубов.
3. Отсутствие подвижности опорных зубов, отсутствие периапикальных изменений в области верхушек, качественное эндодонтическое лечение.
4. СПС, сплавы золота, ХКС, НХС.
5. Этапы изготовления: препарирование опорных зубов, снятие оттисков, изготовление гипсовых моделей, моделирование опорных коронок и тела мостовидного протеза из воска, отливка, примерка в полости рта, полировка, фиксация.

**Задача № 46.**

Пациент М., 40 лет, явился на прием к стоматологу с жалобами на выпадение пломбы из 2.7 и 2.4 зубов, с просьбой восстановить зубы искусственными коронками. Зубы 2.5 и 2.6 отсутствуют. На рентгенограмме 2.7 зуба – небный канал запломбирован до физиологического отверстия, в переднем щечном канале проецируется пломбировочный материал в устье корневого канала. У 2.4 зуба каналы запломбированы, воспалительных явлений в области апексов нет. При обследовании пациенту было предложено изготовить мостовидный протез с опорой на 2.4 и 2.7 зубы.

1. Определите возможность восстановления 2.7 зуба искусственной коронкой-опорой мостовидного протеза.
2. Составьте план лечения данного 2.7 зуба.
3. Назовите виды мостовидных протезов, которые возможно изготовить с опорой на 2.4 и 2.7 зубы.

4. Определите необходимость распломбирования небного канала 2.4 зуба.
5. Перечислите требования, предъявляемые к полным искусственным коронкам-опорам мостовидного протеза.

**Ответы.**

1. Восстановление 2.7 зуба искусственной коронкой возможно после проведения пломбирования переднего щечного канала.
2. План лечения 2.7 зуба: необходимо передний щечный канал пройти до апикального отверстия, запломбировать передний щечный канал, наложить постоянную пломбу или восстановить зуб культевой металлической вкладкой.
3. С опорой на 2.7 и 2.4 зубы возможно изготовить мостовидные протезы, в основе которых лежит цельнолитая конструкция.
4. Небный канал 2.4 зуба необходимо распломбировать для последующего изготовления литой культевой вкладки.
5. Основные требования к искусственным коронкам:
  - искусственные коронки должны восстанавливать анатомическую форму зуба,
  - иметь плотный межзубной контакт,
  - должны плотно прилегать к шейке зуба,
  - край коронки должен располагаться до уровня десны или продвигаться под десну не более 0,1-0,2 мм,
  - должны восстанавливать окклюзионные контакты,
  - удовлетворять требованию эстетики

**Задача № 47.**

Пациент Р., 35 лет, явился к стоматологу с жалобами на косметический дефект в области 2.1, 1.1, 1.2 зубов. При обследовании врач обнаружил отлом коронки 2.1, 1.1, 1.2 зубов, оставшаяся часть 2.1 и 1.2 зубов выступает над уровнем десны до 3 мм, корневые каналы запломбированы. Отлом коронки 1.1 зуба произошел ниже уровня десны на 4 мм.

1. Определите план лечения.
2. Тактика по отношению к 1.1 зубу.
3. Определите противопоказания к изготовлению культевой штифтовой вкладки в 1.1 зуб.
4. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления металлокерамического мостовидного протеза.

**Ответы.**

1. Удаление 1.1 зуба.
  - Раскрытие корневых каналов в 2.1 и 1.2 зубах.
  - Формирование каналов под вкладку.
  - Снятие слепков для изготовления культевых вкладок.
  - Изготовление штифтовой культевой вкладки.

- Фиксация культовых вкладок в 2.1 и 1.2 зубах.
  - Снятие слепков для изготовления мостовидного металлокерамического протеза с опорой на 2.1 и 1.2 зубы.
  - Фиксация мостовидного протеза.
2. Удаление проводят из-за невозможности восстановления зуба вкладкой, по причине отлома ниже уровня десны и разрыва круговой связки.
  3. Противопоказаниями в данном случае могут быть неустойчивость зуба в лунке, разрыв циркулярной связки, отлом коронки ниже уровня десны.
  4. Препарирование зубов, снятие силиконового слепка, отливка модели, моделирование и отливка каркаса, примерка каркаса в полости рта, облицовка каркаса, примерка в полости рта, припасовка по прикусу, глазуровка, фиксация.

#### **Задача №48.**

Пациентка А., 45 лет, обратилась в стоматологическую клинику с целью ортопедического лечения 4.6 зуба. Из анамнеза выяснено, что 4.6 зуб неоднократно лечен с наложением пломб, но пломбы через три-четыре месяца выпадали. При осмотре 4.6 зуба обнаружена кариозная полость на жевательной поверхности в пределах эмали и средних слоёв дентина, зондирование стенок безболезненно. Врач произвел препарирование кариозной полости, наложил постоянную пломбу. Принято решение изготовить на 4.6 зуб металлокерамическую коронку.

1. Перечислите показания к изготовлению металлокерамических коронок.
2. Перечислите противопоказания к изготовлению металлокерамических коронок.
3. Назовите снимаемую толщину твердых тканей зуба, снимаемых под металлокерамическую коронку.
4. Назовите методику снятия слепков под металлокерамические коронки.

#### **Ответы.**

1. Нарушение формы и цвета коронок естественных зубов (кариес, травма, клиновидные дефекты, флюороз и врожденные аномалии), патологическое стирание, аллергия к пластмассовым облицовкам, невозможность полноценной реставрации коронки зуба пломбирочным материалом, по эстетическим требованиям.
2. Детям и подросткам, выраженные аномалии прикуса, особенно при глубоком резцовом перекрытии, парафункции жевательных мышц, низкие, плоские коронки, заболевания пародонта тяжелой степени.
3. Снимаемая толщина твердых тканей зуба под цельнолитую металлокерамическую коронку составляет 1,3-1,5-2 мм

4. При изготовлении металлокерамической коронки снимают двухслойный оттиск. Предварительный оттиск снимают стандартной ложкой базисной массой силикатного материала. Окончательный оттиск получают более жидкой корригирующей массой, входящей в комплект этого материала. Эта методика позволяет получить точный отпечаток как самих препарированных зубов, так и поддесневой части корня до дна десневого желобка. Перед снятием оттиска в зубодесневой желобок вводят ретракционные нити.

#### **Задача № 49.**

Пациент О., 47лет, обратился в клинику с жалобой на разрушение и изменение в цвете 3.7 зуба. Объективно: коронка 3.7 зуба разрушена кариесом на 3\4, зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневые каналы запломбированы до верхушек корней, патологических изменений пародонта нет. Больному решено было изготовить штампованную коронку на 3.7 зуб.

1. Определите показания к восстановлению коронки зуба штампованной коронкой.
2. Перечислите клинические и лабораторные этапы изготовления штампованной коронки.
3. Перечислите материалы, применяемые для изготовления штампованных коронок.
4. Назовите оттискные массы, применяемые для снятия оттиска под штампованные коронки.
5. Назовите необходимые материалы для проведения этапа фиксации коронки в полости рта.

#### **Ответы.**

1. Невозможность восстановления зуба пломбой, аномалия формы, положения зуба, патологическая стираемость, для фиксации кламмера съемного протеза, как опорная коронка мостовидного протеза, с целью шинирования.
2. Одонтопрепарирование, снятие оттиска, отливка модели, гипсовка модели в окклюдатор, моделирование зубов из воска, получение штампов из легкоплавких металлов, штамповка, отбеливание, шлифовка, полировка, припасовка коронок в полости рта, окончательная припасовка и фиксация коронок.
3. Для изготовления штампованных коронок используются сплавы: нержавеющая сталь, серебряно-палладивый сплав, сплав золота 900 пробы
4. Альгинатные оттискные массы для рабочего и вспомогательного оттисков.
5. СИЦ для фиксации ортопедических конструкций, поликарбоксилатные цементы, цементы двойного отверждения.



	<p><b>Задача № 50.</b></p> <p>Пациент У., 26 лет, явился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект 1.2 зуба. Из анамнеза выяснено, что зуб неоднократно лечен, но пломбы выпадали через 2-3 месяца. При осмотре: коронка 1.2 зуба разрушена наполовину, в полости зуба обнаружены остатки пломбировочного материала. На рентгенограмме - канал зуба запломбирован до физиологического отверстия, изменений в периодонте нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Составьте план лечения для устранения эстетического дефекта 1.2 зуба.</li> <li>2. Определите возможность изготовления металлокерамической коронки на 1.2 зуб.</li> <li>3. Определите возможность создания уступа при изготовлении металлокерамической коронки.</li> <li>4. Расскажите о видах уступов при изготовлении металлокерамической коронки.</li> <li>5. Назовите этапы изготовления металлокерамической коронки.</li> </ol> <p><b>Ответы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. План лечения: подготовка канала, моделирование культевой штифтовой вкладки из воска, отливка вкладки из металла, припасовка вкладки, фиксация на цемент, изготовление искусственной коронки.</li> <li>2. Возможно после изготовления и фиксации культевой штифтовой вкладки.</li> <li>3. Уступ формируется в данном случае при изготовлении культевой штифтовой вкладки.</li> <li>4. Виды уступов: под углом 135°, под углом 90°, под углом 90° со скосом 45°, желобообразный, символ уступа.</li> <li>5. а) снятие оттиска, б) изготовление металлического колпачка на модели, в) припасовка колпачка, г) выбор цвета, нанесение керамической массы, обжиг, д) припасовка, е) глазурирование, ж) фиксация коронки.</li> </ol>
<p><b>Б1.Б.6.7</b> Раздел 7 «Профилактика и лечение стоматологических заболеваний в детском возрасте»</p>	<p><b>Задача № 51.</b></p> <p>К стоматологу обратились родители ребёнка 2 лет с просьбой назначить ему капли от кариеса. Из анамнеза: беременность матери протекала с сильным токсикозом. Ребёнок получает витамин D для профилактики рахита. Семья постоянно проживает в городе, где содержание фторида в питьевой воде составляет 0,3 мг/л. При осмотре полости рта: прорезались 18 зубов, на медиальных и латеральных поверхностях зубов 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 выявлены кариозные полости. Индекс гигиены по Кузьминой = 0,6.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите интенсивность кариеса.</li> <li>2. Оцените уровень гигиены полости рта.</li> <li>3. Какие факторы риска возникновения кариеса есть у ребёнка?</li> <li>4. Перечислите системные методы фторирования и показания к ним.</li> </ol>

5. Составьте план лечебно-профилактических мероприятий.

**Ответы.**

- 1) Интенсивность кариеса: кпу (з)= 4, кпу(п)= 8.
- 2) Уровень гигиены плохой.
- 3) Зубной налёт, низкое содержание фтора в воде, нарушения развития зубов в антенатальном периоде.
- 4) Фторирование питьевой воды, молока соли, таблетки фторида натрия. Показания к назначению системных методов фторидпрофилактики: низкое содержание фторида в питьевой воде, высокий или очень высокий уровень интенсивности кариеса зубов у 12-летних детей региона.
- 5) Обучение родителей чистке зубов у ребёнка. Индивидуальный подбор средств гигиены ребёнку: детская зубная щётка с очень мягкой щетиной, детская зубная паста, содержащая 500 ppm фторида. Лечение кариеса зубов 5.2, 5.1, 6.1, 6.2. Покрытие зубов фторидсодержащим лаком каждые 3 месяца. Герметизация фиссур моляров после прорезывания. Назначение таблеток фторида натрия – по 0,5 таблетки, содержащей 1 мг фторида натрия, ежедневно, не менее 250 дней в году. Диспансерный осмотр ребёнка каждые три месяца.

**Задача № 52.**

Родители ребёнка 1 года 10 месяцев обратились в клинику с жалобами на разрушение временных зубов у ребёнка. С 1,5 месяцев ребёнок находился на искусственном вскармливании. В настоящее время ребёнку дают в ночное время подслащённый кефир из бутылочки. При осмотре полости рта выявлены кариозные полости на вестибулярной поверхности 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 в пределах эмали.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) С чем надо проводить дифференциальную диагностику?
- 3) Назовите возможные причины заболевания.
- 4) Предложите методы лечения.
- 5) Рекомендуйте профилактические мероприятия.

**Ответы.**

- 1) Поверхностный кариес 5.2, 5.1, 6.1, 6.2. – К 02.0.
- 2) Диф. диагностику проводят со средним кариесом (при среднем кариесе кариозная полость локализуется в пределах эмали и дентина).
- 3) Искусственное вскармливание, ночные кормления, сладкие напитки и продукты питания, отсутствие гигиены полости рта.
- 4) Реминерализующая терапия с использованием БелгельСа/Р, GC ToothMousse, R.O.C.S. medical, метод серебрения.
- 5) Прекращение ночных кормлений, исключение из ра-

	<p>циона сладких продуктов и напитков, употребление молочных продуктов, обучение методам гигиены полости рта.</p> <p><b>Задача № 53.</b></p> <p>У ребёнка 4-х недель, находящегося на искусственном вскармливании, мать заметила на нёбе две «язвы». Из анамнеза выяснено, что ребёнок родился недоношенным, плохо прибавляет в весе, при кормлении плачет. При осмотре: на границе твёрдого и мягкого нёба имеются две округлые симметричные эрозии около 0,5 см в диаметре.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваше мнение о диагнозе.</li> <li>2. Причины заболевания.</li> <li>3. Предрасполагающие факторы.</li> <li>4. Проведите лечение.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Ответы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Травматический стоматит. Афта Беднара.</li> <li>2) Большой или жёсткий рожок на бутылочке для кормления.</li> <li>3) Недоношенность, малый вес при рождении, искусственное вскармливание.</li> <li>4) Замена соски на бутылочке для вскармливания. Перед кормлением – обезболивание слизистой анестезиновой мазью или гелем для обезболивания. После кормления – антисептическая обработка полости рта раствором мирамистина. Кератопластики (каротолин, масло шиповника, облепиховое масло, масляные витамины А и Е, Аекол, Солкосерил и др.).</li> </ol>
--	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	76– 90
-91-100 <b>Отлично (5)</b>	91 – 100

#### 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с

-пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью
---------------------------------------	---

### 3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

## Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Стоматология общей практики»

<b>Формируемые компетенции по ФГОС</b>	<b>Т</b> – тестирование	<b>ЗС</b> - решение ситуационных задач	<b>КР</b> – контрольная работа,	<b>С</b> – собеседование по контрольным вопросам.	<b>Пр</b> – оценка освоения практических навыков (умений)
					<b>если применимо к РП!!!</b>

		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
<b>У</b>	<b>1</b>	1-162	1-53	1-58	1-226	
<b>К</b>	<b>1</b>	1-162	1-53	1-58	1-226	
	<b>2</b>	131,150,151	6,7,23,31,35,36 38, 40, 44, 51	4, 9, 10,29, 35, 40, 57	140, 158, 162, 164, 165, 167,185, 186, 197-200, 225	
	<b>4</b>	11,12,24	1,22,23,25-27,30,31,35,36	32-34	9,12-14,17,31,99-101,108, 221	
	<b>5</b>	7-10, 20,21,25,26,35,36, 57-60,63,70-73,89-100, 103-111,114,116,117,119-121 124-126, 142, 143, 147-149, 153-155	1-7, 9-40, 42-44, 52, 53	9,10,12-14,16,17, 22-27,32, 33-40, 45-47	9,11-16,21-24,31-35,39-46,56-63,78,79,81,88,102-104,110-114,117-125,127,128,143-148,150-154,159,160-166,170-172,174-188,190-200, 209-211, 214, 217, 220	
	<b>6</b>	-	39, 42	1,2,20, 45-47	209, 210	
	<b>7</b>	19,21-23,27-34,37-40, 44-46,50-55,64,67,75-100,102,112,113.115, 118,127-130,134-138, 141-143,152,157	1-5,7,8, 10-12, 15-31,34-40	5-10,12,14, 16-20, 23-28,30-40, 41-53	17,25-30,32-34, 35-47,54,64-67, 69-76,80-87, 89,179-187, 189-196,199,200,201-207,209,210,212,213,215, 216,218,221,223	
	<b>9</b>	86,87,131,144,151	7,15,26-30,32,34,39, 40,52	28,34-40,51	33,34,153,218,225	
	<b>10</b>	15,17,18,40,82,84,151	1,7,27,28,30, 32,34,40,57,58	4,9,10,14, 17,22,29, 37,40,51-53	32-34,40-44, 97-41,158,162, 167,170,171, 175,178,185,224,226	
	<b>11</b>	1-6, 131	-	1,2.45-47	1-8,149	
	<b>12</b>	26,48,49,63,101	3,7-10,24,39,44	2,17,20,22,47,53	29,66,68, 97,209,210	

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ»

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа**

**Формы контроля – рефераты, дискуссия**

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б1.Б.6.1</i>	Раздел 1 «Кариесология и заболевания твердых тканей зубов»	54
<i>Б1.Б.6.2</i>	Раздел 2 «Эндодонтия»	50
<i>Б1.Б.6.3</i>	Раздел 3 «Пародонтология»	52
<i>Б1.Б.6.4</i>	Раздел 4 «Заболевания слизистой полости рта и губ»	44
<i>Б1.Б.6.5</i>	Раздел 5 «Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно - лицевой области»	42
<i>Б1.Б.6.6</i>	Раздел 6 «Приобретенные дефекты зубов, зубных рядов и зубочелюстной системы»	41
<i>Б1.Б.6.7</i>	Раздел 7 «Профилактика и лечение стоматологических заболеваний в детском возрасте»	41

### Вопросы и задания для самоконтроля:

<p><b><i>Б 1.Б.6.1</i></b> Раздел 1 «Кариесология и заболевания твердых тканей зуба»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Реставрация некариозных поражений. Выбор пломбировочного материала.</li> <li>2. Слюна и ротовая жидкость. Реминерализующие свойства. Защитная функция. Методы исследования ротовой жидкости.</li> <li>3. Фундаментальные концепции эмалевой и дентинной адгезии.</li> <li>4. Реставрация патологической стираемости.</li> <li>5. Стеклоиономерные цементы.</li> <li>6. Композиты. Классификация, состав, свойства, методика применения. Полимеризационные устройства.</li> <li>7. Изоляция операционного поля.</li> </ol>
<p><b><i>Б 1.Б.6.2</i></b> Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Современные методы и средства эндодонтического лечения зубов.</li> <li>9. Методы ирригации корневых каналов.</li> <li>10. Методики инструментальной обработки корневых каналов.</li> <li>11. Методики пломбирования корневых каналов.</li> <li>12. Эндодонтические аксессуары.</li> <li>13. Микробиология в эндодонтии.</li> </ol>

<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Пародонтология»</p>	<p>14. Роль и значение избирательного пришлифовывания зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта. 15. Роль и значение депульпирования зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта. 16. Роль и значение временного шинирования в комплексном лечении заболеваний пародонта. 17. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта. Особенности клинического проявления и лечения. 18. Опухолевидные заболевания пародонта. Особенности клинического проявления и лечения. 19. Патогенез воспалительных заболеваний пародонта. 20. Микробиология воспалительных заболеваний пародонта.</p>
<p><b>Б1.Б.6.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой полости рта и губ»</p>	<p>21. Сифилис. Клинические проявления в полости рта. Дифференциальная диагностика. Особенности поведения врача при приеме больных. 22. Туберкулез. Клинические проявления в полости рта. Дифференциальная диагностика. Особенности поведения врача при приеме больных. 23. Поражения слизистой оболочки полости рта при гипо-и авитаминозах. 24. Поражение слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. 25. Поражение слизистой оболочки полости рта при сердечно-сосудистых заболеваниях. 26. Изменения на слизистой оболочке полости рта при ВИЧ-инфекции. 27. Пигментно-сосочковая дистрофия. Этиология, патогенез, клиника, проявления на слизистой оболочке полости рта</p>
<p><b>Б1.Б.6.5</b> Раздел 5 «Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно - лицевой области»</p>	<p>28. Современные методы общего обезболивания. Показания, противопоказания. 29. Местные осложнения, связанные с применением современных карпульных анестетиков. 30. Общие осложнения при проведении местного обезболивания. 31. Методы обезболивания на нижней челюсти: по Гоу-Гейтсу, Егорову, Акинози-Вазерани, Маламеда. Показания, противопоказания. 32. Особенности проведения местного обезболивания при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области 33. Одонтогенные абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика и лечение абсцессов и флегмон различных локализаций. 34. Фурункулы, карбункулы лица.</p>
<p><b>Б1.Б.6.6</b> Раздел 6 «Приобретенные дефекты зубов, зубных рядов и зубочелюстной системы»</p>	<p>35. Причины потери зубов и образования дефектов зубных рядов. Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди. 36. Вкладки. Полукоронки. Фарфоровые коронки. Показания к применению. 37. Виды несъемных протезных конструкций при дефектах зубного ряда. Показания к применению мостовидных протезов. 38. Клинико-лабораторные этапы изготовления мостовидных протезов. 39. Показания к использованию частичных съемных пластиноч-</p>

	<p>ных протезов. Виды осложнений.</p> <p>40. Изменения в жевательном аппарате после полной потери зубов.</p> <p>41. Классификация беззубых челюстей по Оксману.</p>
<p><b>Б1.Б.6.7</b> Раздел 7 «Профилактика и лечение стоматологических заболеваний в детском возрасте»</p>	<p>42. Средства и методы профилактики стоматологических заболеваний у детей (популяционные, групповые и индивидуальные).</p> <p>43. Гигиена полости рта у детей.</p> <p>44. Современная концепция лечения кариеса зубов у детей.</p> <p>45. Пульпит. Особенности клинического течения и лечения во временных и постоянных зубах с несформированными корнями.</p> <p>46. Периодонтит. Методы лечения в разные возрастные периоды.</p> <p>47. Заболевания пародонта. Методы диагностики, клиника, лечение.</p> <p>48. Травматические поражения слизистой полости рта. Диагностика, клиника, лечение.</p>

### Перечень дискуссионных тем:

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Кариесология и заболевания твердых тканей зуба»</p>	<p>1. Реставрация некариозных поражений. Выбор пломбирочного материала.</p> <p>2. Слюна и ротовая жидкость. Реминерализующие свойства. Защитная функция. Методы исследования ротовой жидкости.</p> <p>3. Фундаментальные концепции эмалевой и дентинной адгезии.</p> <p>4. Реставрация патологической стираемости.</p> <p>5. Стеклоиономерные цементы.</p> <p>6. Композиты. Классификация, состав, свойства, методика применения. Полимеризационные устройства.</p> <p>7. Изоляция операционного поля.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<p>8. Современные методы и средства эндодонтического лечения зубов.</p> <p>9. Методы ирригации корневых каналов.</p> <p>10. Методики инструментальной обработки корневых каналов.</p> <p>11. Методики пломбирования корневых каналов.</p> <p>12. Эндодонтические аксессуары.</p> <p>13. Микробиология в эндодонтии.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Пародонтология»</p>	<p>14. Роль и значение избирательного пришлифовывания зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта.</p> <p>15. Роль и значение депульпирования зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта.</p> <p>16. Роль и значение временного шинирования в комплексном лечении заболеваний пародонта.</p> <p>17. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта. Особенности клини-</p>



	<p>ческого проявления и лечения.</p> <p>18. Опухолевидные заболеваний пародонта. Особенности клинического проявления и лечения.</p> <p>19. Патогенез воспалительных заболеваний пародонта.</p> <p>20. Микробиология воспалительных заболеваний пародонта.</p>
<p><b>Б1.Б.6.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой полости рта и губ»</p>	<p>21. Сифилис. Клинические проявления в полости рта. Дифференциальная диагностика. Особенности поведения врача при приеме больных.</p> <p>22. Туберкулез. Клинические проявления в полости рта. Дифференциальная диагностика. Особенности поведения врача при приеме больных.</p> <p>23. Поражения слизистой оболочки полости рта при гипо- и авитаминозах.</p> <p>24. Поражение слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.</p> <p>25. Поражение слизистой оболочки полости рта при сердечно-сосудистых заболеваниях.</p> <p>26. Изменения на слизистой оболочке полости рта при ВИЧ-инфекции.</p> <p>27. Пигментно-сосочковая дистрофия. Этиология, патогенез, клиника, проявления на слизистой оболочке полости рта.</p>
<p><b>Б1.Б.6.5</b> Раздел 5 «Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно - лицевой области»</p>	<p>28. Современные методы общего обезболивания. Показания, противопоказания.</p> <p>29. Местные осложнения, связанные с применением современных карпульных анестетиков.</p> <p>30. Общие осложнения при проведении местного обезболивания.</p> <p>31. Методы обезболивания на нижней челюсти: по Гоу-Гейтсу, Егорову, Акинози-Вазерани, Маламеда. Показания, противопоказания.</p> <p>32. Особенности проведения местного обезболивания при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области</p> <p>33. Одонтогенные абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика и лечение абсцессов и флегмон различных локализаций.</p> <p>34. Фурункулы, карбункулы лица.</p>
<p><b>Б1.Б.6.6</b> Раздел 6 «Приобретенные дефекты зубов, зубных рядов и зубочелюстной системы»</p>	<p>35. Причины потери зубов и образования дефектов зубных рядов. Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди.</p> <p>36. Вкладки. Полукоронки. Фарфоровые коронки. Показания к применению.</p> <p>37. Виды несъемных протезных конструкций при дефектах зубного ряда. Показания к применению мостовидных протезов.</p> <p>38. Клинико-лабораторные этапы изготовления мостовидных протезов.</p> <p>39. Показания к использованию частичных съемных пластиночных протезов. Виды осложнений.</p> <p>40. Изменения в жевательном аппарате после полной поте-</p>

	ри зубов. 41. Классификация беззубых челюстей по Оксману.
<b>Б1.Б.6.7</b> Раздел 7 «Профилактика и лечение стоматологических заболеваний в детском возрасте»	42. Средства и методы профилактики стоматологических заболеваний у детей (популяционные, групповые и индивидуальные). 43. Гигиена полости рта у детей. 44. Современная концепция лечения кариеса зубов у детей. 45. Пульпит. Особенности клинического течения и лечения во временных и постоянных зубах с несформированными корнями. 46. Периодонтит. Методы лечения в разные возрастные периоды. 47. Заболевания пародонта. Методы диагностики, клиника, лечение. 48. Травматические поражения слизистой полости рта. Диагностика, клиника, лечение.

### Темы рефератов

<b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Кариесология и заболевания твердых тканей зуба»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Консервативные адгезивные мостовидные протезы</li> <li>2. Непрямые реставрации композитными материалами</li> <li>3. Отбеливание зубов</li> <li>4. Виниры.</li> <li>5. Коррекция формы зубов и межзубных промежутков.</li> <li>6. Аномалии формы и размера зубов. Инвагинации (зуб в зубе).</li> <li>7. Резорбция корня.</li> <li>8. Абфракция. Особенности реставрации абфракционных дефектов.</li> <li>9. Консервативное лечение патологической стираемости.</li> <li>10. Герметики, консервативные и профилактические композитные реставрации и реставрации полостей VI класса.</li> <li>11. Зубная бляшка. Экология зубной бляшки. Тесты, характеризующие выраженность этиологического фактора (ГИ, микробиологические тесты, биохимические тесты).</li> <li>12. Лазеротерапия при лечении кариеса и его осложнений.</li> <li>13. Реставрация патологической стираемости.</li> <li>14. Стеклоиономерные цементы.</li> <li>15. Композиты. Классификация, состав, свойства, методика применения.</li> <li>16. Эмаль, дентин, цемент зуба. Строение, химический состав, функции.</li> <li>17. Гипоплазия, гиперплазия. Этиология, патогенез, классификация, лечение.</li> <li>18. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов (клиновидный дефект, эрозия эмали). Этиология, клиника, лечение, профилактика.</li> </ol>
--	---

	<p>19. Травма зубов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Реставрация коронковой части зуба композиционными материалами. Параппульпарные и внутрипульпарные штифты.</p> <p>20. Современные представления о причинах возникновения и механизме развития кариеса зубов.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<p>21. Электронные апекслокаторы в эндодонтии.</p> <p>22. Вертикальные переломы и трещины корня в эндодонтически леченых зубах.</p> <p>23. Конусно-лучевая компьютерная томография в эндодонтии.</p> <p>24. Лазеры в эндодонтии.</p> <p>25. Методы увеличения и освещения рабочего поля в эндодонтии.</p> <p>26. Эндодонтическая хирургия.</p> <p>27. Понятие об эндодонтической биопленке (внутриканальной, экстрарадикулярной и периапикальной). Первичная и вторичная эндодонтическая инфекция.</p> <p>28. Классификация эндодонтических инструментов. Стандартизация эндодонтических инструментов. К-стиль, Н-стиль и U-стиль инструментов. Никель-титановые инструменты.</p> <p>29. Хронический сепсис.</p> <p>30. Радикулярная киста. Этиология, патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика и методы лечения.</p> <p>31. Роль хронических очагов инфекций в возникновении очагово-обусловленных заболеваний.</p> <p>32. Рентгенография в эндодонтии.</p> <p>33. Методы ирригации корневых каналов.</p> <p>34. Методики прохождения корневых каналов.</p> <p>35. Методики obturation корневых каналов.</p> <p>36. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения.</p> <p>37. Пломбировочные материалы для корневых каналов. Штифты, методы пломбирования штифтами.</p> <p>38. Физиотерапия верхушечного периодонтита. Показания, противопоказания, механизм действия, методика проведения.</p> <p>39. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита. Патанатомия. Иммунологические аспекты.</p> <p>40. Современные методы лечения деструктивных форм периодонтита.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Пародонтология»</p>	<p>41. Лазеры в пародонтологии.</p> <p>42. Исследование реакций организма и оценка рисков. Запись пародонтологической карты. Цифровые пародонтологические карты (система Florida).</p> <p>43. Электромеханические инструменты для удаления минерализованных зубных отложений.</p> <p>44. Методы удаления над- и поддесневых зубных отложений. Пародонтологический инструментарий.</p> <p>45. Применение системы «Вектор» для лечения заболеваний пародонта.</p>

	<p>46. Заболевания пародонта и сахарный диабет.</p> <p>47. Связь заболеваний пародонта и атеросклероза.</p> <p>48. Направленная регенерация тканей в пародонтологии.</p> <p>49. Идиопатические заболеваний пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта. Особенности клинического проявления и лечения.</p> <p>50. Опухолевидные заболеваний пародонта. Особенности клинического проявления и лечения.</p> <p>51. Классификация заболеваний пародонта. Современные представления об этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта.</p> <p>52. Роль и значение избирательного пришлифовывания зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта.</p> <p>53. Роль и значение депульпирования зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта.</p> <p>54. Роль и значение временного шинирования в комплексном лечении заболеваний пародонта.</p> <p>55. Микробиология воспалительных заболеваний пародонта.</p> <p>56. Анатомо-физиологические особенности пародонта. Функции пародонта. Десневая жидкость, ее роль в физиологии и патологии тканей пародонта в свете последних научных достижений.</p> <p>57. Кутикула, пелликула, зубной налет, зубная бляшка, зубной камень. Их роль при патологии зубов и болезней пародонта. Способы выявления зубных отложений. Методы удаления зубных отложений. Профилактика их образования. Оценка гигиенического состояния полости рта.</p> <p>58. Методы обследования больных с патологией пародонта.</p> <p>59. Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта. Показания, противопоказания.</p> <p>60. Профилактика заболеваний пародонта. Методы и средства. Роль гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний пародонта.</p>
<p><b>Б1.Б.6.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой полости рта и губ»</p>	<p>61. Изменения слизистой полости рта при сахарном диабете: клиника, диагностика, лечение.</p> <p>62. Изменения слизистой полости рта при липоидном протеинозе Урбаха-Вите: клиника, диагностика, лечение.</p> <p>63. Изменения слизистой полости рта при дисфункциях половых желез, нарушениях функциональной активности коры надпочечников: клиника, диагностика, лечение.</p> <p>64. Изменения слизистой полости рта при заболеваниях щитовидной и паращитовидной желез: клиника, диагностика, лечение.</p> <p>65. Васкулиты. Острый вариолиформный параспориоз. Этиология, патогенез, клиника, проявления на слизистой полости рта. Гранулематоз Вегенера. Этиология, патогенез, клиника, проявления на слизистой полости рта.</p>

	<p>66. Ангиоретикулез Капоши. Этиология, патогенез, клиника, проявления на слизистой полости рта.</p> <p>67. Псориаз. Этиология, патогенез, клиника, проявления на слизистой полости рта.</p> <p>68. Изменения слизистой полости рта при болезнях почек: клиника, диагностика, лечение.</p> <p>69. Изменения на слизистой полости рта при ВИЧ-инфекции.</p> <p>70. Склеродермия. Этиология, патогенез, клиника, проявления на слизистой полости рта. Болезнь Рейно. Этиология, патогенез, клиника, проявления на слизистой полости рта.</p> <p>71. Васкулиты. Болезнь Шенлейна – Геноха. Этиология, патогенез, клиника, проявления на слизистой полости рта. Узелковый периартериит. Этиология, патогенез, клиника, проявления на слизистой полости рта.</p> <p>72. Генетически обусловленные изменения слизистой полости рта и губ, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>73. Сифилис. Клинические проявления в полости рта. Дифференциальная диагностика. Особенности поведения врача при приеме больных.</p> <p>74. Туберкулез. Клинические проявления в полости рта. Дифференциальная диагностика. Особенности поведения врача при приеме больных.</p> <p>75. Поражения слизистой полости рта при гипо-и авитаминозах.</p> <p>76. Слюна, ротовая жидкость: состав, свойства, физиологическое значение (роль слюны в процессах де- и реминерализации твердых тканей зубов; современные аспекты взаимодействия, взаимосвязи слюны и микробного зубного налета), связь антимикробных и других факторов слюны с этиопатогенезом развития кариеса и других заболеваний полости рта, возможности использования параметров ротовой жидкости для прогноза возникновения кариеса.</p> <p>77. Синдром Мелькерсона-Розенталя. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>78. Стомалгия, глоссалгия. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>79. Аллергические реакции. Анафилактический шок, отек Квинке, контактные аллергические стоматиты, токсикоаллергические стоматиты.</p> <p>80. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p>
<p><b>Б1.Б.6.5</b> Раздел 5 «Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно - лицевой области»</p>	<p>81. Функциональные методы диагностики в оценке эффективности местной анестезии.</p> <p>82. Методы обезболивания на нижней челюсти: по Гоу-Гейтсу, Егорову, Акинози-Вазерани, Маламеда. Показания, противопоказания.</p> <p>83. Особенности проведения местного обезболивания при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой об-</p>

	<p>ласти</p> <p>84. Сравнительная характеристика современных карпульных анестетиков амидного ряда.</p> <p>85. Цели и задачи премедикации в стоматологии.</p> <p>86. Современные методы диагностики воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.</p> <p>87. Операции при кистах челюстей. Цистэктомия и цистотомия.</p> <p>88. Методы хирургического лечения хронического периодонтита. Операции гемисекции, ампутации корней, коронорадикулярной сепарации.</p> <p>89. Периостит челюстей. Классификация, патогенез, клиническая картина, принципы лечения.</p> <p>90. Остеомиелит челюстей. Классификация, патогенез, клиническая картина, принципы лечения.</p> <p>91. Одонтогенные абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика и лечение.</p> <p>92. Одонтогенные гаймориты. Клиника, диагностика и лечение.</p> <p>93. Факультативные предраки слизистой полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение</p> <p>94. Облигатные предраки слизистой полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение</p> <p>95. Доброкачественные новообразования челюстно-лицевой области. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>96. Злокачественные новообразования челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, принципы лечения.</p> <p>97. Принципы онконастороженности в стоматологии.</p> <p>98. Онкоскрининг в стоматологии.</p> <p>99. Реабилитация больных с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области.</p> <p>100. Лазерные технологии в хирургической стоматологии.</p>
<p><b>Б1.Б.6.6</b> Раздел 6 «Приобретенные дефекты зубов, зубных рядов и зубочелюстной системы»</p>	<p>101. Значение функциональных и рентгенологических методов в диагностике патологических состояний зубочелюстной системы.</p> <p>102. Ортопедические методы лечения частичных дефектов коронковой части зуба.</p> <p>103. Ортопедические методы лечения полных дефектов коронковой части зуба.</p> <p>104. Возможные ошибки и их устранение при изготовлении литых вкладок.</p> <p>105. Современные компьютерные технологии в ортопедической стоматологии.</p> <p>106. Отгискные материалы: свойства, методика применения.</p> <p>107. Временная фиксация ортопедических конструкций: показания, материалы, методика.</p> <p>108. Современные материалы для постоянной фиксации ортопедических конструкций: свойства, методика применения.</p>

	<ol style="list-style-type: none"><li>109. Применение металлокерамических конструкций для восстановления целостности зубных рядов.</li><li>110. Применение безметалловой керамики для лечения патологии твердых тканей зубов и дефектов зубных рядов.</li><li>111. Современные технологии лечения частичного отсутствия зубов при помощи съемных протезов.</li><li>112. Диагностика, дифференциальная диагностика заболеваний, вызванных материалами зубных протезов.</li><li>113. Причины поломок и переделок различных конструкций протезов.</li><li>114. Причины и способы устранения различных осложнений при пользовании несъемными протезами.</li><li>115. Клиническая анатомия протезного поля при полном отсутствии зубов.</li><li>116. Учение о фиксации полных съемных протезов.</li><li>117. Обзор артикуляционных теорий.</li><li>118. Традиционные и современные методы определения центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов.</li><li>119. Адаптация пациентов к различным видам протезов, сроки и пути их сокращения.</li><li>120. Основные критерии эстетического восприятия зубных рядов. Правила определения цвета зубов. Возрастные особенности цвета зубов.</li></ol>
--	---

<p><b>Б1.Б.6.7</b> Раздел 7 «Профилактика и лечение стоматологических заболеваний в детском возрасте»</p>	<p>121. Диспансерные группы, факторы риска развития стоматологических заболеваний у детей школьного возраста.</p> <p>122. Современные методы экзогенной и эндогенной профилактики кариеса.</p> <p>123. Современные методы, средства и предметы гигиены полости рта.</p> <p>124. Современные подходы к лечению кариеса молочных и постоянных зубов.</p> <p>125. Особенности лечения кариеса зубов у детей раннего возраста.</p> <p>126. Минимально инвазивные технологии, используемые при лечении заболеваний твердых тканей зубов.</p> <p>127. Современные методы и средства эндодонтического лечения зубов у детей.</p> <p>128. Современный подход к лечению заболеваний тканей периодонта</p> <p>129. Профилактические материалы в детской стоматологии.</p> <p>130. Рентгенологическая семиотика заболеваний зубов и околозубных тканей в детском возрасте.</p> <p>131. Методы диагностики стоматологических заболеваний у детей.</p> <p>132. Оценка кариесрезистентности твердых тканей зубов у детей.</p> <p>133. Аномалии развития зубов.</p> <p>134. Стеклоиономерные материалы и их применение в детской стоматологии.</p> <p>135. Биология полости рта. Микрофлора полости рта (изменение ее состава под воздействием различных факторов, участие в патологических процессах полости рта).</p> <p>136. Травматические поражения слизистой полости рта у детей.</p> <p>137. Современные методы диагностики и лечения хейлитов в детском возрасте.</p> <p>138. Современные методы диагностики и лечения глосситов у детей.</p> <p>139. Кандидоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>140. Хронический гипертрофический гингивит у детей.</p>
---	---

### Критерии и шкала оценивания

#### 1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы



<p><b>Удовлетворительно (3)</b></p> <p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b></p> <p>- пяти критериям <b>Отлично (5)</b></p>	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

## 2. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии</p> <p>- трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b></p> <p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b></p> <p>- пяти критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<p>1. Полнота знания учебного материала по теме занятия</p> <p>2. Аргументированность</p> <p>3. Соблюдение культуры речи</p> <p>4. Собственная позиция</p> <p>5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей</p>

# ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРОГРАММЕ ОСВО- ЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОДГОТОВКА К ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИА- ЛИСТОВ»

### Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б1.Б.7.1 «Кариесология и заболевания твер- дых тканей зуба»</p>	<p>1. ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ПОВЫШАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ</p> <p><b>А) углеводистой пищи</b> Б) ультрафиолетового света В) глюконата кальция Г) фторидсодержащих зубных паст</p> <p>2. ДЛЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ПРИ- МЕНЯЮТСЯ</p> <p><b>А) прокладки на основе гидроокиси кальция</b> Б) пасты с гормональными препаратами В) пасты с антибиотиками Г) форфенан</p> <p>3. ОСНОВОЙ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК «ДАЙКАЛ», «КАЛЬЦИ- ПУЛЬП», «КАЛЬМЕЦИН» ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p><b>А) гидроокись кальция</b> Б) антибиотик В) антисептик Г) интерферон</p> <p>4. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПЯТЕН МЕТОДОМ ОКРАШИ- ВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p><b>А) 2 % раствор метиленового синего</b> Б) реактив Шиллера-Писарева</p>
--	---

- В) раствор йодистого калия
- Г) бриллиантовый зеленый

5. ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ЗОНДИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕННО

**А) по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит быстро**

Б) в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит быстро

В) в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит медленно  
Г) по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит медленно

6. ДЛЯ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

**А) боль при препарировании стенок кариозной полости**

Б) боль при зондировании в глубине полости зуба

В) зондирование болезненно по всему дну кариозной полости

Г) зондирование болезненно в одной точке дна кариозной полости

7. ДЛЯ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

**А) зондирование болезненно по всему дну кариозной полости**

Б) боль при зондировании в глубине полости зуба

В) боль при препарировании стенок кариозной полости

Г) зондирование болезненно в одной точке дна кариозной полости

8. ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ ОТ ХИМИЧЕСКИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, ПРОХОДЯЩАЯ ПОСЛЕ ИХ УСТРАНЕНИЯ — СИМПТОМ

**А) кариеса**

Б) пульпита

В) периодонтита

Г) альвеолита

9. ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЬ

**А) от температурных и химических раздражителей, проходящую после их устранения**

Б) от температурных и химических раздражителей, сохраняющуюся после их устранения

В) при накусывании на зуб

Г) ночную

10. ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ В ОСНОВНОМ НА БОЛЬ

**А) от химических раздражителей**

Б) от температурных раздражителей

В) при накусывании на зуб

Г) ночную

11. ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ

**А) 2–6 мкА**

Б) 10–12 мкА

В) 25–30 мкА

Г) 100 мкА 2630.

12. ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ ОТ ТЕМПЕРАТУРНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, ПРОХОДЯЩАЯ ПОСЛЕ ИХ УСТРАНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

**А) гиперемии пульпы**

Б) хронического пульпита

В) острого пульпита

Г) острого периодонтита.

13. КАРИЕС ЭМАЛИ В СТАДИИ ПЯТНА ДИАГНОСТИРУЮТ НА ОСНОВАНИИ

**А) высушивания и окрашивания пятна**

Б) ЭОД

В) рентгенодиагностики

Г) зондирования поверхности пятна.

14. ДЛЯ КАРИЕСА ДЕНТИНА ХАРАКТЕРНО

**А) кариозная полость средних размеров в эмали и дентине**

Б) кариозная полость в пределах эмали

В) пигментированное пятно

Г) глубокая кариозная полость.

15. ГЛУБОКИЙ КАРИЕС СООТВЕТСТВУЕТ ПО МКБ-10

**А) гиперемии пульпы**

Б) кариесу дентина

В) кариесу цемента

Г) кариесу эмали.

16. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ЭМАЛИ В СТАДИИ ПЯТНА ОСНОВАНЫ НА

**А) изменении оптических свойств эмали**

Б) уменьшении проницаемости эмали

В) увеличении проницаемости эмали

Г) стабильности эмали

17. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРОВОДЯТ С

**А) гиперемией пульпы**

Б) хроническим пульпитом

В) флюорозом

Г) острым диффузным пульпитом.

18. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БЕССИМПТОМНОГО ТЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРОВОДЯТ С

**А) хроническим фиброзным периодонтитом**

Б) хроническим гранулематозным периодонтитом

В) деструктивной формой флюороза

Г) кариесом в стадии пятна.

19. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ЭМАЛИ ПРОВОДЯТ С

**А) эрозией эмали**

Б) хроническим периодонтитом

В) кислотным некрозом

Г) острым пульпитом.

20. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ЭМАЛИ ПРОВОДЯТ С

**А) клиновидным дефектом**

Б) острым пульпитом

В) хроническим периодонтитом

Г) гиперемией пульпы.

21. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА В СТАДИИ

ПЯТНА ПРОВОДЯТ С

- А) гипоплазией эмали
- Б) гиперемией пульпы
- В) очаговым пульпитом
- Г) кариесом дентина

22. ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОРАЖАЮТСЯ

- А) зубы одного периода формирования
- Б) временные и постоянные резцы
- В) зубы антагонисты
- Г) только первые моляры

23. УМЕНЬШЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЫСОТЫ КОРОНКИ ЗУБА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) **вколоченного вывиха**
- Б) ушиба зуба
- В) вывиха зуба без смещения
- Г) полного вывиха

24. ОТВЕРТКООБРАЗНАЯ ИЛИ БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА КОРОНКИ И ПОЛУЛУННАЯ ВЫЕМКА НА РЕЖУЩЕМ КРАЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЗУБОВ

- А) Гетчинсона
- Б) Пфлюгера
- В) Фурнье
- Г) Тернера

25. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ НА

- А) **косметический недостаток**
- Б) боли от горячего раздражителя
- В) ночные боли
- Г) подвижность зубов

26. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ

- А) **слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах**
- Б) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
- В) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- Г) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

27. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ

- А) **пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба**
- Б) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- В) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- Г) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

28. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА

- А) **изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба**
- Б) окрашивание коронок зубов в желтый цвет
- В) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации

Г) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

29. КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ПРИ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБАХ

**А) окрашивание коронок зубов в желтый цвет**

Б) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации

В) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации Г) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

30. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ВЫЯВЛЯЮТ

**А) корневые каналы и полости зубов облитерируются вскоре после прорезывания зуба**

Б) расширение периодонтальной щели у верхушки корня

В) корни зубов нормальной длины

Г) просвет корневого канала широкий

31. СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ РАЗВИВАЕТСЯ ОТ

**А) болезней ребенка после рождения**

Б) травматических повреждений молочных зубов

В) нарушения состава микроэлементов в воде

Г) множественного кариеса молочных зубов

32. ПРИЧИНЫ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ

**А) травматическое повреждение зачатка зуба**

Б) болезни матери во время беременности

В) болезни ребенка после рождения

Г) вредные привычки матери во время беременности

33. ПРИЧИННЫЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ОДОНТОГЕНЕЗА (ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА)

**А) передача патологии твердых тканей по наследству**

Б) хронический периодонтит молочного зуба

В) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали

Г) вколоченный вывих молочных зубов

34. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ

**А) несовершенный амелогенез**

Б) системная гипоплазия

В) тетрациклиновые зубы

Г) местная гипоплазия

35. ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ЗУБА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

**А) болью от всех раздражителей**

Б) подвижностью зуба III степени

В) самопроизвольной болью в ночное время с иррадиацией по ветвям тройничного нерва

Г) изменением цвета коронки зуба

36. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕН-

	<p>НОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА</p> <p><b>А) лунка зуба пустая</b>  Б) укорочение видимой части коронки  В) увеличение видимой части коронки  Г) смещение коронки выше окклюзионной плоскости</p> <p>37. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИ УШИБЕ ПОСТОЯННОГО ИЛИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ</p> <p><b>А) болезненная перкуссия, подвижность зуба незначительная или отсутствует</b>  Б) смещение коронки в различном направлении  В) зуб длиннее симметричного, болезненная перкуссия  Г) зуб короче симметричного, болезненная перкуссия</p> <p>38. ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p><b>А) горизонтальные движения зубной щеткой</b>  Б) чрезмерное употребление углеводов  В) повышенное содержание фторида в питьевой воде  Г) неудовлетворительная гигиена полости рта</p> <p>39. ПРИЧИНОЙ ИСТИРАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ МОЖЕТ БЫТЬ</p> <p><b>А) постоянное использование высокоабразивных средств гигиены полости рта</b>  Б) высокое содержание фторида в питьевой воде  В) низкое содержание фторида в питьевой воде  Г) употребление углеводистой пищи</p>
--	--

<p>Б1.Б.7.2 «Эндодонтия»</p>	<p>40. ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЬ ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ ОБУСЛОВЛЕНА</p> <p><b>А) повышением гидростатического давления в полости зуба</b>  Б) изменением атмосферного давления  В) понижением гидростатического давления в полости зуба  Г) повышением температуры тела.</p> <p>41. САМОПРОИЗВОЛЬНАЯ БОЛЬ, БОЛЬ ОТ ВСЕХ ВИДОВ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, НОЧНАЯ ПРИСТУПООБРАЗНАЯ БОЛЬ В ТЕЧЕНИЕ 10–30 МИН ХАРАКТЕРНА ДЛЯ</p> <p><b>А) острого пульпита</b>  Б) острого гнойного пульпита  В) хронического пульпита  Г) хронического язвенного пульпита</p> <p>42. ПРИСТУПООБРАЗНАЯ БОЛЬ, ИНТЕНСИВНАЯ НОЧНАЯ БОЛЬ С КОРОТКИМИ СВЕТЛЫМИ ПРОМЕЖУТКАМИ, С ИРРАДИАЦИЕЙ ПО ХОДУ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТ</p> <p><b>А) острый гнойный пульпит</b>  Б) острый пульпит  В) острый периодонтит  Г) хронический пульпит</p> <p>43. БОЛЬ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИРРАДИРУЕТ В</p> <p><b>А) висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти</b></p>
----------------------------------	--

- Б) затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти  
В) шею, глаз, надбровную область  
Г) язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область.
44. БОЛЬ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИРРАДИИРУЕТ В  
**А) затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти**  
Б) висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти  
В) шею, глаз, надбровную область  
Г) язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область.
45. ПРИСТУПООБРАЗНАЯ САМОПРОИЗВОЛЬНАЯ ИРРАДИИРУЮЩАЯ БОЛЬ В ЗУБЕ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ ТЕМПЕРАТУРНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТ  
**А) острый пульпит**  
Б) острый гнойный пульпит  
В) хронический пульпит (ремиссия)  
Г) хронический пульпит (обострение).
46. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛИ ДО 2 СУТ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ  
**А) острого пульпита**  
Б) острого гнойного пульпита  
В) хронического гипертрофического пульпита  
Г) хронического язвенного (гангренозного) пульпита
47. НОЮЩАЯ БОЛЬ, ДИСКОНФОРТ ОТ ТЕМПЕРАТУРНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, НОЮЩАЯ БОЛЬ ПРИ СМЕНЕ НАРУЖНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ  
**А) хронический пульпит**  
Б) острый гнойный пульпит  
В) острый пульпит  
Г) хронический язвенный пульпит.
48. БОЛЬ ОТ РАЗЛИЧНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ (ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ОТ ГОРЯЧЕГО) НАБЛЮДАЮТ ПРИ  
**А) хроническом язвенном пульпите**  
Б) кариесе цемента корня  
В) хроническом пульпите  
Г) кариесе дентина.
49. БОЛЬ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПУЛЬПИТЕ (ПУЛЬПАРНОМ АБСЦЕССЕ)  
**А) ночная**  
Б) постоянная  
В) локализованная  
Г) дневная.
50. ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ ПО ХОДУ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА — СИМПТОМ ПУЛЬПИТА  
**А) острого гнойного**  
Б) острого  
В) хронического  
Г) хронического гиперпластического.
51. НЕЗНАЧИТЕЛЬНО БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ШИРОКО

ВСКРЫТОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА, КРОВОТОЧИВОСТЬ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ — СИМПТОМ ПУЛЬПИТА

- А) **хронического**
- Б) острого гнойного
- В) острого
- Г) хронического язвенного.

52. БОЛЬ ПРИ НАКУСЫВАНИИ ПРИ ОСТРОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ (ФАЗА ИНТОКСИКАЦИИ ПЕРИОДОНТА) СВЯЗАНА С

- А) **ацидозом**
- Б) отеком соединительной ткани
- В) накоплением эндотоксинов в тканях
- Г) разволокнением коллагеновых волокон.

53. ЧУВСТВО «ВЫРОСШЕГО» ЗУБА («УДЛИНЕНИЕ» ЗУБА) СВЯЗАНО С

- А) **скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта**
- Б) отеком и гиперемией в периапикальных тканях
- В) гиперемией и отеком десны
- Г) избыточной нагрузкой на зуб.

54. НОЮЩАЯ БОЛЬ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ НАКУСЫВАНИИ НА ЗУБ БЕЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) **острого апикального периодонтита пульпарного происхождения (фаза интоксикации периодонта)**
- Б) острого апикального периодонтита (фаза экссудации)
- В) хронического периодонтита
- Г) обострения хронического периодонтита.

55. НОЮЩАЯ БОЛЬ, КОТОРАЯ УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ НАКУСЫВАНИИ НА ЗУБ, - СИМПТОМ

- А) **интоксикации периодонта после девитализации пульпы мышьяковистой пастой**
- Б) кариеса
- В) острого пульпита
- Г) хронического пульпита (ремиссия).

56. ОТСУТСТВИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРИЧИННОГО ЗУБА, ИЗМЕНЕНИЕ КОНФИГУРАЦИИ ЛИЦА

- А) **подслизистый абсцесс**
- Б) острый периодонтит в фазе интоксикации периодонта
- В) острый периодонтит в фазе экссудации
- Г) обострение хронического гангренозного пульпита

57. ГИПОХЛОРИТ НАТРИЯ ДЛЯ ОБРАБОТКИ КАНАЛА ЦЕЛЕСОБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КОНЦЕНТРАЦИИ

- А) **2,5-3%**
- Б) 0,5-1%
- В) 10-15%
- Г) 20 %.

58. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) **хлоргексидин**
- Б) спирт



	<p>В) лизетол Г) физиологический раствор</p> <p>59. ИНДИКАТОРОМ ЧИСТОТЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ А) <b>йодиол</b> Б) гипохлорит натрия В) фурацилин Г) трипсин.</p> <p>60. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА СОСТАВЛЯЕТ А) <b>2-14 дней</b> Б) 15-18 дней В) 20-24 дня Г) 26-30 дней.</p> <p>61. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТА ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ А) <b>9-12 месяцев</b> Б) 3-4 месяца В) 5-6 месяцев Г) 6-8 месяцев</p>
<p>Б1.Б.7.3 «Пародонтология»</p>	<p>62. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ А) <b>профессиональная гигиена</b> Б) гингивэктомия В) общая антибиотикотерапия Г) кюретаж</p> <p>63. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДОВАНО А) <b>проведение реминерализующей терапии</b> Б) уменьшение частоты индивидуальной гигиены В) окклюзионное регулирование Г) системное использование препаратов фтора</p> <p>64. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ А) <b>профессиональная гигиена полости рта</b> Б) медикаментозное противовоспалительное лечение В) хирургическое лечение Г) ортопедическое лечение</p> <p>65. ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ А) <b>обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, использование антибактериальных средств</b> Б) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, использование склерозирующих средств, физиотерапию В) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок Г) устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа</p> <p>66. МЕСТНЫЕ АНТИСЕПТИКИ, СОДЕРЖАЩИЕ ХЛОРГЕКСИДИН А) <b>элюдрил и корсодил</b> Б) эльгидиум и диоксиколь</p>

- В) пародиум и сангвиритрин
- Г) корсодил и катамин.

67. ДЛЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А) **ваготил**
- Б) левомеколь
- В) раствор бриллиантового зеленого
- Г) банеоцин.

68. ПАРОДОНТАЛЬНУЮ ПОВЯЗКУ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

- А) **защиты кровяного сгустка от внешних воздействий после кюретажа**
- Б) шинирования зубов после операции
- В) шинирования зубов перед операцией
- Г) заполнения кармана во время гингивэктомии.

69.АНТИБИОТИКИ, ОБЛАДАЮЩИЕ ТРОПНОСТЬЮ К КОСТНОЙ ТКАНИ

- А) **клиндамицин**
- Б) азитромицин
- В) амоксиклав
- Г) доксициклин

70. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА, СОДЕРЖАЩИЕ МЕТРАНИДОЗОЛ

- А) **метрогил-дента**
- Б) солкосерил
- В) левомеколь
- Г) банеоцин.

71. ПОКАЗАНИЕ К ОТКРЫТОМУ КЮРЕТАЖУ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА

- А) **карман 5 мм**
- Б) карман 3—4 мм
- В) ложный карман
- Г) карман более 5 мм.

72. КРИТЕРИЙ ВЫБОРА МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА

- А) **глубина пародонтального кармана**
- Б) кровоточивость десны при чистке зубов
- В) длительность заболевания
- Г) степень подвижности зубов.

73. ПОКАЗАНИЕ К ЗАКРЫТОМУ КЮРЕТАЖУ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА

- А) **карман 3 – 4мм**
- Б) карман 5мм
- В) ложный карман
- Г) карман более 5мм.

74.АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

- А) **раствор хлоргексидина**
- Б) масло шиповника
- В) раствор перекиси водорода 6%
- Г) йодиол.

75. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ

**А) подвижность зуба, глубину пародонтального кармана, уровень резорбции альвеолярной кости**

- Б) рецессию десны, глубину пародонтального кармана
- В) потерю пародонтального прикрепления, подвижность зуба
- Г) концентрацию глюкозы в крови.

76. ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ КОЛИЧЕСТВО ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ

**А) не изменяется**

- Б) уменьшается
- В) увеличивается
- Г) уменьшается в 2 раза.

77. ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ РЕЗОРБИЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

**А) отсутствует**

- Б) на 1/3 длины корня зуба
- В) на 1/2 длины корня зуба
- Г) на 2/3 длины корня зуба.

78. ВЫРАЖЕННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

**А) РМА**

- Б) РНР
- В) CSI
- Г) SPITN.

79. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛЕНИЯ В ДЕСНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

**А) кровоточивость при зондировании**

- Б) деформация десневых сосочков.
- В) пародонтальный карман до 3 мм.
- Г) пародонтальный карман 4 мм и более.

80. ПРОБА ШИЛЛЕРА – ПИСАРЕВА ОПРЕДЕЛЯЕТ

**А) воспаление десны**

- Б) нарушение обмена глюкозы
- В) состояние капилляров десны
- Г) уровень гигиены полости рта

81. ФУРКАЦИОННЫЙ ДЕФЕКТ III КЛАССА ЭТО

**А) сквозной дефект в области фуркации зуба, выявляемый при зондировании**

- Б) межкорневая кость частично утрачена, но сквозной дефект отсутствует
- В) сквозной дефект межкорневой перегородки, не скрытый десной
- Г) фуркационный дефект, возможно горизонтальное погружение зонда в направлении межкорневой перегородки более чем на 2мм.

82. ДВУХСТЕНОЧНЫЙ ДЕФЕКТ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ

**А) пародонтите**

- Б) гингивите

	<p>В) рецессии десны Г) пародонтозе</p>
<p>Б1.Б.7.4 «Заболевания слизистой полости рта»</p>	<p>83. СРЕДСТВОМ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ МАЗЬ А) «Канестен» Б) «Солкосерил» В) оксолиновая Г) флореналовая</p> <p>84. К РЕМИССИИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ПРИВОДИТ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ А) <b>кортикостероидами</b> Б) антибиотиками В) транквилизаторами Г) противогрибковыми.</p> <p>85. ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КАНДИДОЗЕ НЕОБХОДИМО А) <b>удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, а затем канестеном или клотримазолом</b> Б) обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника В) провести антисептическую обработку, затем смазать неомидиновой, синтомациновой мазями. Г) обезболить слизистую оболочку, смазать мазью ацикловир.</p> <p>86. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЙ А) <b>ацикловир</b> Б) тетрациклин В) сульфадиме Г) нистатин</p> <p>87. ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С А) <b>многоформной экссудативной эритемой</b> Б) хроническим герпесом В) вторичным сифилисом Г) язвенно-некротическим стоматитом</p> <p>88. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВИРУС А) <b>Herpes simplex I типа</b> Б) Herpes simplex II типа В) Herpes zoster Г) Вирус иммунодефицита</p> <p>89. РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ В ПОЛОСТИ РТА А) <b>увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные</b> Б) увеличенные, безболезненные, плотно-эластичные, подвижные В) увеличенные, безболезненные, плотные, спаянные Г) не увеличенные, болезненные, плотные, спаянные</p> <p>90. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КЛЕТКАМИ ПРИ ИСТИННОЙ ПУЗЫР-</p>

ЧАТКЕ ЯВЛЯЮТСЯ КЛЕТКИ

- А) **Тцанка**
- Б) Лангханса
- В) атипичные
- Г) гигантские многоядерные.

91. НЕПОЛНОЕ ОРОГОВЕНИЕ КЛЕТОК ШИПОВАТОГО СЛОЯ ЭТО

- А) **паракератоз**
- Б) акантоз
- В) понгиоз
- Г) гиперкератоз

92. ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В МАЗКАХ СОДЕРЖИМОГО ПУЗЫРЬКОВ И СОСКОБОВ С ПОВЕРХНОСТИ АФТ В ПЕРВЫЕ 2-4 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

- А) **гигантские многоядерные клетки**
- Б) туберкулезные микобактерии
- В) почкующиеся клетки
- Г) фузобактерии .

93. В ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ С ЭРОЗИИ ПРИ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ ВЫЯВЛЯЮТ

- А) **картину неспецифического воспаления**
- Б) акантолиз
- В) фузоспирахитоз
- Г) картину специфического воспаления

94. К ИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЛО ОТНОСИТСЯ

- А) **цитологическое исследование кисты путем пункции**
- Б) цитологическое исследование язвы языка путем отпечатка
- В) УЗ – исследование опухоли
- Г) компьютерная томография

95. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФОРМ ЛЕЙКОПЛАКИИ ОТНОСИТСЯ К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ

- А) **эрозивно-язвенная**
- Б) Таппейнера
- В) плоская
- Г) мягкая

96. ПРИЗНАКИ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ:

- А) **уплотнение краев и дна язвы**
- Б) блюдцеобразная форма язвы
- В) эозинофилия
- Г) изменение цвета окружающих тканей

97. ИМЕЮТ ТЕНДЕНЦИЮ К ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЮ ЯЗВЫ:

- А) **травматическая**
- Б) трофическая
- В) сифилитическая
- Г) туберкулезная

<p>Б1.Б.7.5 «Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно - лицевой области»</p>	<p>98. ЛИДОКАИН ОТНОСИТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6) к амину</li> <li>7) к эфиру</li> <li><b>8) к амиду</b></li> <li>9) к производному изохинолина</li> </ul> <p>99. КАКОЙ ИЗ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЭФИРОМ ПАРААМИНОБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6) азакаин</li> <li>7) совкаин</li> <li>8) новокаинамид</li> <li><b>9) новокаин</b></li> </ul> <p>100. ИШЕМИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОСЛЕ МЕСТНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>А) глубоком продвижении иглы</li> <li>Б) травме нерва иглой</li> <li>В) чрезмерном введении раствора</li> <li><b>Г) внутрисосудистом введении анестетика</b></li> </ul> <p>101. ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ВЕТВИ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА ИННЕРВИРУЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6) слизистую оболочку ретромолярной области</li> <li><b>7) слизистую оболочку миндалин и дужек мягкого нёба</b></li> <li>8) слизистую оболочку задней части носовой полости</li> <li>9) моляры нижней челюсти</li> </ul> <p>102. БЛУЖДАЮЩИЙ НЕРВ - ЭТО КАКАЯ ПАРА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6) V пара</li> <li>7) VII пара</li> <li>8) IX пара</li> <li><b>9) X пара</b></li> </ul> <p>103. ПОДЪЯЗЫЧНЫЙ НЕРВ ИННЕРВИРУЕТ МЫШЦЫ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>6) всего языка</b></li> <li>7) соответствующей половины языка</li> <li>8) передней части языка</li> <li>9) задней части языка</li> </ul> <p>104. ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6) прямые щипцы</li> <li>7) прямой элеватор</li> <li>8) S-образные щипцы с шипом</li> <li><b>9) штыковидные щипцы</b></li> </ul> <p>105. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6) клювовидные</li> <li><b>7) штыковидные</b></li> <li>8) S-образные сходящиеся</li> <li>9) S-образные с шипом справа</li> </ul> <p>106. ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С СОПУТ-</p>
--	--

	<p>СТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p><b>6) выбор обезболивания</b></p> <p>7) пол</p> <p>8) время суток</p> <p>9) опыт врача</p> <p>107. ПРОВЕДИТЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ПОДГОТОВКУ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ:</p> <p>6) морфиноподобные препараты</p> <p>7) снотворные</p> <p><b>8) седативные</b></p> <p>9) нейролептики</p> <p>108. ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ:</p> <p><b>6) ранних симптомов заболевания</b></p> <p>7) профессиональных вредностей</p> <p>8) допустимых доз лучевой терапии</p> <p>9) расположения онкологических служб</p>
<p>Б1.Б.7.6 «Приобретенные дефекты зубов, зубных рядов и зубочелюстной системы»</p>	<p>109. ОСНОВНОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО ЦЕЛЬНОЛИТЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ:</p> <p>6) эстетичность</p> <p>7) простота изготовления</p> <p>8) <b>прочность, надежность</b></p> <p>9) быстрое привыкание пациента к протезу</p> <p>110. УДЕРЖИВАНИЕ ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА В ПОКОЕ И ПРИ РАЗГОВОРЕ – ЭТО:</p> <p><b>6) фиксация</b></p> <p>7) стабилизация</p> <p>8) артикуляция</p> <p>9) ретенция</p> <p>111. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ЗУБ ПРЕПАРИРУЕТСЯ:</p> <p><b>6) конусовидной формы</b></p> <p>7) цилиндрической формы</p> <p>8) прямоугольной формы</p> <p>9) трапециевидной формы</p> <p>112. ПРИ ПОДГОТОВКЕ ЗУБОВ ПОД НЕСЪЕМНЫЙ МОСТОВИДНЫЙ ПРОТЕЗ БОКОВЫМ СТЕНКАМ ОПОРНЫХ ЗУБОВ:</p> <p><b>6) придается параллельность</b></p> <p>7) придается конусность</p> <p>8) внимание не придается</p> <p>9) придается скос под углом 45°</p> <p>113. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ШТАМПОВАННУЮ КОРОНКУ УСТУП ФОРМИРУЕТСЯ:</p> <p>А) супрагингивально</p> <p>Б) на уровне края десны</p> <p>В) субгингивально по всему периметру шейки зуба</p> <p><b>Г) не формируется</b></p> <p>114. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЛИТЫХ КОРОНОК РАЗБОРНУЮ МОДЕЛЬ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ДЛЯ:</p>

	<p>А) точности литья коронки  Б) удобства моделировки и припасовки коронки  В) предотвращения усадки металла  <b>Г) дублирования модели из огнеупорного материала</b></p> <p>115. СОЗДАНИЕ ЧРЕЗМЕРНОЙ КОНУСНОСТИ КУЛЬТИ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ ОБУСЛОВЛИВАЕТ:  А) травму пародонта  <b>Б) ослабление фиксации протеза</b>  В) затрудненное наложение протеза  Г) эстетический дефект в области шейки зуба</p> <p>116. ОДНОСТОРОННИЙ ДИСТАЛЬНО НЕОГРАНИЧЕННЫЙ (КОНЦЕВОЙ) ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА (ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ) ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ:  А) первому  <b>Б) второму</b>  В) третьему  Г) четвертому</p> <p>117. ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ШТИФТОВОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ:  А) отлом угла режущего края зуба  Б) разрушение корня зуба на 1/2  В) кариозная полость I класса по Блэку  <b>Г) разрушение коронки зуба на уровне десны</b></p> <p>118. ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,9, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ:  А) вкладки  Б) полукоронки  <b>В) штифтового зуба</b>  Г) телескопической коронки</p> <p>119. ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,45, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ:  <b>А) вкладки</b>  Б) полукоронки  В) штифтового зуба  Г) телескопической коронки</p> <p>120. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПОСЛЕ ПОЛНОЙ УТРАТЫ ЗУБОВ:  <b>А) атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки</b>  Б) увеличение амплитуды движений нижней челюсти  В) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх  Г) появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава</p>
--	---



Б1.Б.7.1  
«Кариесология и  
заболевания твер-  
дых тканей зуба»

### Задача № 1.

На прием к стоматологу обратился пациент 22 лет с жалобами на наличие пятен на передних зубах. Чистит зубы нерегулярно. При осмотре отмечается наличие меловидных пятен в пришеечной области на зубах 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, поверхность эмали в области пятен шероховатая, блеск эмали отсутствует. Индекс гигиены полости рта РНР = 1,8.

1. Оцените состояние гигиены полости рта.
2. Назовите заболевание, которому может соответствовать данная клиническая картина.
3. Дополнительные методы, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Укажите фактор риска возникновения данного заболевания.
5. Предложите комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

#### Ответы:

1. Неудовлетворительная
2. Очаговая деминерализация (кариес в стадии пятна)
3. Витальное окрашивание
4. Плохая гигиена
5. Профессиональная гигиена, реминерализующая терапия

### Задача № 2.

Пациент 28 лет, обратился в клинику с жалобами на откол пломбы и кратковременные боли от термических раздражителей в 21 зубе.

Объективно: 21 – откол пломбы, после снятия пломбы глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба (аппроксимально-медиальная поверхность с нарушением целостности режущего края), зондирование дна кариозной полости болезненно.

1. Дообследуйте пациента и поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите этапы лечения данного заболевания.
4. К какому классу классификации кариозных полостей по Блэку относится эта кариозная полость?
5. Каковы особенности препарирования кариозной полости в данном случае?
6. Какие материалы используются для наложения лечебной и изолирующей прокладок? Обоснуйте выбор пломбировочных материалов для наложения лечебной и изолирующей прокладок.

#### Ответы:

1. Рентгенологическое обследование, ЭОД; Гиперемия пульпы (глубокий кариес)
2. Средний кариес, острый очаговый пульпит
3. Местное обезболивание, препарирование кариозной по-

лости, наложение лечебной прокладки, наложение пломбы.

4. 4 класс
5. Препарирование с учётом топографии рогов пульпы, возможно оставление плотного пигментированного дентина.

### **Задача № 3**

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная 17 лет с жалобами на наличие светло-коричневых пятен на резцах верхней и нижней челюстей. При зондировании поверхность пятен гладкая, эмаль блестящая.

Из анамнеза известно, что с 3 до 7 лет больная проживала в местности с содержанием фтора в воде 2,5 мг/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф.диагностику.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите меры профилактики при данной патологии.
5. Что явилось причиной развития заболевания?

### **Ответы:**

1. Флюороз, пятнистая форма.
2. С меловидно-крапчатой формой флюороза, с пятнистой формой гипоплазии, с кариесом в стадии пятна.
3. Общая и местная реминерализующая терапия. Реставрация композитами.
4. Очистка воды, замена питьевого водопровода, исключение искусственного вскармливания детей, вывоз детей.
5. Избыточное поступление фтора в организм человека с питьевой водой.

### **Задача № 4.**

Пациент 25 лет, обратился с целью санации полости рта. При осмотре на вестибулярной поверхности, ближе к режущему краю, выявлены точечные углубления в эмали 11, 21 зубов, дно углублений пигментировано.

Из анамнеза: углубления появились сразу после прорезывания, пигментировались позже, неприятных ощущений не вызывают. Проживает в местности с умеренным климатом и концентрацией фтора в питьевой воде 1 мг/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Что могло быть причиной этого заболевания?
4. Назначьте лечение.
5. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать?

### **Ответы:**

1. Местная гипоплазия, эрозивная форма.
2. С меловидно-крапчатой формой флюороза, с пятнистой формой гипоплазии, с кариесом в стадии пятна, поверхностным кариесом.

	<p>3. Нарушение обменных процессов в развивающемся зубе под влиянием различных заболеваний, инфекции, проникающей радиации. Гипоплазия возникает у детей, перенесших поражение ЦНС, гемолитическую желтуху, рахит, желудочно-кишечные заболевания, эндокринную патологию, при врожденном сифилисе.</p> <p>4. Курс комплексной реминерализующей терапии.</p> <p>5. Реставрация дефектов коронок зубов пломбировочными материалами.</p>
<p>Б1.Б.7.2 «Эндодонтия»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 5.</b></p> <p>У пациентки 43 лет, в течение суток отмечается боль в области 46 зуба. Боль началась внезапно ночью, приступы боли непродолжительные (10-15 минут), боль усиливается от температурных раздражителей. Две недели назад 46 зуб был лечен, наложена пломба из композиционного материала; из анамнеза было выявлено, что пациентка жаловалась на боли от температурных раздражителей, которые быстро проходили.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите наиболее вероятные ошибки, которые врач мог допустить при диагностике и лечении 46 зуба ранее, приведшие к развитию осложнения.</li> <li>2. Поставьте диагноз.</li> <li>3. Перечислите заболевания, с которыми проводится дифференциальная острого очагового пульпита.</li> <li>4. Составьте план лечения</li> </ol> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Термическая травма пульпы во время препарирования или фотополимеризации композита, случайное вскрытие пульпы.</li> <li>2. К 04.0 Острый пульпит (Острый очаговый пульпит)</li> <li>3. Глубокий кариес, острый диффузный пульпит, хронический фиброзный пульпит, обострение хронического пульпита</li> <li>4. Биологический метод, при его неэффективности- эндодонтическое лечение.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 6.</b></p> <p>Пациент А., 23 лет обратился с жалобами на изменение цвета коронки 22 зуба. Анамнез: 22 зуб лечен по поводу осложненного кариеса 1,5 года назад. После лечения зуб не болел. Объективно: вестибулярная поверхность коронки 22 зуба имеет серый оттенок, слизистая оболочка в области проекции верхушки 22 зуба бледно-розового цвета, перкуссия безболезненная. После удаления пломбы полость зуба широко раскрыта, устье канала закрыто пломбировочным материалом. На рентгенограмме корневой канал 22 зуба прослеживается на всем протяжении. Пломбировочный материал заполняет только устьевую часть канала. В области верхушки корня очаг деструкции костной ткани с не четкими контурами размером 1-2 мм.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Проведите диф. диагностику.</li> <li>3. План и этапы лечения.</li> </ol> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. К 04.5 Хронический периодонтит (хронический гранули-</li> </ol>

	<p>рующий периодонтит).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Хронический гранулематозный периодонтит, обострение хронического периодонтита, хронический пульпит.</li> <li>3. Повторное эндодонтическое лечение</li> </ol>
<p>Б1.Б.7.3 «Пародонтология»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 7.</b></p> <p>Больная С., 25 лет, обратилась с жалобами на периодически возникающую кровоточивость дёсен, усиливающуюся при чистке зубов, что беспокоит больную уже в течение 3 лет. В анамнезе – хронический гастрит в течение 5 лет.</p> <p>При объективном осмотре полости рта выявлено: отёк и гиперемия с цианозом межзубных десневых сосочков и маргинальной десны, кровоточащей при дотрагивании до неё зондом. Имеется мягкий зубной налёт в области шеек зубов, отложения наддесневого зубного камня. Гигиеническое состояние полости рта удовлетворительное. Гигиенический индекс Фёдорова-Володкиной равен 2,5 баллам. Проба Шиллера-Писарева положительная, при этом окрасились все десневые сосочки и маргинальная десна в области большинства зубов.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте диагноз.</li> <li>2) Определите степень тяжести заболевания.</li> <li>3) Составьте план обследования и лечения больной.</li> </ol> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хронический катаральный гингивит</li> <li>2. Средняя степень тяжести</li> <li>3. Мотивация, обучение гигиене полости рта, профессиональная гигиена полости рта, местная антимикробная и противовоспалительная терапия, консультация гастроэнтеролога</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 8.</b></p> <p>Пациент Р. 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 1.1, 2.1, 3.1, кровоточивость десен, выделение гноя, боль, неприятный запах изо рта, частые случаи припухлости десны, который сопровождаются болью и повышением температуры тела до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щек без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойной отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм. Патологическая подвижность зубов I-II степени.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.</li> <li>2. Назовите методы обследования для уточнения диагноза.</li> <li>3. Наметьте план лечебных мероприятий.</li> </ol> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Воспалительные заболевания пародонта</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Рентгенологическое обследование, индексная оценка состояния тканей пародонта</li> <li>3. Мотивация, обучение гигиене полости рта, профессиональная гигиена, местная и общая антимикробная и противовоспалительная терапия, шинирование, кюретаж, консультация эндокринолога.</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>Б1.Б.7.4</b> «Заболевания слизистой полости рта»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 9.</b></p> <p>Пациент 37 лет обратился с жалобами на боль и жжение в слизистой оболочке полости рта, усиливающиеся при приеме пищи, появление болезненных язв, которые через 7—10 дней самостоятельно исчезают. Обострения бывают 2—3 раза в год (осенью и весной в течение 4 лет). Обращался к стоматологу, назначались полоскания антисептическими растворами, аппликации масляного раствора витамина А. В анамнезе хронический энтероколит. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены, болезненны при пальпации. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное. Острые края коронок зубов 16, 25,31,32. На кончике языка и слизистой оболочке нижней губы эрозии овальной формы с венчиком гиперемии, болезненные при пальпации.</p> <p style="text-align: center;">1. Установите диагноз, назначьте лечение.</p> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ХРАС. Лечение у гастроэнтеролога, десенсибилизирующая терапия, местная противовоспалительная, иммуномодулирующая и кератопластическая терапия</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 10.</b></p> <p>Больной Б., 25 лет, жалуется на повышение температуры тела до 39°C, недомогание, резкую боль при разговоре и приеме пищи. Анамнез: Несколько дней назад после переохлаждения и обострения тонзиллита почувствовал общее недомогание, появление боли в мышцах и суставах. Рецидивы наступают в весенний период.</p> <p>Объективно: При осмотре на коже тыльной поверхности кистей, выявлены округлые синюшные пятна диаметром 2,5 – 3 см с корочкой в центре. На отечной красной кайме губ – обширные кровянистые корки. Открывания полости рта ограничено. Симптом Никольского отрицательный.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику;</li> <li>3. Составьте план лечения, решите вопрос о необходимости госпитализации;</li> <li>4. Назначьте препараты местного лечения;</li> <li>5. Ваши рекомендации по профилактике данного заболевания;</li> </ol> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Многоформная экссудативная эритема, инфекционно-аллергическая форма;</li> <li>2. Герпетический стоматит, вульгарная пузырчатка; МЭЭ токсико-аллергическая форма.</li> </ol>

3. Необходимо лечение в условиях стационара дерматологом.
4. Местное назначение на красную кайму губ протеолитических ферментов, обработка антисептиками (настои и отвары из лекарственных растений).
5. Лечение хронических тонзиллитов и выявление хронических очагов инфекции в полости рта.

**Задача № 11.**

Пациент К., 26 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами, на дефект языка, мешающий приему пищи, крайне болезненный. Считает себя больным 3 года, не лечился. Объективно: в области дистальной трети языка определяется опухолевидное образование с широким основанием, приподнятое над поверхностью языка, бугристое бело-розовое, болезненное при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Тактика врача – стоматолога.
4. Какова возможная гистологическая картина заболевания.
5. О каком осложнении следует думать?

**Ответы:**

1. Ромбовидный глоссит, гиперпластическая форма
2. Опухолевидные образования языка, специфические инфекционные заболевания, веррукозная лейкоплакия, синдром Барлоу.
3. В случаях роста – хирургическое иссечение, аппликационно кератопластические препараты; санация полости рта; обучение гигиены полости рта, подбор индивидуальных средств гигиены.
4. Гистологическая картина: исчезновение сосочков, акантоз, подэпителиальная инфильтрация.
5. Озлокачествление.

**Задача № 12.**

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

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

Объективно: полость рта не санирована. Имеется некачественный мостовидный протез с опорой на 36 и 38 зубы. На боковой поверхности языка слева наблюдается язва размером 0,3x0,8 см, с ровными краями, при пальпации резко болезненна. Лимфоузлы подчелюстные увеличены, подвижны и болезненны.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.
4. Назначьте противовоспалительную и эпителизирующую терапию.
5. Какой из физиотерапевтических методов Вы назначили бы?

**Ответы:**

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. хроническая травма языка – декубитальная язва;</li> <li>2. твердый шанкр, трофическая язва, раковая язва, туберкулезная;</li> <li>3. устранение травмирующего фактора, противовоспалительные и эпителизирующие препараты.</li> <li>4. солкосерил-гель, масло шиповника или облепихи;</li> <li>5. лазерное облучение.</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>Б1.Б.7.5</b></p> <p>«Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно - лицевой области»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 13.</b></p> <p>Родители пациента М., возрастом 15 лет, страдающего болезнью Дауна обратились в поликлинику по поводу санации полости рта их сыну. После осмотра, который сопровождался значительными трудностями, удалось установить, что пациенту необходимо лечить множественный кариес зубов и удалить пять разрушенных зубов по поводу хронического периодонтита.</p> <p>Какой вид обезболивания Вы выберете для проведения санации полости рта у данного пациента?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. инфильтрационное обезболивание,</li> <li>2. проводниковое обезболивание,</li> <li>3. <b>общее обезболивание.</b></li> </ol> <p>В каких условиях и кем должно проводиться данный вид обезболивания?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. в амбулаторно-поликлинических условиях врачом-стоматологом,</li> <li>6. <b>в условиях стационара анестезиологом-реаниматологом.</b></li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 14.</b></p> <p>Больной, 47 лет, предъявляет жалобы на сильные пульсирующие боли в области твердого неба, усиливающуюся при приеме пищи, разговоре, появление припухлости твердого неба в области 1.3,1.2,1.1.</p> <p>Из анамнеза: считает себя больным в течение четырех дней, когда заболел 1.3. За медицинской помощью обратился после того, когда в области твердого неба появилась припухлость.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,3С. Со стороны полости рта: 1.1,1.2,1.3 под пломбами, перкуссия 1.2 резко болезненна. В переднем отделе твердого неба определяется воспалительный инфильтрат овальной формы, резко болезненный при пальпации, в центре которого имеется участок флюктуации, слизистая оболочка над очагом гиперемирована, отмечается незначительный отек окружающих тканей.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>3. Назовите топографическую анатомию твердого неба, анатомические образования, находящиеся на нем, пути распространения инфекции.</li> <li>5. Назовите оперативный доступ и последовательность</li> </ol>

действий при флегмонах данной локализации.

### **Задача № 15.**

Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное образование под кожей в нижнем отделе щеки справа.

Анамнез: Более года периодически во время еды возникала боль в 4.6 зубе. 2 месяца назад под кожей щеки справа появилось безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось. Кожа над ним стала красной.

При осмотре: в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоболлезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж. На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разряжения костной ткани, неправильной формы, без четких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.

#### **Вопросы**

1. Установите диагноз заболевания.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?
4. Определите план лечения.
5. Прогноз заболевания?

### **Задача № 16.**

У больного 60 лет на красной кайме нижней губы справа определяется эрозия овальной формы 0,5-1,0 см, поверхность гладкая, как бы полированная, интенсивно красного цвета. Из анамнеза установлено, что больной житель сельской местности, работа не в помещении. Данный очаг поражения периодически самостоятельно исчезает и снова появляется на том же месте и так продолжается более 1,5 лет.

#### **Вопросы:**

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.

#### **Ответы:**

1. Предварительный диагноз - абразивный преинвазивный хейлит Манганотти.
2. Лечение начинается с применения средств, стимулирующих эпителизацию эрозий, устранения раздражающих факторов внешней среды (холод, чрезмерная инсоляция и др.). При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения необходимо хирургическое лечение (криотерапия, хирургическое иссечение).



<p>Б1.Б.7.6 «Приобретенные дефекты зубов, зубных рядов и зубочелюстной системы»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 17.</b></p> <p>Пациент Ж., 38 лет, явился с жалобами на отсутствие 3.5, 3.6, 3.7 зубов, затрудненное пережевывание пищи, косметический дефект. При обследовании выявлено: 3.4 и 3.8 зубы интактные. 3.5, 3.6, 3.7 отсутствуют.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите возможность изготовления мостовидного протеза с опорой на 3.4, 3.8 зубы.</li> <li>2. Опишите показания к изготовлению цельнолитых мостовидных протезов.</li> <li>3. Перечислите существующие требования к опорным зубам при изготовлении мостовидных протезов.</li> <li>4. Назовите материалы, применяемые при изготовлении мостовидных протезов.</li> <li>5. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых мостовидных протезов.</li> </ol> <p><b>Ответы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Не показано изготовление мостовидного протеза с опорой на 3.8 и 3.4 зубы, так как протяженность тела протеза более двух зубов. Протез такой протяженности вызовет перегрузку опорных зубов и их скорую утрату.</li> <li>2. Показания к изготовлению – дефекты зубных рядов с отсутствием не более двух зубов.</li> <li>3. Отсутствие подвижности опорных зубов, отсутствие периапикальных изменений в области верхушек, качественное эндодонтическое лечение.</li> <li>4. СПС, сплавы золота, ХКС, НХС.</li> <li>5. Этапы изготовления: препарирование опорных зубов, снятие оттисков, изготовление гипсовых моделей, моделирование опорных коронок и тела мостовидного протеза из воска, отливка, примерка в полости рта, полировка, фиксация.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 18.</b></p> <p>Пациент М., 40 лет, явился на прием к стоматологу с жалобами на выпадение пломбы из 2.7 и 2.4 зубов, с просьбой восстановить зубы искусственными коронками. Зубы 2.5 и 2.6 отсутствуют. На рентгенограмме 2.7 зуба – небный канал запломбирован до физиологического отверстия, в переднем щечном канале проецируется пломбировочный материал в устье корневого канала. У 2.4 зуба каналы запломбированы, воспалительных явлений в области апексов нет. При обследовании пациенту было предложено изготовить мостовидный протез с опорой на 2.4 и 2.7 зубы.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите возможность восстановления 2.7 зуба искусственной коронкой-опорой мостовидного протеза.</li> <li>2. Составьте план лечения данного 2.7 зуба.</li> <li>3. Назовите виды мостовидных протезов, которые возможно изготовить с опорой на 2.4 и 2.7 зубы.</li> <li>4. Определите необходимость распломбирования небного канала 2.4 зуба.</li> <li>5. Перечислите требования, предъявляемые к полным искус-</li> </ol>
---	---

ственным коронкам-опорам мостовидного протеза.

**Ответы.**

1. Восстановление 2.7 зуба искусственной коронкой возможно после проведения пломбирования переднего щечного канала.
2. План лечения 2.7 зуба: необходимо передний щечный канал пройти до апикального отверстия, запломбировать передний щечный канал, наложить постоянную пломбу или восстановить зуб культевой металлической вкладкой.
3. С опорой на 2.7 и 2.4 зубы возможно изготовить мостовидные протезы, в основе которых лежит цельнолитая конструкция.
4. Небный канал 2.4 зуба необходимо распломбировать для последующего изготовления литой культевой вкладки.
5. Основные требования к искусственным коронкам:
  - искусственные коронки должны восстанавливать анатомическую форму зуба,
  - иметь плотный межзубной контакт,
  - должны плотно прилегать к шейки зуба,
  - край коронки должен располагаться до уровня десны или продвигаться под десну не более 0,1-0,2 мм,
  - должны восстанавливать окклюзионные контакты,
  - удовлетворять требованию эстетики

**Задача № 19.**

Пациент Р., 35 лет, явился к стоматологу с жалобами на косметический дефект в области 2.1, 1.1, 1.2 зубов. При обследовании врач обнаружил отлом коронки 2.1, 1.1, 1.2 зубов, оставшаяся часть 2.1 и 1.2 зубов выступает над уровнем десны до 3 мм, корневые каналы запломбированы. Отлом коронки 1.1 зуба произошел ниже уровня десны на 4 мм.

1. Определите план лечения.
2. Тактика по отношению к 1.1 зубу.
3. Определите противопоказания к изготовлению культевой штифтовой вкладки в 1.1 зуб.
4. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления металлокерамического мостовидного протеза.

**Ответы.**

1. Удаление 1.1 зуба.
  - Раскрытие корневых каналов в 2.1 и 1.2 зубах.
  - Формирование каналов под вкладку.
  - Снятие слепков для изготовления культевых вкладок.
  - Изготовление штифтовой культевой вкладки.
  - Фиксация культевых вкладок в 2.1 и 1.2 зубах.
  - Снятие слепков для изготовления мостовидного металлокерамического протеза с опорой на 2.1 и 1.2 зубы.
  - Фиксация мостовидного протеза.
2. Удаление проводят из-за невозможности восстановления зуба вкладкой, по причине отлома ниже уровня десны и

- разрыва круговой связки.
3. Противопоказаниями в данном случае могут быть неустойчивость зуба в лунке, разрыв циркулярной связки, отлом коронки ниже уровня десны.
  4. Препарирование зубов, снятие силиконового слепка, отливка модели, моделирование и отливка каркаса, примерка каркаса в полости рта, облицовка каркаса, примерка в полости рта, припасовка по прикусу, глазуровка, фиксация.

#### **Задача № 20.**

Пациентка А., 45 лет, обратилась в стоматологическую клинику с целью ортопедического лечения 4.6 зуба. Из анамнеза выяснено, что 4.6 зуб неоднократно лечен с наложением пломб, но пломбы через три-четыре месяца выпадали. При осмотре 4.6 зуба обнаружена кариозная полость на жевательной поверхности в пределах эмали и средних слоёв дентина, зондирование стенок безболезненно. Врач произвел препарирование кариозной полости, наложил постоянную пломбу. Принято решение изготовить на 4.6 зуб металлокерамическую коронку.

1. Перечислите показания к изготовлению металлокерамических коронок.
2. Перечислите противопоказания к изготовлению металлокерамических коронок.
3. Назовите снимаемую толщину твердых тканей зуба, снимаемых под металлокерамическую коронку.
4. Назовите методику снятия слепков под металлокерамические коронки.

#### **Ответы.**

1. Нарушение формы и цвета коронок естественных зубов (кариес, травма, клиновидные дефекты, флюороз и врожденные аномалии), патологическое стирание, аллергия к пластмассовым облицовкам, невозможность полноценной реставрации коронки зуба пломбирочным материалом, по эстетическим требованиям.
2. Детям и подросткам, выраженные аномалии прикуса, особенно при глубоком резцовом перекрытии, парафункции жевательных мышц, низкие, плоские коронки, заболевания пародонта тяжелой степени.
3. Снимаемая толщина твердых тканей зуба под цельнолитую металлокерамическую коронку составляет 1,3-1,5-2 мм
4. При изготовлении металлокерамической коронки снимают двухслойный оттиск. Предварительный оттиск снимают стандартной ложкой базисной массой силикатного материала. Окончательный оттиск получают более жидкой корригирующей массой, входящей в комплект этого материала. Эта методика позволяет получить точный отпечаток как самих препарированных зубов, так и поддесневой части корня до дна десневого желобка. Перед снятием оттиска в зубодесневой желобок вводят ретрак-

ционные нити.

### **Задача № 21.**

Пациент О., 47 лет, обратился в клинику с жалобой на разрушение и изменение в цвете 3.7 зуба. Объективно: коронка 3.7 зуба разрушена кариесом на 3\4, зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневые каналы запломбированы до верхушек корней, патологических изменений пародонта нет. Больному решено было изготовить штампованную коронку на 3.7 зуб.

1. Определите показания к восстановлению коронки зуба штампованной коронкой.
2. Перечислите клинические и лабораторные этапы изготовления штампованной коронки.
3. Перечислите материалы, применяемые для изготовления штампованных коронок.
4. Назовите оттискные массы, применяемые для снятия оттиска под штампованные коронки.
5. Назовите необходимые материалы для проведения этапа фиксации коронки в полости рта.

### **Ответы.**

1. Невозможность восстановления зуба пломбой, аномалия формы, положения зуба, патологическая стираемость, для фиксации кламмера съемного протеза, как опорная коронка мостовидного протеза, с целью шинирования.
2. Одонтопрепарирование, снятие оттиска, отливка модели, гипсовка модели в окклюдатор, моделирование зубов из воска, получение штампов из легкоплавких металлов, штамповка, отбеливание, шлифовка, полировка, припасовка коронок в полости рта, окончательная припасовка и фиксация коронок.
3. Для изготовления штампованных коронок используются сплавы: нержавеющая сталь, серебряно-палладивый сплав, сплав золота 900 пробы
4. Альгинатные оттискные массы для рабочего и вспомогательного оттисков.
5. СИЦ для фиксации ортопедических конструкций, поликарбонатные цементы, цементы двойного отверждения.

### **Задача № 22.**

Пациент У., 26 лет, явился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект 1.2 зуба. Из анамнеза выяснено, что зуб неоднократно лечен, но пломбы выпадали через 2-3 месяца. При осмотре: коронка 1.2 зуба разрушена наполовину, в полости зуба обнаружены остатки пломбировочного материала. На рентгенограмме - канал зуба запломбирован до физиологического отверстия, изменений в пародонте нет.

1. Составьте план лечения для устранения эстетического дефекта 1.2 зуба.
2. Определите возможность изготовления металлокерамической коронки на 1.2 зуб.

	<p>3. Определите возможность создания уступа при изготовлении металлокерамической коронки.</p> <p>4. Расскажите о видах уступов при изготовлении металлокерамической коронки.</p> <p>5. Назовите этапы изготовления металлокерамической коронки.</p> <p><b>Ответы.</b></p> <p>1. План лечения: подготовка канала, моделирование культевой штифтовой вкладки из воска, отливка вкладки из металла, припасовка вкладки, фиксация на цемент, изготовление искусственной коронки.</p> <p>2. Возможно после изготовления и фиксации культевой штифтовой вкладки.</p> <p>3. Уступ формируется в данном случае при изготовлении культевой штифтовой вкладки.</p> <p>4. Виды уступов: под углом 135°, под углом 90°, под углом 90° со скосом 45°, желобообразный, символ уступа.</p> <p>5. а) снятие оттиска, б) изготовление металлического колпачка на модели, в) припасовка колпачка, г) выбор цвета, нанесение керамической массы, обжиг, д) припасовка, е) глазурирование, ж) фиксация коронки.</p>
--	--

### **Контроль освоения ординаторами компетенций**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Практические навыки из перечня
<b>УК</b>	<b>1</b>	1-100	1-12	
<b>ПК</b>	<b>1</b>	31-34, 40-53	1-12	
	<b>2</b>	60,61, 99,100	1-12	
	<b>4</b>			
	<b>5</b>	1, 4-21,22-30, 35-39, 41-51, 54-56, 76-82, 87-98	1-12	
	<b>6</b>		1-12	
	<b>7</b>	2-4, 57-59, 62-75, 83-86	1-12	
	<b>9</b>		1-12	
	<b>10</b>		1-12	
	<b>12</b>		1-12	

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ**

## РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ»

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 54 часа**

**Формы контроля – рефераты, дискуссия**

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем самостоятельной работы
<i>Б1.Б.7.1</i>	Раздел 1 «Кариесология и заболевания твердых тканей зубов»	9
<i>Б1.Б.7.2</i>	Раздел 2 «Эндодонтия»	9
<i>Б1.Б.7.3</i>	Раздел 3 «Пародонтология»	9
<i>Б1.Б.7.4</i>	Раздел 4 «Заболевания слизистой полости рта и губ»	9
<i>Б1.Б.7.5</i>	Раздел 5 «Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно - лицевой области»	9
<i>Б1.Б.7.6</i>	Раздел 6 «Приобретенные дефекты зубов, зубных рядов и зубочелюстной системы»	9

### Темы рефератов:

<p><b>Б1.Б.7.1</b> Раздел 1 «Кариесология и заболевания твердых тканей зубов»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Современные представления о причинах возникновения и механизме развития кариеса зубов.</li> <li>2. Современные методы диагностики кариеса зубов.</li> <li>3. Методы оценки кариесрезистентности твердых тканей зубов.</li> <li>4. Минимально инвазивные технологии, используемые при лечении заболеваний твердых тканей зубов. ART – технология.</li> <li>5. Использование коффердама в клинике терапевтической стоматологии.</li> <li>6. Сравнительная характеристика адгезивных систем.</li> <li>7. Окончательная обработка реставрации зуба: средства, методики.</li> <li>8. Ошибки и осложнения при работе с композиционными материалами.</li> <li>9. Аномалии формы и размера зубов. Инвагинации (зуб в зубе).</li> <li>10. Абфракция. Особенности реставрации абфракционных дефектов.</li> <li>11. Консервативное лечение патологической стираемости.</li> <li>12. Гипоплазия, гиперплазия. Этиология, патогенез, классификация, лечение.</li> <li>13. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов (клиновидный дефект, эрозия эмали). Этиология, клиника, лечение, профилактика.</li> </ol>
---	--

	<p>14. Травма зубов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Реставрация коронковой части зуба композиционными материалами. Парапальпарные и внутрипальпарные штифты.</p>
<p><b>Б1.Б.7.2</b> Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<p>15. Радикулярная киста. Этиология, патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика и методы лечения.</p> <p>16. Роль хронических очагов инфекций в возникновении очагово-обусловленных заболеваний.</p> <p>17. Рентгенография в эндодонтии.</p> <p>18. Методы ирригации корневых каналов.</p> <p>19. Методики прохождения корневых каналов.</p> <p>20. Методики obturации корневых каналов.</p> <p>21. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения.</p> <p>22. Пломбирочные материалы для корневых каналов. Штифты, методы пломбирования штифтами.</p> <p>23. Физиотерапия верхушечного периодонтита. Показания, противопоказания, механизм действия, методика проведения.</p> <p>24. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита. Патанатомия. Иммунологические аспекты.</p>
<p><b>Б1.Б.7.3</b> Раздел 3 «Пародонтология»</p>	<p>25. Роль и значение временного шинирования в комплексном лечении заболеваний пародонта.</p> <p>26. Идиопатические заболеваний пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта. Особенности клинического проявления и лечения.</p> <p>27. Опухолевидные заболеваний пародонта. Особенности клинического проявления и лечения.</p> <p>28. Патогенез воспалительных заболеваний пародонта.</p> <p>29. Микробиология воспалительных заболеваний пародонта.</p> <p>30. Методы удаления зубных отложений. Профилактика их образования. Оценка гигиенического состояния полости рта.</p> <p>31. Методы обследования больных с патологией пародонта.</p> <p>32. Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта. Показания, противопоказания.</p> <p>33. Профилактика заболеваний пародонта. Методы и средства. Роль гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний пародонта.</p> <p>34. Местная медикаментозная терапия при лечении заболеваний пародонта.</p> <p>35. Атипичные формы воспалительных заболеваний пародонта (ювенильный пародонтит, быстро прогрессирующий пародонтит). Клиника, особенности течения, диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Б1.Б.7.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой полости рта и губ»</p>	<p>36. Синдром Мелькерсона-Розенталя. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>37. Стомалгия, глоссалгия. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>38. Аллергические реакции. Анафилактический шок, отек Квинке, контактные аллергические стоматиты, токсикоаллергические стоматиты.</p> <p>39. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>40. Красный плоский лишай. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, современные подходы к лечению.</p> <p>41. Красная волчанка. Этиология, патогенез, клиника, проявления в полости рта, дифференциальная диагностика, современные подходы к лечению.</p> <p>42. Многоформная экссудативная эритема. Синдром Стивенса-Джонсона. Этиология, патогенез, клиника, проявления в полости рта, дифференциальная диагностика, современные подходы к лечению.</p> <p>43. Акантолитическая пузырчатка. Этиология, патогенез, клиника, проявления в полости рта, дифференциальная диагностика, современные подходы к лечению.</p> <p>44. Современные методы диагностики предраковых заболеваний слизистой полости рта.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Б1.Б.7.5</b> Раздел 5 «Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно - лицевой области»</p>	<p>45. Сравнительная характеристика современных карпульных анестетиков амидного ряда.</p> <p>46. Цели и задачи премедикации в стоматологии.</p> <p>47. Современные методы общего обезболивания. Показания, противопоказания.</p> <p>48. Местные осложнения, связанные с применением современных карпульных анестетиков.</p> <p>49. Общие осложнения при проведении местного обезболивания.</p> <p>50. Методы обезболивания на нижней челюсти: по Гоу-Гейтсу, Егорову, Акинози-Вазерани, Маламеда. Показания, противопоказания.</p> <p>51. Особенности проведения местного обезболивания при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области</p> <p>52. Одонтогенные абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика и лечение.</p> <p>53. Принципы онконастороженности в стоматологии.</p> <p>54. Лазерные технологии в хирургической стоматологии.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Б1.Б.7.6</b> Раздел 6 «Приобретенные дефекты зубов, зубных рядов и зубочелюстной системы»</p>	<p>55. Возможные ошибки и их устранение при изготовлении литых вкладок.</p> <p>56. Современные компьютерные технологии в ортопедической стоматологии.</p> <p>57. Оттисковые материалы: свойства, методика применения.</p> <p>58. Временная фиксация ортопедических конструкций:</p>



	<p>показания, материалы, методика.</p> <p>59. Современные материалы для постоянной фиксации ортопедических конструкций: свойства, методика применения.</p> <p>60. Применение металлокерамических конструкций для восстановления целостности зубных рядов.</p> <p>61. Применение безметалловой керамики для лечения патологии твердых тканей зубов и дефектов зубных рядов.</p> <p>62. Современные технологии лечения частичного отсутствия зубов при помощи съемных протезов.</p> <p>63. Причины и способы устранения различных осложнений при использовании несъемными протезами.</p> <p>64. Клиническая анатомия протезного поля при полном отсутствии зубов.</p> <p>65. Адаптация пациентов к различным видам протезов, сроки и пути их сокращения.</p> <p>66. Основные критерии эстетического восприятия зубных рядов. Правила определения цвета зубов. Возрастные особенности цвета зубов.</p>
--	---

### Перечень дискуссионных тем:

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Кариесология и заболевания твердых тканей зуба»</p>	<p>1. Реставрация некариозных поражений. Выбор пломбирочного материала.</p> <p>2. Слюна и ротовая жидкость. Реминерализующие свойства. Защитная функция. Методы исследования ротовой жидкости.</p> <p>3. Фундаментальные концепции эмалевой и дентинной адгезии.</p> <p>4. Реставрация патологической стираемости.</p> <p>5. Стеклоиономерные цементы.</p> <p>6. Композиты. Классификация, состав, свойства, методика применения. Полимеризационные устройства.</p> <p>7. Изоляция операционного поля.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<p>8. Современные методы и средства эндодонтического лечения зубов.</p> <p>9. Методы ирригации корневых каналов.</p> <p>10. Методики инструментальной обработки корневых каналов.</p> <p>11. Методики пломбирования корневых каналов.</p> <p>12. Эндодонтические аксессуары.</p> <p>13. Микробиология в эндодонтии.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Пародонтология»</p>	<p>14. Роль и значение избирательного пришлифовывания зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта.</p> <p>15. Роль и значение депульпирования зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта.</p> <p>16. Роль и значение временного шинирования в комплексном лечении заболеваний пародонта.</p> <p>17. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта. Особенности клинического проявления и лечения.</p>

	<p>18. Опухолевидные заболеваний пародонта. Особенности клинического проявления и лечения.</p> <p>19. Патогенез воспалительных заболеваний пародонта.</p> <p>20. Микробиология воспалительных заболеваний пародонта.</p>
<p><b>Б1.Б.6.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой полости рта и губ»</p>	<p>21. Сифилис. Клинические проявления в полости рта. Дифференциальная диагностика. Особенности поведения врача при приеме больных.</p> <p>22. Туберкулез. Клинические проявления в полости рта. Дифференциальная диагностика. Особенности поведения врача при приеме больных.</p> <p>23. Поражения слизистой оболочки полости рта при гипо- и авитаминозах.</p> <p>24. Поражение слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.</p> <p>25. Поражение слизистой оболочки полости рта при сердечно-сосудистых заболеваниях.</p> <p>26. Изменения на слизистой оболочке полости рта при ВИЧ-инфекции.</p> <p>27. Пигментно-сосочковая дистрофия. Этиология, патогенез, клиника, проявления на слизистой оболочке полости рта.</p>
<p><b>Б1.Б.6.5</b> Раздел 5 «Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области»</p>	<p>28. Современные методы общего обезболивания. Показания, противопоказания.</p> <p>29. Местные осложнения, связанные с применением современных карпульных анестетиков.</p> <p>30. Общие осложнения при проведении местного обезболивания.</p> <p>31. Методы обезболивания на нижней челюсти: по Гоу-Гейтсу, Егорову, Акинози-Вазерани, Маламеда. Показания, противопоказания.</p> <p>32. Особенности проведения местного обезболивания при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области</p> <p>33. Одонтогенные абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика и лечение абсцессов и флегмон различных локализаций.</p> <p>34. Фурункулы, карбункулы лица.</p>
<p><b>Б1.Б.6.6</b> Раздел 6 «Приобретенные дефекты зубов, зубных рядов и зубочелюстной системы»</p>	<p>35. Причины потери зубов и образования дефектов зубных рядов. Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди.</p> <p>36. Вкладки. Полукоронки. Фарфоровые коронки. Показания к применению.</p> <p>37. Виды несъемных протезных конструкций при дефектах зубного ряда. Показания к применению мостовидных протезов.</p> <p>38. Клинико-лабораторные этапы изготовления мостовидных протезов.</p> <p>39. Показания к использованию частичных съемных пластиночных протезов. Виды осложнений.</p> <p>40. Изменения в жевательном аппарате после полной потери зубов.</p> <p>41. Классификация беззубых челюстей по Оксману.</p>

### Критерии и шкала оценивания

#### 3. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

#### 4. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

### **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ»**

#### **Перечень вопросов для устного собеседования:**

<b>Б 1.В.ОД.1.1</b> Раздел 1 «Кариесология и не- кариозные пораже- ния зубов»	1. Этиология, патогенез кариеса. Классификации заболеваний эмали и дентина. 2. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении кариеса. Их профилактика и лечение. 3. Некариозные поражения зубов, возникающие после прорезывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. 4. Организация рабочего места врача-стоматолога (нормативы и требования). Учетная и отчетная документация. Количественные и качественные показатели работы врача-стоматолога. 5. Профилактика кариеса зубов.
<b>Б 1.В.ОД.1.2</b> Раздел 2 «Эндодонтия»	6. Этиология, патогенез воспаления апикального периодонта. Классификация периодонтита. 7. Лечение верхушечного периодонтита. Цель, задачи, методы. Показания и противопоказания к консервативному лечению. Лечение острого верхушечного периодонтита. Оценка эффективности. Отдаленные результаты и прогноз лечения (с учетом региональных особенностей эпидемиологии заболевания, этнографических и демографических

	<p>детерминант, возрастных изменений ЧЛО у лиц, проживающих в Волгоградской области, а также потребностей работодателей).</p> <p>8. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита. Их профилактика. Диспансеризация. Оценка эффективности проводимой терапии. Реабилитация больных с заболеваниями периодонта.</p> <p>9. Физиотерапевтические методы в практической эндодонтии.</p> <p>10. Стоматогенный очаг инфекции, очагово-обусловленные заболевания.</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.3</b> Раздел 3 «Периодонтология»</p>	<p>11. Классификация заболеваний пародонта. Этиология (роль экзогенных и эндогенных факторов в развитии заболеваний пародонта) и патогенез болезней пародонта.</p> <p>12. Язвенно-некротический гингивит. Этиология, патогенез. Роль местных и общих факторов в этиологии гингивита. Распространенность. Патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>13. Пародонтит, распространенность. Этиология, патогенез. Патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>14. Рецессия десны. Этиология, патогенез. Роль местных и общих факторов в развитии рецессии десны. Классификация. Распространенность, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>15. Идиопатические заболевания пародонта, опухоли и опухолевидные заболевания пародонта (пародонтомы). Особенности клинических проявлений, диагностика, дифференциальная диагностика.</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.4</b> Раздел «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p>16. Методы обследования больного с заболеванием слизистой оболочки полости рта. Оформление документации. Элементы поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ (ММСИ), МКБ-10 (с учетом региональных особенностей эпидемиологии заболевания, этнографических и демографических детерминант, возрастных изменений ЧЛО у лиц, проживающих в Волгоградской области, а также потребностей работодателей).</p> <p>17. Механическая, химическая и физическая травмы слизистой оболочки полости рта. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>18. Герпетическая инфекция (острый и хронический рецидивирующий герпес, опоясывающий лишай, ящур, герпангина). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>19. Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Сроки временной нетрудоспособности.</p> <p>20. Многоформная экссудативная эритема. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p>

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p style="text-align: center;"><b><i>Б 1.В.ОД.1.1</i></b> <b><i>Раздел 1</i></b> <b><i>«Кариесология и некариозные поражения»</i></b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Кариес зубов. Этиология, патогенез. Методы лечения.</li><li>2. Организация рабочего места врача-стоматолога (нормативы и требования). Учетная и отчетная документация. Количественные и качественные показатели работы врача-стоматолога.</li><li>3. Некариозные поражения зубов, возникающие до прорезывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</li><li>4. Методы обследования стоматологического больного. Сущность и значение основных и дополнительных методов обследования.</li><li>5. Травма зуба. Классификация. Выбор метода лечения.</li></ol>
<p style="text-align: center;"><b><i>Б 1.В.ОД.1.2</i></b> <b><i>Раздел 2</i></b> <b><i>«Эндодонтия»</i></b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>6. Эндодонтическое лечение как подготовка к зубосохраняющим операциям при лечении хронических форм периодонтита.</li><li>7. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита. Их профилактика. Диспансеризация. Оценка эффективности проводимой терапии. Реабилитация больных с заболеваниями периодонта.</li><li>8. Лечение хронического верхушечного периодонтита зубов с хорошо проходимыми корневыми каналами. Односеансный метод лечения. Показания и противопоказания. Оценка эффективности. Отдаленные результаты и прогноз лечения (с учетом региональных особенностей эпидемиологии заболевания, этнографических и демографических детерминант, возрастных изменений ЧЛО у лиц, проживающих в Волгоградской области, а также потребностей работодателей).</li><li>9. Анатомо-физиологические особенности периодонта. Функции периодонта.</li><li>10. Обострение хронического верхушечного периодонтита. Клиника, диагностика, диф. диагностика.</li></ol>
<p style="text-align: center;"><b><i>Б 1.В.ОД.1.3</i></b> <b><i>Раздел 3</i></b> <b><i>«Пародонтология»</i></b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>11. Понятие о пародонтальном комплексе, особенности функционирования и биомеханики пародонта.</li><li>12. Обследование пациента с патологией пародонта. Протокол осмотра пародонтологического больного.</li><li>13. Консервативное лечение воспалительных заболеваний пародонта.</li><li>14. Консервативное лечение пародонтоза, генерализованной рецессии.</li><li>15. Диспансеризация больных с заболеваниями пародонта. Организация пародонтологического кабинета.</li></ol>
<p style="text-align: center;"><b><i>Б 1.В.ОД.1.4</i></b> <b><i>Раздел 4</i></b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>16. Строение слизистой оболочки полости рта. Слюна, её состав и свойства.</li></ol>

«Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»	<p>17. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Бактериальные инфекции.</p> <p>18. Аллергические заболевания слизистой оболочки рта.</p> <p>19. Заболевания языка.</p> <p>20. Изменение слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях и экзогенных интоксикациях.</p>
--	---

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><i>Б 1.В.ОД.1.1</i> Раздел 1 «Кариесология и не- кариозные заболева- ния»</p>	<p><b>1.МЕТОДОМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <p>а) герметизация фиссур (+) б) пломбирование кариозных полостей в) эндодонтическое лечение г) удаление зубов по поводу осложненного кариеса.</p> <p><b>2. ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРЕМИЕЙ ПУЛЬПЫ НЕОБХОДИМО:</b></p> <p>а) экстирпировать пульпу. б) провести неполную некротомию и наложить пасту с противовоспалительными свойствами. в) удалить, по возможности, весь пораженный дентин, избегая обнажения пульпы, и наложить пасту с противовоспалительными свойствами (+). г) тщательно удалить весь пораженный дентин и оставить полость открытой для оттока экссудата.</p> <p><b>3. МЕТОД, СПОСОБСТВУЮЩИЙ ПОВЫШЕНИЮ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К КАРИЕСУ:</b></p> <p>а) профессиональная гигиена, б) местная флюоризация эмали (+), в) рациональная гигиена.</p> <p><b>4. МИКРООРГАНИЗМ, ИГРАЮЩИЙ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ:</b></p> <p>а) Streptococcus mutans (+), б) лактобактерии, в) актиномицеты.</p> <p><b>5. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ПЕРИОД РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ:</b></p> <p>а) до прорезывания зуба, б) сразу после прорезывания зуба (+), в) после формирования зуба.</p>
<p><i>Б 1.В.ОД.1.2</i> Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<p><b>6. ОБСЛЕДОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НАЧИНАЮТ С:</b></p> <p>а) осмотра полости рта б) внешнего осмотра больного (+) в) пальпирования лимфатических узлов г) рентгенологического обследования.</p>

	<p><b>7. СБОР АНАМНЕЗА У СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НАЧИНАЮТ С:</b></p> <p>а) Осмотра полости рта  б) Выяснения жалоб (+)  в) Анамнеза жизни  г) Анамнеза болезни</p> <p><b>8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПУЛЬПЫ:</b></p> <p>а) по артериолам (гематогенное инфицирование)  б) по дентинным канальцам из кариозной полости (+)  в) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана  г) по лимфатическим сосудам  д) травматическое повреждение пульпы</p> <p><b>9. ПЕРИОДОНТ – ЭТО СОЕДИНИТЕЛЬНАЯ ТКАНЬ, СОСТОЯЩАЯ ИЗ:</b></p> <p>а) клеток, волокон, сосудов и нервных окончаний  б) межклеточное вещество, клеток, волокон, прослоек рыхлой соединительной ткани  в) соединительной ткани, кровеносных и лимфатических сосудов, нервов, волокон (+)  г) волокон, сосудов  д) соединительной ткани, волокон, сосудов.</p> <p><b>10. ПОЯВЛЕНИЕ БОЛИ ПРИ НАКУСЫВАНИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДОНТИТЕ В СТАДИИ ИНТОКСИКАЦИИ СВЯЗАНО:</b></p> <p>а) накоплением молочной кислоты в тканях  б) развитием ацидоза  в) отеком соединительной ткани (+)  г) увеличением проницаемости сосудов  д) скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.3</b>Раздел 3  «Пародонтология»</p>	<p><b>11. К дистрофическим процессам относится:</b></p> <p>а) пародонтит  б) пародонтоз (+)  в) гипертрофический гингивит  г) десмодонтоз  д) пародонтома.</p> <p><b>12. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ:</b></p> <p>а) содержимое пародонтальных карманов  б) уровень резорбции альвеолярной кости (+)  в) регионарную гемодинамику в пародонте  г) парциальное давление кислорода в тканях.</p> <p><b>13. КОРОТКИЕ УЗДЕЧКИ ГУБ И МЕЛКОЕ ПРЕДДВЕРИЕ ПОЛОСТИ РТА РЕЦЕССИЮ ДЕСНЫ:</b></p> <p>а) уменьшают  б) увеличивают (+)</p>

	<p>в) не изменяют г) исправляют д) затрудняют</p> <p><b>14. ПАРОДОНТОМ НАЗЫВАЮТ КОМПЛЕКС ТКАНЕЙ, СОСТОЯЩИЙ ИЗ:</b></p> <p>а) десны, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба б) десны, костной ткани альвеолы, периодонта и цемента корня зуба в) десны, костной ткани альвеолы, шарпёвских волокон и цемента корня зуба г) десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба д) десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и клеточного цемента корня зуба (+).</p> <p><b>15. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ГИНГИВИТЕ РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ:</b></p> <p>а) отсутствует (+) б) на 1/3 длины корня зуба в) на 1/2 длины корня зуба г) на 2/3 длины корня зуба д) на 3/4 длины корня зуба</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p><b>16. ОРОГОВЕВАЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ СВОЙСТВЕННЫ:</b></p> <p>а) пузырчатке б) кандидозу в) простому герпесу (+) г) ящтуру д) лейкоплакии</p> <p><b>17. К ОСТРЫМ ТРАВМИРУЮЩИМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ:</b></p> <p>а) длительное раздражение острыми краями зубов б) балансирующий съёмный протез в) нависающие края пломбы г) случайное прикусывание (+) д) действие микротоков</p> <p><b>18. ДЕКУБИТАЛЬНАЯ ЯЗВА ВЫЗВАНА ФАКТОРОМ:</b></p> <p>а) физическим б) химическим в) механическим (+) г) трофическим д) радиологическим</p> <p><b>19. ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ВКЛЮЧАЕТ:</b></p> <p>а) хирургическое иссечение участка поражения</p>



	<p>б) прижигание раствором бриллиантового зеленого  в) антисептическую обработку и аппликацию эпителизирующих средств  г) устранение травмирующих факторов  д) устранение травмирующих факторов, антисептическую обработку, аппликацию эпителизирующих средств (+)</p> <p><b>20. ГАЛЬВАНОЗ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ В ПОЛОСТИ РТА:</b></p> <p>а) разнородных металлов  б) однородного металла и пластмассы  в) однородного металла и композитных материалов  г) съемных и несъемных ортопедических конструкций  д) пломб из композитных материалов светового и химического отверждения</p>
--	--

**Банк ситуационных клинических задач**

<p><b>Б 1.В.ОД.1.1</b> Раздел 1  «Кариесология и не-  кариозные заболевания твердых тканей  зуба»</p>	<p align="center"><b>Задача 1</b></p> <p>Больной К., 23 года, обратился с жалобами на кратковременные боли от температурных раздражителей в 16 зубе. При осмотре на коронке видимых кариозных полостей не наблюдается, при орошении зуба холодной водой отмечается кратковременная боль. На внутриротовой рентгенограмме на апроксимально-дистальной поверхности отмечается нарушение структуры твердых тканей зуба в средних слоях дентина.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Какой класс кариозной полости по Блэку?</li> <li>3. Какие особенности препарирования таких кариозных полостей?</li> <li>4. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения?</li> <li>5. Почему при пломбировании необходимо восстановить контактный пункт?</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.2</b> Раздел 2  «Эндодонтия»</p>	<p align="center"><b>Задача 2</b></p> <p>Пациентка Н, 16 лет, обратилась к врачу-стоматологу-хирургу с жалобами на онемение мягких тканей в области подбородка и нижней губы справа.</p> <p><b>Из анамнеза:</b> несколько дней назад обратилась в детское отделение стоматологической поликлиники с жалобами на длительные боли от всех видов раздражителей в 4.7 зубе. Выставлен диагноз К04.0 Пульпит (4.7 Хронический фиброзный пульпит). В первое посещение наложена девитализирующая паста на 4.7 зуб под дентин. Во второе посещение проведена ампутация, экстирпация пульпы, obturation каналов эндометазоном, поставлена временная пломба. Консервативное лечение проводилось под местным обезболиванием, чувство онемения в области нижней челюсти</p>

справа появилось после пломбирования корневых каналов.



**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, открывание рта в полном объеме, безболезненное. В полости рта: 4.7 зуб под временной пломбой, перкуссия безболезненна, слизистая бледно-розовая, в области подбородка и нижней губы справа выявлен участок парестезии мягких тканей от 4.4 до 4.2 зуба. На рентгенограмме: корневые каналы 4.7 зуба запломбированы за верхушку, определяется тень пломбирочного материала в проекции расположения нижнечелюстного канала справа.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите основные причины возникновения данного осложнения.
3. Определите тактику ведения больного при развитии подобных осложнений.

**Эталон ответа на задачу 2.**

1. Одонтогенное повреждение нижнеальвеолярного нерва справа. Нейропраксия нижнеальвеолярного нерва справа. Инородное тело в нижнечелюстном канале.
2. Анатомические особенности в виде близкого расположения нижнечелюстного канала, широкие корневые каналы. Нарушения в технике эндодонтического лечения (работа без апекс-локатора, рентгенологического контроля пломбирования корневых каналов, нарушения в методике замешивания пломбирочного материала).
3. Хирургическое лечение в виде удаления инородного тела из нижнечелюстного канала в ранние сроки. Комплекс физиотерапевтических методов лечения, направленных на восстановление микроциркуляторного русла в зоне повреждения. Витаминотерапия препаратами группы В.

**Б 1.В.ОД.1.3** Раздел 3  
«Пародонтология»

**Задача 3.**

Больной 23 лет обратился с жалобами на неприятные ощущения в

	<p>области десны и шеек зубов на нижней челюсти, кровоточивость десен при чистке зубов. Анамнез: в детстве лечился у врача-ортодонта, в течение нескольких лет носил ортодонтический аппарат. Отмечаются частые (6-7 раз в год) респираторные заболевания, хронический аденоидит. Объективно: имеется незначительное отложение над- и поддесневого зубного камня. Десна гиперемирована и отечна в области 42 41 31 32 зубов, зубодесневые карманы глубиной до 5 мм, ретракция десны в области нижних резцов до 1,5 мм, подвижность зубов 2-3 степени, высокое прикрепление уздечки нижней губы. Глубокое резцовое перекрытие. На рентгенограмме – высота межальвеолярных перегородок 42 41 31 32 зубов снижена более чем на 1/2 длины корня.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз.</li> <li>2. Составьте план обследования больного у смежных специалистов.</li> <li>3. Заключительный диагноз.</li> <li>4. Составьте план хирургического лечения.</li> <li>5. Общий план лечения.</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 4.</b></p> <p>Больной К., 30 лет. Трещина на нижней губе появилась более 5 лет назад. Периодически заживала и вновь рецидивировала, на что пациент не обращал внимание. Работа связана с постоянным воздействием неблагоприятных метеорологических факторов (повышенная инсоляция, ветер, соленая вода). Курит трубку. Со слов больного, за последние полгода трещина увеличилась, боль исчезла, но заживление отсутствовало. Объективно: поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличенные, плотные, умеренно болезненные при пальпации, спаянные с окружающими тканями. В центральной части нижней губы глубокая вывороченная трещина с явлениями гиперкератоза. Края трещины и основание при пальпации плотные, малоподвижные.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установите диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>3. Какие дополнительные методы исследования рекомендуется провести?</li> <li>4. Составьте план лечения.</li> <li>5. Каков прогноз заболевания?</li> </ol>

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b> -91-100 <b>Отлично (5)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b></p> <p style="text-align: center;">61 – 75 76– 90 91 – 100</p>

--	--

## 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

## 3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

## 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Стоматология терапевтическая»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
<b>У</b>	<b>1</b>	1-20	1-5	1-20	1-20	
<b>П</b>	<b>1</b>	4,8-11, 13, 14, 16, 17, 18, 20	1-5	1,5,9,11,16,17-18,20	1,6,10,11,17	
	<b>2</b>	1,3,5	1-5	7,15	5,8,13	
	<b>5</b>		1-5	3,4,6,8,10,12-14,19	3,7,12,14-16, 18-20	
	<b>6</b>				19	
	<b>9</b>		1-5	7	8,9	
	<b>12</b>		1-5	2	2,4	

# МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ»

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов**

**Формы контроля – рефераты, дискуссия**

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.В.ОД.1.1</i>	Раздел 1 «Кариесология и некариозные заболевания зубов»	6
<i>Б 1.В.ОД.1.2</i>	Раздел 2 «Эндодонтия»	6
<i>Б 1.В.ОД.1.3</i>	Раздел 3 «Пародонтология»	12
<i>Б 1.В.ОД.1.4</i>	Раздел 4 «Заболевания слизистой полости рта и губ»	12

## Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1.В.ОД.1.1</i> Раздел 1 «Кариесология и некариозные заболевания зубов»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Классификация некариозных поражений зубов.</li> <li>2. Патологическая истираемость зубов.</li> <li>3. Клиновидные дефекты зубов.</li> <li>4. Гиперестезия твердых тканей зубов.</li> <li>5. Местные и общие кариесогенные факторы, кариесрезистентность твердых тканей зуба.</li> </ol>
<i>Б 1.В.ОД.1.2</i> Раздел 2 «Эндодонтия»	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ошибки и осложнения, возникающие при эндодонтическом лечении. Способы профилактики и устранения ошибок и осложнений.</li> <li>7. Резорбция корня зуба (внутренняя и наружная). Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.</li> <li>8. Эндодонтический инструментарий и оборудование (апекслокатор, эндомотор, эндодонтический микроскоп, лазер в эндодонтии).</li> <li>9. Лечение хронического верхушечного периодонтита с плохо проходимыми корневыми каналами. Особенности лечения хронического верхушечного периодонтита в стадии обострения. Оценка эффективности. Отдаленные результаты и прогноз лечения (с учетом региональных особенностей эпидемиологии заболевания, этнографических и демографических детерминант, возрастных изменений ЧЛЮ у лиц, проживающих в Волгоградской области, а также потребностей работодателей).</li> <li>10. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита. Их профилактика. Диспансеризация. Оценка эффективности проводимой терапии. Реабилитация больных с заболеваниями периодонта.</li> </ol>

<p align="center"><b>Б 1.В.ОД.1.3</b> Раздел 3 «Пародонтология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Идиопатические заболевания пародонта, опухоли и опухолевидные заболевания пародонта (пародонтомы). Особенности клинических проявлений, диагностика, дифференциальная диагностика.</li> <li>12. Пародонтит (K05.2, K05.3). Этиология, патогенез. Патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.</li> <li>13. Основные методы комплексного лечения пародонтоза и рецессии.</li> <li>14. Методы иммобилизации подвижных зубов, избирательнопришлифовывание зубов в пародонтологии.</li> <li>15. Кюретаж, гингивотомия, гингивэктомия. Показания и противопоказания к проведению хирургического вмешательства.</li> </ol>
<p align="center"><b>Б 1.В.ОД.1.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой полости рта и губ»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>16. Методы обследования больного с заболеванием слизистой оболочки полости рта. Оформление документации. Элементы поражения слизистой оболочки полости рта. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ (ММСИ), МКБ-10 (с учетом региональных особенностей эпидемиологии заболевания, этнографических и демографических детерминант, возрастных изменений ЧЛО у лиц, проживающих в Волгоградской области, а также потребностей работодателей).</li> <li>17. Механическая, химическая и физическая травмы слизистой оболочки полости рта. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</li> <li>18. Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта (кандидоз). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</li> <li>19. Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</li> <li>20. Многоформная экссудативная эритема. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</li> </ol>

**Перечень дискуссионных тем:**

<p align="center"><b>Б 1.В.ОД.1.1</b> Раздел 1 «Кариесология и некариозные заболевания зубов»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гипоплазия эмали зубов.</li> <li>2. Флюороз зубов.</li> <li>3. Наследственные нарушения развития тканей зубов.</li> <li>4. Метод первичной профилактики кариеса зубов.</li> <li>5. Дополнительные методы обследования пациента с патологией твёрдых тканей зубов, их назначение.</li> </ol>
---	---

<p style="text-align: center;"><b>Б 1.В.ОД.1.2</b> Раздел 2 «Эндодон- тия»</p>	<p>6. Эндодонтическая подготовка зуба к проведению зубо-сберегающих методов лечения периодонтита (короно-радикалярной сепарации, гемисекции, ампутации корня, резекции верхушки корня, реплантации зуба).</p> <p>7. Анатомия полости зуба и корневых каналов. Понятие об эндодонтии.</p> <p>8. Медикаментозные препараты, применяемые в эндодонтии (ирригация и дезинфекция корневых каналов). Временная obturation корневого канала.</p> <p>9. Физиотерапевтические методы в практической эндодонтии.</p> <p>10. Неотложная помощь в эндодонтии (неотложное лечение зубов с жизнеспособной и нежизнеспособной пульпой).</p>
<p style="text-align: center;"><b>Б 1.В.ОД.1.3</b> Раздел 3 «Пародон- тология»</p>	<p>11. Местное и общее лечение язвенно-некротического гингивита.</p> <p>12. Способы местного применения лекарственных препаратов в пародонтологии (аппликация, ротовая ванна, втирание, повязка, ирригация пародонтального кармана, орошение, введение в пародонтальный карман). Фотодинамическая терапия.</p> <p>13. Классификация пародонтальных карманов и фуркаций. Лоскутные операции. Показания и противопоказания к проведению хирургического вмешательства. Метод направленной регенерации тканей пародонта. Остеопластические препараты в пародонтологии (выбор и тактика их использования).</p> <p>14. Поддерживающая терапия заболеваний пародонта (методы и средства). Профилактика заболеваний пародонта. Гигиена полости рта, средства и методы гигиены. Выбор индивидуальной гигиены полости рта.</p> <p>15. Катаральный гингивит. Этиология, патогенез. Роль местных и общих факторов в этиологии гингивита. Распространенность. Патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Б 1.В.ОД.1.4</b> Раздел 4 «Заболева- ния слизистой поло- сти рта и губ»</p>	<p>16. Лейкоплакия. Классификация, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.</p> <p>17. Герпетическая инфекция (острый и хронический рецидивирующий герпес, опоясывающий лишай, ящур, герпангина). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>18. ВИЧ-инфекция. Этиология, патогенез, клинические проявления в полости рта, лечение, профилактика.</p> <p>19. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Синдром Бехчета. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>20. Состояние слизистой оболочки полости рта при медикаментозных интоксикациях (свинец, ртуть и др.). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная</p>



	диагностика, симптоматическое лечение, профилактика
--	---

## Темы рефератов

<p><b>Б 1.В.ОД.1.1</b> Раздел 1 «Кариесология и некариозные заболевания зубов»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Системная гипоплазия - зубы Гетчинсона, Пфлюгера и Фурнье.</li> <li>2. Алгоритм обследования стоматологического больного при диагностике флюороза.</li> <li>3. Диагностика некариозных поражений твердых тканей при нарушении развития и прорезывания зубов.</li> <li>4. Подготовка полости рта к лечению кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов. Над - и поддесневые отложения. Неминерализованные и минерализованные зубные отложения. Диагностика зубных отложений. Удаление зубных отложений.</li> <li>5. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика кариеса зубов. Методы лечения кариеса зубов. Кариес эмали. Патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Кариес дентина. Патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Кариес цемента. Патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.2</b> Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Анатомо-физиологические особенности пульпы</li> <li>7. Этиология, патогенез воспаления пульпы зуба. Классификации заболеваний пульпы.</li> <li>8. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении пульпита. Их профилактика и лечение.</li> <li>9. Этиология, патогенез воспаления апикального периодонта. Классификация периодонтита.</li> <li>10. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении периодонтита. Их профилактика. Диспансеризация. Оценка эффективности проводимой терапии. Реабилитация больных с заболеваниями периодонта.</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.3</b> Раздел 3 «Пародонтология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Устранение аномалий развития слизистой оболочки полости рта (мелкое преддверие полости рта, аномальное прикрепление уздечек губ и языка). Показания к проведению хирургического вмешательства.</li> <li>12. Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта.</li> <li>13. Зубные отложения. Классификация. Механизм формирования. Диагностика зубных отложений.</li> <li>14. Пародонтит (K05.2, K05.3). Этиология, патогенез. Патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.</li> <li>15. Классификация заболеваний пародонта. Этиология (роль экзогенных и эндогенных факторов в развитии заболеваний пародонта) и патогенез болезней пародонта.</li> </ol>

<p><b>Б 1.В.ОД.1.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой полости рта и губ»</p>	<p>16. Слюна как биологическая среда полости рта (химический состав, свойства, изменения под влиянием различных факторов). Ксеростомия. Синдром Шегрена.</p> <p>17. Биология полости рта. Микрофлора полости рта (изменение ее состава под воздействием различных факторов, участие в патологических процессах полости рта).</p> <p>18. Пузырчатка. Пемфигоид. Герпетиформный дерматит Дюринга. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>19. Красный плоский лишай. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>20. Красная волчанка. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p>
---	---

### Критерии и шкала оценивания

#### 1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

#### 2. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

## Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б1.В.ОД.2.1</b> Раздел 1 «Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Основные методы обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии.</li> <li>2. Дополнительные методы обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии.</li> <li>3. Современные методы обследования при заболевании слизистой оболочки.</li> <li>4. Современные методы обследования при заболевании пародонта.</li> <li>5. Методы специального исследования ВНЧС.</li> </ol>
<p><b>Б1.В.ОД.2.2</b> Раздел 2 «Заболевания пародонта»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Современные представления об этиологии, патогенезе, заболеваний пародонта.</li> <li>2. Основные принципы проведения избирательного пришлифовывания окклюзионной поверхности зубов.</li> <li>3. Показания для временного шинирования.</li> <li>4. Основные виды временных шин (склеивание зубов фотокомпозитами, лигатурные, пластмассовые, комбинированные, шины-каппы).</li> <li>5. Основные виды постоянных съёмных и несъёмных шинирующих протезов.</li> <li>6. Основные диспансерные группы пациентов с заболеваниями пародонта и особенности их наблюдения.</li> </ol>
<p><b>Б1.В.ОД.2.3</b> Раздел 3 «Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Этиопатогенез, клиническую картину и комплексные методы лечения деформаций зубов и зубных рядов.</li> <li>8. Локализованная повышенная стираемость. Генерализованная повышенная стираемость. Методы диагностики и лечения.</li> <li>9. Клиническая картина травматической окклюзии, алгоритм диагностики. Методы коррекции и лечения.</li> <li>10. Принципы работы с артикуляторами и лицевой дугой. Виды артикуляторов.</li> </ol>
<p><b>Б1.В.ОД.2.4</b> Раздел 4 «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Современные представления по анатомо-физиологическому строению ВНЧС.</li> <li>12. Современным методам обследования и диагностики заболеваний ВНЧС и мышц.</li> <li>13. Анатомо-физиологическое строение ВНЧС, биомеханика движений нижней челюсти.</li> <li>14. Современные представления; клинике и диагностике основных заболеваний ВНЧС, синдрома болевой дисфункции ВНЧС, парафункциях мышц.</li> <li>15. Клиника, диагностика и лечение артритов</li> <li>16. Клиника, диагностика и лечение артрозов.</li> <li>17. Клиника, диагностика и лечение мышечно-суставной дисфункции.</li> <li>18. Разновидности окклюзионных шин, методы изготовления.</li> <li>19. Реабилитация пациентов с заболеваниями ВНЧС.</li> <li>20. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями ВНЧС.</li> </ol>
<p><b>Б1.В.ОД.2.5</b> Раздел 5 «Ортопедическое лечение на имплантатах»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>21. Определение понятия имплантат и имплантация.</li> <li>22. Конструктивные особенности основных видов имплантатов.</li> <li>23. Методы фиксации имплантатов.</li> <li>24. Планирование ортопедического этапа дентальной имплантации.</li> <li>25. Хирургический шаблон. Методы изготовления.</li> <li>26. Виды ортопедических конструкций, опирающихся на имплантаты, при полном отсутствии зубов.</li> <li>27. Ошибки и осложнения после протезирования на дентальных имплантатах.</li> <li>28. Особенности ухода за протезами, опирающимися на дентальные имплантаты.</li> </ol>

<p><b>Б1.В.ОД.2.6</b> Раздел 6 «Челюстно-лицевая ортопедия».</p>	<p>29. Принципы ортопедического лечения больных с неогнестрельными переломами верхней и нижней челюсти.</p> <p>30. Принципы ортопедического лечения больных с огнестрельными переломами верхней и нижней челюсти. Ортопедическое лечение пострадавших с дефектами и деформациями прилежащих и смежных областей.</p> <p>31. Алгоритм ортопедического лечения пациентов с неправильно сросшимися переломами нижней челюсти.</p> <p>32. Алгоритм ортопедического лечения пациентов с ложными суставами нижней челюсти. Виды зубочелюстных и челюстных протезов. Показания, преимущества, недостатки.</p> <p>33. Формирующие и замещающие аппараты при пластике мягких тканей.</p> <p>34. Этиология и патогенез дефектов твердого и мягкого неба.</p> <p>35. Методика получения маски лица и литья гипсовой модели лица.</p> <p>36. Особенности гигиенического ухода за протезом и протезным ложем.</p> <p>37. Реабилитация больных с челюстно-лицевыми аномалиями.</p> <p>38. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности пациентов с челюстно-лицевыми деформациями.</p>
--	--

### **Банк тестовых заданий (с ответами);**

<p><b>Б1.В.ОД.2.1</b> Раздел 1 «Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии»</p>	<p><b>Укажите номера правильных ответов.</b></p> <p><b>1. Перечислите методы исследования жевательных мышц:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) миотонометрия</li> <li>2) мастикациография</li> <li>3) миография</li> <li>4) мастикациодинамометрия</li> <li>5) электромиография</li> <li>6) электромиомастикациография</li> </ol> <p>Ответ: 1,3,5,6</p> <p><b>2. Метод мастикациографии позволяет судить:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) о тонусе определенных мышц жевательной системы при различных состояниях.</li> <li>2) об усилиях, затрачиваемых при жевании пищевых веществ различной твердости.</li> <li>3) о сочетанной рефлекторной деятельности различных групп мышц, осуществляющих движения нижней челюсти.</li> <li>4) о степени измельчения пищи во время жевания.</li> </ol> <p>Ответ: 3</p> <p><b>3. Для выявления состояния мягких тканей височно-нижнечелюстного сустава используют:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) артрографию</li> <li>2) магниторезонансную томографию</li> <li>3) артроскопию</li> <li>4) ультразвуковую диагностику</li> </ol> <p>Ответ: 2,4</p> <p><b>4. Укажите способы рентгенологического исследования височно-нижнечелюстного сустава.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) томография</li> <li>2) зонография</li> <li>3) ортопантомография</li> <li>4) электрорентгенография</li> <li>5) тензометрия</li> <li>6) реография</li> <li>7) артрография</li> <li>8) рентгеновизиография</li> <li>9) аускультация сустава.</li> </ol>
--	--

	<p>Ответ: 1,2,3,4,7,8</p> <p><b>5. Реография области височно-нижнечелюстного сустава используется для определения:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области</li> <li>2) изменений гемодинамики</li> <li>3) движения головок нижней челюсти</li> <li>4) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава</li> </ol> <p>Ответ: 2</p> <p><b>6. Метод объективного обследования больного в клинике ортопедической стоматологии включает:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) осмотр</li> <li>2) пальпацию</li> <li>3) опрос</li> <li>4) инструментальное исследование полости рта</li> <li>5) заполнение паспортной части истории болезни</li> </ol> <p>Ответ: 1,2,4</p> <p><b>7. Объективное исследование пациента начинают с:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) опроса</li> <li>2) осмотра слизистой оболочки</li> <li>3) заполнения зубной формулы</li> <li>4) изучения диагностических моделей</li> <li>5) внешнего осмотра</li> </ol> <p>Ответ: 1</p> <p><b>8. Жевательная проба И.С. Рубинова показывает:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений</li> <li>2) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений</li> <li>3) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек</li> <li>4) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса</li> <li>5) время разжевывания пищи.</li> </ol> <p>Ответ: 4</p> <p><b>9. Что такое параллелометрия?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Параллелометрия – методика поиска необходимого наклона модели (по отношению к вертикали прибора) с целью выбора оптимального пути введения и выведения каркаса бюгельного протеза, а также обеспечение его фиксации</li> <li>2) Параллелометрия – методика определения мест расположения опорных элементов</li> <li>3) Параллелометрия – методика определения мест расположения общего клинического экватора с точки зрения эстетики</li> </ol> <p>Ответ: 1</p> <p><b>10. Гнатодинамометрия исследует:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Абсолютную силу сокращения жевательной мускулатуры.</li> <li>2) Движения нижней челюсти.</li> <li>3) Биопотенциалы жевательных мышц.</li> <li>4) Выносливость пародонта к нагрузке</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
<p><b>Б1.В.ОД.2.3</b>Раздел 3 «Заболевания пародон- та»</p>	<p><b>11. Для записи данных о глубине пародонтальных карманов В.Ю.Курляндский предложил</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рентгенограмму</li> <li>2) реограмму</li> <li>3) одонтопародонтограмму</li> </ol>

Ответ: 3

**12. С помощью гнатодинамометрии изучают:**

- 1) скорость кровотока
- 2) проницаемость сосудов в тканях пародонта
- 3) выносливость (мощность) пародонта

Ответ: 3

**13. Глубину пародонтального кармана определяют:**

- 1) шупом
- 2) визуально
- 3) зондом

Ответ: 3

**14. Характер резорбции костной ткани альвеолярных отростков при пародонтозе**

- 1) равномерный
- 2) равномерный и горизонтальный
- 3) неравномерный
- 4) неравномерный, горизонтальный и вертикальный

Ответ: 2

**15. Для записи данных о глубине пародонтальных карманов В.Ю.Курляндский предложил**

- 1) рентгенограмму
- 2) реограмму
- 3) одонтопародонтограмму

Ответ: 3

**16. Методика избирательного сошлифовывания зубов применяется при**

- 1) гингивите
- 2) пародонтите
- 3) пародонтозе
- 4) кариесе
- 5) патологической стираемости

Ответ: 2

**17. Окклюзограмма – это метод определения и анализа:**

- 1) окклюзионной высоты
- 2) окклюзионных контактов

Ответ: 2

**18. Выключение зубов из окклюзионных контактов при проведении избирательного сошлифовывания:**

- 1) допустимо
- 2) недопустимо

Ответ: 2

**19. Метод избирательного сошлифовывания применяют при заболеваниях пародонта:**

- 1) начальной стадии
- 2) развившейся стадии
- 3) правильны оба ответа

Ответ: 3

**20. В центральной окклюзии при сошлифовывании должны быть достигнуты множественные контакты:**

- 1) Фиссурные
- 2) бугорковые

3) фиссурно-бугорковые

Ответ: 3

**21. Атрофические процессы в слизистой оболочке протезного ложа и костной ткани альвеолярного отростка, а также микроциркуляторные изменения при непосредственном протезировании:**

- 1) менее выражены
- 2) выражены сильнее
- 3) отсутствуют

Ответ: 1

**22. Временное шинирование является**

- 1) этиологическим лечением пародонтита
- 2) патогенетическим лечением пародонтита
- 3) патогенетическим лечением пародонтоза
- 4) симптоматическим лечением пародонтита

Ответ: 2

**23. Временное шинирование при пародонтите проводят**

- 1) до избирательной пришлифовки зубов
- 2) после избирательной пришлифовки зубов
- 3) вместо избирательной пришлифовки зубов
- 4) до и после избирательной пришлифовки зубов

Ответ: 4

**24. При изготовлении капповой временной шины повышение центральной окклюзии на 2 мм**

- 1) недопустимо
- 2) возможно
- 3) желательно

Ответ: 2

**25. Для изготовления временной шины препарирование опорных зубов**

- 1) возможно
- 2) желательно
- 3) обязательно
- 4) требуется

Ответ: 4

**26. Временная пластмассовая шина с оральной стороны должна**

- 1) доходить до десневого края
- 2) погружаться в зубодесневую бороздку на 0,5 мм
- 3) погружаться в зубодесневую бороздку на 1,0 мм
- 4) не доходить до десневого края

Ответ: 4

**27. Изготовление временных шин возможно**

- 1) в клинике врачом
- 2) в лаборатории зубным техником
- 3) правильны оба ответа

Ответ: 3

**28. Шинирование жевательной группы зубов называется стабилизацией:**

- 1) фронтальной

- 2) сагиттальной
- 3) парасагиттальной
- 4) по дуге

**Ответ: 2**

**29. Шинирование двух жевательных групп зубов называется стабилизацией:**

- 1) фронтальной
- 2) сагиттальной
- 3) фронтосагиттальной
- 4) парасагиттальной
- 5) по дуге
- 6) по дуге вместе с парасагиттальной

**Ответ: 4**

**30. Шинирование всех групп зубов называется стабилизацией:**

- 1) фронтальной
- 2) сагиттальной
- 3) фронтосагиттальной
- 4) парасагиттальной
- 5) по дуге
- 6) по дуге вместе с парасагиттальной

**Ответ: 5**

**31. Лучший шинирующий эффект при генерализованном пародонтите дает стабилизация:**

- 1) фронтальная
- 2) сагиттальная
- 3) фронтосагиттальная
- 4) парасагиттальная
- 5) по дуге
- 6) по дуге вместе с парасагиттальной

**Ответ: 6**

**32. Основные конструктивные элементы шинирующего бюгельного протеза.**

- 1) опорно-удерживающий кламмер
- 2) седловидная часть (базис)
- 3) окклюзионная накладка
- 4) правильные ответы 1),2),3)

**Ответ: 4**

**33. Наличие преждевременных контактов определяются:**

- 1) артикуляционной копировальной бумагой
- 2) восковой окклюдозграммой
- 3) оба ответа правильные

**Ответ: 3**

**34. При пародонтите возможно изменение рН смешанной слюны и десневой жидкости:**

- 1) в кислую сторону
- 2) щелочную сторону
- 3) не изменяется

**Ответ: 1**



«Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии»

**35. При частичной потере зубов зубные ряды в функциональном отношении распадаются на две основные группы зубов:**

- 1) наклоненные или перемещенные в сторону дефекта;
- 2) имеющие или не имеющие соседних зубов;
- 3) находящиеся под нормальной нагрузкой или в условиях функциональной перегрузки;
- 4) имеющие антагонистов (функционирующая группа) или утратившие их (нефункционирующая группа).

Ответ: 4

**36. При удалении верхнего зуба мудрости нижний зуб мудрости перемещается вверх и блокирует:**

- 1) трансверзальные движения нижней челюсти;
- 2) вертикальные движения нижней челюсти;
- 3) передние движения нижней челюсти.

Ответ: 3

**37. У зубов, имеющих антагонисты, по сравнению с зубами, их лишенными, размер периодонтальной щели:**

- 1) уже;
- 2) шире.

Ответ: 2

**38. Какой вид перемещения зубов не может объяснить теория Попова-Годона:**

- 1) в язычном направлении;
- 2) в вертикальном направлении;
- 3) в мезиальном направлении.

Ответ: 1

**39. Хирургический метод исправления деформаций применяется:**

- 1) при первой форме деформаций по Пономаревой;
- 2) второй форме деформаций по Пономаревой;
- 3) третьей форме деформаций по Пономаревой.

Ответ: 2

**40. Ортодонтический метод исправления деформаций применяется:**

- 1) при первой форме деформаций по Пономаревой;
- 2) второй форме деформаций по Пономаревой;
- 3) третьей форме деформаций по Пономаревой.

Ответ: 1

**41. Реконструктивные операции на челюстных костях проводятся:**

- 1) не ранее 18 лет;
- 2) в возрасте 10 лет;
- 3) в любом возрасте.

Ответ: 1

**42. Повышенным (патологическим) стиранием твердых тканей зубов называется стирание, которое:**

- 1) не соответствует виду прикуса больного;
- 2) не соответствует возрасту больного;
- 3) приводит к обнажению дентина;
- 4) приводит к появлению гиперестезии зубов;
- 5) приводит к деформации окклюзионных поверхностей зубных рядов.

Ответ: 2

**43. Отсутствие снижения высоты нижнего отдела лица при компенсированной форме повышенного стирания твердых тканей зубов обусловлено:**

	<p>1) смещением нижней челюсти;  2) ростом альвеолярной части челюсти;  3) изменением взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава;  4) перемещением зубов.</p> <p>Ответ: 2</p> <p><b>44. При всех формах повышенного стирания зубов предпочтительны ортопедические конструкции:</b></p> <p>1) паяные;  2) штампованные;  3) съемные;  4) несъемные;  5) цельнолитые.</p> <p>Ответ: 5</p> <p><b>45. При всех формах повышенного стирания зубов противопоказаны коронки:</b></p> <p>1) штампованные;  2) пластмассовые;  3) литые;  4) фарфоровые;  5) металлокерамические.</p> <p>Ответ: 2</p> <p><b>46. Наиболее трудноразрешимой задачей при ортопедическом лечении повышенной стираемости зубов, сопровождающейся снижением высоты нижнего отдела лица, является:</b></p> <p>1) улучшение функции жевания;  2) предупреждение дальнейшего стирания зубов;  3) нормализация положения головок нижней челюсти в суставных ямках;  4) установление оптимальной высоты нижнего отдела лица.</p> <p>Ответ: 4</p>
<p><b>Б1.В.ОД.2.4</b>Раздел 4  «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»</p>	<p><b>47. Височно-нижнечелюстной сустав образован:</b></p> <p>1) Суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти  2) Суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти, суставным диском, суставной капсулой, связками  3) Головкой нижней челюсти, суставной капсулой</p> <p>Ответ: 2</p> <p><b>48. Какова функция внутрисуставного диска?</b></p> <p>1) Плавное скольжение элементов сустава  2) Разделение полости сустава на две части  3) Амортизирующая функция и сглаживание инконгруэнтности суставных поверхностей  4) Все ответы правильные.</p> <p>Ответ: 3</p> <p><b>49. Какова функция связок сустава?</b></p> <p>1) Участвуют в движении сустава  2) Препятствуют растяжению суставной капсулы  3) Растягивают суставную капсулу</p> <p>Ответ: 2</p> <p><b>50. В каком положении находится суставная головка при центральной окклюзии?</b></p> <p>1) На вершине суставного бугорка  2) На скате суставного бугорка  3) У основания заднего ската суставного бугорка</p> <p>Ответ: 3</p>

	<p><b>51. При максимально открытом рте суставная головка находится</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) На вершине суставного бугорка</li> <li>2) На скате суставного бугорка</li> <li>3) У основания заднего ската суставного бугорка</li> </ol> <p>Ответ: 1</p> <p><b>52. Перечислите возможные движения нижней челюсти</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Вертикальные, сагиттальные</li> <li>2) Сагиттальные, трансверзальные</li> <li>3) Вертикальные, трансверзальные</li> <li>4) Вертикальные, сагиттальные, трансверзальные</li> </ol> <p>Ответ: 4</p> <p><b>53. При открывании рта суставная головка...</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Скользит по скату суставного бугорка вниз и вперед</li> <li>2) Вращается вокруг своей горизонтальной оси</li> <li>3) На рабочей стороне головка вращается вокруг вертикальной оси, на балансирующей - вперед, вниз, внутрь</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
<p><b>Б1.В.ОД.2.5.</b> Раздел 5 «Ортопедическое лечение на имплантатах»</p>	<p><b>54. Остеоинтеграция – это</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Прямая структурная и функциональная связь между высокодифференцированной живой костью и поверхностью опорного имплантата, выявляемая на уровне световой микроскопии.</li> <li>2) Реакция организма на внедрение инородного тела, состоит в формировании фиброзной капсулы вокруг него.</li> <li>3) Процесс образования соединительной ткани на поверхности имплантата.</li> <li>4) Реакция кости на инородное тело, которое инкапсулируется посредством костного рубца.</li> <li>5) Снижение общего объема костной ткани.</li> </ol> <p>Ответ: 1</p> <p><b>55. К биоинертным материалам относятся:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Нержавеющая сталь.</li> <li>2) Хромокобальтовые сплавы.</li> <li>3) Титан, цирконий.</li> <li>4) Гидроксиапатит.</li> <li>5) Серебряно-палладиевые сплавы.</li> </ol> <p>Ответ: 3</p> <p><b>56. К биотолерантным материалам относятся:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Нержавеющая сталь.</li> <li>2) Титан и его сплавы.</li> <li>3) Цирконий.</li> <li>4) Тантал.</li> <li>5) Трикальцийфосфат.</li> </ol> <p>Ответ: 1</p> <p><b>57. К местному противопоказанию для проведения дентальной имплантации относится:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Локализованный пародонтит.</li> <li>2) Множественный кариес.</li> <li>3) Патологическая стираемость твердых тканей зубов со снижением высоты прикуса.</li> <li>4) Отсутствие одного зуба.</li> <li>5) Полная адентия.</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>

**58. Контактный остеогенез – это**

- 1) Процесс регенерации костной ткани вокруг имплантата.
- 2) Процесс регенерации костной ткани непосредственно на поверхности имплантата.
- 3) Восстановление участков кости после травмы.
- 4) Неадекватная минерализация органического костного матрикса при сохраняющейся в норме скелетной массе.
- 5) Снижение функциональной нагрузки на костную ткань.

Ответ: 2

**59. Чем определяется усилие затягивание винта, фиксирующего супраструктуру к имплантату?**

- 1) Тактильными ощущениями врача.
- 2) Степенью подвижности супраструктуры.
- 3) Инструкциями по применению элементов системы имплантатов.
- 4) Показаниями динамометрического ключа.
- 5) Приблизительно 30-40 дин/см.

Ответ: 3

**60. О чем свидетельствует эффект «проваливания» при формировании ложа имплантата на верхней челюсти?**

- 1) О перфорации верхнечелюстной пазухи.
- 2) О перфорации полости носа.
- 3) О перфорации поднутрения стенки альвеолярного отростка.
- 4) О выходе инструмента за пределы костной ткани.
- 5) О переломе бора.

Ответ: 4

**61. Двухэтапная имплантация внутрикостных имплантатов проводится**

- 1) в целях достижения остеоинтеграции
- 2) для снижения послеоперационной травмы
- 3) для предупреждения фиброзной интеграции
- 4) при плохих способностях к регенерации костной ткани
- 5) в целях улучшения функционального эффекта

Ответ: 1

**62. Наиболее широко используются в клинике**

- 1) внутрикостные винтовые имплантаты
- 2) внутрикостные пластиночные и винтовые имплантаты
- 3) внутрислизистые имплантаты
- 4) субпериостальные имплантаты
- 5) эндодонто-эндоссальные имплантаты

Ответ: 2

**63. Решение о проведении имплантации принимают на основании**

- 1) клинических исследований
- 2) рентгенологических исследований
- 3) лабораторных исследований
- 4) функциональных исследований
- 5) всех вышеперечисленных исследований

Ответ: 5

	<p><b>64. Минимально рекомендуемые соотношение внутренней и внутриворотной частей эндоссального имплантата</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1:2</li> <li>2) 1:1</li> <li>3) 1:3</li> <li>4) 2:1</li> <li>5) 3:1</li> </ol> <p>Ответ: 2</p> <p><b>65. При проведении имплантации следует учитывать</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) состояние зубочелюстной системы</li> <li>2) величину дефекта зубного ряда</li> <li>3) степень атрофии</li> <li>4) общие заболевания</li> <li>5) все вышеперечисленные факторы</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
<p><b>Б1.В.ОД.2.6</b> Раздел 6 «Челюстно-лицевая ортопедия»</p>	<p><b>66. Кто автор следующей классификации огнестрельных переломов нижней челюсти?</b></p> <p>1 группа: переломы тела челюсти в пределах зубного ряда при наличии на обломках зубов;</p> <p>2 группа: переломы тела нижней челюсти при наличии беззубых отломков;</p> <p>3 группа: переломы за зубным рядом.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Д.А.Энтин,</li> <li>2) И.Г.Лукомский,</li> <li>3) В.Ю.Курляндский.</li> </ol> <p>Ответ: 3</p> <p><b>67. Перечислите основные клинические признаки LeFort III.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) затруднено жевание, речь,</li> <li>2) нарушена окклюзия,</li> <li>3) возможна крепитация,</li> <li>4) боль при надавливании на линию перелома,</li> <li>5) нарушение непрерывности края орбиты.</li> </ol> <p>Ответ: 1,2,3,4</p> <p><b>68. Перечислите линии перелома верхней челюсти по LeFort I.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) через латеральную стенку глазницы,</li> <li>2) через медиальную стенку глазницы,</li> <li>3) переносицу,</li> <li>4) нижне-глазничную щель,</li> <li>5) крыловидные отростки основной кости,</li> <li>6) скуловые дуги.</li> </ol> <p>Ответ: 3,2,4,1,6,5</p> <p><b>69. Первая помощь при переломах челюстей.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) остановка кровотечения,</li> <li>2) снятие боли,</li> <li>3) предупреждение асфиксии,</li> <li>4) лабораторные шины,</li> <li>5) стандартные шины,</li> <li>6) лигатурные повязки,</li> <li>7) наложение костного шва.</li> </ol> <p>Ответ: 1,2,3,5,6</p> <p><b>70. Механотерапия применяется при лечении:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Неправильно сросшихся переломов;</li> <li>2) Ложных суставов;</li> <li>3) Контрактур нижней челюсти;</li> <li>4) Переломы челюстей с тугоподвижными отломками.</li> </ol>

Ответ: 3.

### Банк ситуационных клинических задач

**Б1.В.ОД.2.2.**  
Раздел 2 «Заболевания пародонта»

#### Задача №1.

Больной Н., 55 лет, обратился с жалобами на частичное отсутствие зубов, невозможность полностью разжевывать пищу. В основном растирает пищу на фронтальных зубах. Жалобы на подвижность фронтальных зубов верхней и нижней челюсти, боли в области десневого края, на изменение соотношений между фронтальными зубами. Зубная формула:

					¼	½	½	½	½	¼					
					I	I	I	I	I	I					
0	0	6	0	0	3	2	1	1	2	3	4	0	0	0	8
0	7	0	0	4	3	2	1	1	2	3	0	0	6	0	0
					I	II	II	II	II	I					
					¼	½	½	½	½	¼					

Объективно: при осмотре отмечается воспаление слизистой в области оставшихся зубов, обильное отложение зубного камня, подвижность зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 4.3 I степени, а 3.2, 3.1, 4.1., 4.2 зубов II степени. Глубокий прикус, между зубами верхней челюсти имеются диастемы и тремы. Зубы потерял постепенно, в основном удаляли из-за боязни лечить их у стоматолога. Длительное время был без жевательных зубов и не восстанавливал их.

Дайте оценку ситуации. Ваша тактика.

**Б1.В.ОД.2.4**  
Раздел 4 «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»

#### Задача №2.



Пациент Д. 49 лет учитель колледжа, проживающий в г. Москве, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на повышенную чувствительность зубов, шелканье в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) справа, неудовлетворенность внешним видом зубов.

При внешнем осмотре выявляются: углубление носогубных и подбородочной складок, уменьшение высоты нижнего отдела лица, опущение углов рта.

Осмотр полости рта.

Слизистая оболочка нормально увлажнена, бледно-

розового цвета. Отпечатки зубов 4.1,4.2,4.3 на небе в области резцового сосочка и зубов 1.1,1.2,1.3 на вестибулярной поверхности десны фронтального отдела нижней челюсти.

Зубная формула

0																0	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		

Имеется убыль твердых тканей передних зубов на вестибулярной и оральной поверхностях, убыль твердых тканей боковых зубов по жевательной поверхности с обнажением дентина. Подвижность зубов 4.1, 4.2, 3.1 первой степени, обнажение корней зуба 4.7.

Выявляются незначительные отложения зубного налета на зубах нижней челюсти с язычной и вестибулярной сторн.

Прикус: глубокая резцовая окклюзия. Снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм.

Результаты дополнительных исследований.

На томограмме ВНЧС при закрытом рте наблюдается:

- а) смещение головки нижней челюсти кзади и вверх;
- б) сужение суставной щели в заднем отделе.

На томограмме ВНЧС с базисом и окклюзионными валиками (в положении центральной окклюзии): относительно центрированное положение головки нижней челюсти в суставной впадине с обеих сторон.

Задания:

- 1) Предложите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
- 2) Поставьте предварительный диагноз.
- 3) Назовите классификацию Грозовского повышенного стирания твердых тканей зубов.
- 4) От чего зависит форма повышенного стирания?
- 5) Перечислите методы определения высоты нижнего отдела лица.


**Б1.В.ОД.2.5**  
Раздел 5 «Ортопедическое лечение на имплантатах»

Задача №3.

Пациент К., 52 лет, жалобы на отсутствие зубов, неудовлетворительные результаты предыдущего протезирования.

Объективно: сознание ясное, общее состояние удовлетворительное. При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижней трети лица. В полости рта: отсутствуют все зубы на верхней и нижней челюстях. На верхней челюсти - умеренная атрофия альвеолярных отростков в обл. боковых зубов, в обл. передних зубов атрофия альвеолярного гребня не выражена. На нижней челюсти - умеренная равномерная атрофия альвеолярного отростка. Слизистая оболочка плотная, сухая, слабо податливая. Отмечается наличие ранее изготовленных съемных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов. Фиксация протезов неудовлетворительная. На верхней челюсти отсутствует задний клапан, на нижней челюсти задний и передний клапаны протезов. Отсутствует стабилизация протезов.

Пациент выражает категорическое нежелание повторно изго-

	<p>тавливать съёмные пластиночные прорезы.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте диагноз.</li> <li>2) Предложите план лечения.</li> </ol>
<p><b>Б1.В.ОД.2.6</b> Раздел 6 «Челюстно-лицевая ортопедия»</p>	<p style="text-align: center;">Задача №4.</p>  <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Укажите, из каких пространственных дефектов состоит данный комбинированный дефект средней зоны лица.</li> <li>2) Как называется хирургическое удаление содержимого орбиты.</li> <li>3) Укажите общее количество и отдельные названия полостей, требуемых для разграничения при протезировании данного дефекта средней зоны лица.</li> <li>4) Укажите виды ретенционных механизмов, применяемых при фиксации окуло-орбитального протеза.</li> </ol>

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100 <b>Отлично (5)</b>	

#### 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### 3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------



При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
--	--

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Стоматология ортопедическая»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-70	1-4	-	1-43	
ПК	1	47-53, 54-56, 58, 66-69	1-4	-	6, 12, 16, 18, 26-28	
	2		1-4	-	11	
	5	1-15, 16-46, 57-59, 60-65	1-4	-	1-5, 7-10, 13-15, 17-19, 23, 28-31, 34-41	
	6		1-4	-	25, 43	
	9	70	1-4	-	24, 33, 43	
	12		1-4	-	32	

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б1.В.ОД.2.1</i>	Раздел 1 «Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии»	6
<i>Б1.В.ОД.2.2</i>	Раздел 2 «Заболевания пародонта»	6
<i>Б1.В.ОД.2.3</i>	Раздел 3 «Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии»	6
<i>Б1.В.ОД.2.4</i>	Раздел 4 «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»	6
<i>Б1.В.ОД.2.5</i>	Раздел 5 «Ортопедическое лечение на имплантатах»	6
<i>Б1.В.ОД.2.6</i>	Раздел 6 «Челюстно-лицевая ортопедия».	6

**Вопросы и задания для самоконтроля:**

<p><b><i>Б1.В.ОД.2.1</i></b> Раздел 1 «Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Клиническое обследование больных в ортопедической стоматологии.</li><li>2. Основные и дополнительные методы обследования. Оценка результатов основных и дополнительных методов обследования.</li><li>3. Методика изучения контрольно-диагностических моделей в клинике ортопедической стоматологии и ортодонтии.</li><li>4. Методы определения центральной окклюзии зубных рядов (по зубному, суставному и мышечным признакам).</li><li>5. Жевательная эффективность, определение и методы. (Христиансен, Гельман, Н.И.Агапов, И.М.Оксман, И.С.Рубинов). Резервные силы пародонта.</li></ol>
---	---

<p><b>Б1.В.ОД.2.2</b> <b>Раздел</b> <b>2«Заболевания пародонта»</b></p>	<p>6.Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике и диагностике заболеваний пародонта; классификация, формы.</p> <p>7. Методика избирательногопришлифовывание зубов, ортодонтическая подготовка .</p> <p>8. Временное шинирование.Виды временных шин. Показания к применению, требования. Показания, методы и клинико-лабораторные этапы изготовления временных шин.</p> <p>9. Ортопедическое лечение заболеваний очагового и генерализованного пародонтита съёмными и несъёмными видами шин и шин-протезов.</p> <p>10. Ошибки и осложнения при лечении заболеваний пародонта. Диспансеризация пациентов.</p>
<p><b>Б1.В.ОД.2.3</b> <b>Раздел 3 «Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии»</b></p>	<p>11. Этиология, клиника и ортопедическое лечение деформаций зубов и зубных рядов.</p> <p>12. Деформации прикуса. Этиология, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>13. Ортопедическое лечение больных с деформацией зубных рядов, осложненных частичным отсутствием зубов</p> <p>14. Повышенная стираемость зубов. Этиология, клиника, классификация.</p> <p>15. Диагностика, комплексное лечение различных форм повышенной стираемости зубов.</p>
<p><b>Б1.В.ОД.2.4</b> <b>Раздел</b> <b>4«Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»</b></p>	<p>16. Развитие и особенности строения височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>17. Классификация заболеваний ВНЧС.</p> <p>18. Методы обследования, диагностики больных с заболеваниями ВНЧС. Специальные методы обследования больных с заболеваниями ВНЧС.</p> <p>19. Клиника, диагностика и лечение синдрома болевой дисфункции ВНЧС.</p> <p>20. Заболевания ВНЧС. Принципы комплексного лечения заболеваний ВНЧС.</p>
<p><b>Б1.В.ОД.2.5</b> <b>Раздел 5</b> <b>«Ортопедическое лечение на имплантатах»</b></p>	<p>21. История развития метода.</p> <p>22. Взаимодействие зубных имплантатов с биологическими тканями.</p> <p>23. Строение и классификация имплантатов</p> <p>24. Показания и противопоказания к дентальной имплантации</p> <p>25. Обследование пациента перед имплантацией.</p>
<p><b>Б1.В.ОД.2.6</b> <b>Раздел 6«Челюстно-лицевая ортопедия».</b></p>	<p>26. Переломы верхней и нижней челюсти. Этиология, клиника, функциональные нарушения.</p> <p>27. Классификации поврежденных челюстно-лицевой области.</p> <p>28. Этиология, патогенез, клиника ложных суставов нижней челюсти.</p> <p>29. Неправильно сросшиеся переломы челюстных костей,</p>

	<p>осложнённые патологическим прикусом при наличии всех зубов.</p> <p>30. Приобретённые дефекты лица (носа, орбиты, ушной раковины, сочетанные).</p>
--	--

### Темы рефератов

<p><b><i>Б1.В.ОД.2.1</i></b>  Раздел 1 «Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Современные методы и средства обследования стоматологических больных. Индекс ИРОПЗ для оценки разрушения коронки зуба, классификация корней.</li> <li>2. Формулирование диагноза, составление плана ортопедического лечения, ведение основной медицинской документации, вопросы этики и деонтологии.</li> <li>3. Методы обследования при патологии твердых тканей зубов, частичном и полном вторичном отсутствии зубов, заболеваниях пародонта, патологии ВНЧС, аномалиях и деформациях зубочелюстной системы, повышенной стираемости зубов.</li> <li>4. Методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Принципы дифференциальной диагностики заболеваний, обусловленных материалами зубных протезов: гальваноза, аллергического стоматита, токсико-химического стоматита.</li> <li>5. Методы обследования больных с заболеваниями ВНЧС.</li> </ol>
<p><b><i>Б1.В.ОД.2.2</i></b>  Раздел 2 «Заболевания пародонта»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ортопедическое лечение больных с очаговым, генерализованным пародонтитом.</li> <li>7. Избирательное шлифование зубов.</li> <li>8. Временное шинирование на этапах ортопедического лечения заболеваний пародонта.</li> <li>9. Ортопедическое лечение больных с заболеваниями пародонта, осложненными вторичным частичным отсутствием зубов.</li> <li>10. Ортопедическое лечение больных с пародонтитом на фоне аномалий зубных рядов и прикуса.</li> </ol>
<p><b><i>Б1.В.ОД.2.3</i></b>  Раздел 3 «Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Ортопедическое лечение больных с аномалиями зубов, зубных рядов, окклюзии (прикуса).</li> <li>12. Ортопедическое лечение больных с повышенным стиранием зубов. Определение понятий «физиологическая», «задержанная» «повышенная» стираемость.</li> <li>13. Классификация клинических форм повышенного стирания. Принципы патогенетического ортопедического лечения.</li> <li>14. Ортопедическое лечение локализованной формы повы-</li> </ol>

	<p>шенного стирания зубов.</p> <p>15. Ортопедическое лечение генерализованной формы повышенного стирания зубов</p>
<p><b>Б1.В.ОД.2.4</b> <b>Раздел</b> <b>4</b> «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»</p>	<p>16. Этиология и патогенез изменений в ВНЧС при патологических процессах в зубочелюстной системе. Значение местных и общих факторов в развитии заболевания.</p> <p>17. Основные и дополнительные методы обследования, применяемые для диагностики патологии ВНЧС.</p> <p>18. Дифференциальная диагностика заболеваний ВНЧС.</p> <p>19. Дисфункция ВНЧС. Методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных.</p> <p>20. Вывих и дислокация диска. Клиника. Методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных.</p>
<p><b>Б1.Б.6.11</b> <b>Раздел 11</b> «Ортопедическое лечение на имплантатах»</p>	<p>21. Применение различных видов имплантатов. Последовательность и особенности ортопедического лечения.</p> <p>22. Особенности зубного протезирования на имплантатах при полной адентии.</p> <p>23. Методики снятия слепков открытой и закрытой ложкой.</p> <p>24. Комплексный подход в лечении, последовательность клинично-лабораторных этапов изготовления зубных протезов на имплантатах при полной адентии.</p> <p>25. Ошибки и осложнения после протезирования на имплантатах.</p>
<p><b>Б1.В.ОД.2.6</b> <b>Раздел 6</b> «Челюстно-лицевая ортопедия».</p>	<p>26. Ортопедическое лечение огнестрельных и неогнестрельных переломов.</p> <p>27. Ортопедическое лечение переломов верхней челюсти со смещением отломков.</p> <p>28. Ортопедическое лечение ложных суставов и неправильно сросшихся переломов.</p> <p>29. Дефекты твердого и мягкого неба. Особенности ортопедического лечения в зависимости от вида дефекта.</p> <p>30. Микростомия. Особенности ортопедического лечения.</p>

### Критерии и шкала оценивания

#### 1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников

- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	4. Соблюдение требований к оформлению
- пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	5. Грамотность

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТО- ЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»**

### **Перечень вопросов для устного собеседования:**

<b>Б 1.В.ДВ.1.1.1</b> Раздел 1 «Местное и общее обезболивание в стоматологии»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Премедикация и потенцированное обезболивание в стоматологии.</li> <li>2. Инфильтрационная анестезия.</li> <li>3. Торусальная анестезия.</li> <li>4. Резцовая анестезия.</li> <li>5. Мандибулярная анестезия.</li> <li>6. Неотложная помощь при развитии общих осложнений местного обезболивания.</li> </ol>
<b>Б 1.В.ДВ.1.1.2</b> Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛО»	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Этиология и патогенез одонтогенных воспалительных процессов.</li> <li>8. Принципы топической диагностики абсцессов и флегмон.</li> <li>9. Хронический периодонтит. Клиника, диагностика и лечение.</li> <li>10. Хирургические методы лечения хронических периодонтитов.</li> <li>11. Периостит челюстей.</li> <li>12. Остеомиелиты челюстей.</li> <li>13. Лимфадениты челюстей.</li> </ol>
<b>Б 1.В.ДВ.1.1.3</b> Раздел 3 «Заболевания слюнных желез»	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Методы обследования пациентов с заболеваниями слюнных желез.</li> <li>15. Анатомия строения слюнных желез.</li> <li>16. Эпидемический паротит.</li> <li>17. Острые воспалительные заболевания слюнных желез.</li> <li>18. Показания к хирургическому лечению заболеваний слюнных желез</li> </ol>
<b>Б 1.В.ДВ.1.1.4</b> Раздел 4 «Заболевания и повреждения нервов и ВНЧС»	<ol style="list-style-type: none"> <li>19. Анатомия строения челюстно-лицевой области.</li> <li>20. Анатомия строения ВНЧС.</li> <li>21. Методы диагностики заболеваний ВНЧС.</li> <li>22. Артروزы (деформирующий, склерозирующий). Клиническая, рентгенологическая и лабораторная диагностика.</li> </ol>
<b>Б 1.В.ДВ.1.1.5</b> Раздел 5 «Заболевания пародонта»	<ol style="list-style-type: none"> <li>23. Методы диагностика заболеваний пародонта.</li> <li>24. Консервативные методы лечения заболеваний пародонта.</li> <li>25. Показания к хирургическим методам лечения заболеваний пародонта</li> <li>26. Гингивэктомия</li> </ol>
<b>Б 1.В.ДВ.1.1.6</b> Раздел 6 «Опухоли и опухолеподобные образования ЧЛО»	<ol style="list-style-type: none"> <li>27. Профилактика опухолей и предрака</li> <li>28. Диспансеризация больных фоновым патологическим процессом, предраковыми заболеваниями и опухолями - цель, место проведения и организация.</li> <li>29. Опухоль и опухолеподобные поражения - определение понятий по ВОЗ.</li> <li>30. Этиология опухолей. Канцерогенные и неканцерогенные раздражители.</li> <li>31. Предрак — критерии предрака, значение в канцерогенезе. Классификация, принципы диагностики и лечения.</li> </ol>

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.1</b> Раздел 1 «Местное и общее обезболивание в стоматологии»</p>	<p>1. ЛИДОКАИН ОТНОСИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) к амину</li><li>2) к эфиру</li><li><b>3) к амиду</b></li><li>4) к производному изохинолина</li><li>5) к ацетантильному радикалу</li></ol> <p>2 КАКОЙ ИЗ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЭФИРОМ ПАРААМИНОБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) азакаин</li><li>2) совкаин</li><li>3) новокаинамид</li><li><b>4) новокаин</b></li><li>5) мезокаин</li></ol> <p>3 ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ВЕТВИ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА ИННЕРВИРУЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) слизистую оболочку ретромолярной области</li><li><b>2) слизистую оболочку миндалин и дужек мягкого нёба</b></li><li>3) слизистую оболочку задней части носовой полости</li><li>4) моляры нижней челюсти</li><li>5) моляры верхней и нижней челюсти</li></ol> <p>4 БЛУЖДАЮЩИЙ НЕРВ - ЭТО КАКАЯ ПАРА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) V пара</li><li>2) VII пара</li><li>3) IX пара</li><li><b>4) X пара</b></li><li>5) XII пара</li></ol> <p>5. ПОДЪЯЗЫЧНЫЙ НЕРВ ИННЕРВИРУЕТ МЫШЦЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"><li><b>1) всего языка</b></li><li>2) соответствующей половины языка</li><li>3) передней части языка</li><li>4) задней части языка</li><li>5) дно полости рта</li></ol>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.2</b> Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛЮ»</p>	<p>6.ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) прямые щипцы</li><li>2) прямой элеватор</li><li>3) S-образные щипцы с шипом</li><li><b>4) штыковидные щипцы</b></li><li>5) штыковидный элеватор</li></ol> <p>7. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) клювовидные</li><li><b>2) штыковидные</b></li><li>3) S-образные сходящиеся</li><li>4) S-образные с шипом справа</li><li>5) S-образные несходящиеся</li></ol> <p>8. ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"><li><b>1) выбор обезболивания</b></li></ol>

	<p>2) пол 3) время суток 4) опыт врача 5) стоимость лечения</p> <p>9. ПРОВЕДИТЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ПОДГОТОВКУ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ:</p> <p>1) морфиноподобные препараты 2) снотворные <b>3) седативные</b> 4) нейролептики 5) наркотические анальгетики</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.4</b> Раздел 4 «Заболевания и повреждения нервов и ВНЧС»</p>	<p>10.НЕВРИТ-ЭТО:</p> <p>1) интенсивная боль по ходу нерва с гипер- или гипоестезией в зоне его иннервации; 2) повреждение нерва с выпадением функции в зоне иннервации 3) аллергическая реакция на анестетик 4) хроническое заболевание 5) реакция сосудов на введение анестетика</p> <p>11.НЕВРАЛГИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>1) интенсивной болью по ходу нерва с гипер- или гипоестезией в зоне его иннервации 2) повреждением нерва с выпадением функции в зоне иннервации. 3) отсутствием симптомов 4) повышением температуры, ознобом 5) «крапивницей»</p> <p>12. БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ I ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ</p> <p>1. в нижней трети лица 2. в средней трети лица 3. по всему лицу 4. в верхней трети лица + 5. в затылочной области</p> <p>13. БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ II ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ</p> <p>1. в нижней трети лица 2. в средней трети лица + 3. по всему лицу 4. в верхней трети лица 5. в затылочной области</p> <p>14. БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ III ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ</p> <p>1. в нижней трети лица + 2. в средней трети лица 3. по всему лицу 4. в затылочной области 5. в верхней трети лица</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.6</b> Раздел 6 «Опухоли и опухолеподобные образования ЧЛЮ»</p>	<p>15. Этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:</p> <p>1) гиперсаливация 2) частичная адентия 3) массивные зубные отложения 4) <b>хроническая травма слизистой оболочки</b> 5) заболевания желудочно-кишечного тракта</p> <p>16. При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области</p>



	<p>больного необходимо направить к:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>районному онкологу</b></li> <li>2) специалисту-радиологу</li> <li>3) участковому терапевту</li> <li>4) хирургу общего профиля</li> <li>5) хирургу-стоматологу</li> </ol> <p>17. К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) физикальный</li> <li>2) биохимический</li> <li>3) <b>цитологический</b></li> <li>4) иммунологический</li> <li>5) биометрический</li> </ol> <p>18. Под онкологической настороженностью понимают знание:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>ранних симптомов заболевания</b></li> <li>2) препаратов для лечения</li> <li>3) профессиональных вредностей</li> <li>4) допустимых доз лучевой терапии</li> </ol> <p>19. Под онкологической настороженностью понимают знание:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10) <b>ранних симптомов заболевания</b></li> <li>11) препаратов для лечения</li> <li>12) профессиональных вредностей</li> <li>13) допустимых доз лучевой терапии</li> <li>14) расположения онкологических служб</li> </ol>
--	---

### Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.1</b> Раздел 1 «Местное и общее обезболивание в стоматологии»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 1</b></p> <p>Родители пациента М., возрастом 15 лет, страдающего болезнью Дауна обратились в поликлинику по поводу санации полости рта их сыну. После осмотра, который сопровождался значительными трудностями, удалось установить, что пациенту необходимо лечить множественный кариес зубов и удалить пять разрушенных зубов по поводу хронического периодонтита.</p> <p><b>Какой вид обезболивания Вы выберете для проведения санации полости рта у данного пациента?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. инфльтрационное обезболивание,</li> <li>2. проводниковое обезболивание,</li> <li>3. общее обезболивание. (+)</li> </ol> <p><b>В каких условиях и кем должно проводиться данный вид обезболивания?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в амбулаторно-поликлинических условиях врачом-стоматологом,</li> <li>2. в условиях стационара анестезиологом-реаниматологом.(+)</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.2</b> Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛЮ»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 2</b></p> <p>Больной, 47 лет, предъявляет жалобы на сильные пульсирующие боли в области твердого неба, усиливающуюся при прие-</p>

	<p>ме пищи, разговоре, появление припухлости твердого неба в области 1.3,1.2,1.1.</p> <p>Из анамнеза: считает себя больным в течение четырех дней, когда заболел 1.3. За медицинской помощью обратился после того, когда в области твердого неба появилась припухлость.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,3С. Со стороны полости рта: 1.1,1.2,1.3 под пломбами, перкуссия 1.2 резко болезненна. В переднем отделе твердого неба определяется воспалительный инфильтрат овальной формы, резко болезненный при пальпации, в центре которого имеется участок флюктуации, слизистая оболочка над очагом гиперемирована, отмечается незначительный отек окружающих тканей.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>3. Назовите топографическую анатомию твердого неба, анатомические образования, находящиеся на нем, пути распространения инфекции.</li> <li>5. Назовите оперативный доступ и последовательность действий при флегмонах данной локализации.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 3</b></p> <p>Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное образование под кожей в нижнем отделе щеки справа.</p> <p><u>Анамнез:</u> Более года периодически во время еды возникала боль в 4.6 зубе. 2 месяца назад под кожей щеки справа появилось безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось. Кожа над ним стала красной.</p> <p><u>При осмотре:</u> в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.</p> <p>На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разряжения костной ткани, неправильной формы, без чётких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.</p> <p><b>Вопросы</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установите диагноз заболевания.</li> <li>2. Проведите обоснование диагноза.</li> <li>3. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?</li> <li>4. Определите план лечения.</li> <li>5. Прогноз заболевания?</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.3</b> Раздел 3 «Заболевания слюнных желез»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 4</b></p> <p>Больная С. 33 лет. Жалобы на боль и припухлость в околоушной области слева, больна около года.</p> <p><b>Анамнез.</b> Первые признаки болезни связывает с едой винограда, когда во время еды стала отмечать увеличиваю-</p>

	<p>щуюся припухлость околоушной области справа. Припухлость была мягкой, безболезненной и держалась около 40— 50 мин. Затем аналогичные явления повторились через 1,5 месяца и стали часто сопровождать прием пищи, при этом иногда появляется острая колющая боль. Последнюю неделю состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 37,5°, припухлость околоушной области стала нарастать, отмечает постоянную боль.</p> <p><b>Анамнез жизни.</b> Болеет редко простудными заболеваниями, аллергия к некоторым пищевым продуктам.</p> <p><b>При осмотре</b> определяется разлитая припухлость околоушной, частично позадичелюстной и щечной областей справа. Кожа в цвете не изменена.</p> <p><b>При пальпации</b> припухлость плотная, болезненная, кожные покровы в складку собираются с трудом. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, слабо болезненны. Открывание рта слегка болезненно. Слизистая оболочка полости рта хорошо увлажнена, бледно-розового цвета. Дистальные бугры 78 покрыты нависающей покрасневшей слизистой оболочкой. Из устья выводного протока околоушной железы справа выделяется небольшое количество секрета с примесью гноя. Ближе к устью протока пальпируется уплотнение размером 0,3X0,4 см.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дайте патоморфологическое объяснение симптомам заболевания.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза?</li> <li>4. Какое показано лечение?</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.4</b> Раздел 4 «Заболевания и повреждения нервов и ВНЧС»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 5</b></p> <p>Больной, 55 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообразные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к левой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться до 1 минуты. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отека левой половины. Пальпация точек выхода II-ой (инфраорбитальное отверстие) и III-ей (ментальное отверстие) ветвей тройничного нерва на лицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выявлено.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведите обоснование диагноза?</li> <li>2. Поставьте диагноз?</li> <li>3. Наметьте план лечения?</li> </ol>

	<p>4. Имела ли значение перенесенная ОРВИ для возникновения данного заболевания?</p> <p>5. Является ли отечность половины лица патогномичным признаком для невралгии II-III ветви тройничного нерва?</p> <p style="text-align: center;"><b>Задача 6</b></p> <p>Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течении двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомию в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области 2.4, 2.5 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведите обоснование диагноза?</li> <li>2. Поставьте диагноз?</li> <li>3. Наметьте план лечения?</li> <li>4. Чем обусловлена необходимость консультации больной у стоматолога?</li> <li>5. Имеет ли значение в описанной клинической ситуации, то что больная перенесла аппендэктомию?</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 7</b></p> <p>Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?</li> <li>2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?</li> <li>3. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>4. Опишите клинико-рентгенологическую картину.</li> <li>5. Методы лечения в данном случае?</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>Б</b> <b>1.В.ДВ.1.1.6</b>Раздел 6 «Опухоли и опухолеподобные новообразования ЧЛЮ»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 8.</b></p> <p>У больного 60 лет на красной кайме нижней губы справа определяется эрозия овальной формы 0,5-1,0 см, поверхность гладкая, как бы полированная, интенсивно красного цвета. Из анамнеза установлено, что больной житель сельской местности, работа не в помещении. Данный очаг поражения периодически самостоятельно исчезает и снова появляется на том же месте и так продолжается более 1,5 лет.</p>

	<p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установите предварительный диагноз.</li> <li>2. Составьте план лечения.</li> </ol> <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз - бразивный преинвазивный хейлит Манганотти.</li> <li>2. Лечение начинается с применения средств, стимулирующих эпителизацию эрозий, устранения раздражающих факторов внешней среды (холод, чрезмерная инсоляция и др.). При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения необходимо хирургическое лечение (криотерапия, хирургическое иссечение).</li> </ol>
--	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100 <b>Отлично (5)</b>	

#### 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### 3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

#### 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логиче-

- трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	ская последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	
- пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Стоматология хирургическая»**

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений) <b>если применимо к РП!!!</b>	
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
<b>У</b>	<b>1</b>	1-19	1-8	-	1-31	
<b>П</b> <b>К</b>	<b>1</b>	1-5	1-8		1,14,15,19,20	
	<b>2</b>	15,16	1-8		7,27	
	<b>5</b>	6,7,8,9,15	1-8		8,9,11-13,16,17,21-24,31	
	<b>6</b>	15-19	1-8		11,12,13,16,28,31	
	<b>7</b>	6-19	1-8		1-6,9-13,16-18,22,24-26,31	
	<b>9</b>	1-19	1-8		22,25	
<b>12</b>	18,19	1-8		1-31		

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов**

**Формы контроля – рефераты, дискуссия**

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.В.ДВ.1.1.1</i>	Раздел 1 «Общее и местное обезболивание в стоматологии»	6
<i>Б 1.В.ДВ.1.1.2</i>	Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛО»	6
<i>Б 1.В.ДВ.1.1.3</i>	Раздел 3 «Болезни слюнных желез»	6
<i>Б 1.В.ДВ.1.1.4</i>	Раздел 4 «Заболевания и повреждения нервов и ВНЧС»	6
<i>Б 1.В.ДВ.1.1.5</i>	Раздел 5 «Заболевания пародонта»	6
<i>Б 1.В.ДВ.1.1.6</i>	Раздел 6 «Опухоли и опухолеподобные образования, кисты лица и шеи»	6

### Вопросы и задания для самоконтроля:

<p><b><i>Б 1.В.ДВ.1.1.1</i></b> Раздел 1 «Общее и местное обезболивание в стоматологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Современные методы общего обезболивание Показания, противопоказания.</li> <li>2. Ксенонная анестезия, перспективы применения в стоматологии.</li> <li>3. Местные осложнения, связанные с применением современных карпульных анестетиков.</li> <li>4. Методы обезболивания на нижней челюсти: по Гоу-Гейтсу, Егорову, Акинози-Вазерани, Маламеда. Показания, противопоказания.</li> <li>5. Особенности проведения местного обезболивания при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области</li> </ol>
<p><b><i>Б 1.В.ДВ.1.1.2</i></b> Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛО»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Организация отделения хирургической стоматологии.</li> <li>7. Туберкулез и сифилис челюстно-лицевой области.</li> <li>8. Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта.</li> <li>9. Фурункулы, карбункулы лица.</li> <li>10. Проявления хронических соматических заболеваний в полости рта.</li> </ol>

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.3</b> Раздел 3 «Болезни слюнных желез»</p>	<p>11. Анатомия строения слюнных желез. 12. Методы диагностики заболеваний слюнных желез. 13. Болезнь Микулича. 14. Синдром Шегрена. 15. Механизм образования конкремента.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.4</b> Раздел 4 «Заболевания и повреждения нервов и ВНЧС»</p>	<p>16. Поражения языкоглоточного нерва. 17. Поражения подъязычного нерва. 18. Синдром Фрея. 19. Дифференциальная диагностика заболеваний нервов лица. 20. Вывих сустава.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.6</b> Раздел 6 «Опухоли и опухолеподобные образования, кисты лица и шеи»</p>	<p>21. Опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области. Статистика, классификация. 22. Одонтогенные опухоли. 23. Кисты челюстей. 24. Неодонтогенные опухоли челюстей. 25. Остеогенные опухоли.</p>

### Темы рефератов

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.1</b> Раздел 1 «Общее и местное обезболивание в стоматологии»</p>	<p>1. Методы обезболивания на нижней челюсти: по Гоу-Гейтсу, Егорову, Акинози-Вазерани, Маламеда. Показания, противопоказания. 2. Особенности проведения местного обезболивания при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области 3. Сравнительная характеристика современных карпульных анестетиков амидного ряда. 4. Цели и задачи премедикации и анестезиологии в стоматологии.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.2</b> Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛО»</p>	<p>5. Проявления хронических соматических заболеваний в полости рта. 6. Свето- и грязелечение, лазерные технологии в хирургической стоматологии. 7. Современные методы диагностики воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. 8. Дифтерия. Клиника, диагностика и лечение.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.3</b> Раздел 3 «Заболевания слюнных желез»</p>	<p>9. Анатомия строения слюнных желез. 10. Вирусные сialадениты. 11. Эпидемический паротит.</p>



<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.4</b> Раздел 4 «Заболевания и повреждения нервов и ВНЧС»</p>	<p>12. Поражения языкоглоточного нерва. 13. Поражения подъязычного нерва. 14. Синдром Фрея.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.5</b> Раздел 5 «Заболевания пародонта»</p>	<p>15. Современные методы лечения заболеваний пародонта 16. Клиническая картина, методы диагностики заболеваний пародонта</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.6</b> Раздел 6 «Восстановительная хирургия лица и челюстей»</p>	<p>17. Основные методы операций для исправления размеров и формы нижней челюсти. 18. Определение эстетической хирургии 19. Эстетические пропорции лица. 20. Показания и противопоказания к эстетическим операциям на лице.</p>

### Критерии и шкала оценивания

#### 1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии	1. Новизна реферированного текста
- трем критериям	2. Степень раскрытия сущности проблемы
<b>Удовлетворительно (3)</b>	3. Обоснованность выбора источников
- четырем критериям	4. Соблюдение требований к оформлению
<b>Хорошо (4)</b>	5. Грамотность
- пяти критериям	
<b>Отлично (5)</b>	

#### 2. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
- трем критериям	2. Аргументированность
<b>Удовлетворительно (3)</b>	3. Соблюдение культуры речи
- четырем критериям	4. Собственная позиция
<b>Хорошо (4)</b>	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей
- пяти критериям	
<b>Отлично (5)</b>	

## ЛОГИЯ ДЕТСКАЯ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.1</b> Раздел 1 «Анатомо-физиологические особенности ЧЛО у детей»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Анатомо-физиологические особенности периодонта у детей в возрастном аспекте. Зависимость течения периодонтитов временных зубов от анатомо-физиологических особенностей. Рентгенологическая картина различных форм периодонтита. Различия физиологической и патологической резорбции корней.</li><li>2. Анатомо-физиологические особенности временных зубов и их значение в возникновении и течении кариозного процесса у детей раннего и дошкольного возраста.</li><li>3. Значение анатомо-физиологических особенностей пульпы молочных и постоянных зубов в разные сроки формирования корней для клиники пульпитов. Профилактика пульпитов зубов у детей. Показания к выбору лечения в зависимости от возраста.</li><li>4. Анатомо-физиологические особенности слизистой оболочки полости рта и распространенность различных заболеваний слизистой оболочки полости рта в возрастном аспекте.</li><li>5. Значение анатомо-физиологических особенностей детского организма и челюстно-лицевой области в клинике гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей лица, лимфатических узлов и слюнных желез у детей.</li></ol>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.2</b> Раздел 2 «Диспансеризация детей с различной стоматологической патологией»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>6. Диспансеризация детей раннего дошкольного и школьного возраста.</li><li>7. Цель, задачи диспансеризации.</li><li>8. Принципы формирования диспансерных групп</li><li>9. Этапы проведения диспансеризации.</li><li>10. оценка эффективности диспансеризации.</li></ol>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.3</b> Раздел 3 «Профилактика стоматологических заболеваний»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>11. Прогнозирование кариеса зубов у детей. Критерии прогнозирования.</li><li>12. Устранение кариесогенной ситуации в полости рта.</li><li>13. Комплексная система профилактики стоматологических заболеваний. Выбор программ.</li><li>14. Значение эпидемиологических исследований. Программа профилактики кариеса, проводимая для детей г. Волгограда.</li><li>15. Определение распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей различного возраста. Влияние внешних и внутренних факторов на течение кариеса.</li></ol>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.4</b> Раздел 4 «Заболевания кариесом, пульпитом зубов, периодонта у детей»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>16. Современные представления об этиологии и патогенезе кариеса зубов у детей.</li><li>17. Роль различных факторов риска в возникновении кариеса молочных постоянных зубов в детском возрасте.</li><li>18. Ошибки и осложнения, возникающие при лечении пульпитов зубов у детей. Преимущества депофореза перед резорцин-формалиновым методом лечения пульпита. Методика проведения депофореза в молочных и постоянных зубах.</li><li>19. Особенности течения и лечения пульпитов постоянных зубов с несформированными корнями у детей. Диспансеризация.</li><li>20. Показания к выбору консервативного лечения периодонтитов молочных зубов у детей. Прогноз. Диспансеризация.</li></ol>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.5</b> Раздел 5 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>21. Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. Принципы лечения детей с ОГС и РГС, современные медикаментозные средства лечения.</li><li>22. Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта в детском возрасте. Причины, тактика лечения, используемые лекарственные средства и механизм их действия.</li><li>23. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение глосситов у детей.</li><li>24. Поражение слизистой оболочки полости рта у детей при инфекционных заболеваниях (скарлатина, корь, дифтерия). Клиника, диагностика, лечение,</li></ol>

	<p>тактика врача-стоматолога детского.</p> <p>25. Экспертиза временной нетрудоспособности. Порядок выдачи листков нетрудоспособности по уходу за ребенком.</p>
--	--

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.1</b> Раздел 1 «Анатомо-физиологические особенности ЧЛЮ у детей»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Возрастные анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области у детей. Их влияние на течение воспалительных процессов у детей.</li> <li>2. Значение анатомо-физиологических особенностей пульпы молочных и постоянных зубов в разные сроки формирования корней для клиники пульпитов.</li> <li>3. Анатомо-физиологические особенности тканей пародонта и распространенность заболеваний пародонта в различные периоды детского возраста.</li> <li>4. Методы обследования детей для выявления заболеваний пародонта и оценки тяжести их течения.</li> <li>5. Значение анатомо-физиологических особенностей детского организма и челюстно-лицевой области в клинике гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей лица, лимфатических узлов и слюнных желез у детей.</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.2</b> Раздел 2 «Диспансеризация детей с различной стоматологической патологией»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Диспансеризация детей раннего дошкольного и школьного возраста.</li> <li>7. Цель, задачи, принципы формирования групп, этапы проведения.</li> <li>8. Оценка эффективности диспансеризации.</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.3</b> Раздел 3 «Профилактика стоматологических заболеваний»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Деонтология в практике детского стоматолога. Значение мотивации родителей для успешного лечения и профилактики стоматологических заболеваний у детей.</li> <li>10. Прогнозирование кариеса зубов у детей. Критерии прогнозирования.</li> <li>11. Характеристика современных предметов и средств индивидуальной гигиены полости рта. Показания к их применению.</li> <li>12. Экзогенная безлекарственная и лекарственная профилактика зубов у детей. Современные экзогенные медикаментозные средства, методика использования. Метод глубокого фторирования эмали.</li> <li>13. Роль назубных отложений в патологии твердых тканей зубов и пародонта. Способы выявления.</li> <li>14. Методы и средства санитарно-гигиенического воспитания населения.</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.4</b> Раздел 4 «Заболевания кариесом, пульпитом зубов, периодонта у детей»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Классификация кариеса у детей по Т. Ф. Виноградовой.</li> <li>16. Зависимость клинического течения и особенностей лечения кариеса постоянных зубов у детей от степени активности кариозного процесса и стадии формирования корней.</li> <li>17. Влияние хронического периодонтита на процессы формирования и рассасывание корней, на общее состояние организма, на развитие фолликула постоянных зубов.</li> <li>18. Показания к выбору консервативного лечения периодонтитов молочных зубов у детей. Прогноз. Диспансеризация.</li> <li>19. Современные представления об этиологии и патогенезе кариеса зубов у детей. Роль различных факторов риска в возникновении кариеса молочных постоянных зубов в детском возрасте.</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.5</b> Раздел 5 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>20. Строение слизистой оболочки полости рта. Слюна, её состав и свойства.</li> <li>21. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Бактериальные инфекции.</li> <li>22. Аллергические заболевания слизистой оболочки рта.</li> <li>23. Заболевания языка.</li> <li>24. Изменение слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях и экзогенных интоксикациях.</li> </ol>

--	--

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.1</b> Раздел 1 «Анатомо-физиологические особенности ЧЛО у детей»</p>	<p>1. Анатомическая шейка зуба – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Место, разделяющее зуб на две части</li> <li>2) <b>Переход эмали в цемент корня</b></li> <li>3) Переход надальвеолярной части зуба в подальвеолярную</li> <li>4) Экватор зуба</li> <li>5) Место прикрепления десны к зубу.</li> </ol> <p>2. Эмаль зуба состоит из:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Эмалевых призм, объединенных в пучки, и межпризматического вещества</b></li> <li>2) Кутикулы и пелликулы</li> <li>3) Остеобластов, коллагеновых волокон</li> <li>4) Амелобластов, эластических волокон</li> <li>5) Пелликулы и межпризматического вещества.</li> </ol> <p>3.Периодонтальная щель – это пространство между:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Десневым краем и поверхностью зуба</li> <li>2) <b>Цементом корня зуба и альвеолой</b></li> <li>3) Эмалью и цементом корня</li> <li>4) Двумя соседними зубами</li> <li>5) Двумя альвеолами.</li> </ol> <p>4. Слои слизистой оболочки полости рта называются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Покровный эпителий, собственно слизистая, подслизистый</li> <li>2) Многослойный эпителий, собственно слизистая, синовиальный</li> <li>3) <b>Многослойный плоский эпителий, собственно слизистая, подслизистый</b></li> <li>4) Многорядный мерцательный эпителий, жировая клетчатка, мышечная пластинка</li> <li>5) Покровный эпителий, жировая клетчатка, собственно слизистая.</li> </ol> <p>5. В норме в полости рта ороговевает эпителий слизистой оболочки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Десны</b></li> <li>2) <b>Щеки</b></li> <li>3) <b>Губы</b></li> <li>4) <b>Мягкого нёба.</b></li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ДВ1.2.2</b> Раздел 2 «Диспансеризация детей с различной стоматологической патологией»</p>	<p>6. Осматривать ребенка раннего возраста, имеющего здоровую полость рта - "факторы риска", находящегося на диспансерном учете у стоматологов необходимо</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) один раз в год</li> <li><b>б) диспансерный осмотр 2 раза в год</b></li> <li>в) диспансерный осмотр по показаниям, но не реже 2 раз в год</li> <li>г) диспансерный осмотр 3 раза в год</li> <li>д) диспансерный осмотр по показаниям, но не реже 3 раз в год</li> </ol> <p>7. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего здоровую полость рта</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>а) диспансерный осмотр 1 раз в год</b></li> <li>б) диспансерный осмотр 2 раза в год</li> <li>в) диспансерный осмотр 3 раза в год</li> <li>г) диспансерный осмотр по показаниям</li> <li>д) диспансерные осмотры не целесообразны</li> </ol> <p>8. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего кариес зубов</p>

	<p>а) диспансерный осмотр 1 раз в год  б) диспансерный осмотр 2 раза в год  в) диспансерный осмотр 3 раза в год  г) диспансерный осмотр 4 раза в год  <b>д) диспансерные осмотры по показаниям</b>  с учетом формы активности кариеса</p> <p>9. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития, осложнений и сочетающийся с кариесом</p> <p>а) диспансерный осмотр 1 раз в год  б) диспансерный осмотр 2 раза в год  <b>в) диспансерный осмотр 3 раза в год</b>  г) диспансерный осмотр по показаниям  д) диспансерные осмотры с учетом формы активности кариеса</p> <p>10. Укажите модель диспансерного наблюдения для школьника, имеющего III степень активности кариеса</p> <p>а) диспансерный осмотр 1 раз в год  б) диспансерный осмотр 2 раза в год  в) диспансерный осмотр 3 раза в год  г) диспансерный осмотр по показаниям  <b>д) диспансерный осмотр 3 раза в год, через каждые 3-4 месяца</b></p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.3</b> Раздел 3 «Профилактика стоматологических заболеваний»</p>	<p>11. К местным методам фторидпрофилактики относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) употребление фторированного молока</li> <li><b>2) покрытие зубов фторлаком</b></li> <li>3) приём фторидсодержащих таблеток</li> <li>4) фторирование питьевой воды.</li> </ol> <p>12. Основным методом профилактики воспалительных заболеваний пародонта является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1) Эффективное удаление зубных отложений (индивидуальная и профессиональная гигиена полости рта)</b></li> <li>2) Сокращение употребления легко ферментируемых углеводов</li> <li>3) Санация полости рта</li> <li>4) Регулярное применение фторидсодержащих зубных паст.</li> </ol> <p>13. Показанием к проведению герметизации фиссур является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1) узкие глубокие фиссуры на жевательной поверхности</b></li> <li>2) страх стоматологического вмешательства у пациента</li> <li>3) кариозное поражение фиссур</li> <li>4) интактность зубов более двух лет с момента прорезывания.</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.4</b> Раздел 4 «Заболевания кариесом, пульпитом зубов, периодонта у детей»</p>	<p>14. Дентин при медленном течении кариеса:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Светлый, влажный, легко удаляется экскаватором</li> <li>2) Светлый, влажный, удаляется экскаватором с трудом</li> <li>3) Пигментированный, легко удаляется экскаватором</li> <li><b>4) Пигментированный, удаляется экскаватором с трудом</b></li> <li>5) Светлый, при зондировании плотный.</li> </ol> <p>15. Дентин при активном течении кариеса:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Светлый, влажный, легко удаляется экскаватором</b></li> <li>2) Светлый, влажный, удаляется экскаватором с трудом</li> <li>3) Пигментированный, легко удаляется экскаватором</li> <li>4) Пигментированный, удаляется экскаватором с трудом</li> <li>5) Светлый, при зондировании плотный.</li> </ol> <p>16. На первых постоянных молярах у детей в сменном прикусе кариес возникает:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) На буграх</li> <li>2) В пришеечной области</li> <li>3) На контактных поверхностях</li> <li>4) На вестибулярной поверхности</li> <li>5) <b>В фиссурах и ямках.</b></li> </ol> <p>17. К эндогенным факторам риска возникновения кариеса зубов относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Частое употребление легко ферментируемых углеводов</li> <li>2) Наличие ортодонтических конструкций</li> <li>3) Низкая скорость секреции слюны</li> <li>4) <b>Наличие системных хронических заболеваний</b></li> <li>5) Неудовлетворительная гигиена полости рта.</li> </ol> <p>18. Деминерализация эмали начинается в её слое:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поверхностном</li> <li>2) <b>Подповерхностном</b></li> <li>3) Среднем</li> <li>4) Глубоком</li> <li>5) Одновременно во всех слоях.</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.5</b> Раздел 5 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p>19. Первичный элемент поражения при ОГС:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Папула</li> <li>2) Эрозия</li> <li>3) <b>Пузырёк</b></li> <li>4) Корка.</li> </ol> <p>20. При кандидозе обработка полости рта включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Обезболивание, антисептическая обработка, кератопластики</li> <li>2) <b>Удаление верхнего рыхлого слоя налёта, обработка 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, аппликации 1% раствора канестена или клотримазола</b></li> <li>3) Обезболивание, антисептическая обработка, нанесение синтомициновой мази.</li> </ol> <p>21. Причина возникновения ОГС у маленьких детей:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6) Сопутствующие заболевания</li> <li>7) <b>Утрата пассивного иммунитета</b></li> <li>8) Аллергизация организма.</li> </ol> <p>22. Причиной травматической эрозии слизистой оболочки нижней поверхности кончика языка у детей первых месяцев жизни чаще является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6) Соски, резиновые рожки на бутылочках</li> <li>7) Игрушки с острыми гранями</li> <li>8) Средства гигиены полости рта новорождённых</li> <li>9) <b>Преждевременно прорезавшиеся зубы.</b></li> </ol> <p>23. При кандидозе на слизистой оболочке полости рта выявляют:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6) <b>Белый творожистый налёт</b></li> <li>7) Фибринозный налёт</li> <li>8) Папулы округлой или овальной формы</li> <li>9) Пятна Филатова-Коплика.</li> </ol> <p>24. Для лечения пиодермии применяют мазь:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6) 0,25% оксолиновая</li> <li>7) 2% теброфеновая</li> <li>8) <b>2% неомициновая</b></li> <li>9) Клотримазол.</li> </ol> <p>25. Для ускорения заживления афт при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите применяют:</p>

	<p>6) Флореналевую мазь 7) Мазь ацикловир 8) Мазь клотримазол 9) Гидрокортизоновую мазь 10) <b>Масло шиповника.</b></p> <p>26. Афты Беднара встречаются: 6) <b>У детей первых месяцев жизни</b> 7) У детей 2-3 лет 8) У дошкольников 9) У подростков.</p> <p>27. Противовирусные препараты и мази назначают: 1) <b>В первые 2-3 дня заболевания</b> 2) На 5-7-й день заболевания 3) В продромальный период 4) В период ремиссии.</p> <p>28. В мазках с элементов поражения при ОГС и РГС в первые 2-4 дня болезни обнаруживаются: 1) Большое количество мицелия грибов 2) Микобактерии 3) <b>Гигантские многоядерные клетки</b> 4) Эозинофилы.</p> <p>29. Инкубационный период ОГС длится: 1) <b>От 2 до 6 дней</b> 2) От 2 до 15 дней 3) От 2 до 3 дней.</p>
--	---

### **Банк ситуационных клинических задач**

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.3</b> Раздел 3 «Профилактика стоматологических заболеваний»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 1</b></p> <p>К стоматологу обратились родители ребёнка 2 лет с просьбой назначить ему капли от кариеса. Из анамнеза: беременность матери протекала с сильным токсикозом. Ребёнок получает витамин D для профилактики рахита. Семья постоянно проживает в городе, где содержание фторида в питьевой воде составляет 0,3 мг/л. При осмотре полости рта: прорезались 18 зубов, на медиальных и латеральных поверхностях зубов 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 выявлены кариозные полости. Индекс гигиены по Кузьминой = 0,6.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите интенсивность кариеса.</li> <li>2. Оцените уровень гигиены полости рта.</li> <li>3. Какие факторы риска возникновения кариеса есть у ребёнка?</li> <li>4. Перечислите системные методы фторирования и показания к ним.</li> <li>5. Составьте план лечебно-профилактических мероприятий.</li> </ol> <p><b>Ответы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Интенсивность кариеса: кпу (з)= 4, кпу(п)= 8.</li> <li>2) Уровень гигиены плохой.</li> <li>3) Зубной налёт, низкое содержание фтора в воде, нарушения развития зубов в антенатальном периоде.</li> <li>4) Фторирование питьевой воды, молока соли, таблетки фторида натрия. Показания к назначению системных методов фторидпрофилактики: низкое содержание фторида в питьевой воде, высокий или очень высокий уровень интенсивности кариеса зубов у 12-летних детей региона.</li> </ol>
--	---

	<p>5) Обучение родителей чистке зубов у ребёнка. Индивидуальный подбор средств гигиены ребёнку: детская зубная щётка с очень мягкой щетиной, детская зубная паста, содержащая 500 ppm фторида. Лечение кариеса зубов 5.2, 5.1, 6.1, 6.2. Покрытие зубов фторидсодержащим лаком каждые 3 месяца. Герметизация фиссур моляров после прорезывания. Назначение таблеток фторида натрия – по 0,5 таблетки, содержащей 1 мг фторида натрия, ежедневно, не менее 250 дней в году. Диспансерный осмотр ребёнка каждые три месяца.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.4</b> Раздел 4 «Заболевания кариесом, пульпитом зубов, периодонта у детей»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 2</b></p> <p>Родители ребёнка 1 года 10 месяцев обратились в клинику с жалобами на разрушение временных зубов у ребёнка. С 1,5 месяцев ребёнок находился на искусственном вскармливании. В настоящее время ребёнку дают в ночное время подслащённый кефир из бутылочки.</p> <p>При осмотре полости рта выявлены кариозные полости на вестибулярной поверхности 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 в пределах эмали.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте диагноз.</li> <li>2) С чем надо проводить дифференциальную диагностику?</li> <li>3) Назовите возможные причины заболевания.</li> <li>4) Предложите методы лечения.</li> <li>5) Рекомендуйте профилактические мероприятия.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Ответы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поверхностный кариес 5.2, 5.1, 6.1, 6.2. – К 02.0.</li> <li>2) Диф. диагностику проводят со средним кариесом (при среднем кариесе кариозная полость локализуется в пределах эмали и дентина).</li> <li>3) Искусственное вскармливание, ночные кормления, сладкие напитки и продукты питания, отсутствие гигиены полости рта.</li> <li>4) Реминерализующая терапия с использованием БелагельСа/Р, GC ToothMousse, R.O.C.S. medical, метод серебрения.</li> <li>5) Прекращение ночных кормлений, исключение из рациона сладких продуктов и напитков, употребление молочных продуктов, обучение методам гигиены полости рта.</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.5</b> Раздел 5 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 3.</b></p> <p>У ребёнка 4-х недель, находящегося на искусственном вскармливании, мать заметила на нёбе две «язвы». Из анамнеза выяснено, что ребёнок родился недоношенным, плохо прибавляет в весе, при кормлении плачет. При осмотре: на границе твёрдого и мягкого нёба имеются две округлые симметричные эрозии около 0,5 см в диаметре.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваше мнение о диагнозе.</li> <li>2. Причины заболевания.</li> <li>3. Предрасполагающие факторы.</li> <li>4. Проведите лечение.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Ответы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Травматический стоматит. Аффа Беднара.</li> <li>2) Большой или жёсткий рожок на бутылочке для кормления.</li> <li>3) Недоношенность, малый вес при рождении, искусственное вскармливание.</li> <li>4) Замена соски на бутылочке для вскармливания. Перед кормлением – обезболивание слизистой анестезиновой мазью или гелем для обезболивания. После кормления – антисептическая обработка полости рта раствором мирамистина. Кератопластики (каротин, масло шиповника, облепиховое масло, масляные витамины А и Е, Аскол, Солкосерил и др.).</li> </ol>

## Критерии и шкала оценивания по оценочному средству



## 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100	
<b>Отлично (5)</b>	

## 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

## 3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

## 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса

<p><b>Хорошо (4)</b></p> <p>-пяти или шести критериям</p> <p><b>Отлично (5)</b></p>	<p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
---	---

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Стоматология детская»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений) <b>если применимо к РП!!!</b>
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
<b>УК</b>	<b>1</b>	1-29	1-3	1-24	1-25	
<b>ПК</b>	<b>1</b>	1-5, 14-18	1-3	1-5, 15, 16, 20	1-5	
	<b>2</b>	6-10, 11-13	1-3	6-8, 9-11, 13-14	6-10, 11-15	
	<b>5</b>		1-3		16-20, 21-24	
	<b>6</b>			12	25	
	<b>9</b>		1-3			
	<b>12</b>		1-3		18	

# МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКАЯ»

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов**

**Формы контроля – рефераты, дискуссия**

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<b>Б</b> <b>1.В.ДВ.1.2.1</b>	Раздел 1 «Анатомо-физиологические особенности ЧЛО у детей»	6
<b>Б</b> <b>1.В.ДВ.1.2.2</b>	Раздел 2 «Диспансеризация детей с различной стоматологической патологией»	6
<b>Б</b> <b>1.В.ДВ.1.2.3</b>	Раздел 3 «Профилактика стоматологических заболеваний»	6
<b>Б</b> <b>1.В.ДВ.1.2.4</b>	Раздел 4 «Заболевания кариесом, пульпитом зубов, периодонта у детей»	12
<b>Б</b> <b>1.В.ДВ.1.2.5</b>	Раздел 5 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»	6

## Вопросы и задания для самоконтроля:

<b>Б 1.В.ДВ.1.2.1</b> Раздел 1 «Анатомо-физиологические особенности ЧЛО у детей»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сроки формирования и прорезывания временных и постоянных зубов.</li> <li>2. Возрастные анатомо-физиологические особенности строения мягких тканей лица и челюстных костей.</li> </ol>
<b>Б 1.В.ДВ.1.2.2</b> Раздел 2 «Диспансеризация детей с различной стоматологической патологией»	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Основные задачи, этапы диспансеризации.</li> <li>4. Понятие «Санация полости рта».</li> <li>5. Диспансеризация детей раннего детского, дошкольного возраста.</li> <li>6. Диспансеризация школьников.</li> </ol>
<b>Б 1.В.ДВ.1.2.3</b> Раздел 3 «Профилактика стоматологических заболеваний»	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Индивидуальная гигиена полости рта, методы и средства гигиены. Требования, предъявляемые к ним.</li> <li>8. Эндогенная и экзогенная профилактика кариеса зубов у детей.</li> <li>9. Факторы риска в возникновении кариеса зубов.</li> <li>10. Кариесрезистентность и кариесвосприимчивость.</li> <li>11. Методы первичной и вторичной профилактики кариеса зубов у детей.</li> </ol>
<b>Б 1.В.ДВ.1.2.4</b> Раздел 4 «Заболевания кариесом, пульпитом зубов, периодонта у детей»	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Кариес зубов. Механизм развития, эпидемиология, классификация.</li> <li>13. Современная концепция развития кариеса зубов.</li> <li>14. Кариес. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика</li> <li>15. Этиология и патогенез пульпитов у детей.</li> <li>16. Классификация пульпитов: ВОЗ, Е.М. Гофунга, Т.Ф.Виноградовой, МКБ – С-10</li> <li>17. Особенности клинического течения острых форм пульпита у детей.</li> <li>18. Особенности клинического течения хронических форм пульпита у детей.</li> </ol>

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.5</b> Раздел 5 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p>19. Первичные и вторичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта, особенности их трансформации. 20. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта. 21. Основные принципы общего и местного лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта. 22. Классификация заболеваний губ (МКБ-10, 1997; А.Л. Машкиллейсон, С.А.Кутин, 1984), классификация заболеваний языка (МКБ-10, 1997). 23. Этиология, патогенез, клинические проявления и лечение хейлитов у детей.</p>
--	--

### Перечень дискуссионных тем:

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.1</b> Раздел 1 «Анатомо-физиологические особенности ЧЛО у детей»</p>	<p>1. Аппозиционный и энхондральный рост костной ткани.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.2</b> Раздел 2 «Диспансеризация детей с различной стоматологической патологией»</p>	<p>2. Этапы диспансеризации. 3. Задачи диспансеризации.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.3</b> Раздел 3 «Профилактика стоматологических заболеваний»</p>	<p>4. Роль гигиены полости рта в первичной профилактике стоматологических заболеваний 5. Основы и правила гигиенического воспитания детей.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.4</b> Раздел 4 «Заболевания кариесом, пульпитом зубов, периодонта у детей»</p>	<p>6. Особенности диагностики кариеса временных зубов. 7. Формирование корня зуба, клинико-рентгенологические характеристики. 8. Диагностика, дифференциальная диагностика периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями у детей.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.5</b> Раздел 5 «Заболевания слизистой полости рта и губ»</p>	<p>9. Способы лечения и профилактика травматических повреждений слизистой оболочки полости рта. 10. Этиология и патогенез, дифференциальная диагностика заболеваний губ и языка в детском возрасте.</p>

### Темы рефератов

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.1</b> Раздел 1 «Анатомо-физиологические особенности ЧЛО у детей»</p>	<p>1. Развитие верхней и нижней челюстей. 2. Особенности формирования твёрдого нёба. 3. Развитие лица в пренатальном онтогенезе.</p>
---	--

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.2</b> Раздел 2 «Диспансеризация детей с различной стоматологической патологией»</p>	<p>4. Диспансерные группы, факторы риска развития стоматологических заболеваний у детей школьного возраста.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.3</b> Раздел 3 «Профилактика стоматологических заболеваний»</p>	<p>5. Современные методы экзогенной и эндогенной профилактики кариеса. 6. Современные методы, средства и предметы гигиены полости рта.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.4</b> Раздел 4 «Заболевания кариесом, пульпитом зубов, периодонта у детей»</p>	<p>7. Современные подходы к лечению кариеса молочных и постоянных зубов. 8. Современные методы и средства эндодонтического лечения зубов у детей. 9. Современный подход к лечению заболеваний тканей периодонта</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.2.5</b> Раздел 5 «Заболевания слизистой полости рта и губ»</p>	<p>10. Биология полости рта. Микрофлора полости рта (изменение ее состава под воздействием различных факторов, участие в патологических процессах полости рта). 11. Современные методы лечения острого герпетического стоматита у детей. 12. Современные методы диагностики и лечения хейлитов в детском возрасте. 13. Современные методы диагностики и лечения глосситов у детей.</p>

### **Критерии и шкала оценивания**

#### **1. Реферат**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b></p>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

#### **2. Дискуссия**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b></p>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

## ДИСЦИПЛИНЕ «ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В СТОМАТОЛОГИИ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<b>ФТД.1.1.</b> «Значение и возможности методов функциональной диагностики в системе комплексного обследования стоматологического больного»	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Реография как метод. Виды реографов. Зависимость электрического сопротивления тканей от функциональных особенностей сердечно-сосудистой системы. Функциональные пробы общего и местного действия. Области применения реографии и методика проведения. Интерпретация.</li><li>2. Фотоплетизмография. Принцип работы фотоплетизмографов. Расшифровка и анализ ФПГ.</li><li>3. Капилляроскопия и контактная биомикроскопия как методы исследования капилляров в стоматологии.</li><li>4. Лазерная доплерфлоуметрия. Области применения. Значение.</li><li>5. Применение полярографии и потенциометрии в клинической практике.</li><li>6. Эхоостеометрия и перитестметрия.</li></ol>
<b>ФТД.1.2.</b> «Методы исследования двигательной функции»	<ol style="list-style-type: none"><li>7. Методы исследования двигательной функции. Значение в стоматологии.</li><li>8. Электромиография. Понятие. Методика проведения</li><li>9. Мasticациография. Понятие. Методика проведения</li><li>10. Гнатодинамометрия. Понятие. Методика проведения</li><li>11. Мандибулярная кинезиография. Понятие. Методика проведения</li><li>12. Статические методы определения жевательной эффективности</li><li>13. Динамические методы определения</li><li>14. Пародонтограмма В.Ю.Курляндского. Заполнение. Анализ данных одонтопародонтограммы при выборе ортопедических конструкций.</li><li>15. Функциональные пробы их значение в клинике ортопедической стоматологии.</li></ol>
<b>ФТД.1.3.</b> «Графические методы регистрации движений нижней челюсти»	<ol style="list-style-type: none"><li>16. Внутриворотной метод регистрации движений нижней челюсти – функциография Кляйнрок-Хватовой.</li><li>17. Аксиография - внеротовой метод регистрации движений нижней челюсти. Показания. Разновидности аксиографов.</li></ol>

### **Темы индивидуальных заданий**

1. Проведите анализ реографии как метода. Рассмотрите зависимость электрического сопротивления тканей от функциональных особенностей сердечно-сосудистой системы. Интерпретируйте данные реографии.
2. Проведите расшифровку и анализ фотоплетизмографии.
3. Проанализируйте методику лазерной доплерфлоуметрии. Уточните области применения.

4. Укажите последовательность Ваших действий при электромиографии, составьте схему. Посчитайте количество манипуляций и минимальное количество необходимых инструментов для проведения этой методики.
5. Укажите последовательность Ваших действий при гнатодинамометрии, составьте схему. Посчитайте количество манипуляций и минимальное количество необходимых инструментов для проведения этой методики.
6. Укажите последовательность Ваших действий при проведении аксиографии. Посчитайте количество манипуляций и минимальное количество необходимых инструментов для применения этой методики.
7. Укажите последовательность Ваших действий при проведении мандибулярной кинезиографии. Посчитайте количество манипуляций и минимальное количество необходимых инструментов для применения этой методики.
8. Заполните пародонтограмму В.Ю.Курляндского. Проанализируйте данные одонтопародонтограммы при выборе ортопедических конструкций.
9. Обоснуйте значение функциональных проб в клинике ортопедической стоматологии.
10. Укажите последовательность Ваших действий при проведении внутриротового метода регистрации движений нижней челюсти – функциографии Кляйнрок-Хватовой. Посчитайте количество манипуляций и минимальное количество необходимых инструментов для применения этой методики.

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>ФТД.1</b> <b>Функциональная диагностика в стоматологии</b></p>	<p>1. Гнатодинамометрия – это  <b>А) метод выявления силы развиваемой жевательной мускулатурой и измерения усилия сжатия мышечного аппарата на ткани пародонта зубов при нормальных и патологических состояниях зубочелюстной системы в различных участках зубного ряда.</b>          Б) метод количественной оценки состояния плотности костной ткани путем измерения времени прохождения УЗ-колебаний через исследуемый участок кости          В) метод исследования нейро-мышечной системы путем регистрации электрических потенциалов жевательных мышц</p> <p>2. Первый гнатодинамометр был создан  <b>А) Блеком</b>          Б) Кампером          В) Бонвилем</p> <p>3. Гнатодинамометры разделяют на  <b>А) механические</b>          Б) электронные</p>
--	--

В) механические и электронные

4. Периотестметрия – это

**А) это метод опосредованной оценки состояния опорных тканей зуба**

Б) метод изучения интенсивности микроциркуляций в исследуемом участке тела

В) метод изучения плотности костной ткани

5. Симметроскопия – это

**А) графический метод изучения формы зубных рядов**

Б) метод исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов различных органов и тканей

В) метод исследования кровообращения в тканях пародонта

6. Аксиография- это

**А) внеротовая регистрация движений нижней челюсти**

Б) внутриротовая регистрация движений нижней челюсти

В) регистрация силы сжатия жевательных мышц

7. Аксиограф – это

**А) прибор для проведения аксиографии и записи аксиограмм в трех взаимно перпендикулярных плоскостях.**

Б) прибор для внутриротовой регистрации движений нижней челюсти

В) прибор для регистрации биопотенциалов с поверхности жевательных мышц

8. К механическим аксиографам относятся:

**А) «SAM», «Arcus pro»**

Б) «Arcus digma»

В) «Cadiax Compact»

9. К электронным аксиографам относят:

**А) «Arcus digma»**

Б) «Arcus pro»

В) «SAM»

10. Функциограф – это

**А) аппарат для внутриротовой регистрации движений нижней челюсти**

Б) аппарат для определения жевательной эффективности

В) аппарат для внеротовой регистрации движений нижней челюсти

11. Клинические функциональные пробы по Ильиной - Маркосян применяют для:

**А) дифференциальной диагностики смещений нижней челюсти**

Б) для определения жевательной эффективности зубо-челюстной системы

В) для выявления симптомов дисфункции височно-нижнечелюстного сустава



12. Всего функциональных проб по Ильиной-Маркосян

**A) 4**

Б) 6

В) 3

13. Реакционные тесты основываются на

**A) принципе определенной ответной активности (реакции) пациента на некоторые воздействия**

Б) результаты эхоosteометрии

В) данные гнатодинамометрии

14. При помощи дистракционного теста Гербера оценивают

**A) наличие сжатия или растяжения в одном или обоих ВНЧС**

Б) силу сжатия жевательных мышц

В) кровенаполнение сосудов пародонта

15. Эхоosteометрия - это

**A) метод количественной оценки состояния плотности костной ткани путем измерения времени прохождения УЗ-колебаний через исследуемый участок кости**

Б) метод оценки поглощения звуковых волн костной тканью

В) метод оценки кровоснабжения костной ткани

16. Метод эхоosteометрии основан на следующих данных

**A) скорость прохождения звука в разных средах различна и зависит от плотности костной ткани**

Б) регистрации электрических потенциалов жевательных мышц

В) исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов

17. С помощью метода эхоosteометрии можно

**A) измерить плотность костной ткани альвеолярного отростка**

Б) исследовать кровенаполнение костной ткани

В) исследовать электрические потенциалы жевательных мышц в покое и во время функции.

18. В стоматологических исследованиях радиоизотопный метод широко применяют с целью

**A) изучения динамики минерального и белкового обмена твердых тканей зуба в норме и при различных заболеваниях**

Б) изучить плотность костной ткани

В) изучить кровенаполнение костной и мягких тканей челюстно-лицевой области

19. Радиоизотопный метод позволяет также исследовать

**A) влияние слюны на краевую проницаемость, зависимость краевой проницаемости от температуры**

Б) жевательную эффективность зубочелюстной системы

В) состояние пародонтального комплекса

20. Электромиография (ЭМГ) - это

**A) метод исследования нейро-мышечной системы путем реги-**

	<p><b>страции электрических потенциалов жевательных мышц</b>          Б) метод изучения интенсивности микроциркуляций в исследуемом участке тела          В) метод изучения плотности костной ткани</p> <p>21. Метод лазерной доплеровской флоуметрии основан на  <b>А) эффекте Доплера</b>          Б) эффекте Джонсона-Рабека          В) данных остеометрии</p> <p>22. Степень сосудистых нарушений зависит от  <b>А) от тяжести деструктивных изменений</b>          Б) от уровня глюкозы крови          В) от самотического состояния организма</p> <p>23. Анализ доплерограмм показывает  <b>А) что признаки гемодинамических нарушений нарастают с увеличением тяжести заболевания пародонта</b>          Б) что признаки гемодинамических нарушений не связаны с тяжестью деструктивных изменений          В) не используется в стоматологии</p> <p>24. Реография это –  <b>А) метод исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов различных органов и тканей, основанный на графической регистрации изменений полного электрического сопротивления тканей</b>          Б) метод изучения биопотенциалов с поверхности жевательных мышц          В) метод изучения плотности костной ткани</p> <p>25. Метод исследования кровообращения в зубе называется  <b>А) реодентография</b>          Б) реопародонтография          В) реоартрография</p> <p>26. Метод исследования кровообращения в тканях пародонта называется  <b>А) реопародонтография</b>          Б) реоартрография          В) реодентография</p> <p>27. Метод исследования кровообращения в тканях околоушной области          Называется  <b>А) реоартрография</b>          Б) реодентография          В) реопародонтография</p>
--	--

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**

**1. Тест**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b> -91-100 <b>Отлично (5)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>  61 – 75  76– 90  91 – 100
--	--

## 2. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы факультативной дисциплины «Функциональная диагностика в стоматологии»**

Формируемые компетенции по ФГОС		ИЗ – индивиду- альные задания	С – совеща- ние по контроль- ным вопросам.	Т – тестиро- вание
		Темы индиви- дуальных зада- ний	Вопросы для собеседования	Тесты
УК	1	1-10	1 - 17	1 - 27
	1	1-10	1 – 17	1 - 27
ПК	2	1-10	1 - 17	1 - 27
	5	1-10	1 - 17	1 - 27
	7	1-10	1 - 17	1 - 27
	9	1-10	1 - 17	1 - 27
	12	1-10	1 - 17	1 - 27

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В СТОМАТОЛОГИИ»

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 часов**

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем самостоятельной работы
<b>ФТД.1</b>	<b><i>Функциональная диагностика в стоматологии</i></b>	<b>12</b>
ФТД.1.1	Значение и возможности методов функциональной диагностики в системе комплексного обследования стоматологического больного	3
ФТД.1.2	Методы исследования двигательной функции	6
ФТД.1.3	Графические методы регистрации движений нижней челюсти	3

### Вопросы для самоконтроля:

<b>ФТД.1.1.</b> «Значение и возможности методов функциональной диагностики в системе комплексного обследования стоматологического больного»	1. Виды реографов. Области применения реографии и методика проведения. 2. Принцип работы фотоплетизмографов. Расшифровка и анализ ФПП. 3. Методы исследования капилляров в стоматологии. 4. Лазерная доплерфлоуметрия. Области применения. Значение. 5. Применение полярографии и потенциометрии в клинической практике. 6. Эхоosteометрия и периотестметрия.
<b>ФТД.1.2.</b> «Методы исследования двигательной функции»	7. Методы исследования двигательной функции. 8. Методика проведения электромиографии. 9. Мasticациография. 10. Методика проведения гнатодинамометрии. 11. Мандибулярная кинезиография. 12. Методы определения жевательной эффективности 13. Пародонтограмма В.Ю.Курляндского. Заполнение. Анализ данных одонтопародонтограммы при выборе ортопедических конструкций. 14. Функциональные пробы их значение в клинике ортопедической стоматологии.
<b>ФТД.1.3.</b> «Графические методы регистрации движений нижней челюсти»	15. Функциография Кляйнрок-Хватовой. 16. Показания, методика проведения аксиографии

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ФАКУЛЬТАТИВНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭНДОДОНТИИ»

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p style="text-align: center;"><b>ФТД.2.1</b> «Современные методы инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Эндодонтический инструментарий: инструменты для ручной и машинной обработки корневых каналов. Классификация, маркировка, идентификация, конусность, технические характеристики, способ изготовления, стандарты рабочей длины, длина активной конической (рабочей) части инструмента, показания к использованию.</li><li>2. Методы определения рабочей длины зуба.</li><li>3. Формирование канала. Методики расширения корневых каналов. Варианты деформаций канала при работе ручными файлами.</li><li>4. Фрактура эндодонтических инструментов в канале: тактика врача, возможные способы извлечения инструмента.</li><li>5. Медикаментозная обработка корневых каналов. Препараты для химического расширения каналов. Техника ирригации, типы ультразвуковой ирригации.</li></ol>
<p style="text-align: center;"><b>ФТД.2.2.</b> «Современные методы obturации корневых каналов»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>6. Современные материалы для временного и постоянного пломбирования корневых каналов. Классификация, достоинства и недостатки, показания к применению.</li><li>7. Пломбирование корневых каналов гуттаперчей, эндообтураторами. Методы.</li><li>8. Критерии качества obturации. Отдалённые результаты эндодонтического лечения.</li><li>9. Классификация резорбции корня. Этиология и патогенез резорбции. Транзиторная резорбция. Внутренняя резорбция корня. Цервикальная резорбция.</li><li>10. Резорбция корня (наружная воспалительная, заместительная).</li></ol>
<p style="text-align: center;"><b>ФТД.2.3.</b> «Внутриканальные штифты для восстановления коронковой части зуба после эндодонтического лечения»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>11. Особенности депульпированных зубов (анатомические, функциональные, гистологические), прочностные характеристики.</li><li>12. Металлические штифты (активные, пассивные), негативные моменты при использовании металлических штифтов.</li><li>13. Стекловолоконные и карбоволоконные штифты. Преимущества и недостатки. Светопроводность штифтов, особенности фиксации. Причины различий в прочности штифтов. Показания к применению.</li><li>14. Выбор размера и формы штифта. Ассортимент российских штифтов.</li><li>15. Этапы клинического использования стекловолоконных штифтов.</li><li>16. Цементы, используемые для фиксации стекловолоконных штифтов.</li><li>17. Методы извлечения штифтов из каналов.</li></ol>

<p style="text-align: center;"><b>ФТД.2.4.</b> «Восстановление коронковой части зуба после эндо- донтического лече- ния»</p>	<p>18. Подготовка тканей зуба к прямой реставрации после эндодонтического лечения (сроки, дизайн полости и её модификация для предотвращения дальнейшего разрушения зуба)</p> <p>19. Выбор материалов для восстановления жевательных и передних зубов. Материалы с высоким сопротивлением к сжатию и материалы, приспособленные к сопротивлению на изгиб. Материалы, замещающие дентин, амортизирующие, с низким коэффициентом усадки и теплового расширения.</p> <p>20. Принципы моделирования зубов на основе модульных технологий</p> <p>21. Альтернативные способы восстановления зубов после эндодонтического лечения. Показания к применению. Условное лечение.</p>
--	---

### Темы индивидуальных заданий

1. Укажите последовательность Ваших действий при расширении корневого канала ручными инструментами по методике «stepback», составьте схему. Укажите варианты деформаций канала ручными файлами. Посчитайте количество манипуляций и минимальное количество необходимых инструментов для применения этой методики.
2. Укажите последовательность Ваших действий при расширении корневого канала с использованием машинных никель-титановых (NiTi) инструментов по методике «CrownDown». Укажите недостатки при работе активными и пассивными NiTi-файлами. Посчитайте количество манипуляций и минимальное количество необходимых инструментов для применения этой методики, если использовать активные NiTi инструменты RaCe (FKG Dentaire S.A.), «ProTaper» (Maillefer/Dentsply), «K<sub>3</sub>SybronEndo» (KERR) и др. Определите себестоимость обработки одного корневого канала при применении каждого вида инструмента, соблюдая рекомендации производителей для использования в максимальном количестве каналов.
3. Укажите медикаментозные препараты и алгоритм медикаментозной обработки корневых каналов. Перечислите возможные ошибки и осложнения при использовании наиболее распространённых и эффективных средств. Опишите тактику врача.
4. Измерьте длину корневого канала на тренажёрном эндодонтическом блоке, используя имеющиеся на занятии технические возможности (эндодонтическая линейка, инструменты с метками длины).
5. Подготовьте апекслокатор к работе. Покажите, как правильно измерить рабочую длину зуба. Перечислите ситуации, когда не следует доверять показаниям прибора.

6. Под руководством преподавателя ознакомьтесь с работой современного эндодонтического мотора, работающего в режиме постоянного вращения с классическими никель-титановыми системами. Изучите библиотеку файлов, работу функции реверса как в автоматическом, так и в ручном режиме.
7. Под руководством преподавателя научитесь самостоятельно проводить механическую обработку корневых каналов с использованием роторных NiTi-инструментов. Оцените достоинства, себестоимость обработки одного канала.
8. Проведите механическую и медикаментозную обработку корневого канала на тренажерном эндодонтическом блоке, используя NiTi инструменты. Для ирригации канала используйте эндодонтический шприц согласно алгоритму.
9. Проведите высушивание корневого канала с использованием бумажных штифтов (пинов). Обратите внимание на последовательность их применения для экономии расходных материалов. Сохраните пластиковый блок для следующего занятия.
10. Под руководством преподавателя ознакомьтесь с техникой пломбирования корневых каналов методом латеральной конденсации и разогретой гуттаперчи на носителе. Оцените качество пломбирования канала: количество выведенного пломбировочного материала за пределы канала, дефекты заполнения, плотность прилегания гуттаперчи к стенкам канала, равномерность и гомогенность заполнения.
11. Под руководством преподавателя определите минимальную и максимальную глубину погружения штифта в канал, размер коронковой части штифта.
12. Определите диаметр последнего инструмента для расширения канала. Какие факторы влияют на этот показатель?
13. Определите минимальное количество материала для перекрытия штифта на вестибулярной, небной, апроксимальной поверхности и по режущему краю. Оптимальная толщина материала, гарантирующая естественную цветопередачу и имеющая достаточную прочность.
14. Создайте базу (основы) реставрации, в том числе контура геометрической формы дентина и мамелонов режущего края для обозначения боковых и нижних границ дентина.
15. Моделируйте признаки принадлежности к стороне (признака отклонения корня в полости рта, признаков кривизны и угла коронки) в виде смещения вершины десневого купола в дистальную сторону. В среднем отделе зуба создайте признак кривизны коронки посредством формирования наибольшей выпуклости в мезиальной области.

16. Воспроизведите индивидуальные особенности зуба, в том числе зубодесневой контур, макрорельеф, режущий край. Индивидуальные особенности режущего края, выраженные различной степенью его прозрачности и мамелонами, должны располагаться в нижнем ярусе.

17. Проведите этап окончательной обработки реставрации.

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>ФТД.2</b> <b>Современные аспекты эндодонтии</b></p>	<p>1. Наиболее частый путь инфицирования пульпы:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) по артериолам (гематогенное инфицирование)</li><li>2) <b>по дентинным канальцам из кариозной полости</b></li><li>3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана</li><li>4) по лимфатическим сосудам</li><li>5) травматическое повреждение пульпы</li></ol> <p>2. Гидроокись кальция обладает в основном действием:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) противовоспалительным</li><li>2) реминерализующим</li><li>3) антисептическим</li><li>4) повышает рН в очаге воспаления</li><li>5) <b>одонтотропным</b></li></ol> <p>3. Ампутация пульпы проводится:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) острым бором</li><li>2) гладилкой</li><li>3) <b>экскаватором</b></li><li>4) кюреткой</li><li>5) скальпелем</li></ol> <p>4. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5 см соответствует рентгенологической картине:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) хронического фиброзного периодонтита</li><li>2) <b>хронического гранулематозного периодонтита</b></li><li>3) хронического гранулирующего периодонтита</li><li>4) кистогранулемы</li><li>5) хронического гангренозного пульпита</li></ol> <p>5. Остановить кровотечение из корневых каналов можно:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) сухой тампонадой</li><li>2) <b>аминокапроновой кислотой</b></li><li>3) ортофосфорной кислотой</li><li>4) гидроокисью кальция</li><li>5) гемостатической губкой</li></ol> <p>6. Механизм действия мышьяковистой пасты:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) кератопластический</li><li>2) муцифицирующий</li><li>3) кровоостанавливающий</li><li>4) <b>девитализирующий</b></li><li>5) антисептический</li></ol>
---	--



7. Лечение пульпита может проводиться в одно посещение в случае:

- 1) непроходимых корневых каналов
- 2) частично проходимых каналов зуба
- 3) аллергической реакции на анестетики
- 4) **хорошо проходимых корневых каналов**
- 5) плохого самочувствия больного

8. Для профилактики заапикальной гематомы применяется:

- 1) лазеротерапия
- 2) капрофер
- 3) аминакапроновая кислота
- 4) каустинерв
- 5) **диатермокоагуляция**

9. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается:

- 1) ЭОД
- 2) реопародонтография
- 3) **рентгенография**
- 4) реоплетизмография
- 5) температурная проба

10. Общую интоксикацию организма в большей степени вызывает:

- 1) хронический фиброзный периодонтит
- 2) **хронический гранулирующий периодонтит**
- 3) хронический гранулиматозный периодонтит
- 4) кистогранулема
- 5) хронический гангренозный пульпит

11. Основным действующим веществом препаратов для химического расширения корневых каналов является:

- 1) 3% раствор гипохлорита натрия
- 2) **этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)**
- 3) оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)
- 4) смесь соляной и серной кислот
- 5) раствор перекиси водорода

12. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным, если:

- 1) канал запломбирован не полностью
- 2) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
- 3) **канал запломбирован полностью**
- 4) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
- 5) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку корня

13. Благоприятным исходом лечения хронического гранулирующего периодонтита является:

- 1) хронический пульпит
- 2) удаление зуба

	<p>3) <b>переход в фиброзную форму</b></p> <p>4) переход в кистогранулему</p> <p>5) физиологическое выздоровление</p> <p>14. Удаление инфицированного прединтона со стенок канала зуба рекомендуется проводить:</p> <p>1) корневой иглой</p> <p>2) пульпоэкстрактором</p> <p>3) <b>К-файлом</b></p> <p>4) каналонаполнителем</p> <p>5) экскаватором</p> <p>15. Для удаления коронковой пульпы в молярах используют:</p> <p>1) плагер</p> <p>2) <b>экскаватор</b></p> <p>3) спредер</p> <p>4) корневую иглу</p> <p>5) файлы</p> <p>16. Йодсодержащие препараты для медикаментозной обработки каналов:</p> <p>1) хлорамин Т, хлоргексидин</p> <p>2) протеолитические ферменты</p> <p>3) гидроокись меди-кальция</p> <p>4) <b>бетадин, йодинол</b></p> <p>5) перекись водорода</p> <p>17. Препарат для медикаментозной обработки каналов с выраженной активностью в отношении анаэробных микроорганизмов:</p> <p>1) диклофенак натрия</p> <p>2) <b>метронидазол</b></p> <p>3) гипохлорит натрия</p> <p>4) фурациллин</p> <p>5) перекись водорода</p> <p>18. Ошибкой в лечении пульпита методом девитальной экстирпации является:</p> <p>1) <b>наложение мышьяковистой пасты без вскрытия полости зуба</b></p> <p>2) закрытие кариозной полости искусственным дентином</p> <p>3) наложение мышьяковистой пасты на вскрытую полость зуба</p> <p>4) адекватное обезболивание</p> <p>5) проведение некроэктомии</p>
--	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
<b>Удовлетворительно (3)</b>	61 – 75
- 76 – 90%	
<b>Хорошо (4)</b>	76– 90

-91-100 <b>Отлично (5)</b>	91 – 100
-------------------------------	----------

## 2. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы факультативной дисциплины «Современные аспекты эндодонтии»**

Формируемые компетенции по ФГОС		ИЗ – индивидуальные задания	С – собеседование по контрольным вопросам.	Т – тестирование
		Темы индивидуальных заданий	Вопросы для собеседования	Тесты
УК	1	1-18	1 - 21	1-18
	1	1-18	21	10,12
ПК	2	11	11,18	8,9,13
	5	2-4	9,10	4.9
	7	1-18	1-8, 12-17, 19,20	3,5-8, 11,14,15,18
	9	5	5	2,16,17
	12	3	-	-

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭНДОДОНТИИ»

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 часов**

**Формы контроля – самоконтроль, реферат.**

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем самостоятельной работы
<i>ФТД.2</i>	<i>Современные аспекты эндодонтии</i>	<b>12</b>
ФТД.2.1	Современные методы инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов	3
ФТД.2.2.	Современные методы obturации корневых каналов	3
ФТД.2.3.	Внутриканальные штифты для восстановления коронковой части зуба после эндодонтического лечения	3
ФТД.2.4.	Восстановление коронковой части зуба после эндодонтического лечения	3

### Вопросы и задания для самоконтроля:

<p><b>ФТД.2.1</b> «Современные методы инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Классификация эндодонтического инструментария.</li> <li>2. Методы ирригации корневых каналов.</li> <li>3. Методики инструментальной обработки корневых каналов.</li> <li>4. Методы определения рабочей длины зуба.</li> <li>5. Фрактура эндодонтических инструментов в канале: тактика врача, возможные способы извлечения инструмента.</li> <li>6. Препараты для химического расширения каналов.</li> </ol>
<p><b>ФТД.2.2</b> «Современные методы obturации корневых каналов»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Препараты для временного пломбирования корневых каналов. Показания к применению, методика.</li> <li>8. Корневые пломбировочные материалы, достоинства и недостатки, показания к применению.</li> <li>9. Пломбирование корневых каналов холодной гуттаперчей</li> <li>10. Пломбирование корневых каналов разогретой гуттаперчей.</li> <li>11. Критерии качества obturации. Отдалённые результаты эндодонтического лечения.</li> </ol>
<p><b>ФТД.2.3</b> «Внутриканальные штифты для восстановления коронковой части зуба после эндодонтического лечения»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Металлические штифты. Классификация, показания к применению.</li> <li>13. Стекловолоконные и карбоволоконные штифты. Преимущества и недостатки. Показания к применению.</li> <li>14. Этапы клинического использования стекловолоконных штифтов.</li> <li>15. Цементы, используемые для фиксации стекловолоконных штифтов.</li> </ol>

	16. Методы извлечения штифтов из каналов.
<b>ФТД.2.3</b> «Восстановление коронковой части зуба после эндодонтического лечения»	17. Критерии выбора метода восстановления зубов после эндодонтического лечения. 18. Подготовка тканей зуба к прямой реставрации после эндодонтического лечения. 19. Пломбировочные материалы для восстановления зубов. 20. Принципы моделирования зубов на основе модульных технологий

### **Темы рефератов.**

1. Электронные апекслокаторы в эндодонтии.
2. Понятие об эндодонтической биопленке (внутриканальной, экстраартикулярной и периапикальной).
3. Классификация эндодонтических инструментов.
4. Методы ирригации корневых каналов.
5. Препараты для медикаментозной обработки корневых каналов.
6. Методики прохождения корневых каналов.
7. Методики obturation корневых каналов.
8. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения.
9. Пломбировочные материалы для корневых каналов.
10. Классификация штифтов для постэндодонтического восстановления зубов.

### **Критерии и шкала оценивания**

#### **1. Реферат**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ»**

Формы текущего контроля успеваемости: оценка уровня сформированности компетенций осуществляется на семинарских занятиях по результатам тестирования, демонстрации ординаторами практических навыков (умений). Оценка самостоятельной работы ординатора проводится по докладам, с которыми ординаторы выступают перед группой. Результаты выше обозначенных форм текущего контроля успеваемости отражаются в журнале академической успеваемости.

**Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы.**

**Примеры типовых тестовых заданий для проведения текущей аттестации, проверяющих знания и умения в рамках компетенции**

№	Тестовые задания	Проверяемые компетенции
1.	<b>ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОМПОЗИЦИОННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ СКОС ЭМАЛИ ФОРМИРУЮТ С ЦЕЛЬЮ:</b> А) увеличения площади сцепления; Б) химической связи композиционного материала с эмалью; В) равномерного распределения нагрузки на ткани зуба; Г) улучшения полирования композита.	УК-1, ПК-7
2.	<b>ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ОДНО- И ДВУХКОМПОНЕНТНЫХ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ НЕОБХОДИМО:</b> А) протравливать эмаль и дентин 15 сек.; Б) протравливать эмаль 30-60 сек; В) протравливать эмаль и дентин 30-60 сек.; Г) протравливать эмаль 30 сек., а дентин — 15 сек.	УК-1, ПК-7
3.	<b>ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</b> А) клювовидные несходящиеся Б) клювовидные сходящиеся	УК-1, ПК-7

	<p>В) S-образные щипцы с шипом</p> <p>Г) штыковидные щипцы со сходящимися щечками</p>	
4.	<p><b>ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ:</b></p> <p>А) ретенция зуба</p> <p>Б) подвижность II степени</p> <p><b>В) продольный перелом корня зуба</b></p> <p>Г) острый периодонтит</p>	УК-1, ПК-7
5.	<p><b>ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ</b></p> <p>А) прямой элеватор</p> <p>Б) элеватор Карапетяна</p> <p>В) угловой элеватор</p> <p>Г) крючок Лимберга</p>	УК-1, ПК-7
6.	<p><b>У АЛЬГИНАТНЫХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ ГЛАВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ</b></p> <p>А) замешиваться на воде</p> <p><b>Б) давать большую усадку, возникающую через 20 минут после снятия оттиска</b></p> <p>В) не растворяться в дезинфицирующем растворе</p> <p>Г) сохранять целостность при выведении из полости рта</p>	УК-1, ПК-7
7.	<p><b>АЛЬГИНАТНУЮ ОТТИСКНУЮ МАССУ ЗАМЕШИВАЮТ НА</b></p> <p>А) воде</p> <p>Б) воде с добавлением соли</p> <p>В) теплой воде</p> <p>Г) прилагаемому к материалу катализаторе</p>	УК-1, ПК-7
8.	<p><b>У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫШЕ 200/115 СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ПРИМЕНЕНИЕМ АНЕСТЕТИКОВ:</b></p> <p>А) проводятся в обычном порядке в условиях поликлиники;</p> <p>Б) противопоказаны;</p> <p>В) проводятся по экстренным показаниям в условиях поликлиники;</p> <p><b>Г) неотложные вмешательства проводятся в стационаре.</b></p>	УК-1, ПК-5, ПК-7
9.	<p><b>ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА И БОЛЬНОГО ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</b></p> <p>А) врач стоит справа и спереди от больного</p> <p>Б) врач стоит сзади и справа от больного</p> <p>В) пациент находится в лежачем положении</p> <p>Г) голова больного на уровне локтевого сустава врача</p>	УК-1, ПК-7
10.	<p><b>ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ИГЛУ ДЛИНОЙ</b></p> <p>А) 29-42мм</p> <p>Б) 19-25мм</p> <p>В) 8-12мм</p> <p>Г) 19-25мм и 8-12мм</p>	УК-1, ПК-7

--	--	--

**Критерии оценки тестирования:**

Оценка «отлично» - из 10 предложенных заданий в тестовой форме ординатором даны правильные ответы на все задания,

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибка,

Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;

Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

**Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения факультатива (зачет).**

Промежуточная аттестация по программе «Симуляционный курс первичной специализированной аккредитации» проходит в виде двухэтапного зачета:

1 этап – оценка теоретических знаний в ходе собеседования.

2 этап – оценка практических навыков и умений на фантомах и муляжах.

**Примеры типовых контрольных вопросов для проведения первого этапа промежуточной аттестации, проверяющих знания в рамках компетенции.**

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1, ПК-5, ПК-7
2.	Особенности препарирования и пломбирования кариозных полостей различной локализации при кариесе эмали.	УК-1, ПК-7
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1, ПК-5, ПК-7
4.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1, ПК-5, ПК-7
5.	Особенности препарирования и пломбирования кариозных полостей различной локализации при кариесе дентина.	УК-1, ПК-7
6.	Инфильтрационная анестезия на верхней челюсти. Показания, противопоказания.	УК-1, ПК-7
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7
8.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7
9.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фан-	УК-1, ПК-5,



	томе.	ПК-7
10.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7
11.	Мандибулярная анестезия. Показания, противопоказания.	УК-1, ПК-7
12.	Торусальная анестезия. Показания, противопоказания.	УК-1, ПК-7
13.	Удаление зуба на нижней челюсти. Методика проведения.	УК-1, ПК-7
14.	Методика снятия альгинатного оттиска.	УК-1, ПК-7
15.	Удаление зуба на верхней челюсти. Методика проведения.	УК-1, ПК-7

**Примеры типовых манипуляций для проведения второго этапа промежуточной аттестации, проверяющих умения и навыки в рамках компетенции.**

№	Манипуляции	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
2.	Методика удаления зуба на верхней челюсти. Демонстрация.	УК-1, ПК-7
3.	Методика препарирования кариозной полости при кариесе эмали.	УК-1, ПК-7
4.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
5.	Методика препарирования кариозной полости при кариесе дентина. Демонстрация.	УК-1, ПК-7
6.	Инфильтрационная анестезия. Демонстрация.	УК-1, ПК-7
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
8.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
9.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателями на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
10.	Методика удаления зуба на нижней челюсти. Демонстрация.	УК-1, ПК-7
11.	Мандибулярная анестезия. Демонстрация.	УК-1, ПК-7
12.	Торусальная анестезия. Демонстрация.	УК-1, ПК-7
13.	Методика снятия альгинатного оттиска. Демонстрация.	УК-1, ПК-7
14.	Методика пломбирования кариозной полости при кариесе эмали. Демонстрация.	УК-1, ПК-7

15.	Методика пломбирования кариозной полости при кариесе дентина. Демонстрация.	УК-1, ПК-7
-----	---	------------

### Критерии оценки освоения компетенций (практических умений и навыков)

- «зачтено» - ординатор демонстрирует мануальные навыки оказания неотложной помощи в конкретной ситуации при работе в команде; допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет; анализирует результаты собственных действий
- «не зачтено» - ординатор не владеет техникой выполнения неотложных мероприятий в критических ситуациях или делает грубые ошибки при их выполнении, не знает особенностей оказания медицинской помощи пациентам различного возраста, не может самостоятельно исправить ошибки.

### КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ОРДИНАТОРА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по факультативу	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.	A	100-96	<b>ВЫСОКИЙ</b>	5 (5+)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-	B	95-91	<b>ВЫСОКИЙ</b>	5

следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.				
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью преподавателя.	С	90-86	<b>СРЕДНИЙ</b>	4 (4+)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.	С	85-81	<b>СРЕДНИЙ</b>	4
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные ординатором с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.	О	80-76	<b>НИЗКИЙ</b>	4 (4-)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.	Е	75-71	<b>НИЗКИЙ</b>	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Может конкретизиро-	Е	70-66	<b>КРАЙНЕ НИЗКИЙ</b>	3

<p>вать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>				
<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания ординатором их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	Е	65-61	<b>КРАЙНЕ НИЗКИЙ</b>	3 (3-)
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</p>	Fx	60-41	<b>КРАЙНЕ НИЗКИЙ</b>	2
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины.</p>	F	40-0	<b>НЕ СФОРМИРОВАНА</b>	2

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС ПСА»

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 24 часа**

№№	Наименование раз-дела	Содержание самостоятельной работы	Объем в часах
1.	<b>ФТД.3.1 Методика препарирования твердых тканей зуба и пломбирование кариозной полости.</b>		<b>6</b>
	Тема 1. Методика препарирования твердых тканей зуба при кариесе эмали и дентина.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Современные подходы к препарированию твердых тканей зуба» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
	Тема 2. Методика пломбирования кариозных полостей различных локализаций.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Современные подходы к восстановлению кариозных полостей различной локализации» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
2.	<b>ФТД.3.2 Обезболивание в стоматологии.</b>		<b>6</b>
	Тема 1. Методика проведения инфльтрационной анестезии на верхней/нижней челюсти	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Обоснование выбора местного анестетика у различных групп пациентов». Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
	Тема 2. Методика проведения проводникового обезболивания на нижней челюсти	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Обоснование выбора местного анестетика у различных групп пациентов». Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
3.	<b>ФТД.3.3 Удаление зуба на верхней/нижней челюсти</b>		<b>6</b>

	Тема 1. Операция удаления зуба на верхней челюсти: методика.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Ошибки при проведении операции удаления зуба» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
	Тема 2. Удаление зуба на нижней челюсти: методика.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Осложнения во время и после проведения операции удаления зуба». Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
4.	<b>ФТД.3.4 Получение альгинатного оттиска</b>		<b>3</b>
	Тема 1. Методика получения альгинатного оттиска	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Сравнительная характеристика оттискных материалов» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
5.	<b>ФТД.3.5 Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых</b>		<b>3</b>
	Тема 1. Методика проведения сердечно-легочной реанимации у взрослых	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Расширенная сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения, способы их устранения и профилактики» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
	<b>ИТОГО:</b>		<b>24 ч</b>

### **Формы контроля выполнения самостоятельной работы:**

- 1) контроль освоения практических навыков на тренажерах и манекенах,
- 2) доклад (сообщение) по избранной теме.

Темы докладов, сообщений даются в контексте тематики конкретного семинарского занятия. Для подготовки доклада, сообщения ординаторам предлагается внеаудиторная работа в библиотеке по избранной теме, работа в электронной информационной базе студента (ЭИОС), образова-

тельном портале и индивидуальные консультации с преподавателем по проблемным и недостаточно понятным вопросам.

### **Требования к оформлению докладов.**

Доклад может быть представлен в визуализационной форме (презентация), либо устно. Выступление должно включать три основные части: введение (отражается план доклада, цель анализа данной проблемы и значение ее решения в теоретическом и практическом планах); содержательная часть (рассматриваются современные представления об особенностях поставленной проблемы в литературе, используемые авторами методы, проводится анализ основных материалов по проблеме, приводятся схемы, графики, рисунки, иллюстрирующие текстовые данные); заключительная часть (подводятся итоги и формулируются вопросы по данной проблеме, которые пока не нашли своего решения в науке).

### **Критерии оценки доклада.**

**«5» (отлично)** – оценка **«отлично»** ставится ординатору, показавшему совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрывшему основные положения темы, в докладе которого прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Демонстрируется знание об объекте на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Доклад излагается литературным языком, свободно (не читается) в терминах науки. Активно используется иллюстрационный материал, облегчающий восприятие теоретических данных. Ординатор свободно ориентируется в материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

**«4» (хорошо)** – оценка **«хорошо»** ставится ординатору, показавшему умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. При этом ответ четко структурирован, логичен, изло-

жен литературным языком в терминах науки, при ответе ординатор пользуется текстом. Доклад сопровождается небольшим количеством иллюстраций. Ординатор ориентируется в материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

**«3» (удовлетворительно)** – оценка **«удовлетворительно»** ставится ординатору, в докладе которого логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допускаются ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Ординатор не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Ординатор плохо ориентируется в материале, затрудняется при оформлении ответов на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, формулирует вопросы к аудитории по изложенному материалу в лаконичной форме.

**«2» (неудовлетворительно)** – оценка **«неудовлетворительно»** ставится ординатору, не раскрывшему избранную тему в докладе, не ориентирующегося в материале.



